

# Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)



<b>Konsortialführung:</b>	Krankenhaus Agatharied KU
<b>Förderkennzeichen:</b>	01NVF19004
<b>Akronym:</b>	TANNE
<b>Projekttitel:</b>	Telemedizinische Antworten auf Neuropalliative Nachfragen in Echtzeit
<b>Autoren:</b>	Stefan Lorenzl, Christiane Weck, Daniela Adolf, Jan Reichmann, Viacheslav Galchenko, Kirsten Brukamp, Felix Tirschmann, Tizian Juschkat, Sebastian Müller, Jürgen Zerth
<b>Förderzeitraum:</b>	1. Oktober 2020 – 30. November 2023

## Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	4
II.	Abbildungsverzeichnis .....	5
III.	Tabellenverzeichnis.....	6
1.	Zusammenfassung .....	8
2.	Beteiligte Projektpartner .....	9
3.	Projektziele .....	10
3.1	Hintergrund .....	10
3.2	Ziele.....	11
3.3	Arbeitshypothesen und Hauptfragestellungen.....	12
4.	Projektdurchführung.....	12
4.1	Zielgruppe .....	13
4.2	Beschreibung der Teilleistungen .....	13
4.3	Charakterisierung einzelner Aspekte der Intervention.....	13
4.3.1	Interventionsarm - S1.....	14
4.3.2	Kontrollarm - S2,1 .....	14
4.3.3	Charakterisierung und Aufgaben der Konsilbeteiligten.....	14
4.3.4	Zeiten/Dauer .....	15
4.4	Strukturarbeit durch das Telemedizinzentrum:.....	15
4.5	Rechtliche Grundlagen .....	16
4.6	Implementierung.....	16
4.6.1	Belastung durch Studienteilnahme.....	16
4.6.2	Technik .....	16
4.6.3	Erreichen der Leistungserbringer.....	16

4.6.4	Anpassungen im Projektverlauf .....	16
5.	Methodik.....	18
5.1	Studiendesign .....	18
5.2	Zielpopulation, Ein- und Ausschlusskriterien .....	18
5.3	Fallzahlen .....	19
5.4	Rekrutierung, Randomisierung und Verblindung.....	19
5.5	Evaluationsdesign .....	20
5.6	Endpunkte – Messinstrumente/Datenquellen – Effektevaluation .....	21
5.7	Analysepopulation .....	21
5.8	Deskriptive Statistik .....	22
5.8.1	Primärer Endpunkt .....	22
5.8.2	Sekundäre Endpunkte .....	22
5.9	Studiendauer, Beobachtungszeitraum, Messzeitpunkte .....	23
5.9.1	Form der Datenerhebung.....	26
5.9.2	Matching und Datenlinkage .....	26
5.10	Prozessevaluation.....	26
5.11	Gesundheitsökonomische Evaluation .....	27
5.11.1	Methoden.....	28
5.11.2	Hypothesen .....	28
5.12	Umfrage Nichtteilnahme Gründe .....	29
5.13	Fallbackstrategie.....	29
6.	Projektergebnisse .....	32
6.1	Rekrutierung und Randomisierung, Charakterisierung und Vergleichbarkeit der Gruppen.....	32
6.1.1	Rekrutierung und Randomisierung Leistungserbringer:.....	32
6.1.2	Rekrutierung Patient:innen und Events:.....	33
6.1.3	Anzahl der Datensätze .....	33
6.1.4	Charakterisierung der Patienten – Vergleichbarkeit der Gruppen .....	33
6.2	Effektevaluation.....	34
6.2.1	Primärer Endpunkt .....	34
6.2.2	Sekundäre Endpunkte .....	37
6.3	Gesundheitsökonomische Evaluation .....	42
6.3.1	Anpassungen an die Auswertungsstrategie.....	42

6.3.2	Induzierte Effekte – Krankenhauseinweisungen.....	42
6.3.3	Inanspruchnahme innerhalb des Sets (within effects/costs).....	49
6.3.4	Approximation einer Kosteneffektivität .....	51
6.4	Prozessevaluation.....	53
6.4.1	Quantitative Daten – Versorgungs- und Behandlungszufriedenheit, Zufriedenheit mit dem Videokonsil .....	53
6.4.2	Ergebnisse der Prozessevaluation: qualitativer Studienteil.....	53
6.4.3	Lessons Learned Workshop.....	59
6.4.4	Technische Evaluation .....	60
6.4.5	Befragung Nichtteilnahme an der TANNE Studie – Ablehnungsgründe.....	60
7.	Diskussion der Projektergebnisse .....	62
7.1	Primärer Endpunkt – Symptomlast .....	62
7.1.1	Einordnung des Ergebnisses.....	62
7.1.2	Gründe für das Nichterreichen des primären Endpunkts.....	63
7.1.3	Reduktion von Krankenhauseinweisungen.....	64
7.1.4	Weitere sekundäre Endpunkte .....	65
7.1.5	Herausforderungen von klinischen Studien in der Palliative Care am Beispiel der Ablehnungsgründe zur Teilnahme an der TANNE Studie .....	65
7.1.6	Organisatorisch technische Evaluation .....	66
7.2	Hinweise aus den aktorsbezogenen Einschätzungen.....	67
7.2.1	Zufriedenheit mit dem Einsatz von Telekonsilen.....	67
7.2.2	Prozessoptimierung der Versorgungsform hinsichtlich technischer Mittel, Organisation, Behandlungs- und Versorgungsqualität.....	68
7.3	Empfehlungen für die Regelversorgung, Hürden und Lösungsansätze .....	69
8.	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	71
9.	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen.....	73
10.	Literaturverzeichnis.....	74
11.	Anhang .....	76
12.	Anlagen.....	77

**I. Abkürzungsverzeichnis**

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
ALS	Amyotrophe Lateralsklerose
Alt.	Alternative
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ArbZ	Arbeitszufriedenheit
AZ	Angehörigen Zufriedenheit
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
COVID	Corona Virus Disease
CRF	Case Report Form
d.h.	das heißt
Dipl. Wirtschafts. Inf.	Diplom Wirtschafts Informatiker
DMP	Daten Management Plan
Dr.	Doktor
DRG	Diagnosis-related groups
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group
ES	Evaluationsset
FAS	Full Analysis Set
FB	Fallback
ggf.	gegebenenfalls
Habil.	habilitiert
HFS	Hauptfragestellung
HKG	Historische Kontrollgruppe
ID	Identifikationsnummer
IG	Interventionsgruppe
Ing.	Ingenieur
inkl.	inklusive
iPOS	Integrierter Palliative Care Outcome Scale
ISPC	Informationssystem Palliative Care
IT	Informations Technik
KG	Kontrollgruppe
KH	Krankenhaus
KH	Krankenhaus
M. A.	Master of Arts

M. Sc.	Master of Science
Max	Maximal
Min	Minimal
N	Anzahl
NRS	Numerische Rating-Skala
Proc	Procedure
Prof.	Professor
PZ	Patienten Zufriedenheit
QOL	Quality of Life
s.u.	siehe unten
SAP	Statistischer Analyseplan
SAPV	Spezialisierte Ambulante Palliativ Versorgung
SGB-V	Sozialgesetzbuch-V
SGB-XI	Sozialgesetzbuch-XI
SOP	Standard Operation Procedure
SPSS	Statistical Package für Social Sciences
STD	Standardabweichung
SUS	System Usability Scale
Tab.	Tabelle
TANNE	Telemedizinische Antworten auf neuropalliative Nachfragen in Echtzeit
TES	Teilevaluationsset
VAS	Visuelle Analog Skala
vergl.	vergleiche
verz.	verzögert
WLAN	Wireless local area network
WLH	Wilhelm Löhe Hochschule
zzgl.	zuzüglich

## II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Neuropalliatives Telekonsil 24/7 als Mittelpunkt der neuen Versorgungsform (9) ..... 13

Abbildung 2: Darstellung des Studiendesigns. Randomisierung in IG (S1,1) und KG (S2,1) Monat 1-12. Delayed start in Kontrollgruppe nach 12 Monaten, hier bezeichnet als verzögerte Interventionsgruppe (S2,2) Monat 13-24 ..... 18

Abbildung 3: Patientenrekrutierung im Verlauf in Interventions- und verzögerter Interventionsgruppe. tR... Rekrutierungszeitpunkt, tS... Wechsel der verzögerten Interventionsgruppe, TK...Telekonsil, KÄ... Konsiläquivalent, KH...Krankenhauseinweisung.. 24

Abbildung 4: graphische Darstellung der Erhebungszeitpunkte für die Evaluation der medizinischen Wirksamkeit. Zum Einschluss (tR) zum/vor Telekonsil/Event t0/tv, unmittelbar nach dem Telekonsil t1 und 3 bis 7 Tage nach Telekonsil (follow up/t2). Spätes Follow up zu t21. Erhebungszeitpunkte in blauer Schrift nur für IG nach Videokonsil. Golges...Gesundheitszustand und Lebensqualität erhoben mittels VAS.....	25
Abbildung 5 Gesundheitsökonomische Erfassungsstrategie .....	27
Abbildung 6: Induzierte Effekte im „Care-Pathway TANNE“ .....	29
Abbildung 7: Abbildung des Auswahlprozesses der historischen TANNE Patienten pro SAPV-Team durch den Algorithmus und das Studienbüro Agatharied .....	30
Abbildung 8: Flowchart oberer Teil mit Darstellung des Rekrutierungsprozesses (Studienanfang tA), jeweils in Klammern die Anzahl der SAPV-Teams/Hospize (SAPV/Hospize). Unterer Teil: Darstellung der Analysepopulationen (grün hinterlegt: FAS: Full Analysis Set, ES: Evaluations-Set), eingeschlossene Patient:innen und Events, davon Telekonsile (Intervention). *Daten zum primären Endpunkt, iPOS komplett zu tv und t2 (Professionelle). .....	32
Abbildung 9: Abbildung von relativen Häufigkeiten in Balkenform: obere Grafik mit Darstellung des Zustandes im Hinblick auf die spezielle neurologische Symptomatik, untere Grafik mit Darstellung des Gesamtgesundheitszustandes. Die Daten der HKG und KG sind in kombinierten Balken dargestellt.....	39
Abbildung 10: Häufigkeiten dargestellt in Balken bezüglich der Qualität der diagnostischen/therapeutischen Problemlösung (mit Fallback-Patienten (HKG)) - inklusive Fehlwerte .....	41
Abbildung 11: Belegungstage der Teilmenge von Patient:innen, die Krankenhauseinweisungen während der SAPV-Zeit als eingeschlossene Tanne-Patient:innen hatten (N=9); Patient:innen, die in der Interventionsgruppe eingeordnet werden konnten, sind orange kuvertiert.....	46
Abbildung 12: Approximation der Kosteneinsparung durch reduzierte induzierte KH-Einweisungen nach TK.....	49
Abbildung 13: Kosteneffektivitätspotenziale Blick auf die Nettokostenwirkungen pro Patient:in nach Telekonsil .....	52

### III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beteiligte Projektpartner und Verantwortlichkeiten .....	9
Tabelle 2: Mehrdimensionales Evaluationsdesign für TANNE.....	20
Tabelle 3: Prädiktoren der Endpunkte mit ergänzenden Datenquellen.....	21
Tabelle 4: Anzahl eingeschlossener Patienten je Studienarm .....	33
Tabelle 5: Deskriptive Statistik iPOS (Professionelle) vor Konsil/zum Event .....	35
Tabelle 6: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung - iPOS (Professionelle) – deskriptive Statistik, Complete Cases .....	35
Tabelle 7: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung – iPOS Subskala: psychologische und praktische Probleme (Professionelle) – deskriptive Statistik, Complete Cases.....	36
Tabelle 8: Deskriptive Statistik McGill QOL (Patient:innen) vor Konsil/zum Event .....	37
Tabelle 9: Indikatoren zur Auswahl der historischen Eventpatient:innen.....	40
Tabelle 10: Anzahl der Events/Quasi-Events je Studienarm, die dem unabhängigen Rater vorgelegt wurden. ....	40

Akronym: TANNE

Förderkennzeichen: 01NVF19004

Tabelle 11: Krankenhauseinweisungen erfasst in den Daten, die dem unabhängigen Rater zur Bewertung vorgelegt wurden. ....	42
Tabelle 12: Mittelwert der induzierten Krankenhauseinweisungen pro Patient:in, differenziert über zwei Gruppen.....	43
Tabelle 13: Mittelwert der induzierten Krankenhauseinweisungen pro Patient:in nach Telekonsil oder Äquivalent, differenziert über zwei Gruppen.....	44
Tabelle 14: Kostenabschätzung induzierte Krankenhauseinweisungen pro Patient:in.....	48
Tabelle 15: Mittlere Versorgungstage in der SAPV - Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppen .....	50
Tabelle 16: Mittlere Versorgungstage in der SAPV ab Telekonsil bzw. Äquivalent - Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppen .....	50
Tabelle 17: Einzelbeispiele zur Kodierung für die Kategorie Patientenzufriedenheit (gesamte Tab. siehe Anhang).....	54
Tabelle 18: Beispiele der Kodierung für die Kategorie Angehörigenzufriedenheit (Auswahl, gesamte Tab. siehe Anhang). ....	55
Tabelle 19: Kodierung für die Kategorie Arbeitszufriedenheit (konsilanfragende Ärzt:innen) (ges. Tab. siehe Anhang). ....	56
Tabelle 20: Ergänzende Beispiele zur Kodierung für die Kategorie Arbeitszufriedenheit (konsilanfragende Ärzt:innen mit mehrfacher Konsilerfahrung) aus den Gruppeninterviews (Auswahl, gesamte Tab. siehe Anhang). ....	57
Tabelle 21: Kodierung für die Kategorie Arbeitszufriedenheit (Mitarbeitende aus dem Hospizbereich) (Auswahl, gesamte Tabelle siehe Anhang). ....	58
Tabelle 22: Kodierung für die Kategorie Arbeitszufriedenheit (konsilgebende Ärzt:innen) (ges. Tab. siehe Anhang).....	58

## 1. Zusammenfassung

**Hintergrund – Ziele:** Die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer (neuro)palliativen Versorgung von neurologischen Patient:innen in einer palliativen Phase wird zunehmend wahrgenommen. Häufig führen spezifische neurologische Symptome (Delir, Spastik, Siallorrhoe usw.) in diesen Patient:innengruppen zu einer enormen Belastung des:der Patienten:in, von pflegenden Angehörigen, oder im Fall von Hospizbewohner:innen zu einer Belastung des Pflegepersonals. Zurzeit besteht keine regelhafte Versorgung neurologischer ambulanter Patient:innen in einer palliativen Phase. Patient:innen, die dennoch einer spezialisierten palliativen Versorgung bedürfen, werden teilweise von einem SAPV-Team oder Hospiz betreut, ohne dass ein geregelter Zugang zu fachneurologischer Expertise vorhanden wäre.

Das Projekt TANNE beinhaltet eine neue Versorgungsform, die eine neuropalliative telemedizinische Mit-Betreuung von Menschen mit neurologischen Erkrankungen in einer palliativen Phase erlaubt. Mit der Generierung eines neuropalliativen Telemedizinenzentrums kann die in Form von SAPV-Teams und Hospizen bestehende flächendeckende palliativmedizinische Expertise ressourcenschonend mit einer neuropalliativen Fachexpertise verknüpft werden. Die Durchführung von Videokonsilen zwischen dem SAPV-Team/Hospiz und dem Telemedizinzentrum erlaubt eine gemeinsame Beurteilung der Symptome und zielgerichtete Therapie von Patient:innen. Palliativmedizinische Patient:innen mit neurologischen Symptomen können so in Würde und mit Erhalt oder Verbesserung ihrer Lebensqualität ein Leben bis zum Tod in häuslicher Umgebung oder in einem Hospiz verbringen. Durch ergänzende Strukturarbeit soll die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung neurologischer Palliativ-Patient:innen weiter gesteigert und die Arbeitszufriedenheit in den Teams erhöht werden.

**Methoden:** Von Mai 2021 bis Juni 2023 wurde eine prospektive, randomisierte, zweiarmige Interventions-Studie mit einem Delayed-Start-Design durchgeführt. Die Interventionsgruppe erhält neuropalliative Videokonsile beim Auftreten neurologischer Probleme/Events. Die Kontrollgruppe behandelt die Patient:innen wie bisher. Nach 12 Monaten erhält auch die Kontrollgruppe Zugang zur telemedizinischen neuropalliativen Versorgung (delayed start). Im primären Endpunkt wird die intraindividuelle Veränderung der Symptomlast mittels iPOS gemessen. Dieser wird vor und nach einem Telekonsil, bzw. in der Kontrollgruppe vor und nach einem neurologischen Event, erhoben. Die Analyse entspricht dem Vergleich der Veränderung der Symptomlast zwischen Telekonsil- und Kontrollgruppe. Das Evaluationskonzept impliziert darüber hinaus eine gesundheitsökonomische Dimension und eine Prozessevaluation mit besonderem Blick auf Zufriedenheit bei den Stakeholder:innen mit der neuen Versorgungsform.

**Ergebnisse:** 32 Teams (SAPV-Teams und Hospize) nahmen an der Studie teil. Durch diese Teams konnten 114 Patienten rekrutiert werden. Bei diesen Patienten konnten 77 Events registriert werden. Im primären Endpunkt zeigte sich, wenn auch nicht auf statistisch-signifikantem Niveau, eine Verringerung der Symptomlast nach neuropalliativem Telekonsil von 2.6 ( $\pm 4.15$ ) Punkten im Vergleich zu 1.3 ( $\pm 8.36$ ) Punkten in der Kontrollgruppe. Deutlicher zeigte sich die Veränderung in der Subskala „Psychologische und Praktische Probleme“. Die gesundheitsökonomische Analyse zeigte mit Blick auf vermeidbare Krankenhauseinweisungen eine – auch auf statistisch signifikantem Niveau – größere Reduktion von induzierten Krankenhauseinweisungen in der Interventions- im Vergleich zur Kontrollgruppe. Dies bestätigte sich auch mit engerem Blick, wenn der Zeitraum nach erfolgtem Telekonsil betrachtet wurde. Diese Ergebnisse, auch mit Potenzial auf eine Kosteneffektivität, nutzten die Ergebnisse der Fallback-Strategie, die mit Blick auf geringere Fallzahl in die Studie integriert wurde. Die Ergebnisse der Prozessevaluation konnten zielführende Hinweise auf beförderliche und hinderliche Faktoren für die Zufriedenheit mit einer telekonsiliarischen Leistung abbilden. Bei allen Gruppen (Patient:innen, Angehörige und Leistungserbringende) ließen sich unterstützende Faktoren,



gerade mit Blick auf eine höhere Sicherheit in der Entscheidungsfindung als auch bezüglich der Lebensqualität, finden.

**Diskussion:** Eine Wirksamkeit der TANNE-Intervention als qualitative Strategie zur Verbesserung der Entscheidungssituation in Versorgungskontexten von SAPV und Hospizen kann aufgrund der Ergebnisse zu den primären und sekundären Endpunkten abgeleitet werden, auch wenn die Evaluation insbesondere der medizinischen Effektivität sich bei sehr heterogenem Patientengut (verschiedenste Grunderkrankungen, verschiedenste Krankheitsstadien) schwierig gestaltete. Sowohl die deskriptiven Veränderungen in der Symptomlast, die elaborierten Potenziale zur Optimierung von potenziell vermeidbaren Krankenhauseinweisungen als auch die komplementären Ergebnisse zu beförderlichen Akzeptanzfaktoren durch die Prozessevaluation unterstreichen den Wirkungseffekt von TANNE.

## 2. Beteiligte Projektpartner

Tabelle 1: Beteiligte Projektpartner und Verantwortlichkeiten

Einrichtung, Institut	Projektleitung	Verantwortlichkeit/Rolle
Krankenhaus Agatharied Abteilung für Neurologie Norbert Kerkele Platz 83734 Hausham	Prof. Dr. med. Stefan Lorenzl; Dr. med. univ. Christiane Weck	Projektleitung/ Konsortialführung; Projektkoordination, Erbringen der neuen Versorgungsform, Strukturarbeit, Rekrutierung/Betreuung der Leistungserbringer, Studienkoordination, Eingabe in elektronische Datenbank, Öffentlichkeitsarbeit
Firma MEYTEC Akazienstrasse 13, 16356 Werneuchen OT Seefeld	Ing. Gerhard W. Meyer	Technische Ausstattung, Technischer support
Firma StatConsult; Am Fuchsberg 11, 39112 Magdeburg	Dipl.-Wirtsch.-Inf. Jan Reichmann	Webbasierte Datenerfassung, Erstellung der Datenbank, elektronische Fallakte
AOK Bayern – Die Gesundheitskasse	Katrin Einhell (bis 10/2021) Evke-Laura Janßen (seit 10/2021)	Vertragsgrundlage, Lieferung Routedaten
Firma StatConsult; Am Fuchsberg 11, 39112 Magdeburg	Dr. Daniela Adolf	Evaluation: Evaluationsdesign, Biometrie und Statistik
Evangelische Hochschule Ludwigsburg	Prof. Dr. Kirsten Brukamp, M.Sc., M.A. Dr. Felix Tirschmann	Prozessevaluation: (Erstellung Interviewleitfäden, Durchführung Interviews, Auswertung Interviews) Effektevaluation: Auswahl/Gestaltung Fragebögen

Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt <sup>1</sup> Kapuzinergasse 2 85072 Eichstätt	Prof. Dr. Jürgen Zerth, Sebastian Müller, M. A.	Evaluationsdesign, Evaluation Gesundheitsökonomie
Universität Bayreuth	Prof. Dr. Christian Maier (bis 11/ 2022) Prof. Dr. Volker Ulrich (ab 11/2022) Tizian Juschkat, M. A. (bis 10/2023)	Evaluation: Gesundheitsökonomie

**Ansprechpartner für Rückfragen:**

Dr. med. univ. Christiane Weck

Krankenhaus Agatharied

Norbert Kerkel Platz;

83734 Hausham

Tel.: 08026-3934232;

Fax: 08026-3933993

[christiane.weck@khagatharied.de](mailto:christiane.weck@khagatharied.de)**3. Projektziele****3.1 Hintergrund**

Es wächst das Bewusstsein, dass auch bei nicht-onkologischen Krankheiten eine palliative Betreuung die Lebensqualität der Patient:innen verbessern kann. Insbesondere Menschen mit fortgeschrittenen neurologischen Erkrankungen gehören zu einer Zielgruppe, die von palliativer Versorgung profitieren. Neurodegenerative Krankheitsbilder zum Beispiel haben einen fortschreitenden Verlauf, der mit einer überwiegend kontinuierlichen Verschlechterung der Symptome einhergeht. Neurologische Beschwerden führen bei betroffenen und angehörigen Personen zu vermehrter Symptomlast und Unsicherheit (1; 2) und trotz guter ambulanter Betreuung immer wieder zu Krankenhauseinweisungen (3).

Die historisch gewachsene Beschränkung der Palliative Care auf onkologische Patienten gilt auch mit Blick auf die medizinischen Bedarfslagen nicht mehr (4; 1; 5).

Die Palliative Care bei Menschen mit neurologischen Erkrankungen wie beispielsweise der Amyotrophen Lateralsklerose ist unglaublich vielfältig und erfordert erfahrungsgemäß ein großes neurologisches Spezialwissen. Viele Symptome haben Patient:innen mit neurologischen/neurodegenerativen Erkrankungen mit onkologischen Patient:innen gemeinsam, wie Luftnot oder Schmerzen. Die Schwere der Beschwerden wird ähnlich oder höher als bei onkologischen Patient:innen geschätzt und es kommt häufig zu spezifischen neurologischen Symptomen, wie zum Beispiel einer schmerzhaften Spastik, Schluckstörungen, Pseudohypersalivation, epileptischen Anfällen oder Myoklonien. Die Symptomlast ist erheblich und komplex, so dass ein palliativmedizinischer Handlungsbedarf besteht. Aus diesem Grund wird eine fachneurologische/neuropalliative Expertise für die ambulante Betreuung schwerstkranker Menschen inzwischen regelhaft gefordert (4; 5; 1). Für manche dieser neurodegenerativen

<sup>1</sup> Zum Zeitpunkt der Antragsstellung noch SRH Wilhelm Löhe Hochschule. Transferierung des Projektes an die Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt zum 1. Oktober 2022.

Erkrankungen wird mittlerweile das Hinzuziehen von palliativer Expertise bereits ab Diagnosestellung gefordert (5).

Zurzeit besteht keine regelhafte Versorgung neurologischer ambulanter Patient:innen in einer palliativen Phase. Patient:innen, die dennoch einer spezialisierten palliativen Versorgung bedürfen, werden von einem SAPV-Team oder Hospiz betreut, ohne dass ein geregelter Zugang zu fachneurologischer Expertise vorhanden ist. Zum Teil wird die Betreuung dieser Patient:innen durch die SAPV-Teams/Hospize auch abgelehnt, da die fachneurologische Expertise oft fehlt. Nur sehr vereinzelt können die SAPV-Teams oder Hospize auf eine neurologische Expertise zugreifen, noch seltener auf neuropalliative Expertise. Auf Grund der Seltenheit vieler neurodegenerativen Erkrankungen fehlt auch im Bereich der niedergelassenen Fachärzt:innen für Neurologie häufig die Expertise für die palliative Betreuung dieser Erkrankungsbilder.

Dieser zunehmend spezialisierten Versorgung steht ein Mangel an Ressourcen gegenüber. Es handelt sich sowohl um personelle als auch monetäre Ressourcen, die weiter abnehmen werden (6). Es besteht ein wachsender sozialer und politischer Druck auf das Gesundheitssystem einen kosteneffizienten, gleichberechtigten Zugang zu spezialisierter medizinischer Versorgung für alle Patient:innen zu gewährleisten (7). Die Verwendung neuer Technologien scheint ein Lösungsansatz zu sein, um dies zu ermöglichen.

### 3.2 Ziele

Mit der Generierung eines neuropalliativen Telemedizinzentrum kann die flächendeckend wirksame palliativmedizinische Expertise der SAPV und in den Hospizen mit einer neurologischen/neuropalliativen Fachexpertise verknüpft werden. Die Durchführung von Videokonsilen zwischen dem SAPV-Team/Hospiz und dem Telemedizinzentrum erlaubt eine gemeinsame Beurteilung der Symptome des Patienten. Dies ermöglicht eine zielgerichtetere Therapie spezieller neurologischer Symptome. Durch eine adäquate Symptomkontrolle kann gewährleistet werden, dass palliativmedizinische Patient:innen mit neurologischen Symptomen, für die die Pflege im häuslichen Umfeld eine wichtige Option darstellt, in Würde und mit Erhalt oder Verbesserung ihrer Lebensqualität ein Leben bis zum Tod in häuslicher Umgebung oder in einem Hospiz haben können.

Durch das Projekt TANNE soll eine fachgerechte neurologische/neuropalliative Versorgung von Patient:innen mit neurologischen Erkrankungen oder neurologischen Symptomen in der palliativen Phase zu Hause oder im Hospiz ressourcenschonend gewährleistet werden.

Das Bewusstsein für die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit dieser Versorgung soll auch mit Hilfe der Ergebnisse des Projektes TANNE gesteigert werden. Gerade die Arbeitszufriedenheit der betreuenden Palliativmediziner:innen und der Pflegenden soll durch einen niederschweligen Zugang zu neurologischen Konsilärzt:innen mit neuropalliativer Expertise gestärkt und die palliativmedizinische Qualität erhöht werden. Durch dieses ergänzende Angebot kann dem Behandlungsteam vor Ort die Scheu vor den für sie meist fremden und oft sehr komplexen neurologischen Krankheitsbildern genommen werden. Durch eine zielgerichtetere Versorgung dieser Patient:innen mit einer palliativmedizinischen Unterstützung kann der pflegende Angehörige entlastet werden, was einen Zugewinn an Lebensqualität für die Unit of Care (Patient:in und Angehörige:r) darstellt. Mit Unit of Care wird der in der Palliativ-Versorgung ganzheitliche Ansatz, insbesondere die systematische Einbettung des familiären Lebens- und Sozialraumes des Patienten adressiert (8). Durch eine adäquate Symptomkontrolle können Pflegenden im Hospiz entlastet werden.

Edukation aller Beteiligten (Professionelle (Fachkräfte), Patient:innen und Angehörige) soll im Sinne eines selbstlernenden Systems durch höhere Kompetenzen im Verlauf einige Probleme bereits für die Teams selbst lösbar machen. Das Wissen um Symptome und Bedürfnisse ermöglicht es den Teams, diese zu erkennen und zu behandeln. Edukation der Unit of Care schafft im Sinne eines/-r informierten Patienten/Patientin eine höhere Zufriedenheit und Behandlungssicherheit.

### 3.3 Arbeitshypothesen und Hauptfragestellungen

Folgende Arbeitshypothesen wurden für dieses Projekt formuliert:

- TANNE trägt zur Verbesserung der Symptomkontrolle bei: Eine telemedizinisch gestützte neurologisch/neuropalliative Beratung von Patient:innen in einer SAPV- oder hospizlichen Versorgung verbessert die Symptomkontrolle gemessen an der intraindividuellen Symptomlast im iPOS (Angabe durch den Arzt/die Ärztin).
- TANNE trägt zur Reduktion von ungewollten Krankenhauseinweisungen bei: Neurologische/Neuropalliative Symptome führen durch Belastung und Verunsicherung aller Beteiligten (Patient:innen, Angehörige, betreuende Ärzt:innen) zu Krankenhauseinweisungen, eine teleneurologische Beratung kann durch suffiziente Symptomkontrolle und Anleitung des Teams vor Ort, der Patient:innen und Angehörigen zu einer Verhinderung von unnötigen Krankenhauseinweisungen beitragen.
- TANNE führt zu einer Verbesserung der Lebensqualität der Unit of Care: Durch eine verbesserte Symptomkontrolle und einer besseren Aufklärung in Bezug auf Erkrankung, Medikamente und mögliche Symptome kommt es zu einer Verbesserung der Lebensqualität der Patient:innen und der pflegenden Angehörigen.

Dieses Projekt hatte ein multidimensionales Evaluationskonzept im Mixed-Methods Design gewählt, um der Komplexität der Versorgungsform gerecht zu werden. Die Prozessevaluation diente der Evaluation der neuen Versorgungsform bezüglich der Umsetzbarkeit in einen realen Organisationskontext. Die Prozessevaluation folgte im Wesentlichen den Methoden der qualitativen Forschung, sodass hier Hauptfragestellungen formuliert wurden. Diese lauten:

- HFS1 Was sind die hauptsächlichen Erfahrungen mit dem Einsatz von neuropalliativen Telekonsilen in den Zielgruppen Patient:innen, pflegende Angehörige, Ärzt:innen und weitere Mitarbeitende aus der Palliativversorgung (SAPV, Hospiz)?
- HFS2 Inwiefern lassen die identifizierten Erfahrungen Rückschlüsse auf die Patientenzufriedenheit, Angehörigenzufriedenheit und Arbeitszufriedenheit in den jeweiligen Zielgruppen zu?
- HFS3 Welche Aussagen können aus den gewonnenen Erkenntnissen für eine Prozessoptimierung der Versorgungsleistung abgeleitet werden?
- HFS4 Welche Schlüsse ergeben sich aus den empirischen Erkenntnissen zur zielgruppenspezifischen Zufriedenheit für die Beurteilung der Regelversorgungstauglichkeit von neuropalliativen Telekonsilen für die Palliativversorgung (SAPV, Hospiz) und welche weiteren Aspekte sollten zukünftig für eine Verbesserung der Palliativversorgung durch den Einsatz von neuropalliativen Telekonsilen beachtet werden?

## 4. Projektdurchführung

Das Projekt TANNE - Telemedizinische Antworten auf Neuropalliative Nachfragen in Echtzeit wurde von Oktober 2020 bis November 2023 durchgeführt. In einer Konzeptionsphase von Oktober 2020 bis Mai 2021 wurde das Studiendesign finalisiert. Die Fragebögen und Interviewleitfäden wurden erstellt (siehe Anhänge: Fragebögen und Literaturquellen; Soziodemografie Fragebögen; Interviewleitfäden). Die technischen Komponenten wurden vorbereitet. Die Rekrutierung der Leistungserbringer (SAPV-Teams und Hospize) und deren Ausstattung mit der Technik (Kamerapaket s.u.) erfolgte ab Oktober 2020 bis zum Studienstart im Mai 2021. Im Rahmen der klinischen Studie von Mai 2021 bis Juni 2023 wurde die neue Versorgungsform getestet. Von Juli 2023 bis Ende November 2023 fand die Auswertung der Daten statt.

## 4.1 Zielgruppe

Versorgt werden sollten Menschen, die sich in einer ambulanten spezialisierten Palliativ-Versorgung befanden oder in einem Hospiz betreut wurden. Eingeschlossen wurden entweder Patienten, die an einer neurologischen Grunderkrankung leiden oder an einer nicht neurologischen Grunderkrankung leiden und neurologische Symptome haben. Da das Projekt gemeinsam mit der AOK Bayern durchgeführt wurde, beschränkt sich das Einzugsgebiet auf in Bayern versicherte Personen.

## 4.2 Beschreibung der Teilleistungen

Die Versorgungsform des Projektes TANNE umfasste verschiedene miteinander verbundene Teilleistungen. Im Mittelpunkt der Versorgungsform stand das neuropalliative Telekonsil, ergänzend wurden strukturelle/edukative Maßnahmen angeboten.

Neuropalliatives Telekonsil: Das neuropalliative Telemedizinzentrum wurde im Krankenhaus Agatharied etabliert (Konsortialführung). Das Zentrum gewährte eine 24 Stunden Rufbereitschaft (24/7), in der die SAPV-Teams oder die betreuende Pflegekraft im Hospiz bei neurologischen Fragestellungen Kontakt aufnehmen können. Mit Hilfe eines mobilen Telesystems (MEYDOC® Client) wurden sichere audiovisuelle Telekonsile durchgeführt.

Strukturelle Arbeit durch das neuropalliative Telemedizinzentrum: Neben dem Telekonsil wurde Strukturarbeit in Form von turnusmäßigen Webinaren bzw. Online-Schulungen für ärztliche Mitarbeiter:innen und Pflegende zu aktuellen Themen und häufigen Fragestellungen abgehalten. Updates vermittelten den neuesten Stand der Wissenschaft (Liste mit den Webinarthemen im Anhang, Webinare siehe Anhang Webinare Teil 1-3). Öffentlichkeitsarbeit in Form von Vorträgen dienten zur Förderung der Akzeptanz des Themas der Integration von Palliativmedizin bei neurologischen Erkrankungen.



Abbildung 1: Neuropalliatives Telekonsil 24/7 als Mittelpunkt der neuen Versorgungsform (9)

## 4.3 Charakterisierung einzelner Aspekte der Intervention

Die TANNE-Patienten wurden entweder durch ein SAPV- Team in der häuslichen Umgebung oder in einem Hospiz betreut.

#### 4.3.1 Interventionsarm - S1

Trat ein spezifisch neurologisches Problem auf (Event), für das die Teams einen neurologischen Konsiliarius hinzuziehen möchten, wurde telefonisch Kontakt zur Zentrale in Agatharied aufgenommen. Die Einordnung, ob ein neurologisches Problem vorlag, lag im Ermessen des behandelnden Teams vor Ort. Den Teams wurden Diagnose-/Symptomlisten zur Verfügung gestellt, anhand derer das Studienzentrum ein neurologisches Ereignis definieren würde. Diese Listen dienten als Orientierungshilfe für die Teams und verpflichteten nicht zur Einholung eines Konsils.

Es wurde zunächst telefonisch der Sachverhalt dargelegt. Durch das Studienbüro wurden Vorbefunde und Medikamentenplan bei den Teams angefordert. Es wurde dann zur besseren Einordnung der Problematik eine Videokonsultation durchgeführt. Trat ein neurologischer Notfall auf, konnten die Teams direkt per Videokonferenz Kontakt mit der Studienzentrale aufnehmen, ohne vorherige telefonische Absprache. Es wurde ein schriftliches Konsil an die SAPV-/Hospiz Kolleg:innen verfasst, in dem die empfohlenen Handlungsoptionen festgehalten wurden. Zu jedem/-r Patienten/-in konnten Konsile in unbegrenzter Zahl eingeholt werden. Je nach Fragestellung wurden gegebenenfalls Folgetermine vereinbart. Jede Krankenhauseinweisung auf Grund eines neurologischen Symptoms zählte als Event in dem Sinne, dass hier eine Unterbrechung der SAPV- bzw. Hospizzeit erfolgte und induzierte Leistungen zu verzeichnen waren.

Im Telemedizinzentrum Agatharied wurde die ärztliche Leitung der neuropalliativen Videokonsile durch zwei Konsiliare durchgeführt (Fachärzte für Neurologie seit 2005 und 2014, Zusatzbezeichnung Palliativmedizin).

#### 4.3.2 Kontrollarm - S2,1

Trat ein spezifisch neurologisches Problem auf (Quasi-Event), wurde telefonisch Kontakt zur Zentrale in Agatharied aufgenommen. Die Einordnung, ob ein neurologisches Problem vorliegt, lag im Ermessen des behandelnden Teams vor Ort. Den Teams im Kontrollarm standen ebenso Diagnose-/Symptomlisten zur Verfügung, die beim Erkennen eines Events unterstützen sollten. Diese Listen dienten als Orientierungshilfe für die Teams und bedeuteten nicht automatisch, dass ein Event vorliegt. Ein Symptom zählte zudem nur dann als Event, wenn das Team einen Telekonsiliarius hinzugezogen hätte, wenn es diesen zur Verfügung gehabt hätte. Jede Krankenhauseinweisung auf Grund eines neurologischen Symptoms zählte als Event.

#### 4.3.3 Charakterisierung und Aufgaben der Konsilbeteiligten

##### Konsiliare:

Im Neuropalliativen Telemedizinzentrum Agatharied wurde die ärztliche Leitung der neuropalliativen Videokonsile von zwei Konsiliaren durchgeführt. Beide Konsiliare sind Fachärzte für Neurologie. Beide Konsiliare sind Palliativmediziner (ein Konsiliar erlangte die Zusatzbezeichnung bei Abschluss des Projektes). Einer der Konsiliare ist ein auf dem Gebiet der Neuropalliative Care ausgewiesener Experte mit langjähriger Vorerfahrung in diesem Bereich. Beide Konsilärzte haben Vorerfahrung in der Durchführung von neuropalliativen Videokonsilen (10).

##### SAPV-Team/Hospiz:

Das Konsil wurde auf Seiten des Leistungserbringers von einem Professionellen (Arzt/Ärztin oder Pfleger/Pflegende) begleitet. Diese sorgen für die Vorbereitung vor Ort (Vorabinformation der Unit of Care über das Telekonsil, Aufbau des Kamerapaketes).

In den überwiegenden Fällen waren bei Konsilen mit Patienten in SAPV-Betreuung ein/-e Arzt/Ärztin anwesend, bei den Konsilen mit den Hospizen waren überwiegend Pflegende anwesend. Während des Telekonsils unterstützen die Professionellen vor Ort die Anamneseerhebung (z.B. Unterstützung bei Sprechstörungen des Patienten) und klinische Untersuchung falls notwendig und wurden in die Befundbesprechung und Erläuterung der Therapieempfehlung mit einbezogen. Die Professionellen vor Ort setzten die durch das Telemedizinzentrum getätigten Therapieempfehlungen nach ihrem Ermessen und entsprechend dem

Patientenwunsch um (Ausstellung von Medikationsplänen/Rezepten usw.). Waren Pflegende anwesend, wurden die Informationen über das Konsil und der Konsilbericht an den/ die behandelnden/behandelnde Arzt/Ärztin weitergeleitet. Es wurde immer angeboten, dass auch ein kollegialer Austausch zwischen dem Telekonsilarzt und dem Hospizarzt ergänzend stattfinden kann. In der Regel war dies nicht notwendig/erwünscht.

Die Umsetzung der Behandlungsempfehlung liegt letzten Endes in der Verantwortung des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin vor Ort.

#### Patient:in:

Das Telekonsil fand je nach Betreuungssituation entweder beim Patienten / bei der Patientin zu Hause oder im Hospiz statt. Überwiegend waren Angehörige bei den Telekonsilen anwesend (in 66.7%). Mit dem Patienten / der Patientin und den Angehörigen erfolgte eine Anamneseerhebung, Befundbesprechung und Erläuterung der Therapieempfehlung.

#### **4.3.4 Zeiten/Dauer**

Nicht alle Zeiten der Leistung Telekonsil wurden strukturiert für alle Teilnehmenden erfasst. Die Vorbereitung des Telekonsils mit Terminfindung nahm zwischen 0-10 Minuten in Anspruch (45,6% 5-10 Minuten, 38,5% 0-5 Minuten) (Angaben Studienbüro).

Die Dauer der Durchführung des Konsils variierte je nach Fragestellung. Im Mittelwert dauerte ein Telekonsil 26.3 ( $\pm 11$ ) Minuten ohne Vor- und Nachbereitung. Die technische Vor- und Nachbereitung (Aufbau der Technik und Abbau der Technik) für die Teams vor Ort dauerte im Mittelwert 9.6 ( $\pm 7.1$ ) und 7.4 ( $\pm 4.9$ ) Minuten. Für das Telemedizinzentrum dauerte die Vor- und Nachbereitung 4.4 ( $\pm 3.8$ ) und 1.3 ( $\pm 0.5$ ) Minuten. Die Berichterstattung dauerte im Schnitt 10.25 ( $\pm 2.8$ ) Minuten.

Nicht erfasst wurde die Zeit der Vorbereitung durch die Konsiliare (Lesen der Vorbefunde und Arztbriefe, geschätzt ca. 10 Minuten); nicht erfasst wurde die Zeit der Aufklärung und vorbereitenden Gespräche durch die Leistungserbringer. Ebenso nicht erfasst wurde die Zeit, die die Professionellen des Teams im Anschluss an ein Telekonsil zur Besprechung des stattgehabten Konsils mit den Patient:innen und Angehörigen benötigten.

#### **4.4 Strukturarbeit durch das Telemedizinzentrum:**

##### Webinare:

Webinare dienen in diesem Projekt der Kompetenzerweiterung der Teams vor Ort. Die Webinare waren sowohl an Pflegende als auch an Ärzt:innen adressiert. Das Format wurde in einem Zeitumfang von 30-45 Minuten abends angeboten. Die Inhalte waren sowohl Fortbildungen zu neuropalliativen Symptomen und Krankheitsbildern als auch Fallbesprechungen (siehe Anhang Webinarthemen und Anhang Webinare Teil 1-3).

Ziel war neben einer Anleitung zur Behandlung verschiedener Symptome vor allem auch das Wissen um die Existenz spezifischer Symptome von Patient:innen in der Neuropalliative Care und um deren Behandelbarkeit. Zudem können Webinare zu einer Adhärenz der teilnehmenden Teams beitragen.

##### Presse/Öffentlichkeitsarbeit:

Sowohl in Form von Pressemitteilungen als auch in Form von Zeitungsartikeln wurde das Projekt TANNE beworben. Ziel war es das Bewusstsein von Versorgern und Betroffenen bezüglich der Sinnhaftigkeit einer neuropalliativen Versorgung zu schärfen.

In Form von Vorträgen vor Fachpublikum (Neurologie und Palliativmedizin) wurde die neue Versorgungsform bekannt gemacht. Das Ziel war sowohl für Neurolog:innen darzustellen, dass palliativmedizinische Bedarfe bei neurologischen Patient:innen vorhanden sind, als auch Palliativmediziner:innen zu verdeutlichen, dass eine ergänzende neuropalliative Expertise für den/die Patienten/Patientin und die Angehörigen sinnvoll sein kann.

## 4.5 Rechtliche Grundlagen

Die Durchführung und Ausgestaltung von TANNE wurde im Rahmen eines Vertrags als integrierte Versorgung nach §140a Abs. 1 S. 2 Alt. 1 SGB V durchgeführt.

Die Rechtsgrundlage des Antrages nach § 140a SGB V hat sich als geeignet erwiesen, um fachneurologische Expertise schwerstkranken Menschen in der ambulanten medizinischen Versorgung zugänglich zu machen.

Zudem gaben die nicht AOK-versicherten Patient:innen im Rahmen der Einverständniserklärung ihre Zustimmung, dass Daten zur medizinökonomischen Analyse aus den bestehenden Dokumentationen der SAPV-Versorgung und der Hospize erhoben werden dürfen. Die nicht AOK-versicherten Patient:innen werden im Rahmen eines Behandlungsvertrages nach §630a BGB betreut.

## 4.6 Implementierung

### 4.6.1 Belastung durch Studienteilnahme

Die größte Hürde zur Implementierung dieser Studie war die Kooperationsbereitschaft der Teams, die durch die COVID-Pandemie sowie durch eine hohe Arbeitsbelastung in den Teams zum Teil eingeschränkt war. Zudem wurde die individuelle Belastung der Leistungserbringenden wie auch der Patient:innen durch die Vielzahl an Studiendokumenten (Einverständniserklärung, Fragebögen zum Patienteneinschluss) als zu hoch angesehen.

Im Projektverlauf erfolgte eine Anpassung der zu erhebenden Daten auf einen Mindestdatensatz. Für die Teams wurden die Studienunterlagen ausgedruckt, in Mappen vorbereitet und an die Teams versandt.

Eine ausführlichere Analyse der Ablehnungsgründe (der TANNE-Studie sowie Studien insgesamt) wurde durch die KU Eichstätt und die Uni Bayreuth realisiert.

### 4.6.2 Technik

Die Durchführung des neuropalliativen Telekonsils ist eine terminlich abgestimmte Situation, für die sich mindestens zwei Professionelle sowie der/die Patient/in und ggf. Angehörige bereithalten. In dieser Situation war es auf Grund der vorgehaltenen Ressourcen, sowie der Erwartungshaltung der Unit of Care absolut wichtig, dass die Technik funktionierte, sodass umfangreiche Qualitätssicherungsmaßnahmen berücksichtigt wurden (Schnellstartanleitung, wiederkehrende Anwenderschulungen, Lernvideos mit detaillierter Anleitung usw.).

Während der Projektlaufzeit stand der Projektkoordinator von MEYTEC zusätzlich für technische Fragen zur Verfügung. Die Beschreibung des technischen Aufbaus der Videokonsillösung befindet sich im Anhang (Technische Beschreibung)

### 4.6.3 Erreichen der Leistungserbringer

Wiederholt wurde während der Studie bewusst, dass das Erreichen von möglichst vielen Teammitgliedern je Leistungserbringer zu einer vermehrten Nutzung beiträgt. Unterschiedliche SAPV-Ärzt:innen/Pflegende betreuen unterschiedliche Patient:innen und es war günstig, wenn jeder Professionelle um die Möglichkeit eines neuropalliativen Telekonsils weiß, um es mit den Bedürfnissen seiner Patient:innen abzustimmen. Zudem schien ein "sich im Gedächtnis halten" durch Öffentlichkeitsarbeit, Versenden von Newslettern usw. ein wichtiger Aspekt zu sein, dass bei der aktuell offensichtlich noch seltenen Nutzung der Intervention diese nicht in Vergessenheit geriet.

### 4.6.4 Anpassungen im Projektverlauf

Aufgrund der Schwierigkeiten der Patientenrekrutierung (Corona-Pandemie, Belastungen in den SAPV-Teams und Hospizen) wurden im Projekt verschiedene Möglichkeiten zur



Verbesserung der Rekrutierung diskutiert und eine abgestimmte Maßnahmenplanung vorgenommen. Zudem erfolgte die Anpassung der Rechtsgrundlage in Absprache mit der AOK Bayern.

- **Anpassung der Rechtsgrundlage:** ursprünglich geplante Rechtsgrundlage war ein Modellvorhaben nach § 63/64 SGB V geplant. Im Laufe der Projektlaufzeit zeigte sich aber bei Ausarbeitung des genauen Versorgungswegs und der Aufgaben der Leistungserbringer, dass sich die neue Versorgungsform besser als eine besondere (integrierte) Versorgung gemäß §140a SGB V abbilden lässt.
- **Einschluss Nicht AOK versicherter Patient:innen:** Erweiterung der Patient:innen auf Nicht AOK Versicherte (siehe auch 4.5).
- **Mindestdatensatz:** Reduktion der Erhebungen auf relevanten Erhebungszeitpunkte - Mindestdatensatz, bezogen auf den primären Endpunkt definiert - iPOS Arzt vor und nach Konsil. Die übrigen Erhebungen wurden als optionale Datenerhebungen im Studienprotokoll belassen (siehe 4.6.4.1).
- **Umfrage Nichtteilnahme-Gründe:** schriftliche Befragung nach Teilnahme- und Ablehnungsgründen (Ziel: Bedingungen für die Bedarfssituation telekonsiliarischer Leistungen zu erfassen und rahmende Bedingungen für die Regelversorgungstauglichkeit der potenziellen Organisationsinnovation „TANNE“ zu ermitteln (siehe 6.4.5))
- **Nachrekrutierung im Studienverlauf:** Die Nachrekrutierung von Leistungserbringern im Studienverlauf wurde gestattet.
- **Fallbackstrategie:** Ergänzung der Daten in der Kontrollgruppe um historische Daten. Schaffung einer historischen Kontrollgruppe
- **Anpassung der gesundheitsökonomischen Auswertestrategie:** siehe dazu Abschnitt 6.3.1
- **Lessons Learned Workshop:** siehe 4.6.4.3

#### 4.6.4.1 Definition eines Mindestdatensatzes

Da die Kontrollgruppe nur in den Monaten 1-12 Patient:innen, die als Kontrolle dienen rekrutiert hatte, wurde frühzeitig auf die schleppende Patientenrekrutierung eingegangen. Rückmeldungen aus den kooperierenden Teams zeigten an, dass der Arbeitsaufwand durch die Datenerhebung im Rahmen des Projektes für manche Teams zu hoch ist und die Teams dies als zu belastend für sich und die Patient:innen ansahen. Dies hatte uns zur Definition eines Mindestdatensatzes geführt. Der Mindestdatensatz war jener Datensatz, den wir zur Erreichung des primären Studienzieles erheben mussten, iPOS Professionelle vor und nach Event. Der iPOS zum Studieneinschluss musste nicht mehr zwingend erhoben werden. Dadurch hofften wir uns mehr rekrutierte Patienten (unabhängig vom Vorliegen eines Events), welche für die gesundheitsökonomische Auswertung wichtig waren. Die übrigen Erhebungen wurden als optionale Datenerhebungen im Studienprotokoll belassen. Eine Änderung des Evaluationskonzeptes entstand dadurch nur insofern, als dass der iPOS zum Studieneinschluss im Rahmen der Sensitivitätsanalysen als Kovariable zum Tragen gekommen wäre.

#### 4.6.4.2 Rekrutierung nicht AOK versicherter Patient:innen

In den Diskussionen mit den Teilnehmenden Leistungserbringern wurde erkannt, dass ein reiner Einschluss von AOK Versicherten Patienten schwierig war. Ethisch gestaltet sich ein Vorhalten der konsiliarischen telemedizinischen Leistung den nicht AOK Versicherten gegenüber schwierig. Die Patienten befinden sich in Ausnahmesituationen mit einem zum Teil sehr hohen Leidensdruck. Die Rekrutierung weitere Krankenkassen war erfolglos. Insbesondere der primäre Endpunkt, der Nachweis der Wirksamkeit der medizinischen Versorgung bedarf keinerlei Sekundärdaten der Krankenkassen. Sämtliche Daten für die medizinische Wirksamkeit und die Prozessevaluation werden im Rahmen der klinischen Studie eigens für jeden Patienten erhoben unabhängig von Sekundärdaten der Krankenkassen. Durch das Unterzeichnen der Einwilligungserklärung konnte die Datenerhebung und Sicherstellung der Datenlieferung gewährleistet werden.

### 4.6.4.3 Lessons-Learned Workshop

Im Rahmen eines halbtägigen TANNE-Symposiums wurde ein Workshop mit den teilnehmenden SAPV-Teams und Hospizen durchgeführt. Im Hinblick auf Lessons-Learned-Aspekte, Best-Practice-Vorschläge und die Diskussion ethischer Herausforderungen trugen die Ergebnisse des Workshops zu einer Prozessoptimierung von neuropalliativen Telekonsilen bei (siehe 6.4.3).

## 5. Methodik

### 5.1 Studiendesign

Es wurde für TANNE ein zweiarmiges, prospektives, teil-randomisiertes Vorgehen mit einem delayed start Design gewählt (11). Dieses Design war insbesondere geeignet, um die Bereitschaft der SAPV-Teams zur Teilnahme an der Studie zu erhöhen, da jedes Team letztlich die Möglichkeit des Telekonsils erhielt.

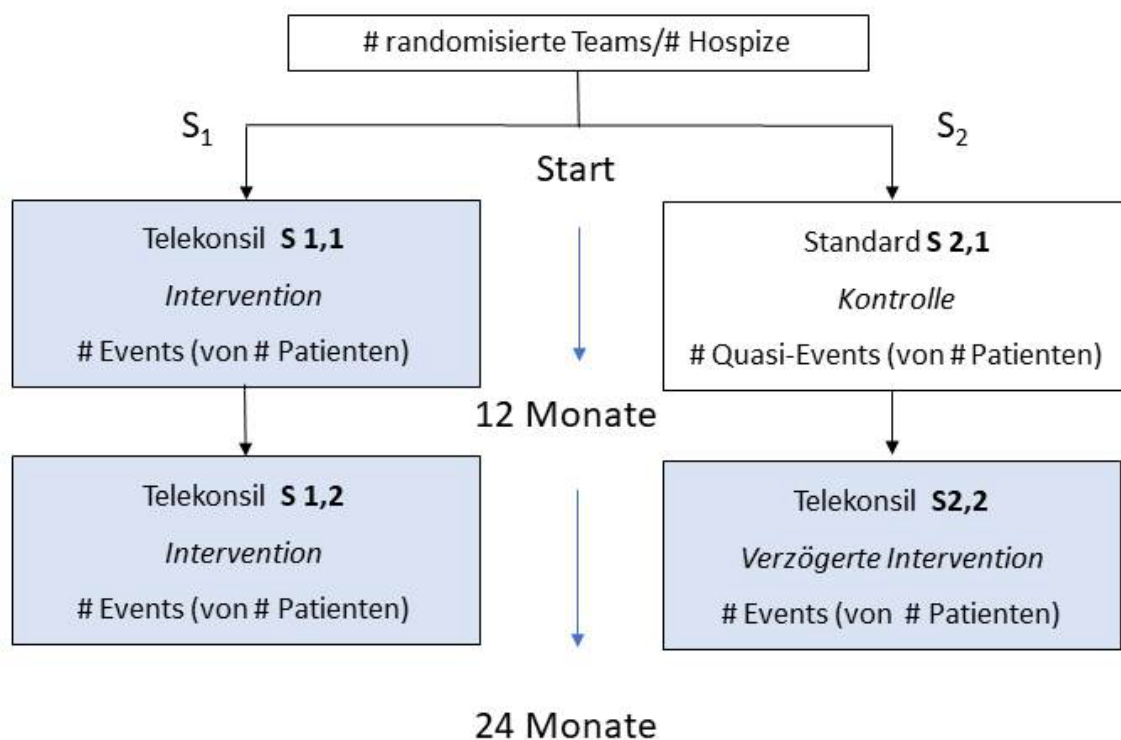


Abbildung 2: Darstellung des Studiendesigns. Randomisierung in IG (S1,1) und KG (S2,1) Monat 1-12. Delayed start in Kontrollgruppe nach 12 Monaten, hier bezeichnet als verzögerte Interventionsgruppe (S2,2) Monat 13-24

Der Studienarm S1 (vgl. Abbildung 2) erhielt ab Studienbeginn eine Anbindung an das Telemedizinzentrum. Der zweite Arm S2 wurde zunächst beobachtet (Standardversorgung; S2,1 = Kontrollgruppe (KG)), und nach 12 Monaten ebenfalls an das Telemedizinzentrum angebanden S2,2 (verzögerte Interventionsgruppe).

### 5.2 Zielpopulation, Ein- und Ausschlusskriterien

Patient:innen, die alle Einschlusskriterien und keines der Ausschlusskriterien erfüllten, kamen für einen Studieneinschluss in Frage.

Einschlusskriterien:

1. Patient:innen mit einer neurologischen Grunderkrankung und Patient:innen mit neurologischen Symptomen und einer nicht-neurologischen Grunderkrankung
2. unterzeichnete Einverständniserklärung durch den Patienten / die Patientin oder seinen/ihren gesetzlichen Vertreter
3. Betreuung durch ein SAPV-Team oder als Patient:in in einem Hospiz

Ausschlusskriterien:

1. Alter der Patient:innen <18 Jahre
2. Keine neurologische Erkrankung oder keine Erkrankung mit neurologischen Symptomen
3. Schwangere
4. Patient:innen, die außerhalb von Bayern leben

### 5.3 Fallzahlen

Die statistischen Berechnungen zur Erreichung der Patient:innenzahlen basierten ausschließlich auf dem primären Endpunkt der Evaluation der medizinischen Wirksamkeit sowie Annahmen zum iPOS entsprechend Ergebnissen aus der Validierungsstudie des iPOS in deutscher Form (12). Hier wurde durch ein zweites Messinstrument eine "global change question" die subjektiv empfundene Veränderung erfasst. Für die Patient:innen, die einen Veränderungsstatus "viel besser" angaben, lag die Reduktion des iPOS im Mittel bei  $4.3 \pm 6.1$  Punkten. Bei einer mit "ein bisschen besser" eingeschätzten Veränderung lag die Reduktion des iPOS bei im Mittel  $3.0 \pm 7.5$  Punkten und bei keinerlei Änderung in der globalen Bewertung bei  $1.7 \pm 6.7$ . Für die statistischen Fallzahl-Überlegungen des Projektes TANNE bezüglich einer klinischen Relevanz wurde der Wert des besten Änderungsstatus, die Verringerung des iPOS um im Mittel 4.3 Punkte, herangezogen.

Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% und einer angestrebten Power von 80% waren 75 Patient:innen mit neurologischem Problem je Vergleichsgruppe (in S1,1 und S1,2 über 24 Monate sowie in S2,1 über 12 Monate) notwendig, um den angenommenen Unterschied in der intraindividuellen Verbesserung der Symptomlast (iPOS) von 4.3 Punkten (bei einer Standardabweichung von 9.3 Punkten, iPOS Total Score zu einem Zeitpunkt (12)) zwischen den Vergleichsgruppen nachzuweisen (Proc Power, SAS 9.4, Two-Sample t Test for Mean Difference). Damit und bedingt durch die 1:2- bzw. 1:3-Teil-Randomisierung im Studiendesign (zzgl. 75 weitere Patient:innen in S2,2 während der übrigen 12 Monate) ergab sich eine Mindestpatient:innenanzahl über beide Studienarme und über die Gesamtlaufzeit von insgesamt 225 Patient:innen.

### 5.4 Rekrutierung, Randomisierung und Verblindung

Sämtlichen SAPV-Teams in Bayern und allen Hospizen wurde die Möglichkeit zur Teilnahme an der TANNE-Studie angeboten. Die Rekrutierung der SAPV-Teams und Hospize fand in der Konzeptionsphase des Projektes statt – zunächst schriftlich über die Landesverbände der Einrichtungen, anschließend erfolgten weitere individuelle Kontaktaufnahmen mit den Teams sowohl schriftlich als auch telefonisch (Oktober 2020 bis April 2021). Aufgrund der Fallzahlproblematik war auch während der klinischen Studie eine Nachrekrutierung von Teams erfolgt.

Die Rekrutierung der Patient:innen erfolgte über die teilnehmenden SAPV-Teams und Hospize. Die Rekrutierung der Patient:innen fand von Mai 2021 bis Juni 2023 statt. Gewünscht war ein Einschluss in die TANNE-Studie bei Eintritt in die SAPV- oder in die Hospizversorgung.

Die Randomisierung innerhalb des Projektes TANNE erfolgte anhand der SAPV- und Hospiz-Teams und nicht auf Basis der einzelnen Patient:innen (Clusterrandomisierung). Eine Cluster-randomisierung war erforderlich, da die Patient:innen nicht einzeln randomisiert werden konnten. Denn es war nicht realisierbar, dass ein SAPV-Team nur für einen Teil der zu

betreuenden Patient:innen ein Telekonsil durchführt, den anderen Teil unabhängig von den Erfahrungen des Telekonsils behandelt, da unweigerlich Übertragungseffekte entstehen würden.

Da die Evaluation der Intervention dem Vergleich der Studienarme S1 vs. S2,1 entsprach (siehe Abbildung 2), also alle Patient:innen, die innerhalb der 24 Monate innerhalb der Interventionsgruppe (IG) S1 ein neurologisches Problem aufwiesen, mit denen im Kontrollarm S2,1, die also innerhalb der ersten 12 Monate ein neurologisches Problem aufwiesen, verglichen wurden, erfolgte die Randomisierung im Verhältnis 1:2 (Interventionsgruppe: Kontrollgruppe/verzögerte Intervention).

Sieben der kooperierenden SAPV-Teams hatten bereits Erfahrung mit der telemedizinischen Anbindung. Diese gingen direkt mit einer Wahrscheinlichkeit von 1 in den Studienarm S1 ein, da es aufgrund ihrer Vorkenntnisse nicht sinnvoll war, sie möglicherweise in den Kontrollarm zu randomisieren. Aufgrund dessen handelt es sich hierbei um eine teil-randomisierte Studie. Da die SAPV- und Ärzte-Teams in ihrer Zusammensetzung sehr unterschiedlich sein konnten, wurde die Randomisierung stratifiziert nach Hospiz/SAPV. Die kooperierenden SAPV-Teams sowie Ärzte-Teams der Hospize, die noch über keinerlei Erfahrung mit der telemedizinischen Anbindung verfügten, wurden im Verhältnis 1:3 bzw. 1:2 in die beiden Studienarme S1 und S2 randomisiert (Blockrandomisierung mit zufälliger Blocklänge; Clusterrandomisierung; stratifiziert nach Art des Teams [Hospiz / SAPV]). Die Patient:innen der sieben SAPV-Teams mit telemedizinischer Erfahrung gingen automatisch in den Telekonsil-Studienarm, so dass eine 1:2-Randomisierung der restlichen kooperierenden Teams zu einem Ungleichgewicht zu Ungunsten des Kontrollarms geführt hätte. Daher wurden die verbleibenden SAPV-Teams im Verhältnis 1:3 randomisiert.

Eine Verblindung war in dieser Studie nicht möglich.

## 5.5 Evaluationsdesign

Das verwendete Evaluationskonzept gründet auf Basis der Evaluation einer „komplexen Intervention“ auf einer Prozess- und einer Ergebnisevaluation. Dieser Ansatz wurde bewusst gewählt, um der Heterogenität des Settings (Zusammenspiel des Patientenkollektivs mit dem korrespondierenden Setting), dem Lernen der SAPV-Teams und Hospize mit der „TANNE-Intervention“, das wir im Rahmen der TANNE Studie erwarten, gerecht zu werden. Es wurde ein Mixed-Methods Design gewählt. Die Effektevaluation beruht auf quantitativen Daten und die Prozessevaluation wird überwiegend aus qualitativen Daten gespeist.

Tabelle 2: Mehrdimensionales Evaluationsdesign für TANNE

	<b>Effektevaluation</b> (medizinische Wirksamkeit)	<b>Prozessevaluation</b> (Umsetzbarkeit in einen regelhaften Organisationskontext)	<b>Gesundheitsökonomische Evaluation</b> (Gesundheitsökonomische Aspekte)
<b>Methodik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quantitative Analyse auf der Grundlage einer statistischen Auswertung von Fragebögen (iPOS, McGill etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Qualitative Inhaltsanalyse auf der Grundlage von Leitfaden-strukturierten Einzel- und Gruppeninterviews</li> <li>Quantitative Analyse von Zufriedenheitswerten bzw. von weiterer Nutzerbereitschaft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kosten-Nutzen-Analyse und Vergleich mit historischer Kontrollgruppe. Kostengewichte auf Grundlage von Primärdaten sowie Versorgungsdaten der AOK Bayern</li> </ul>
<b>Endpunkte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reduzierung der Symptomlast (Primärer Endpunkt)</li> <li>Lebensqualität</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patientenzufriedenheit</li> <li>Angehörigenzufriedenheit</li> <li>Arbeitszufriedenheit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Induzierte Kosten (induced Costs)</li> <li>Kosten der Versorgungstage</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlungserfolg (beides: sekundäre Endpunkte)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Weiternutzungsbereitschaft/ Zahlungsbereitschaft (alle: sekundäre Endpunkte)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Approximation einer Kosten-Effektivität</li> <li>• Versorgungsqualität (alle: sekundäre Endpunkte)</li> </ul>
--	---	--	--

## 5.6 Endpunkte – Messinstrumente/Datenquellen – Effektevaluation

Tabelle 3: Prädiktoren der Endpunkte mit ergänzenden Datenquellen

Prädiktor	Datenquelle
<b>Primärer Endpunkt: medizinische Wirksamkeit gemessen an der intraindividuellen Veränderung der Symptomlast</b>	
Intraindividuelle Verbesserung der Symptomlast (iPOS) pro Gruppe	Fragebogen (validiert)
Interventionsvergleich der intraindividuellen Verbesserung der Symptomlast (iPOS) als „primärer Endpunkt“	(arztbezogene Fragebogen als primäre Quelle). Ergänzend werden die iPOS-Angaben des/der Patienten/in sowie der Angehörigen ausgewertet
<b>Sekundäre Endpunkte: medizinische Wirksamkeit</b>	
Intraindividuelle Veränderung der <b>Lebensqualität</b> der Patient:innen (McGillQoL)	Fragebogen (validiert)
Veränderung Gesundheitszustand und Lebensqualität	Visuelle Analog Skala (VAS)
Veränderung <b>Gesamtbefinden</b> nach Event, <b>Behandlungserfolg</b> (Patient:innen, Angehörige, Professionelle),	Numerische Ranking Skala (NRS)
Zufriedenheit mit der Lösung des neurologischen Problems - <b>Sicherheit/Lösungsqualität</b> des Problems (Patient:innen, Angehörige, Professionelle)	Einzelitems (individuell, NRS)
<b>Sekundäre Endpunkte: Professionelle (SAPV-Teams und Hospize) Arbeitszufriedenheit</b>	
Versorgungszufriedenheit	Einzelitems (individuell, NRS)
Zufriedenheit mit Palliativversorgung gesamt	Einzelitems (individuell, NRS)
Konsilzufriedenheit	Einzelitems (individuell, NRS)

Eine genaue Beschreibung der Erhebungsinstrumente und deren Auswertung findet sich im statistischen Analyseplan (siehe Anhang SAP).

## 5.7 Analysepopulation

Die folgenden Analyse-Populationen wurden für die quantitative Auswertung betrachtet:

- Das Full Analysis Set (FAS) umfasst alle in die Studie eingeschlossenen Patient:innen.
- Das Evaluations-Set (ES) umfasst alle Patient:innen des FAS, bei denen während des Evaluationszeitraumes mindestens ein neurologisches Problem (Event) auftrat.
- Das Teil-Evaluations-Set (TES) umfasst alle Patient:innen des FAS, bei denen während des Evaluationszeitraumes KEIN neurologisches Problem auftrat (Differenz aus FAS und ES)
- Die historische Kontrollgruppe (HKG) (im SAP und DMP als Fallbackset bezeichnet (FB)) umfasst alle aus der Primärdokumentation identifizierten historischen Patient:innen, bei denen ein einem TANNE-Event äquivalentes Ereignis identifiziert wurde. Das bedeutet, dass die Patient:innen, wären sie in der Interventionsgruppe gewesen, ein Konsil gemäß dem TANNE -Modell gehabt hätten.

Die Zuordnung der SAPV- oder Hospizärzte-Teams erfolgte zu Studienbeginn anhand der Teilrandomisierung in den Studienarm S1 oder S2. Damit waren die von den Teams eingeschlossenen Patient:innen auch den entsprechenden Zuordnungen in einen der beiden Studienarme unterlegen.

Die deskriptive Analyse der Studien- und Primärdokumentationsdaten wurde getrennt für die Teilarme des ersten und zweiten Studienjahres dargestellt: S1,1 oder S1,2 in der Interventionsgruppe bzw. S2,1 oder S2,2 in der Kontrollgruppe, die im zweiten Studienjahr einer verzögerten Interventionsgruppe entsprach. Zudem erfolgte eine Angabe über die Gesamtheit der Interventionsgruppe ( $S1 = S1,1 + S1,2$ ) sowie der Interventionsgruppe zuzüglich der verzögerten Interventionsgruppe ( $S1 + S2,2$ ).

## 5.8 Deskriptive Statistik

Alle kategorialen Patientendaten wurden als absolute und relative Häufigkeiten in Kontingenztafeln angegeben. Relative Häufigkeiten wurden – wenn nicht anders angegeben – anhand der nicht-fehlenden Werte berechnet.

Für stetige Daten wurden die folgenden Parameter dargestellt: Häufigkeit, Anzahl der Fehlwerte, Mittelwert, Standardabweichung, Minimum, Maximum, Median sowie die 25%- und 75%-Quartile (Q1, Q3).

### 5.8.1 Primärer Endpunkt

Als primärer Endpunkt wurde auf Grund der größten Relevanz der beschriebenen Messparameter die integrierte Palliative Care Outcome Scale gewählt (iPOS). Es wird eine intraindividuelle Veränderung vor und nach einem Telekonsil bzw. in der Kontrollgruppe vor und nach einem neurologischen Symptom gemessen.

Die Analyse des primären Endpunkts entspricht dem Vergleich der Veränderung der Symptomlast zwischen Telekonsil- und Kontrollgruppe. Hierbei wurden – anhand des Evaluations-Sets (ES) – Patient:innen des gesamten Studienarms S1 mit denen im Kontrollarm S2,1 verglichen.

Der iPOS wird aus Sicht der Ärzt:innen, Angehörigen und Patient:innen erhoben, wobei der iPOS der Ärzt:innen der primäre Endpunkt ist. Die anderen iPOS werden über zusätzliche Sensitivitätsanalysen herangezogen.

Die Analyse des primären Endpunktes (Vergleich der intraindividuellen Änderung des iPOS (Arztangabe) bei und nach einem neurologischen Problem zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe) erfolgte innerhalb des Evaluations-Sets (ES) in den Studienarmen S1 vs S2,1 unter Verwendung eines gemischten linearen Modells, in dem die Zugehörigkeit des einzelnen Patienten / der einzelnen Patientin zu einem SAPV- bzw. Hospizärzte-Team als zufälliger Effekt modelliert wurde.

Als Sensitivitätsanalyse wurden die Events des verzögerten Interventionsarms S2,2 der ursprünglichen Kontrollgruppe im gleichen Modell innerhalb der Interventionsgruppe berücksichtigt. Weitere Sensitivitätsanalysen waren zudem die Beschränkung auf das erste Studienjahr innerhalb der Interventionsgruppe (S1,1), die Einbeziehung des Patientenalters und die Baseline-Erhebung des iPOS (vor Event) sowie die Beschränkung von IG und verzögerter IG auf die Events, bei denen die Empfehlungen aus dem Telekonsil vollständig umgesetzt wurden.

### 5.8.2 Sekundäre Endpunkte

Sekundäre Endpunkte bzgl. der medizinischen Effektivität der Intervention waren die Angaben zur Lebensqualität und zum Gesundheitszustand. Zudem wurden Fragen zur Versorgungs- und Behandlungszufriedenheit der einzelnen Akteure (Patient:in / Arzt/Ärztin / Team / Konsiliar:in / Angehörige) gestellt.

Die Analyse der sekundären Endpunkte erfolgte vorzugsweise analog zum primären Endpunkt durch gemischte Modelle unter Berücksichtigung der Teamzugehörigkeit sowie unter Einbeziehung der verschiedenen o.g. Sensitivitätsbetrachtungen.

Auch hier stand der intraindividuelle Vergleich bei wiederholt abgefragten Endpunkten (vor und nach Lösung des neurologischen Problems bzw. zu Beginn und Ende der TANNE-Evaluation) im Vordergrund und es wurden Differenzen mit den dazugehörigen Konfidenzintervallen geschätzt.

## 5.9 Studiendauer, Beobachtungszeitraum, Messzeitpunkte

Die klinische Studie wurde von Mai 2021 bis Juni 2023 (15.5.2021-30.06.2023) durchgeführt. Zum 01.06.2022 erfolgte der Switch der Kontrollgruppe in die verzögerte Interventionsgruppe (siehe Abbildung 2). Die Ergebnisse zur Effektevaluation wurden überwiegend durch Datenerhebungen mit Patient:innen, Angehörigen und Professionellen gespeist.

Im Rahmen von Anpassungen im Projektverlauf (schlechte Rekrutierung), wurden die Erhebungszeitpunkte und die Erhebungsinstrumente reduziert.

Bei Einschluss eines/einer Patient:in wurden, wenn möglich, die Baseline-Werte erhoben. Weitere Erhebungen erfolgten – bezüglich der Erhebungen zur medizinischen Wirksamkeit – nur dann, wenn ein neurologisches Problem auftrat. Die Nachbeobachtungszeit betrug jeweils nur maximal sieben Tage ggf. 21 Tage. Die jeweiligen Inanspruchnahmen von medizinisch-pflegerischen Ressourcen wurden jedoch für alle Patient:innen erhoben (gesundheitsökonomische Evaluation). Trat kein neurologisches Problem auf, wurden keine weiteren Daten des/der Patient:in – über die gesundheitsökonomischen Daten hinaus – erhoben. Im Falle eines weiteren (unabhängigen) neurologischen Problems, wurden diese Daten vor und nach dem Konsil erneut erhoben.

In der Abbildung 3 und Abbildung 4 sind sämtliche für die klinische Studie relevanten Erhebungszeitpunkte bezogen auf die Intervention des Telekonsils dargestellt, sie beinhalten auch die Erhebungszeitpunkte für die weiteren Evaluationsperspektiven. Nicht dargestellt sind die Erhebungszeitpunkte tA und tE (Studienanfang und Studienende). Zu diesem Zeitpunkt erfolgten die Befragungen der Leistungserbringer (demografische Daten, Teamzusammensetzung, Teamarbeit und Technikbereitschaft).

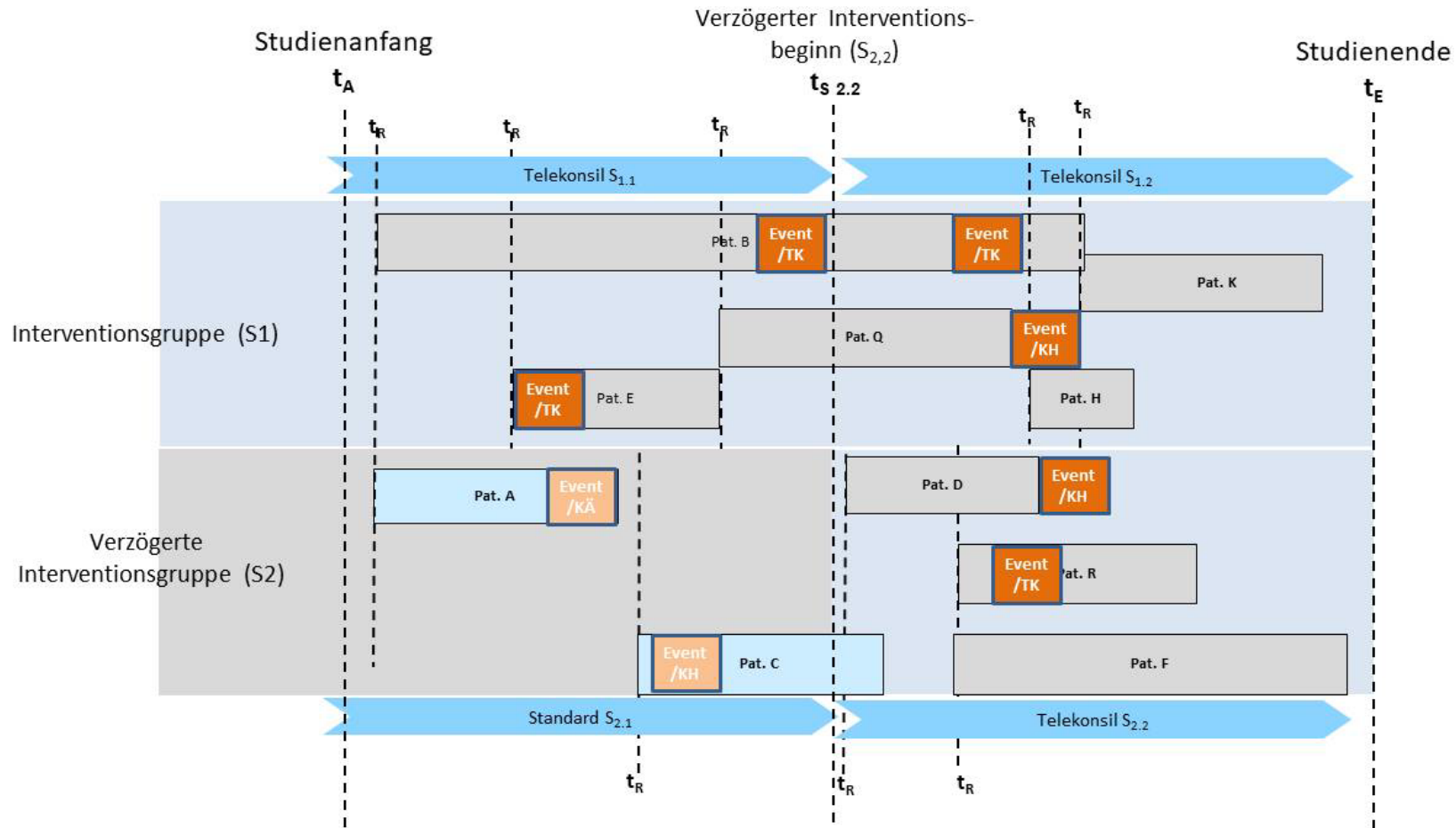


Abbildung 3: Patientenrekrutierung im Verlauf in Interventions- und verzögerter Interventionsgruppe.  $t_R$ ... Rekrutierungszeitpunkt,  $t_{S\ 2.2}$ ... Wechsel der verzögerten Interventionsgruppe, TK...Telekonsil, KÄ... Konsiläquivalent, KH...Krankenhausweisung



Event: Ein Konsil bei Patient:in XY (in den Gruppen S<sub>1,1</sub>, S<sub>1,2</sub> und S<sub>2,2</sub>) oder ein Konsil-Äquivalent bei Patient:in XY (in der Gruppe S<sub>2,1</sub>)

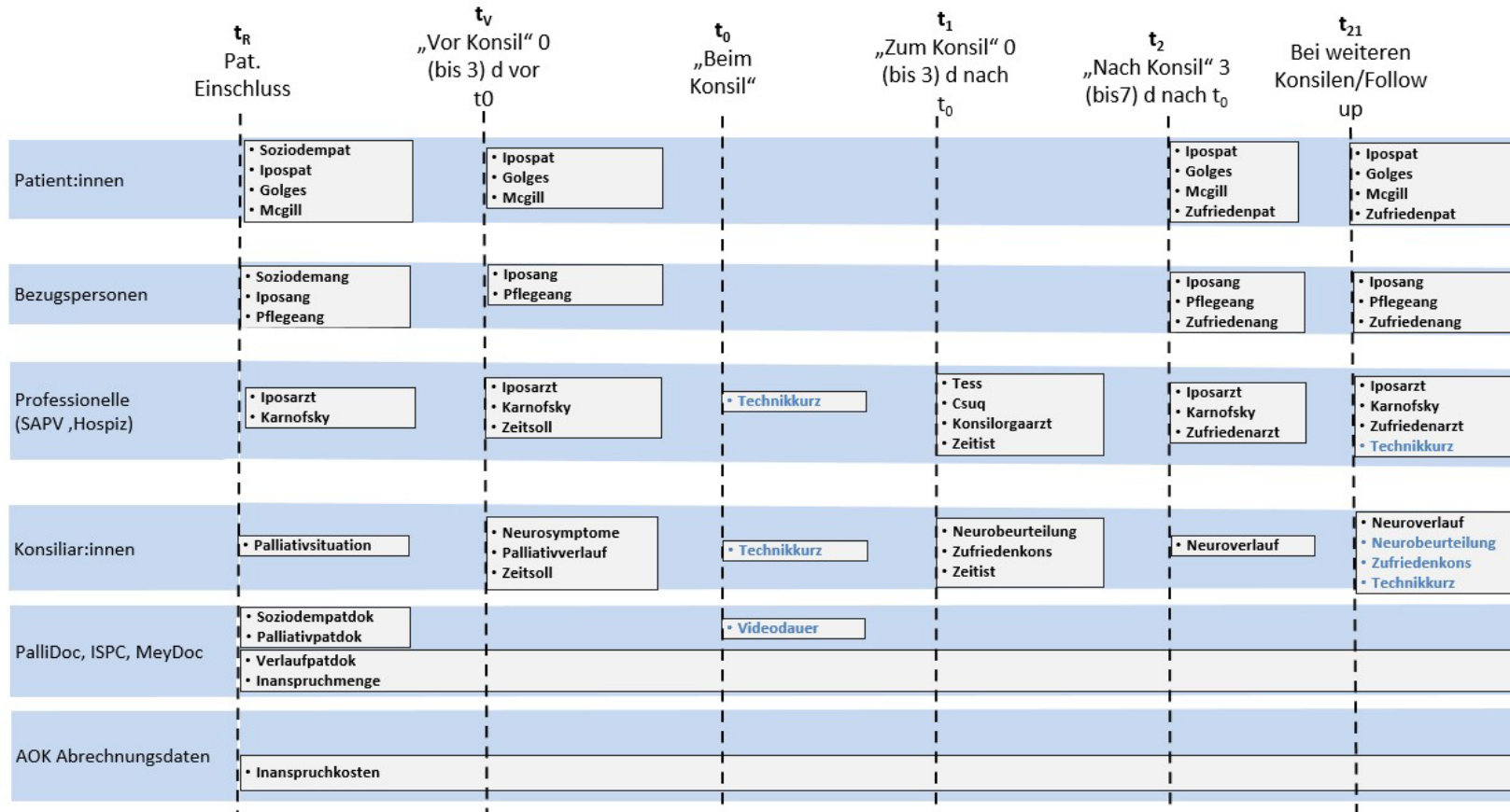


Abbildung 4: graphische Darstellung der Erhebungszeitpunkte für die Evaluation der medizinischen Wirksamkeit. Zum Einschluss ( $t_R$ ) zum/vor Telekonsil/Event  $t_0/t_v$ , unmittelbar nach dem Telekonsil  $t_1$  und 3 bis 7 Tage nach Telekonsil (follow up/ $t_2$ ). Spätes Follow up zu  $t_{21}$ . Erhebungszeitpunkte in blauer Schrift nur für IG nach Videokonsil. Golges...Gesundheitszustand und Lebensqualität erhoben mittels VAS

### 5.9.1 Form der Datenerhebung

Im Rahmen der TANNE-Studie wurden Daten sowohl elektronisch aus bestehenden Primärdokumentationssystemen (ISPC und Pallidoc) (Basisdaten: Patienten-ID, Alter, Geschlecht, Karnofsky-Index, SAPV-Verordnung, Diagnose, Nebendiagnose, Intensität der SAPV-Betreuung, Voll-/Teilversorgung, Dauer der SAPV-Versorgung usw.) als auch in Papierform erfasst (McGillQoL, iPOS, Teamzusammensetzung, Konsil/Konsiläquivalent). Hinzu kamen von der AOK exportierte Abrechnungsdaten sowie qualitative Datenaufzeichnungen aus Interviews. Im DMP (siehe Anhang) werden alle Daten der einzelnen Evaluationsdimensionen sowie deren Export und Verarbeitung beschrieben.

### 5.9.2 Matching und Datenlinkage

Die Datenzusammenführung erfolgte durch die Zuordnung der TANNE-Patienten anhand ihrer TANNE-spezifischen Patienten-ID, die in den papierbasierten CRFs erfasst war, mit dem Basisdaten-Export aus der Primärdokumentation, der sowohl die pseudonymisierte eindeutige Patienten-ID als auch eine einmalig generierte AOK-Pseudo-ID (vgl. DMP) enthielt. Eine Verknüpfung dieser Daten ist ausschließlich über die von der Konsortialführung bereitgestellten Verknüpfungsdatei, eine Excel-Liste, die als einzigen Inhalt eine Spalte mit den pseudonymisierten TANNE-Patienten-ID und eine entsprechend zugeordnete Spalte mit den pseudonymisierten Patienten-ID aus den Primärdokumentationssystemen enthält. Diese wurde dem Evaluationsteam der Effektevaluation (StatConsult), das zugleich die Datenaufbereitung und –verknüpfung programmiert, passwortgeschützt zur Verfügung gestellt. Dies galt ebenso für die pseudonymisierten Patienten-IDs der Patient:innen, die im Rahmen der Analysen der Prozessevaluation interviewt wurden.

## 5.10 Prozessevaluation

Bei der Prozessevaluation standen die Haltungen und Einstellungen der handelnden Akteure im Vordergrund und sollten mithilfe einer qualitativen Methodik herausgearbeitet werden. Weitere sekundäre Endpunkte waren im qualitativen Studienteil der Prozessevaluation die Kategorien Patientenzufriedenheit, Angehörigenzufriedenheit und Arbeitszufriedenheit.

Für den qualitativen Teil der Prozessevaluation wurden leitfadengestützte Einzel- und Gruppeninterviews mit Patient:innen, Angehörigen, Ärzt:innen sowie weiteren Mitarbeitenden aus der Palliativversorgung (SAPV, Hospiz) geführt. Die Leitfäden beinhalteten folgende Themenbereiche a) Gesundheitssituation, b) telemedizinische Beratung, c) Palliativsituation und d) Ethik-Fragen. Transkripte der Interviews stellten die Datengrundlage für die Prozessevaluation. Die Datenauswertung erfolgte entsprechend qualitativer Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (13).

Bei der Auswertung des erhobenen Datenmaterials nahm die deduktive Kategorienanwendung einen hohen Stellenwert ein. Hierbei stand die Erstellung eines Kategoriensystems, der sogenannte „Kodierleitfaden“ (13), im Zentrum. Der Kodierleitfaden enthielt pro Kategorie eine exakte und für die regelgeleitete Kodierung des Datenmaterials verbindliche Kategorienbeschreibung und umfasst:

- Kategorienbezeichnung: z.B. sehr hohe Patientenzufriedenheit oder hohe Patientenzufriedenheit,
- Definition: legte fest, welche „Fundstellen“ unter eine Kategorie fallen,
- Ankerbeispiel: beinhaltete eine exemplarische „Fundstelle“ aus dem Text als Kategorienbeispiel und
- Kodierregel: ermöglichte die eindeutige Zuordnung von „Fundstellen“ zu Kategorien sowie Abgrenzungen zwischen den Kategorien.

Die Kodierleitfäden waren ordinalskaliert. Damit beinhalteten sie neben den exakten Kategorienbeschreibungen auch eine Rangreihe, um unterschiedliche Grade von Zufriedenheit bei den jeweiligen Zielgruppen bestimmen zu können. Es wurde fünfstufig zwischen sehr hoher,

hoher, mittlerer, niedriger und sehr niedriger sowie (als Restkategorie) nicht erschließbarer Zufriedenheit unterschieden.

Im Rahmen der Datenauswertung erfolgte eine Kodierung des gesamten Datenmaterials. Diese Kodierung stellte die empirische Grundlage für die Kategorienstatistik dar. Weitere, zielgruppenspezifische Ausprägungen von Zufriedenheit wurden mithilfe der induktiven Kategorienbildung erschlossen. Verbesserungsvorschläge für die Prozessoptimierung wurden direkt aus dem Interviewmaterial abgeleitet (d.h. induktiv und ohne weitere Kodierleitfäden).

### 5.11 Gesundheitsökonomische Evaluation

Aus einer gesundheitsökonomischen Sicht galt es die Inanspruchnahme von Leistungen sowohl innerhalb der SAPV-/Hospiz-Periode zu elaborieren – Annäherung an within-costs – als auch die induzierten Effekte zwischen Patient:innen in TANNE-Interventionskontexten und Kontrollkontexten zu eruieren.

Aus gesundheitsökonomischer Sicht galt es zudem die Multidimensionalität palliativer Betreuung sowohl medizinische als auch pflegerische Kostenpotenziale, insbesondere vor dem Hintergrund, dass SAPV-Leistungen wiederum Teil komplexer Interaktionsbeziehungen sind, zu erfassen. Der Blick auf die internationale Literatur zu relevanten gesundheitsökonomischen Kostenkategorien zeigt die Variabilität und Varianz von Kostenkategorien (14), insbesondere in Abhängigkeit der Stakeholder einer SAPV-Umgebung.

Die Ableitung einer Kosteneffektivität der TANNE-Intervention musste sich der Problematik vielfältiger Wirkungskanäle stellen. Von besonderem Interesse im Sinne eines induzierten Outcome/Impact stellte sich die Veränderung der Zeit in der SAPV bis zu einer Unterbrechung, namentlich durch eine Krankenhaus-Einweisung dar. Dabei sollte nicht die Annahme unterstellt werden, dass Krankenhaus-Einweisungen grundsätzlich vermieden werden können, jedoch eine adäquate TANNE-Intervention durch ein frühzeitiges Konsil eine induzierte Krankenhauseinweisung als naheliegende Entscheidungsalternative für die SAPV-Teams (weniger für die Hospiz-Teams) zu reduzieren hilft.

In dieser Weise griff im Sinne einer Approximation an eine Kosten-Effektivität eine einfache Kosten-Nutzen-Analyse dergestalt, dass die Inanspruchnahmen innerhalb der SAPV-Periode, respektive die korrespondierenden Kosten (within costs) mit den induzierten Inanspruchnahmen medizinisch/pflegerischer Leistungen durch eine SAPV-Unterbrechung, respektive den dazugehörigen Kosten, verglichen werden sollten. Abbildung 5 verdeutlicht diese Herangehensweise.

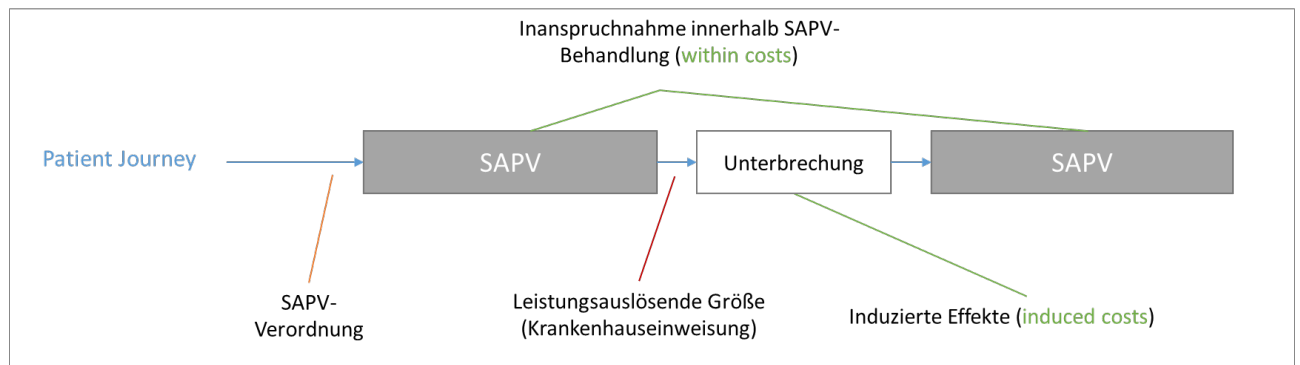


Abbildung 5: Gesundheitsökonomische Erfassungsstrategie

Dabei ließ sich die Betrachtung innerhalb einer Zeitperiode in die Inanspruchnahmeeffekte in Fall- und Kontrollgruppen innerhalb der SAPV-Teams (within costs) und die induzierten Effekte außerhalb der Teams (induced costs) unterteilen. Auch die internationale Literatur zeigt die gesundheitsökonomische Bedeutung der veränderten Inanspruchnahme in den letzten Quartalen vor dem Tod, in denen ungeplante Krankenhauseinweisungen eine besondere Bedeutung einnehmen (15).

### 5.11.1 Methoden

Besonderes Augenmerk in Bezug auf induzierte Leistungen bei Unterbrechungen der SAPV-Behandlung innerhalb des Patientenpfades lag auf den induzierten Kontakten mit medizinischen Leistungserbringern sowie insbesondere auf Krankenhauseinweisungen. Somit wurden die gesundheitsökonomischen Inanspruchnahmen der Patient:innen mit einem neurologischen Fall und korrespondierendem Konsil in der Interventionsgruppe bzw. Konsilsäquivalent in der Kontrollgruppe und die dabei induzierten Leistungen als Veränderungen im Vergleich zwischen den beiden Studienarmen im Sinne eines zeitlich verzögerten Prä-Post-Vergleichs durch das delayed start Modell erfasst. Gleichzeitig sollten in den Studienarmen die durchschnittlichen Inanspruchnahmen pro Patient:in von medizinisch-pflegerischen Ressourcen als Baseline erhoben werden. Somit wurden in die gesundheitsökonomische Analyse zwei Evaluations-Sets integriert, einerseits das Full-Analysis-Set (FAS), das Evaluations-Set (ES) und gemäß der Fallback-Strategie wurde auch das Set der historischen Kontrollgruppe (HKG) inkludiert.

Zur Abbildung der induzierten und der SAPV-immanenten Kosten waren innerhalb der eingeschlossenen Patient:innen zwei Gruppen zu differenzieren. Für Versicherte aus der AOK Bayern können für induzierte Kosten direkt Abrechnungsdaten aus den Routinedaten gemäß den systematisierten Schwerpunktdiagnosen abgeleitet werden. Diese Abrechnungsdaten konnten als Approximation von „Kostengewichten“ herangezogen werden (vgl. hier im Evaluationsbericht, Kapitel 2.4).

Aufgrund der kurzen Verweildauer in der SAPV wurden zwei gesundheitsökonomische Evaluationsperspektiven gewählt:

- (a) Mit Abschluss des Zeitpunktes  $t_2$  (siehe Abbildung 6) wurden retrospektiv die Unterbrechungen in den beiden Armen bezüglich induzierter Krankenhauseinweisungen verglichen.
- (b) Ein wesentlicher Zielparameter lag in der Erfassung möglicher Differenzen von kostenauslösenden Inanspruchnahmen medizinischer Leistungen, insbesondere (notfallbezogener) Krankenhauseinweisungen im Fallunterschied bei **allen** Patient:innen und **mit besonderem Fokus** auf Patient:innen mit neurologischem Ereignis. Hier gilt es den zeitlichen Kontext zwischen einem „neurologischen Event“ und einer darauffolgenden „Unterbrechung“ in der SAPV-Zeit herzustellen.

Im Sinne der Wirkungsüberlegung spiegelten die identifizierten neurologischen Ereignisse die Abschätzung des Wirkungseffektes der TANNE-Intervention wider, mit der Hypothese durch Telekonsile die Versorgungstage in der SAPV-Zeit zu prolongieren. Als induzierte Outcomeeffekte war dann die Anzahl von Krankenhauseinweisungen zu überprüfen (16).

### 5.11.2 Hypothesen

Im Rahmen eines zweistufigen Vorgehens - Initial – Stufe A – wurden die Daten der Interventions- und Kontrollgruppe – alle Patient:innen – bezüglich der durchschnittlichen Inanspruchnahme von (induzierten) Leistungen verglichen (vorausgesetzt ist eine Validierung der Vergleichbarkeit beider Verteilungen) und dazu differenzierte Hypothesen (vgl. Evaluationsbericht Kap. 2.4.3.2) gebildet. In einer zweiten Stufe – Stufe B – stand die Erweiterung der Zusammenhang zwischen den „within-Effekten“ nach einem Telekonsil (TANNE-Intervention“) und einer darauf induzierten Unterbrechung der Zeit in einer SAPV-Behandlung im Vordergrund, insbesondere mit Blick auf eine induzierte Krankenhauseinweisungen. Für diese gesundheitsökonomische Betrachtung wurde „Exit“ als Zeitpunkt definiert, an welchem der:die Patient:in nicht mehr in der SAPV ist und auch nicht mehr zurückkehrt (insbesondere Unterbrechung durch Tod oder auch andere Fälle, die zu einer Nicht-Rückkehr führen).

Akronym: TANNE

Förderkennzeichen: 01NVF19004

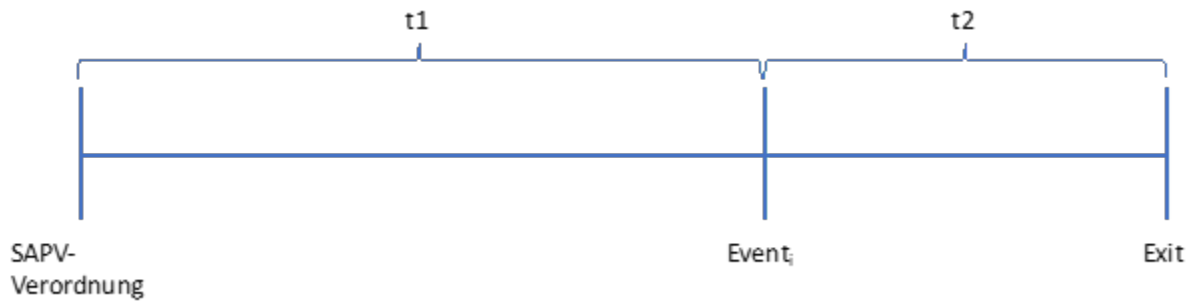


Abbildung 6: Induzierte Effekte im „Care-Pathway TANNE“

## 5.12 Umfrage Nichtteilnahme Gründe

Trotz Erkennen der Notwendigkeit und einer grundsätzlichen Zustimmung zu dem Projekt, wurde das Angebot einer telemedizinischen Konsultation nur von einem Teil der Teams angenommen und tatsächlich genutzt.

Der Rekrutierungsprozess im Projekt TANNE wurde durch das Studienbüro dokumentiert. Sämtliche Kontakte mit den SAPV-Teams und Hospizen wurden erfasst. Auch die Gründe für die Absage der Teilnahme am Projekt, sofern sie vom Team benannt wurden, wurden festgehalten. Um detailliertere Informationen über die Ablehnung der Teilnahme an der TANNE Studie zu erhalten, wurde auf Basis der Dokumentation des Rekrutierungsprozesses eine Online-Befragung erstellt. Die detaillierte Beschreibung des Fragebogens findet sich im Anhang Fragebogen Nichtteilnahmegründe.

Diese wurde den SAPV-Teams und Hospizen in Bayern, die Mitglied oder im E-Mail-Verteiler des Landesverbands SAPV Bayern e.V. oder der Arbeitsgemeinschaft der stationären Hospize in Bayern (ARGE) sind, angeboten (09/2022). In den Mailverteilern waren mehrere Personen einer Einrichtung gleichzeitig registriert. Einmalig wurde dann mit einem Abstand von drei Wochen ein Reminder per Mail verteilt. Die Auswertung der Daten des Fragebogens erfolgte mit Hilfe von SPSS.

## 5.13 Fallbackstrategie

Es wurden retrospektiv die Aufzeichnungen jener Teams (Dokumentationssysteme), die sich zur Teilnahme an der Fallbackstrategie bereit erklärten, auf das Vorliegen von historischen TANNE-Patient:innen und im Weiteren auf das Vorliegen von historischen Event-Analoga gescreent. Die historische Datenerhebungsphase wurde retrospektiv ab dem Studienbeginn am 15.5.2021 rückwirkend begonnen, für Teams, die bereits in den Pilotprojekten beteiligt waren, entsprechend vorher (06/2017 und 11/2018). Als Orientierung für eine „Sättigung“ der historischen Kontrollgruppe wurde eine Spiegelung der Fallzahlen identifiziert, die der dreifachen Zahl in der realen Kontrollphase  $S_{2,1}$  entsprach – es wurde eine Fallzahl von 60 identifiziert.

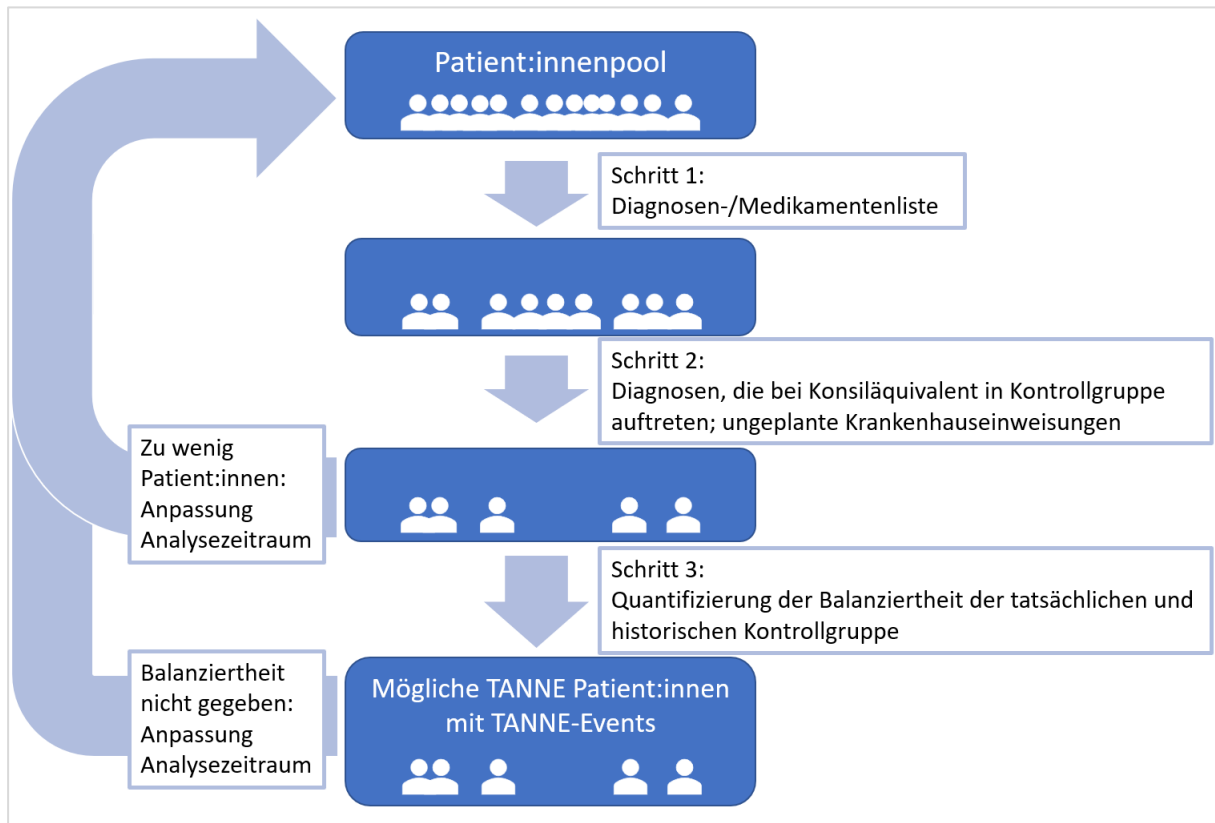


Abbildung 7: Abbildung des Auswahlprozesses der historischen TANNE Patienten pro SAPV-Team durch den Algorithmus und das Studienbüro Agatharied

### 5.13.1.1 Methodisches Vorgehen

- Anwendung Algorithmus (Schritt 1, Abbildung 7): Zunächst wurden die Patient:innen der Teams nach Listen mit relevanten Diagnosen und Medikationen gefiltert (Tabelle 1 und Tabelle 2 Anhang Fallbackstrategie). Diese Listen diente den Teams in der realen Kontrollgruppe (Kontrollphase S2,1) zur Identifikation regulärer TANNE-Patient:innen ergänzt um die Diagnosen bereits stattgefundenener Konsile. Der Inhalt der Diagnosen-Listen wurde auf Grundlage der vorhandenen Realdaten aus der Interventions- und Kontrollgruppe, abhängig von der Relevanz der Diagnosen im Kontext der Konsile bzw. Konsiläquivalente, bewertet (siehe Tabelle 1 - Anhang Fallbackstrategie).
- Nach Anwendung dieses Algorithmus wurde je Team eine größere Anzahl potenzieller historischer TANNE-Patient:innen ausgewählt. In einem zweiten Schritt die Patient:innen markiert, die die Diagnosen aufwiesen, die hauptsächlich bei den TANNE-Patient:innen mit Event auftraten. Ergänzend wurden für den Patient:inneneinschluss noch Patient:innen mit neurologischer Diagnose markiert, bei denen eine ungeplante Krankenhauseinweisung vorlag (Schritt 2, Abbildung 7).
- Die Balanciertheit der beiden Gruppen bezüglich der Basisvariablen der einbezogenen Patient:innen wurde anhand standardisierter Differenzen quantifiziert (Schritt 3, Abbildung 7).

### 5.13.1.2 Identifikation der EVENTS durch das Studienbüro Agatharied

Lag eine Krankenhauseinweisung vor, wurde die Krankengeschichte bis zu 28 Tage vor der Krankenhauseinweisung betrachtet, um zu selektieren, ob es sich hierbei um ein historisches TANNE-Event handelte (Krankenhauseinweisung im Rahmen eines neurologischen Problems). Im Falle der über die Diagnosen ausgewählten Patient:innen, wurde die gesamte Dokumentation nach einem potenziellen historischen TANNE-Event durchsucht.

Die Identifikation eines historischen TANNE-Events erfolgte anhand der Suche nach krankheitsspezifischen Symptomen, die aus der Erfahrung der bisherigen Telekonsile und der eigenen klinischen Erfahrung zu einem realen TANNE-Event führen können (siehe auch Tabelle 3 Anhang Fallbackstrategie).

Hierfür wurden die Freitextfelder und die Diagnosen/Symptomlisten der Dokumentationen der historischen TANNE Patienten (Dokumentationssysteme der SAPV-Teams) auf das Vorhandensein der Symptome gesichtet. Waren diese Symptome vorhanden, wurde ergänzend die Schwere der Symptome anhand verschiedener Kriterien bewertet (siehe unten in Tabelle 9).

### 5.13.1.3 Bewertung des Events durch einen unabhängigen Rater (Konsiläquivalenz und Qualitätsbeurteilung)

Ein zeitlicher Ausschnitt der PalliDoc-Daten/Einträge der selektierten Patient:innen wurde einem unabhängigen Rater in Form einer Tabelle mit Angaben zu den Diagnosen, der aktuellen Medikation, einer kurzen Beschreibung des Problems und einer kurzen Beschreibung der Lösung des Problems, zur Bewertung vorgelegt. Der Rater bewertete, ob konsiläquivalente Fälle vorlagen, und beurteilte die Qualität der diagnostischen / therapeutischen Problemlösung (siehe Anhang Fallbackstrategie / Checkliste).

Analog dazu wurden die PalliDoc-Daten/Einträge (zeitlicher Abschnitt) der tatsächlich stattgefundenen Telekonsile (Interventionsgruppe/verzögerte Interventionsgruppe) und der tatsächlichen Konsiläquivalente (Kontrollgruppe) aufbereitet und dem Rater ohne Kenntnis, dass es sich bei dem Vorgang um ein Telekonsil/Konsiläquivalent gehandelt hatte, zur Bewertung vorgelegt.

In gleicher Art und Weise wurden auf einer Likert-Skala die Problemschwere und die Qualität der Problemlösung durch den unabhängigen Rater gewertet. Diese Ergebnisse ermöglichten den direkten Vergleich zwischen den Gruppen und boten somit eine weitere Approximation an den Nachweis der medizinischen Wirksamkeit der Intervention.

Neben den Daten zur neurologischen Problemstellung und dessen Lösung konnten zusätzliche Informationen der historischen Kontrollgruppe zur weiteren Analyse der Patient:innenverläufe vor einem Event bzw. einer Beendigung der SAPV-Behandlung betrachtet werden, was insbesondere für die längsschnittliche Analyse der Wirkeffekte und der leistungsauslösenden Faktoren – Erkenntnisinteresse in der gesundheitsökonomischen Evaluation – von Bedeutung ist.

Ziel war es, eine „historische“ Patient-Journey der Patient:innen, initial mit dem Beginn der Dokumentation und schließend mit dem Ende der Dokumentation (im Sinne der Erfassung von leistungsauslösenden Unterbrechungen) zu erstellen. Dabei sollten die ergriffenen Maßnahmen ab dem leistungsauslösenden Fall und die Dauer der Problemlösung erfasst werden.

Durch das Studienbüro wurden, soweit ableitbar aus den Daten, ergänzende Informationen analog zu den in der Interventions- und Kontrollgruppe erhobenen Daten erfasst (Gesundheitszustand des Patienten, Zustand in Bezug auf das neurologische Problem, Diagnosen, Symptome, besondere Maßnahmen, Handlungen, die aus dem Konsil folgen usw. siehe auch Fragebogen historische Kontrollgruppe im Anhang Fallbackstrategie – Historische Kontrollgruppe).

Bei dem unabhängigen Rater handelte sich um eine Fachärztin für Neurologie mit einer abgeschlossenen Weiterbildung für Palliativmedizin. Durch langjährige Arbeit als Oberärztin für Palliativmedizin, Neurologin und als Leiterin des ALS Homecare Projektes (Versorgung von Patienten mit Amyotropher Lateralsklerose) qualifiziert sich die Raterin als Neuropalliativexpertin.

## 6. Projektergebnisse

### 6.1 Rekrutierung und Randomisierung, Charakterisierung und Vergleichbarkeit der Gruppen

#### 6.1.1 Rekrutierung und Randomisierung Leistungserbringer

Die Teil-Randomisierung der einzelnen SAPV-Teams bzw. Ärzt:innen-Teams der Hospize erfolgte nach der Zusage zur Mitarbeit an dem Projekt. Sieben SAPV-Teams mit Telemedizin-Erfahrung wurden der Interventionsgruppe zugeordnet. Während der Projektlaufzeit kam es zu verspäteten Zu- und Absagen einzelner Teams (siehe Abbildung 8).

In die Auswertung gingen Daten von 16 Teams ein, die in den Interventionsarm (S1,1 und S1,2) randomisiert wurden, sowie 17 Teams, die in den Kontrollarm randomisiert wurden (S2,1 und S2,2).

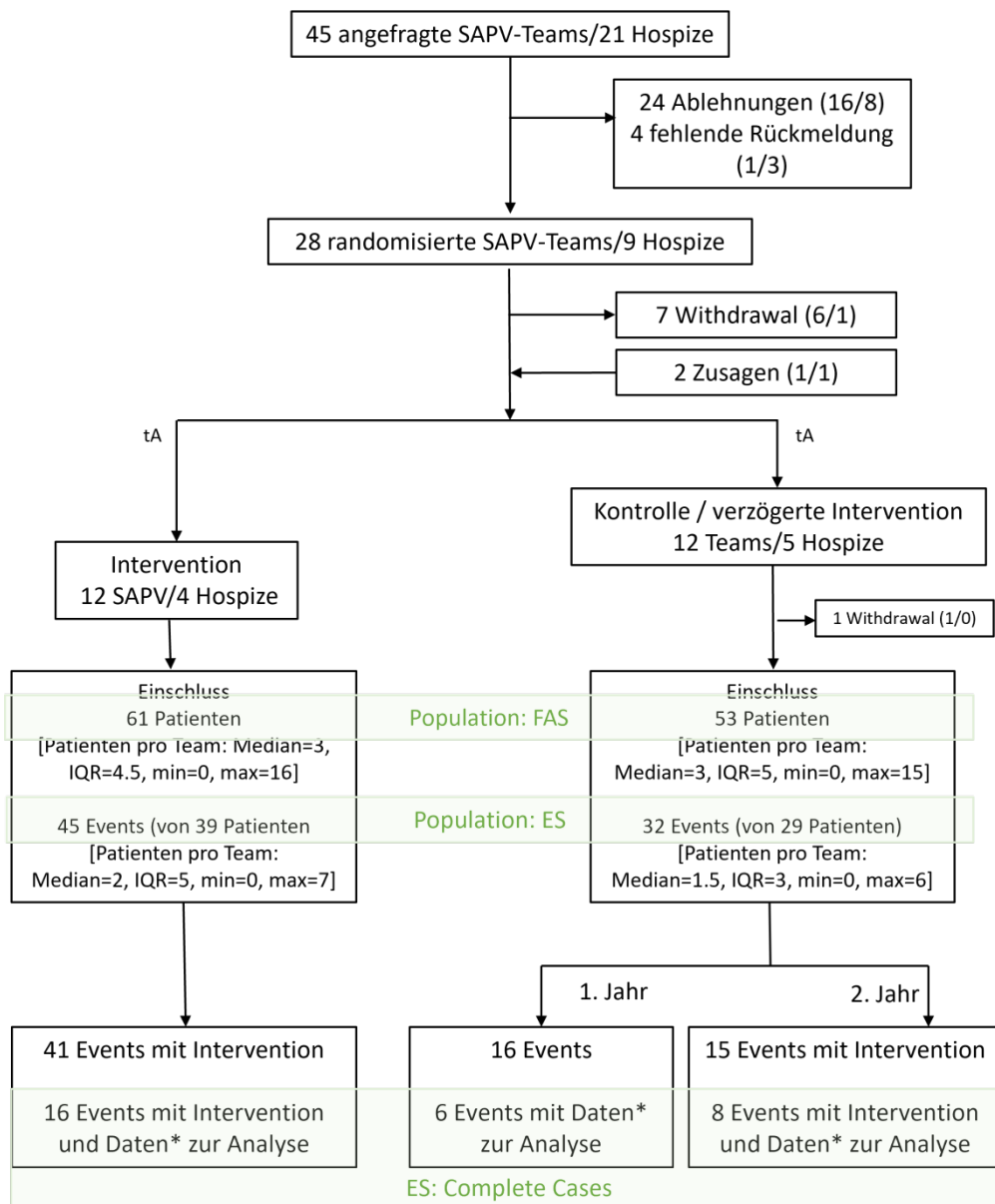


Abbildung 8: Flowchart oberer Teil mit Darstellung des Rekrutierungsprozesses (Studienanfang tA), jeweils in Klammern die Anzahl der SAPV-Teams/Hospize (SAPV/Hospize). Unterer Teil: Darstellung der Analysepopulationen (grün hinterlegt: FAS: Full Analysis Set, ES: Evaluations-Set), eingeschlossene Patient:innen und Events, davon Telekonsile (Intervention). \*Daten zum primären Endpunkt, iPOS komplett zu tv und t2 (Professionelle)



### 6.1.2 Rekrutierung Patient:innen und Events

Über den gesamten Studienzeitraum konnten 114 Patient:innen den Einschlusskriterien entsprechend rekrutiert werden (FAS). Eine Aufteilung der Patient:innen je Studienarm findet sich in Tabelle 4.

Tabelle 4: Anzahl eingeschlossener Patienten je Studienarm

Vergleichsgruppe	Patienten je Studienarm	N	%
IG	S 1,1	32	28.1
	S 1,2	30	26.3
	Gesamt (S 1)	61	53.5
verz. IG	S 2,2	29	25.4
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	90	78.9
KG	S 2,1	24	21.1

Zu diesen 114 Patient:innen konnten 77 Events dokumentiert werden. Hierbei handelt es sich in 75 Fällen um neurologische Events. Bei den 2 nicht-neurologischen Events handelt es sich ausschließlich um Krankenhausaufenthalte. Von den 77 Events wurden 61 Events in der Interventionsgruppe und verzögerten Interventionsgruppe dokumentiert (25 S1,1; 20 S1,2; 16 S2,2). In der Kontrollgruppe S2,1 wurden 16 Events registriert. Der gleiche Patient konnte auch ein zweites Mal eingeschlossen werden bei einem neuen neurologischen Problem. Dies traf auf insgesamt 6 Patient:innen zu. Bei 5 dieser Patient:innen trat im Studienzeitraum ein zweites Event auf. Bei einem Patienten wurden insgesamt 5 Events registriert.

Die Rekrutierung der Patient:innen in den Teams war sehr heterogen, die höchste Anzahl an eingeschlossenen Patient:innen für ein Team waren 16. Zehn Teams hatten keine Patient:innen eingeschlossen.

### 6.1.3 Anzahl der Datensätze

Das Evaluationsset (ES) (68 Datensätze) besteht aus den Patient:innen, zu denen ein oder mehrere Events registriert wurden (vgl. auch Abbildung 8). Das Teil-Evaluationsset (TES) (46 Datensätze) umfasst jene Patient:innen, die zwar rekrutiert wurden, aber kein Event hatten.

Der primäre Endpunkt wurde anhand der intraindividuellen Symptomlast vor und nach Konsil mittels iPOS Professionelle gemessen. In diese Auswertung flossen nur Patient:innen mit vollständigen Datensätzen ein (Complete Cases). Zur Berechnung des primären Endpunktes konnten in der Interventionsgruppe S1 16 Datensätze herangezogen werden, in der Kontrollgruppe sechs Datensätze (vgl. auch Tab. 4.1.2 Output).

Zur Berechnung des primären Endpunktes wird ein vollständig ausgefüllter Fragebogen, sowohl vor als auch nach Konsil benötigt, um den Gesamtscore zu bilden. Es gibt entsprechend des Manuals keine Möglichkeit fehlende Daten im Gesamtscore zu ersetzen. Zu insgesamt 18 Patienten fehlen komplette Visiten (tV und/oder t2), welche zur Berechnung der intraindividuellen Symptomlast notwendig wären. Die Gründe für die Missings sind überwiegend Krankeneinweisungen oder das Versterben von Patient:innen. Ein Großteil der Missings für die Berechnung des primären Endpunktes kommt durch unvollständig ausgefüllte iPOS Fragebögen zustande, so liegen zum Beispiel für den Subscore Gastrointestinale Symptome 31 complete Cases in der Interventionsgruppe S1 vor und 7 in der Kontrollgruppe S2,1. Im Anhang Missings sind die einzelnen Erhebungen und die Gründe für die Missings detaillierter aufgelistet.

### 6.1.4 Charakterisierung der Patienten – Vergleichbarkeit der Gruppen

Eine Tabelle mit den demografischen Daten des FAS, ES (ergänzt um die historische Kontrollgruppe (HKG)) und der Daten, die im Rahmen von Fragebögen durch Patient:innen erhoben

wurden, finden sich im Anhang "Demografische Daten". Im Folgenden werden, wenn nicht explizit erwähnt, Ergebnisse des ES präsentiert.

Es zeigte sich ein Unterschied zwischen den Gruppen im Alter. Die Interventionsgruppe war älter als die Kontrollgruppe. Im Mittel waren die Patient:innen der Interventionsgruppe 72.1 ( $\pm$  14.8) Jahre alt, verglichen mit den Patient:innen der Kontrollgruppe mit 61.2 ( $\pm$  10.0) Jahren. Die Patient:innen der historischen Kontrollgruppe waren im Mittel 66.2 ( $\pm$  14.6) Jahre alt. Die Geschlechterverteilung war in allen drei Gruppen ausgeglichen.

Beim ECOG-Status zeigte sich eine größere Zahl an schwer betroffenen Patient:innen ECOG >2 in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe im (63% zu 35.3% im FAS). Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen war deutlicher im FAS als im ES zu sehen (84.2% zu 71.4% im ES, 68.8% HKG). Es handelte sich hierbei um den ersten ECOG-Wert aus den Primärdokumentationssystemen. Der Zeitraum zwischen Erfassung des ECOG-Wertes und des Event-Datums konnte deutlich different sein.

Auch der unmittelbar zum Eventzeitpunkt erhobene ECOG differierte in den Gruppen, siehe auch Output Tabelle 6.1.1. Es hatten 82.8% der Patient:innen mit einem Event zum Eventzeitpunkt einen ECOG >2 in der Interventionsgruppe. In der Kontrollgruppe hatten 66.7% einen ECOG >2.

Sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe waren überwiegend Patient:innen mit neurologischen Grunderkrankungen - nämlich 100% in der Kontrollgruppe und 91.7% in der Interventionsgruppe im FAS. Ähnlich verhielt es sich im ES.

Eine Differenzierung nach der Diagnose einer neurodegenerativen Erkrankung zeigte, dass mit 47.5% im Studienarm S1 (29/61 Patient:innen) deutlich mehr Patient:innen an einer neurodegenerativen Erkrankung litten als in der Kontrollgruppe S2,1 mit 21.7% (5/23 Patient:innen). Über die gesamte Interventionsgruppe (S1+S2,2) waren auch mit 46.7% (42/90 Patient:innen) mehr Menschen mit neurodegenerativen Erkrankungen eingeschlossen als in der Kontrollgruppe S2,1 (FAS). In der Interventionsgruppe S1,1 fanden sich mit 55.7% (34/61 Patient:innen) weniger Menschen in einer Versorgung einer ländlichen Region als in der Kontrollgruppe S2,1 mit 75% (18/24 Patient:innen)(FAS).

62.5% der Patient:innen der Interventionsgruppe (S1) wurden durch die Kontaktperson des SAPV-Teams oder Hospizes nicht dazu in der Lage gesehen, den Fragebogen selbst auszufüllen. In 58.5% war eine Kommunikationsfähigkeit mit dem:der Patienten:in nicht gegeben.

In 60.6% wurde in der Interventionsgruppe (S1) als Begründung für die Notwendigkeit einer SAPV – Betreuung eine komplexe neurologische/psychiatrische/psychische Symptomatik angekreuzt. Dies war bei 50% in der Kontrollgruppe (S2,1) und in 78.7% der historischen Kontrollgruppe der Fall.

## 6.2 Effektevaluation

### 6.2.1 Primärer Endpunkt

#### 6.2.1.1 Arbeitshypothese - TANNE trägt zur Verbesserung der Symptomkontrolle bei

Intraindividuelle Veränderung im iPOS (Professionelle)

Zum Vergleich der Veränderung der intraindividuellen Symptomlast eines/r Patient:in nach einem Event, zu dem in der Interventionsgruppe ein Telekonsil durchgeführt wurde, und das in der Kontrollgruppe entsprechend der sonstigen Vorgehensweise des SAPV-/Hospizteams behandelt wurde, wurde primär die iPOS-Angabe der Professionellen genutzt.

Tabelle 5: Deskriptive Statistik iPOS (Professionelle) vor Konsil/zum Event

Vergleichsgruppe und Studienarm		IPOS-Score								
		N	N(fehrend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	12	11	29.0	6.1	23	25.0	26.5	32.5	44
	S 1,2	13	5	27.8	8.1	15	23.0	26.0	37.0	39
	Gesamt (S 1)	25	16	28.4	7.1	15	24.0	26.0	33.0	44
verz. IG	S 2,2	9	6	27.0	7.7	14	24.0	26.0	30.0	40
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	34	22	28.0	7.1	14	24.0	26.0	33.0	44
KG	S 2,1	7	2	25.6	4.9	20	21.0	26.0	30.0	33

Ein höherer iPOS ist mit einer höheren Wahrscheinlichkeit vergesellschaftet, dass sich die Patient:innen in einer instabilen oder sich verschlechternden Phase befinden (12). Die Interventionsgruppe zeigte einen höheren iPOS vor Konsil im Vergleich zur Kontrollgruppe (Mittelwert 28.4 Punkte zu 25.6 Punkte).

Dieser Unterschied in den Baseline-Werten war, wenn auch geringer, auch bei den Patient:innen vorhanden, bei denen eine Betrachtung der intra-individuellen Veränderung möglich war (n=16 in der IG und n=6 in der KG, Tabelle 6). Diese gingen schließlich in die weiteren Analysen ein.

Tabelle 6: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung - iPOS (Professionelle) – deskriptive Statistik, Complete Cases

iPOS (Professionelle)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 16	N = 6	N = 16	N = 6
N(fehrend)	0	0	0	0
Mittelwert	27.8	26.2	25.1	24.8
STD	7.86	5.04	7.17	6.11
Min	15	20	14	18
Q1	23.0	21.0	20.5	20.0
Median	26.0	26.5	23.5	24.0
Q3	33.5	30.0	28.5	28.0
Max	44	33	43	35
Änderung zu tV	-	-	N = 16	N = 6
N(fehrend)			0	0
Mittelwert			-2.6	-1.3
STD			4.15	8.36
Min			-14	-13
Q1			-5.0	-9.0
Median			-1.5	0.5
Q3			-0.5	4.0
Max			3	9

Dennoch zeigte sich für die Patient:innen in der IG mit -2.6 Punkten eine deutlichere Verbesserung im iPOS, gegenüber -1.3 Punkten bei der Kontrollgruppe. Diese Werte konnten in der Modellschätzung (siehe Anhang – Primärer Endpunkt) bestätigt werden. Dennoch stellte

selbst die Verringerung um 2.6 Punkte in der IG noch keine signifikante Verbesserung dar: [-5.696; 0.444],  $p=0.086$ .

Sämtliche Sensitivitätsanalysen blieben ohne statistisch signifikantes Ergebnis und sind im Anhang Primärer Endpunkt tabellarisch dargestellt. Die Ergebnisse zeigten aber eine Robustheit bzgl. der deskriptiv erkennbaren Verbesserung in der IG.

Bei Verwendung der Angaben der Angehörigen fanden sich mit Änderungen von -1.228 [-9.922; 7.465],  $p=0.683$  in der IG und 2.000 [-17.522; 21.522],  $p=0.766$  in der KG ähnliche Einschätzungen wie bei der Beurteilung durch die Professionellen (siehe auch Tabelle 4.3.2 Output). Unadjustiert fiel die Verbesserung in der IG sogar mit -2.5 Punkten noch deutlicher aus. Die Daten der Angehörigen zeigten mit einem iPOS-Gesamtscore von 31.4 und 27.0 Punkten zum Event hierbei den höchsten Wert der drei Wertenden (Professionelle, Patient/in, Angehörige).

Bei den wenigen Eigeneinschätzungen der Patient:innen sah dies etwas anders aus (Output Tabelle 4.2.2): Es waren Änderungen im iPOS von 1.429 [-4.410; 7.267],  $p=0.403$  bei den 7 Patient:innen mit Eigenangaben aus der Interventionsgruppe und -0.500 [-11.422; 10.422],  $p=0.862$  bei 2 Patient:innen mit Angaben aus der Kontrollgruppe feststellbar. Die vorliegenden Fragebögen unterschieden sich zudem durch einen geringeren Mittelwert im iPOS (25.1 zu 22.5 Output Tab 4.2.2) vor Event von den Angaben der Professionellen. Aufgrund der wenigen Antworten durch die Patient:innen selbst, erfolgte daher zusätzlich eine Imputation der iPOS-Werte zu tV und t2, wenn sie als Antworten des Angehörigen vorlagen. Die intraindividuelle Veränderung lag dabei bei -0.083 [-3.452; 3.285],  $n=12$ ,  $p=0.954$  in der IG und bei 0.333 [-6.403; 7.070],  $n=3$ ,  $p=0.908$  in der KG. Hier konnte also für keine der Gruppen eine signifikante Veränderung festgestellt werden (siehe Output Tabelle 4.2.2).

### 6.2.1.2 IPOS Subskala - psychologische und praktische Probleme

In der Subskala "psychologische und praktische Probleme", die von 0 bis 24 Punkten reicht, konnte in der Interventionsgruppe eine statistisch signifikante Verbesserung nach Telekonsil von 1.731 Punkten (-1.731 [-2.923; -0.539],  $p=0.007$ ) erzielt werden, während die Änderung in der KG bei -0.569 Punkten [-2.587; 1.448],  $p=0.558$ , lag. Es konnte damit jedoch im Intergruppenvergleich kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden: -1.161 [-3.504; 1.182],  $p=0.309$  (siehe Output Tabellen 5.2.3.2 und 5.3.2.3).

**Tabelle 7: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung – iPOS Subskala: psychologische und praktische Probleme (Professionelle) – deskriptive Statistik, Complete Cases**

iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 21	N = 7	N = 21	N = 7
N( fehlend)	0	0	0	0
Mittelwert	9.9	11.4	8.1	10.9
STD	2.6	3.6	2.7	3.0
Min	3	5	3	7
Q1	8.0	8.0	7.0	7.0
Median	9.0	13.0	8.0	11.0
Q3	12.0	14.0	10.0	14.0
Max	14	14	13	14
Änderung zu tV	-	-	N = 21	N = 7
N( fehlend)			0	0
Mittelwert			-1.7	-0.6

iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Pro- fessionelle)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
STD			2.6	1.9
Min			-7	-3
Q1			-4.0	-3.0
Median			-1.0	0.0
Q3			0.0	1.0
Max			2	2

### 6.2.1.3 Subgruppenanalysen

Die Ergebnisse des Vergleiches der Interventionsgruppe (mit und ohne verzögerter IG) mit der Kontrollgruppe innerhalb der Subgruppen Patienten mit neurologischer Grunderkrankung sowie Patienten mit neuro-degenerativer Grunderkrankung (Abschnitt 9.1 des Outputs) wiesen ähnliche aber keine deutlicheren Effekte auf.

### 6.2.1.4 Zusammenfassung der Ergebnisse für den primären Endpunkt

Zusammengefasst konnte für den primären Endpunkt, den Vergleich der intraindividuellen Veränderung des iPOS zwischen Patient:innen mit Telekonsil bei einem neurologischen Event und der Kontrollgruppe ohne Telekonsil, kein signifikanter Vorteil der Intervention nachgewiesen werden. Deskriptiv waren aber höhere Verbesserungen erkennbar, doch neben der geringen Power durch deutlich niedrigere Patientenzahlen als geplant waren auch Unterschiede in den Ausgangswerten zwischen den Vergleichsgruppen erkennbar.

Ein großer Anteil der deskriptiv erkennbaren Gruppenunterschiede zeigte sich in der Subskala Psychologische und praktische Probleme.

## 6.2.2 Sekundäre Endpunkte

### 6.2.2.1 Arbeitshypothese - TANNE führt zu einer Verbesserung der Lebensqualität der Unit of Care

Ein sekundärer Endpunkt war die Messung der intraindividuellen Veränderung der Lebensqualität und des Gesundheitszustandes bezogen auf die letzten zwei Tage. Für die Darstellung dieser Veränderung wurde der McGill QoL (erhoben durch die Patient:innen) herangezogen. In Tabelle 8 sind die verfügbaren Angaben zum Event (vor Konsil / vor Eventäquivalent) aufgeführt.

Tabelle 8: Deskriptive Statistik McGill QOL (Patient:innen) vor Konsil/zum Event

Vergleichsgruppe und Studienarm	N	Wie war Ihre Lebensqualität in den letzten 2 Tagen?								
		N(fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max	
IG	S 1,1	9	3	3.4	2.1	1	2.0	3.0	5.0	6
	S 1,2	5	0	2.2	0.8	1	2.0	2.0	3.0	3
	Gesamt (S 1)	14	3	3.0	1.8	1	2.0	2.5	5.0	6
verz. IG	S 2,2	9	2	3.1	2.6	0	1.0	2.0	5.0	7
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	23	5	3.0	2.1	0	1.0	2.0	5.0	7
KG	S 2,1	5	1	3.8	2.6	0	3.0	4.0	5.0	7

Auch bei dieser Analyse zeigte sich, dass die Werte der Interventionsgruppe niedrigere Ausgangswerte, im Mittelwert also eine schlechtere Lebensqualität zeigen (3.0 Punkte zu 3.8).

Für die statistische Analyse wurden Complete cases herangezogen. Auch hier war der Unterschied in den Baseline-Werten bei den Patient:innen, die zur Betrachtung der intraindividuellen Veränderung herangezogen werden konnten, etwas geringer, aber immer noch vorhanden (3.3 Punkte zu 3.8 Punkte).

Insgesamt konnte hier aber weder in der Interventions- noch in der Kontrollgruppe eine wesentliche intraindividuelle Veränderung mit 0.2 vs. 0.3 Punkten (mittlere Veränderung) gezeigt werden (Anhang sekundäre Endpunkte). Unter Berücksichtigung der Teamzugehörigkeit im Modell lagen die Schätzungen der intraindividuellen Veränderungen in der IG bei 0.345 [-2.324; 3.032],  $p=0.702$  und in der KG bei 0.045 [-4.557; 4.648],  $p=0.977$ .

Auch in den Sensitivitätsanalysen zeigte sich kein Vorteil zu Gunsten der Interventionsgruppe (siehe Anhang sekundäre Endpunkte).

Die Ergänzung um die verzögerte Interventionsgruppe ergab eine verringerte Differenz mit nun 0.1 Punkten im Mittel (unadjustierte Differenz) bzw. 0.147 in der Modellierung unter Berücksichtigung der Teamzugehörigkeit und somit eine Differenz zwischen den Gruppen von 0.098 [-2.923; 3.119]. Alle weiteren Sensitivitätsanalysen zeigten noch geringere Differenzen, die alle mit großen Konfidenzintervallen im Bereich des Zufalls lagen.

Somit war bzgl. der intraindividuellen Veränderung des McGill QoL kein Unterschied zwischen den Gruppen nachweisbar.

#### 6.2.2.2 Gesundheitszustand und Lebensqualität

Die Datenerhebungen zum Gesundheitszustand und zur Lebensqualität mittels der VAS konnten nicht sinnvoll genutzt und interpretiert werden, da sie fehlerhaft in die elektronische Datenbank übertragen wurden. Es handelte sich um eine 10-teilige Skala, bei der die Möglichkeit bestand, das Kreuz auch zwischen zwei Zahlen zu setzen. Die Zahlen wurden jedoch als ganze Zahlen in LimeSurvey vom Papierfragebogen übertragen und waren somit nicht sinnvoll verwertbar (siehe Tab. 5.5.1 und 5.5.2 im output). Es handelte sich auch hier um eine Patientenbefragung und dadurch um sehr niedrige Fallzahlen (complete cases für die Betrachtung der intraindividuellen Veränderung; IG  $n=11$ , KG  $n=4$ ), so dass statistisch relevante Daten auch hier nicht zu erwarten waren.

#### 6.2.2.3 Gesamtbefinden nach Konsil

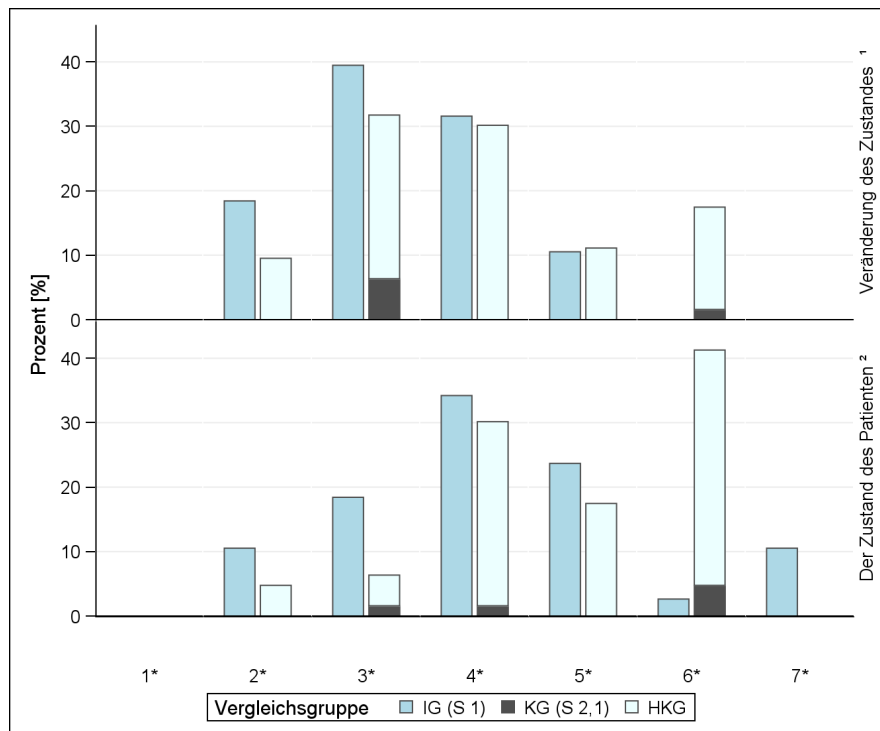
Mit Hilfe einer numerischen Ranking Skala (1 viel schlechter bis 7 viel besser) wurden die Patient:innen nach Konsil zu ihrem Gesamtbefinden befragt.

Es zeigte sich ein im Mittelwert höherer Wert, also ein besseres Gesamtbefinden nach Konsil in der Interventionsgruppe verglichen mit der Kontrollgruppe (4.5 Punkte zu 3.4 Punkten). Diese Veränderung konnte jedoch nicht als signifikant unterschiedlich nachgewiesen werden: 0.902 [-1.631; 3.436],  $p=0.379$ . Es zeigte sich ein deutlicherer Unterschied von 1.35 Punkten in der Sensitivitätsanalyse, bei der die IG auf die Patient:innen beschränkt war, bei denen die Konsilempfehlungen vollständig umgesetzt wurden, doch auch dies war noch nicht signifikant nachweisbar. Die Befragung der Angehörigen konnte nicht sinnvoll ausgewertet werden, da in der Kontrollgruppe weniger als 3 Fragebögen vorhanden waren.

#### 6.2.2.4 Veränderung der neurologischen Symptomatik nach Konsil (Professionelle)

Ähnlich der Befragung der Patient:innen wurden auch die Professionellen der Teams und Hospize nach Konsil zum Gesundheitszustand der Patient:innen befragt. Einerseits wurde dies auf die neurologische Symptomatik, die zum Konsil geführt hatte, andererseits auf den Gesundheitszustand insgesamt bezogen. Auf Grund geringer Fallzahlen in der Kontrollgruppe ( $n=5$ ) wurden für diese Auswertung ergänzend Daten aus der historischen Kontrollgruppe herangezogen. Hier wurde anhand der zur Verfügung stehenden Verläufe der Primärdokumentation der Teams eine Bewertung des Gesundheitszustandes und der neurologischen Symptomatik

durch das Studienbüro Agatharied vorgenommen. In der folgenden Abbildung werden die Daten dargestellt.



**Abbildung 9: Abbildung von relativen Häufigkeiten in Balkenform: obere Grafik mit Darstellung des Zustandes im Hinblick auf die spezielle neurologische Symptomatik, untere Grafik mit Darstellung des Gesamtgesundheitszustandes. Die Daten der HKG und KG sind in kombinierten Balken dargestellt.**

<sup>1</sup> Der Zustand des Patienten hat sich im Hinblick speziell auf die neurologischen Symptome in der Zwischenzeit wie folgt verändert.

<sup>2</sup> Der Zustand des Patienten hat sich in der Zwischenzeit allgemein wie folgt verändert.  
 1\* - Stark verbessert; 2\* - Verbessert; 3\* - Eher verbessert; 4\* - Nicht verändert; 5\* - Eher verschlechtert; 6\* - Verschlechtert; 7\* - Stark verschlechtert

Es zeigte sich insgesamt eine stärkere Verbesserung der neurologischen Symptomatik in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe, mit ergänzenden Daten aus der historischen Kontrollgruppe.

Bezüglich des Gesamtzustandes zeigten sich ebenso bessere Werte in der Interventionsgruppe als in der Kontrollgruppe (siehe Abbildung 9), insgesamt war aber bezüglich des Gesamtzustandes entsprechend dem zu erwartenden Krankheitsprogress eine Tendenz zur Verschlechterung zu sehen.

### 6.2.2.5 Fallbackstrategie

Sieben Teams aus den bestehenden TANNE-Teams, die das Primärdokumentationssystem PalIDoc nutzen, nahmen an der Fallbackstrategie teil.

Durch Anwendung des definierten Suchalgorithmus (Schritt 1 siehe Abbildung 7) konnten 881 Patient:innen extrahiert werden, die durch die Konsortialführung auf mögliche Events gescreent wurden.

Entsprechend dem Schritt 2 (Abbildung 7) der Datenanalyse der historischen Kontrollgruppe und dem Schritt „Identifikation von Events“ wurden die Patient:innen auf das Vorliegen eines möglichen Events gescreent. Dafür wurden klinische Symptome / Probleme / Unterbrechungen identifiziert, die die Kriterien eines Events erfüllten, wenn mindestens ein Indikator für die Schwere des Symptoms gegeben war. In Tabelle 9 sind die Indikatoren, die zur Aufnahme der Patienten in die historische Kontrollgruppe geführt haben, entsprechend den vorgegebenen Auswahlkategorien zusammengefasst.

**Tabelle 9: Indikatoren zur Auswahl der historischen Eventpatient:innen**

Indikatoren für Schwere des Symptoms	N	N (Gesamt)	%
Angaben zur Schwere des Symptoms in Freitextfeldern (schwer, ausgeprägt, belastend, wiederholt usw.)	47	61	77.0
Angaben zur Schwere des Symptoms anhand standardisierter Fragebögen, sofern vorhanden	0	61	0
Beginn/Umstellung von Medikamenten	42	61	68.9
Einsatz von Hilfsmitteln	0	61	0
Hinzuziehen von externer Fachexpertise	12	61	19.7
Darauffolgende Unterbrechung der Versorgung, z.B. Krankenhauseinweisung	15	61	24.6
Ergänzend: Hinweise zur Inanspruchnahme von ambulanten ärztlichen Leistungen	0	61	0
Andere:	0	61	0

In die historische Kontrollgruppe aufgenommen wurden die ersten 61 Patient:innen, die ein Event-ähnliches Ereignis hatten (Anzahl der Patient:innen je Team findet sich im Anhang Ergebnisse Fallbackstrategie). Sechs der sieben teilnehmenden Teams waren in ländlichen Regionen tätig. Nur ein Team war im urbanen Raum angesiedelt.

Es zeigte sich anhand der deskriptiven Daten eine weitgehende Näherung der Patient:innen in der historischen Kontrollgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe (Studienphase S2,1) in der Studie. Der Altersdurchschnitt in der HKG war leicht höher und lag somit zwischen Kontrollgruppenpatient:innen und Patient:innen in den Interventionsphase (S1,1 und S1,2). Die weiteren Faktoren, mit Ausnahme des Aufenthaltsortes in Senioren- oder Pflegeheimen, ließen auf ähnliche personen- als auch settingbezogene Merkmale schließen (siehe Anhang Ergebnisse Fallbackstrategie).

#### 6.2.2.5.1 Ergebnisse der Bewertungen durch den unabhängigen Rater

Die Patient:innen der HKG wurden ebenso, wie die tatsächlich stattgehabten Telekonsile und Kontrollgruppenpatient:innen, durch den unabhängigen Rater hinsichtlich der Schwere des Symptoms sowie der Art der diagnostisch therapeutischen Problemlösung bewertet. Die Anzahl der Patient:innen, die in die Bewertung mit eingingen, findet sich in Tabelle 10.

Es konnten 61 Patient:innen mit Events aus der Interventionsgruppe und verzögerten Interventionsgruppe aufbereitet werden. Ebenso konnten 16 Events aus der Kontrollgruppe aufbereitet werden.

**Tabelle 10: Anzahl der Events/Quasi-Events je Studienarm, die dem unabhängigen Rater vorgelegt wurden**

Vergleichsgruppe und Studienarm	Anzahl der Events/Quasi Events
IG S 1,1	25
S 1,2	20
Gesamt (S 1)	45
verz. IG S 2,2	16
Gesamt (S 1 + S 2,2)	61
KG S 2,1	16
HKG	61

Zur Vergleichbarkeit der Gruppen erfolgte die Bewertung der Schwere des Symptoms durch den unabhängigen Rater. Es zeigt sich eine etwas höhere Bewertung der Schwere durch den unabhängigen Rater in der historischen Kontrollgruppe verglichen mit den übrigen Gruppen. Die Bewertung erfolgte anhand einer NRS mit 1 (besonders leicht) bis 5 (besonders schwer).



Die Schwere des Symptoms, das zum Event geführt hatte, wurde mit Werten mit 3.83 (S1), 3.73 (S2,1) bis 4.08 (HKG) (Mittelwert je Gruppe) durch den unabhängigen Rater bewertet (siehe Anhang Ergebnisse Fallbackstrategie). Durch das Studienbüro in Agatharied wurde ebenso eine Bewertung der Schwere des Symptoms (nicht verblindet, reine Bewertung der historischen Kontrollgruppe) vorgenommen, diese Bewertung weicht etwas von der des unabhängigen Raters (4.08) ab. Hier wurde ein Mittelwert von 3.01 erreicht (siehe Anhang Ergebnisse Fallbackstrategie).

#### 6.2.2.5.2 Fachliche Bewertung der Problemlösung

Durch den unabhängigen Rater wurden für die ihm vorgelegten Fälle bewertet, ob die Behandlung leitliniengerecht durchgeführt wurde. Ebenso wurde bewertet, ob die Therapie geeignet erschien und welche Qualität die Problemlösung aufwies. Die Bewertung folgte einer NRS mit 1 (beste Qualität) bis 5 (schlechteste Qualität).

In der überwiegenden Zahl der Fälle wurde die Behandlung als leitliniengerecht durch den unabhängigen Rater eingestuft: 96.8% in der Interventionsgruppe im Vergleich zu 88.1% in der historischen Kontrollgruppe. Es konnte nicht für alle Patient:innen eine Bewertung bezüglich der leitliniengerechten Behandlung abgegeben werden, da für manche spezielle neuro-palliative Probleme keine Leitlinien existieren.

Die Therapie war aus Sicht des unabhängigen Raters in der Interventionsgruppe etwas mehr geeignet verglichen mit der Kontrollgruppe und der historischen Kontrollgruppe. Die Bewertung durch den unabhängigen Rater hinsichtlich der Qualität der diagnostisch/therapeutischen Problemlösung ergab im Mittelwert etwas bessere Werte bei den Events der Interventionsgruppe und der verzögerten Interventionsgruppe mit 1.29 Punkten zu 2.09 Punkten in der Kontrollgruppe und 1.62 Punkten in der historischen Kontrollgruppe (Abbildung 10).

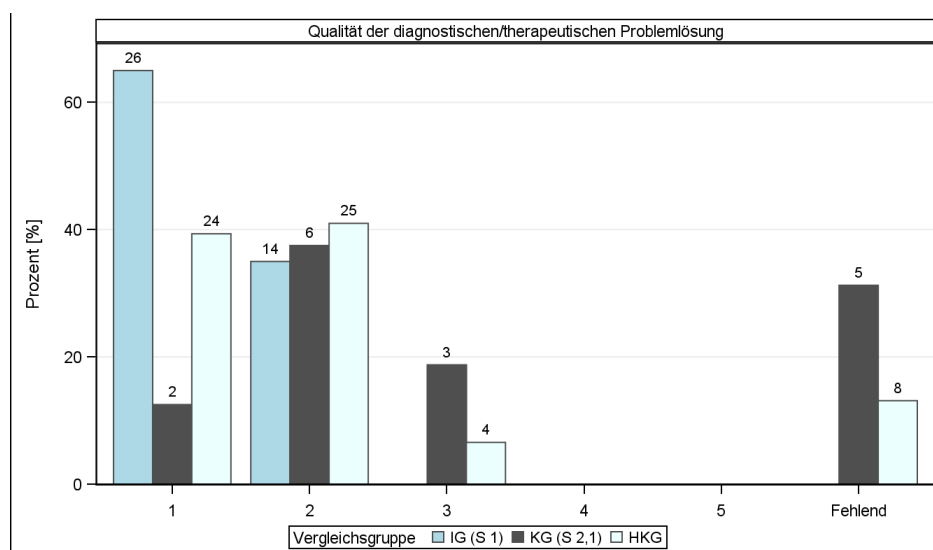


Abbildung 10: Häufigkeiten dargestellt in Balken bezüglich der Qualität der diagnostischen/therapeutischen Problemlösung (mit Fallback-Patienten (HKG)) - inklusive Fehlwerte

#### 6.2.2.5.3 Vermeidbarkeit von Krankenhauseinweisungen bewertet durch den unabhängigen Rater

Durch den unabhängigen Rater wurden die ihm vorgelegten Fälle (siehe Tabelle 10) hinsichtlich des Vorliegens einer Krankenhauseinweisung und der Vermeidbarkeit der selbigen durch eine neuro-palliative Beratung bewertet.

In Tabelle 11 sind die in den bewerteten Patient:innen dem Studienteam bekannten (in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Event aufgetretenen) Krankenhauseinweisungen aufgelistet.

**Tabelle 11: Krankenhauseinweisungen erfasst in den Daten, die dem unabhängigen Rater zur Bewertung vorgelegt wurden**

Vergleichsgruppe und Studienarm		Krankenhauseinweisung wegen neurologischem Problem?				Gesamt	
		Ja		Nein		N	%
		N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	23	100	23	100
	S 1,2	1	5.9	16	94.1	17	100
	Gesamt (S 1)	1	2.5	39	97.5	40	100
verz. IG	S 2,2	0	0	14	100	14	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	1.9	53	98.1	54	100
KG	S 2,1	9	60.0	6	40.0	15	100
Fallback		16	26.2	45	73.8	61	100

Der unabhängige Rater bewertete die in der Interventionsgruppe vorliegende Krankenhauseinweisung als nicht vermeidbar. In der Kontrollgruppe S2,1 und in der historischen Kontrollgruppe zeigte sich in jeweils ca. 1/3 der Fälle, dass diese durch die Hinzunahme einer neuropalliativen Expertise eher vermeidbar gewesen wären (siehe Anhang Ergebnisse Fallbackstrategie).

Zusammenfassend waren mehr Behandlungen, die nicht leitliniengerecht durchgeführt wurden, in der Kontrollgruppe S2,1 und der historischen Kontrollgruppe zu finden als in der Interventionsgruppe inkl. verzögerter Interventionsgruppe.

Am deutlichsten zeigten sich die Unterschiede in der fünfteiligen Bewertung der Qualität der diagnostisch/therapeutischen Problemlösung, in der in 70.4% der Fälle in der Interventionsgruppe (gesamt IG inkl. verzögerter IG) die Bewertung eine 1 war, verglichen mit nur 18.2% in der Kontrollgruppe und 45.3% in der historischen Kontrollgruppe. Ein Drittel der Krankenhauseinweisungen in der Kontrollgruppe ergänzt um die historische Kontrollgruppe wären nach Bewertung des unabhängigen Raters durch Hinzunahme einer neuropalliativen Expertise (eher) vermeidbar gewesen.

### 6.3 Gesundheitsökonomische Evaluation

#### 6.3.1 Anpassungen an die Auswertungsstrategie

Die ursprüngliche Planung zum Studiendesign beinhaltete für die gesundheitsökonomische Betrachtung retrospektiv die Patient:innen in beiden Studienarmen mit einem aufgetretenen neurologischen Problem einem Matching zu unterziehen. Auf Grund der geringen Fallzahlen wurde dieses Matching nicht durchgeführt, sondern eine die Patient:innen mit einem verknüpften induzierten Event – insbesondere Krankenhauseinweisungen – wurden in deskriptiver Weise ex post untersucht, ob eine Annäherung an eine Balanciertheit erreicht werden konnte.

#### 6.3.2 Induzierte Effekte – Krankenhauseinweisungen

Ein wesentlicher Bestandteil der gesundheitsökonomischen Ergebnisabschätzung lag im Vergleich der induzierten Effekte nach Unterbrechung der SAPV-Zeit bzw. der Hospiz-Zeit begründet. Ziel war die sekundäre Arbeitshypothese in den Blick zu nehmen, nach der zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe ein Unterschied in den Krankenhauseinweisungen zu erwarten ist.

Die Gesamtstichprobe inkl. der historischen Kontrollgruppe hatte einen Umfang von 151 Personen. Als Interventionsgruppen zählten die Patientenarme S1,1, S1,2 sowie S2,2, wohingegen sich als Kontrollgruppe der Patientenarm S2,1 sowie annahmegemäß die historische Kontrollgruppe (HKG) einordnen ließ.

Den deskriptiven Daten der Patienten in 6.1.4 entsprechend sind die Patient:innen in den Studienarmen der Interventionsgruppe durchschnittlich älter als die Kontrollpatient:innen. Die historische Kontrollgruppe ist im Gegensatz zu den anderen Studienarmen in der Geschlechterverteilung asymmetrisch, da ein etwas höherer Anteil an Männern zu konstatieren ist. Darüber hinaus gilt es festzuhalten, dass in den Kontrollgruppenarmen keine Patient:innen eingeordnet werden konnten, die durch ein Hospiz betreut worden sind.

### 6.3.2.1 Krankenhauseinweisungen im Vergleich - Gesamtstichprobe

Ein Vergleich der Krankenhauseinweisungen als Event während der SAPV-Zeit, und zwar mindestens eine bis maximal drei Krankenhauseinweisungen, gemessen über die Patient:innen im Überblick über alle Gruppen ergab folgendes Ergebnis in der deskriptiven Statistik. Es lagen insgesamt mindestens 49 Events vor, bei denen mindestens ein Krankenhausfall eingetreten ist. Die verschiedenen zeitlich zu unterscheidenden Gruppen zeigen in den Interventionsgruppen (S 1,1, S 1,2 sowie S 2,2) prima facie eine geringere Anzahl an Krankenhauseinweisungen (siehe hier ausführlich den Evaluationsbericht, Kapitel 3.5). In der Interventionsgruppe, einschließlich verzögerter Interventionsgruppe waren 21 Krankenhauseinweisungen zu verzeichnen, in der Kontrollgruppe, einschließlich historischer Kontrollgruppe, 45. Dabei ist festzuhalten, dass in der unmittelbareren Kontrollgruppe, d. h. im Studienarm S2,1, bei 8 von 19 Patient:innen mindestens ein Krankenhausereignis festzustellen war, insgesamt 12 KH-Einweisungen.

Der statistische Vergleich über alle Gruppen ergab bei Annahme eines Welch-Tests keine überzufälligen Ergebnisse (1,367,  $p=0,258$ ), die Varianzen selbst waren aufgrund der vielfältigen Einflussfaktoren im komplexen Set der untersuchten Einheiten deutlich heterogen<sup>2</sup>.

Wurden die Interventionsgruppen (S1,1, S1,2, S2,2) zu einer „Interventionsgruppe (inkl. verzögerter Interventionsgruppe)“ zusammengefasst und mit allen Kontrollpatient:innen (S2,1 und HKG) verglichen, ließ sich sowohl der mittlere Anteil der Patient:innen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt in deskriptiver Weise ableiten als auch der Mittelwert der Krankenhauseinweisungen pro Patient:in.

**Tabelle 12: Mittelwert der induzierten Krankenhauseinweisungen pro Patient:in, differenziert über zwei Gruppen**

	N	Mindestens eine KH-Einweisung	(1) Mittlerer Anteil der Patient:in mit mindestens einer KH-Einweisung	(2) Mittelwert KH-Einweisungen /Patient:In	(2) Std.-Abweichung	(2) Standardfehler des Mittelwertes
<b>S 2,1 &amp; HKG</b>	80	34	0.425	0.5625	0.74364	0.08314
<b>S 1,1 &amp; S 1,2 &amp; S 2,2</b>	71	15	0.2113	0.2958	0.6413	0.07611

Die Exit-Option Krankenhauseinweisung ist in den Kontrollumgebungen häufiger zu verzeichnen ist als in der Interventionsumgebung. Aufgrund der Heterogenität der verschiedenartigen Einflussparameter – personenseitige Faktoren als auch settingseitige Faktoren – ist zunächst nur festzuhalten, dass die Entscheidung einen Krankenhausaufenthalt auszulösen, in den Kontrollgruppe fast doppelt so häufig vorkommt

Mittels eines Mittelwertvergleichs und der in Tabelle 12 vorgenommenen Gruppenbildung lässt sich festhalten, dass trotz fehlender Normalverteilung und keiner Varianzhomogenität ein signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe ableitbar ist (einseitiges  $p=0.10$ , zweiseitiges  $p=0.19$ ).

<sup>2</sup> Eine Abweichung von der Normalverteilung ist hier relevant, da nicht in jeder Gruppe ein  $N>30$  gegeben ist.

Ein Bootstrapping-Vergleich als eine probabilistische Sensitivitätsanalyse sollte das zugrundeliegende Konfidenzintervall exemplifizieren, um die Modellunsicherheit zu reduzieren (17).<sup>3</sup> Aus dem Bootstrapping konnten die Unterschiede zwischen den Konfidenzintervallen zwischen beiden Gruppenvergleichen überprüft werden (siehe Evaluationsbericht 3.5). In der Folge konnte die Hypothese HA1 („die Inanspruchnahme der Interventionsgruppe sei gleich der Inanspruchnahme der Kontrollgruppe“) nicht bestätigt werden und es ließ sich die Schlussfolgerung ableiten, dass es einen Unterschied zwischen beiden Gruppen gibt. Die deskriptive Analyse wies auf die unmittelbare Plausibilität hin, dass es in der Interventionsgruppe gelingt, die induzierten KH-Einweisungen niedriger zu halten.

### 6.3.2.2 Krankenhauseinweisungen im Vergleich - Patient:innen nach Intervention oder Quasi-Konsil

Gemäß der Gruppenzuteilung zwischen Interventions- und Kontrollphase wurde der Wirkeffekt der TANNE-Intervention mit Blick auf die Zeitphasen in der SAPV-/Hospizversorgung nach einem Event - „Telekonsil“ bzw. „Quasi-Konsil“, näher betrachtet. Der Betrachtungsfokus lag somit auf dem Zeitraum zwischen Telekonsil (bzw. Quasi-Telekonsil) bis zu einem Exit (Tod, Beendigung der Beobachtungszeit) und in diesem Zeitraum erfassbaren Krankenhauseinweisungen. Die Patient:innen, die in der SAPV eingeschlossen waren und gleichzeitig nach einem Telekonsil eine Krankenhauseinweisung hatten, reduzierten sich auf 95 (vgl. Evaluationsbericht 3.5.2.2.1).

Der Unterschied in der Altersverteilung zwischen den Patient:innen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe zeigte wieder einen deutlichen Altersunterschied auf, der auch als überzufällig ( $p=0.03$ ) interpretiert werden kann. Mit dieser Einschränkung versehen ergeben sich folgende Krankenhauseinweisungen (vgl. Tabelle 13):

**Tabelle 13: Mittelwert der induzierten Krankenhauseinweisungen pro Patient:in nach Telekonsil oder Äquivalent, differenziert über zwei Gruppen**

	N	Mindestens eine KH-Einweisung	(1) Mittlerer Anteil der Patient:innen mit mindestens einer KH-Einweisung	(2) Mittelwert KH-Einweisungen/ Patient:in	(2) Std.-Abweichung	(2) Std.-Fehler	(2) Untergrenze	(2) Obergrenze
<b>S 2,1 &amp; HKG</b>	51	17	0.3333	0.3922	0.60261	0.08438	0.2227	0.5616
<b>S 1,1 &amp; S 1,2 &amp; S 2,2</b>	44	6	0.1364	0.1364	0.34714	0.05233	0.0308	0.2419
<b>Gesamt</b>	95	23	0.2421	0.2737	0.51451	0.05279	0.1689	0.3785

In dem betreffenden Zeitraum lagen 23 Events in beiden Gruppen vor, die zu einer krankenhausbedingten Unterbrechung geführt haben, davon 6 in der Interventionsgruppe, einschließlich verzögerter Interventionsgruppe und 20 in der Kontrollgruppe, einschließlich der historischen Kontrollgruppe. Ein Vergleich Test auf Gleichheit der Mittelwerte in beiden Kontexten über einen Welch-Test (6,636,  $p=0,012$ ) ließ die Schlussfolgerung zu, dass trotz fehlender Normalverteilung und Varianzhomogenität ein Unterschied auf signifikantem Niveau vorlag und somit der Unterschied überzufällig ist.

Übertragen in die Stärke eines Wirkeffektes nach Cohen konnte hier ein Cohen`s d von 0.53, festgestellt werden, d. h. es lag ein größerer Effekt ( $d>0,5$ ) vor (18). Es lässt sich durch die Herausnahme der historischen Kontrollgruppe zeigen, vgl. Anhang Nr.7 Evaluationsbericht, Ergänzungen zur Gesundheitsökonomie, dass der Effekt deutlich von dieser getrieben worden ist. Gleichwohl galt es festzuhalten, dass deskriptiv, allein im Studienarm S2,1 bei 6 Patient:innen, 3 Krankenhauseinweisungen vorlagen. Ergänzend wurde der Mann-Whitney-U-Test berechnet, um zu überprüfen, ob sich die Anzahl der Krankenhauseinweisungen zwischen

<sup>3</sup> Einfaches Bootstrapping, 20.000 Stichproben, Konfidenzintervallniveau 95, %, Bias-corrected and accelerated (BCa) Methode

der Interventions- und der Kontrollgruppe unterschied. Die Verteilungen der beiden Gruppen unterschieden sich voneinander, Kolmogorov-Smirnov  $p < .05$  (19). Es gab einen signifikanten Unterschied zwischen der Anzahl der Krankenhauseinweisungen zwischen der Interventions- (MRang = 42.77) und der Kontrollgruppe (MRang=52,51),  $U = 892.0$ ;  $Z = -2.303$ ;  $p = 0.022$ ;  $r = -0.24$  unter Verwendung der exakten Stichprobenverteilung von U.

Auch die Ergebnisse des exakten Fisher-Tests ( $p = .042$ ) deuten auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen KH-Einweisungen und Zugehörigkeit zur Interventions- oder Kontrollgruppe hin.

Zur Erhärtung, ob der auf signifikantem Niveau feststellbare Unterschied sich in den medizinischen Parametern der betreffenden Patient:innen widerspiegeln lässt, wurde wiederum in Sinne einer probabilistischen Sensibilitätsanalyse ein Bootstrapping angewandt. Auf patient:innenindividueller Ebene wurde der (zeitliche) Zusammenhang zwischen erfolgtem Telekonsil bzw. Quasi-Konsil und darauffolgender Krankenhauseinweisung näher betrachtet und ein Test auf Unterschiede mittels ANOVA durchgeführt.

Es ließ sich ein Intergruppeneffekt feststellen, auf signifikantem Niveau. Eine darüber hinausgehende Interpretation auf potenzielle Effektgrößen aus der ANOVA ließ sich aufgrund der fehlenden Varianzhomogenität nicht bestätigen (Intergruppeneffekt  $dt=1$ ,  $F=6.159$ ,  $p=0.015$ ). In der Folge wurde auch die Hypothese HA2 („dass die induzierten Krankenhauseinweisungen ab Telekonsil zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe gleich sind“) ebenfalls nicht bestätigt. Die Ablehnung beider Hypothesen HA1 und HA2 gab Hinweise, Aspekte des prozessualen und organisatorischen Lernens in den SAPV-Teams näher zu beleuchten.

### 6.3.2.3 Kostenapproximation Krankenhauseinweisungen

Als Approximation eines Kosteneffektes der TANNE-Intervention galt es die induzierten Wirkungen auf eine Unterbrechung der SAPV ab einem Telekonsil bzw. einem Quasi-Telekonsil bis zu einer Unterbrechung der SAPV-Zeit, namentlich durch eine Krankenhauseinweisung als induziertes Ereignis, in den Blick zu nehmen. Zur Ableitung der induzierten Kosten durch Unterbrechungen der SAPV-Zeit nach einem Telekonsil konnte auf den AOK-Datensatz Bezug genommen werden. Hier wurde ein gestuftes Vorgehen gewählt.

Zunächst wurden als erste Bezugsgröße für eine Kostenapproximation die Werte der Krankenhauseinweisungen herangezogen, die bei den Patient:innen im Untersuchungszeitraum Mai 2021 bis Oktober 2023 auftraten, die über die AOK-Bayern mit einem Einschreibebeleg inkludiert werden konnten. Ausgehend von dieser Annahme lagen insgesamt Daten von 30 Patient:innen vor, von denen hatten 18 Patient:innen einen Krankenhausaufenthalt. Es konnten 9 Patient:innen identifiziert werden, die sowohl in der TANNE-Studie eingeschlossen waren als auch einen Krankenhausaufenthalt nach Einschluss hatten.

Aufgrund der sehr geringen Fallzahl und unzureichender Einordnung in einen phänotypischen Verlauf dieser Krankenhauseinweisungen wurde die größere Betrachtung der Krankenhauseinweisungen von TANNE-Patient:innen herangezogen (18 Patient:innen), die tatsächlich SAPV-Episoden hatten, ohne Bezugnahme auf ein korrespondierendes Telekonsil.

Ausgehend von dieser Einschränkung zeigte der isolierte Blick auf den AOK-Datensatz, zunächst über alle auswertbaren Daten ab dem zweiten Quartal 2021 (Mai 2021, Start des TANNE-Projekts) 149 Einweisungen für das Jahr 2021, 389 für das Jahr 2022 und für die ersten beiden Quartale 2023 29, insgesamt für diesen Zeitraum 567 Krankenhauseinweisungen. Eine grobe Verteilung der Krankenhausweisungen für die 18 Patient:innen der TANNE-Studie, zunächst unabhängig ob schon in der SAPV-Zeit oder noch davor, ließ eine grobe Konkavität der

Einweisungstage pro Patient:in erkennen (MW=31.5, Median=28, Std-Ab 21.95).<sup>4</sup> Dabei galt es zu berücksichtigen, dass von der Grundverteilung der Patient:innen aus dem AOK-Datensatz (N=30) im Jahr 2021 fünf verstorben sind, im Jahr 2022 15 Patient:innen und in den betrachteten Quartalen des Jahres 2023 vier Todesfälle festzustellen waren.

Vor diesem Hintergrund konnte ohne Einschränkung der Allgemeinheit der Mittelwert über die Gesamtverteilung angesetzt werden (Mittelwert = 31.5 Belegungstage im KH). Die Betrags-Brutto-Werte, die von der Krankenversicherung als abrechnungsfähig interpretiert wurde, lag für den genannten Zeitraum im Jahr 2021 bei 119.792,28€, im Jahr 2022 bei 291.174€ und im Jahr 2023 bei 17.398,57€. In einfacher Umrechnung auf einen Behandlungstag – unabhängig von der spezifischen DRG-Entlassdiagnose und der zuordenbaren Größe des Pflegeerlöses pro Tag lag der Wert 2021 unterhalb des Kostenansatzes pro Berechnungs- und Belegungstages für den Freistaat Bayern von 917€ (im Jahr 2022 hätte dieser Betrag 944€ betragen) (20). Bei Annahme einer derartigen vorsichtigen Kostenapproximation über alle genannten Patient:innen sind pro Belegungstag in Annahme des Mittelwertes – 755,49€ anzusetzen.

Wurde der Fokus auf die neun Patient:innen gelegt, die sowohl in der TANNE-Studie eingeschrieben waren als auch Krankenhauseinweisungen in den Behandlungszeiträumen in der SAPV oder im Hospiz hatten ließ sich folgende echte Teilmenge bilden (vergleiche Abbildung 11).

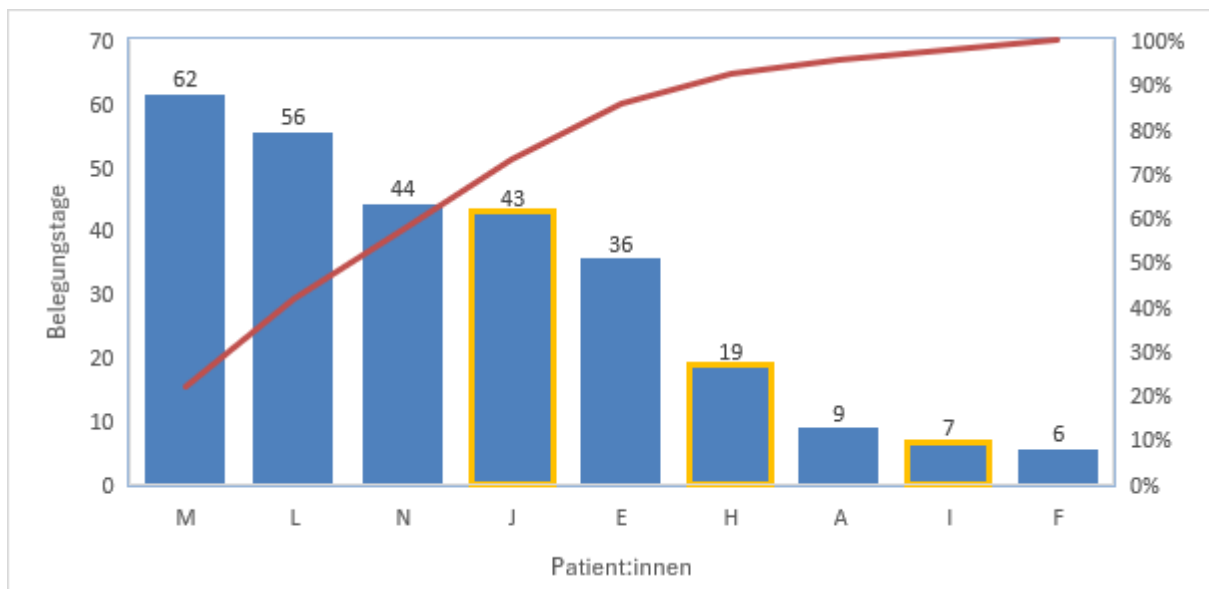


Abbildung 11: Belegungstage der Teilmenge von Patient:innen, die Krankenhauseinweisungen während der SAPV-Zeit als eingeschlossene Tanne-Patient:innen hatten (N=9); Patient:innen, die in der Interventionsgruppe eingeordnet werden konnten, sind orange kuvertiert

In Analogie zu den gesamten Patient:innen mit Krankenhauseinweisungen ließ sich auch hier wieder eine deskriptive Verteilung ableiten. Über alle neun Patient:innen und über den gesamten Zeitraum von 2021 bis 2023 lag der Mittelwert bei 31.18 Tagen pro Krankenhausaufenthalt, bei einem Median von 35.7 (Schiefe 0.04, Varianz 470.73, Standardabweichung 20.46). Die Unterschiede zwischen den auswertbaren AOK-Patient:innen in der Interventions- und der Kontrollgruppe (ohne HKG) sind wiederum deutlich. So lag für die Patient:innen in der Kontrollgruppe eine rechtsschiefe Verteilung vor (MW=35.39, Median=40.06), wohingegen

<sup>4</sup> Von den 18 Patient:innen waren 14 Patient:innen in der Kontrollumgebung eingeordnet und vier in der Interventionsgruppe. Die Verteilung über die Belegungstage bestätigt bei den 14 Patient:innen in der Kontrollumgebung eine leicht linksschiefe Verteilung (MW 33.86; Median=27.5, Schiefe=0.913, Std-Ab 23.26), wohingegen bei allen Einschränkungen einer Verteilung mit vier Merkmalsträger in der Interventionsgruppe hier eine rechtsschiefe Verteilung vorliegt (MW=23.25, Median=26.5, Schiefe=-0.964, Std-Ab. 13.69).

bei der Interventionsgruppe (jedoch nur drei auswertbare Fälle) sich eher eine Hypothese für eine linksschiefe Verteilung ableiten ließ (Mittelwert 22.76, Median 18.76). In deskriptiver Hinsicht ließ sich hier auch eine Veränderung zwischen N=18 und N=9 zeigen. In der Verteilung aller Krankenhauseinweisungen (N=18) konnten die Patient:innen, die in der Kontrollgruppe waren in eine linksschiefe Verteilung eingeordnet werden (Mittelwert 33.86, Median 27.5), wohingegen die Patient:innen in der Interventionsgruppe einer rechtsschiefen Verteilung folgen (Mittelwert 23.25, Median 26.5).

Die Mittelwerte für beide Verteilungen über beide Gruppen schwanken zwischen 31.18 und 31.5 Belegungstagen, so dass hier für die weitere Rechnung mit einem durchschnittlichen Belegungstag von ungefähr 31 Tagen gerechnet werden konnte. Die Frage eines Kostengewichts konnte über einen Bezug zu dem im AOK-Datensatz verbundenen Hinweis auf die abgerechnete DRG/abgerechneten Bruttobetrag pro Krankenhausfall approximiert werden, wobei die Annahme galt, dass die approximierten Kostengewichte als Basis für alle induzierten Krankenhauseinweisungen interpretiert werden konnten. Aus dem AOK-Datensatz ließen sich die Brutto-Beträge, die aus Sicht des Kostenträgers AOK für einen Krankenhausfall aufgewandt werden mussten, sowohl für die 18 Patient:innen, die in der TANNE-Studie eingeschlossen worden sind, ermitteln als auch in einer engeren Sicht die Brutto-Beträge herangezogen werden, die für die neun Patient:innen galten, bei denen ein Krankenhausaufenthalt tatsächlich während der SAPV-Zeit stattfand. Als Bezugsgröße lässt sich ein durchschnittlicher Kostenwert pro belegten Krankenhaustag approximieren, der wiederum mit den veröffentlichten Daten zu durchschnittlichen Kosten pro einem belegten Krankenhaustag in Bayern abgeglichen werden konnte (20).

Bei Annahme, dass die Belegungstage innerhalb des Untersuchungszeitraums (Q2 2021 bis Q2 2023) gleichbehandelt werden, und ohne Unterscheidung zwischen Patient:innen in der Interventions- und Kontrollgruppe ließ sich ein durchschnittlicher Wert pro Belegungstag von 755,49 € ermitteln.<sup>5</sup>

Ausgehend von den Annahmen zu den Kostengewichten konnten die induzierten Krankenhauseinweisungen im Interventionsgruppenset (S1,1, S1,2, S2,2) mit den induzierten Krankenhauseinweisungen im Kontrollgruppenset (S2,1; HKG) verglichen werden. Es galt die Annahme, dass im Durchschnitt jede Krankenhauseinweisung mit 31 Belegungstagen angesetzt wurde. Der Belegungstag selbst wurde in einer Spannweite von 755,49€ (31.5 Tage) bis 893,49 € (31.18 Tage) bewertet.

Der Vergleich zwischen den induzierten KH-Tagen zwischen der Interventionsgruppe (S1,1 & S1,2 & S2,2) und der Kontrollgruppe (S2,1 & HKG) ab Telekonsil konnte nun approximiert werden. Ausgehend von der Spanne der Kostengewichte [755,49 €; 893,49€] und Belegungstage [31.18; 31.5] ließ sich nun eine Approximation des durchschnittlichen Kostenansatzes pro Patient:in mit induzierter Krankenhauseinweisung ableiten. Hierzu wurden über die Ergebnisse des Bootstrapping (drei Intervalle gebildet, nämlich Intervall I: Kostendifferenz pro Patient:in im Vergleich der Mittelwerte, Intervall II: Kostendifferenz pro Patient:in im Vergleich Mittelwert IG zu niedrigsten Wert KG sowie Intervall III: Kostendifferenz pro Patient:in im Vergleich höchster Wert IG zu niedrigsten Wert KG.

---

<sup>5</sup> Die Kosten pro Berechnungs- bzw. Belegungstag in Bayern betragen für 2021 917€ für 944€ (vgl. (20)).

Tabelle 14: Kostenabschätzung induzierte Krankenhauseinweisungen pro Patient:in<sup>6</sup>

	Häufigkeit	MW KH/Patient:in	niedrigster Wert	höchster Wert	Intervall I: Per Patient MW IG-MW KG	Intervall II: Mittelwert IG-niedrigster Wert KG (18)	Intervall III: höchster Wert IG-niedrigster Wert KG (18)	
S 2,1 & HKG	0	34						
	1	14						
	2	3						
	<i>KH-Einweis</i>	20	0.3922	0.2407	0.5532	9.333,60 €	5.728,19 €	5.728,19 €
	Gesamt N	51						
S 1,1 & S 1,2 & S 2,2	0	38						
	1	6			3.246,05 €	3.246,05 €	5.666,32 €	
	<i>KH-Einweis</i>	6	0.1364	0.0465	0.2381			
	Gesamt N	44						
					Diff:	- 6.087,54 €	- 2.482,14 €	- 61,87 €

Bei Annahme des Niederstwertprinzips für die induzierten Krankenhauseinweisung in der Kontrollgruppe, ausgehend vom Mittelwert ergab sich ein Intervall [0.2407; 0.3922] Krankenhauseinweisungen pro Patient:in. In der Interventionsgruppe bei Annahme des Höchstwertprinzips ließ sich parallel das Intervall [0.1364; 0.2381] bilden. Somit ließ sich eine Kostendifferenz zugunsten eines Patienten/einer Patientin in der Interventionsgruppe von - 6.087,54€ im Mittelwertvergleich im Intervall I, von - 2.482,14€ im Intervall II und von -61,87€ im Intervall III bilden. Nachfolgende Abbildung bildet das Spannungsbild ab. Ein logarithmierter Trend zeigt die Annahme der potenziellen Kosteneinsparung, bei Annahme der Gültigkeit der approximierten Effekte durch die TANNE-Intervention auf induzierte Krankenhauseinweisungen.

<sup>6</sup> Es wurde hier die Annahme gesetzt, dass die Fälle der historischen Kontrollgruppe sich in gleicher Weise im Zeitraum 2021 bis 2023 in der Kontrollgruppe hätten ereignen können.



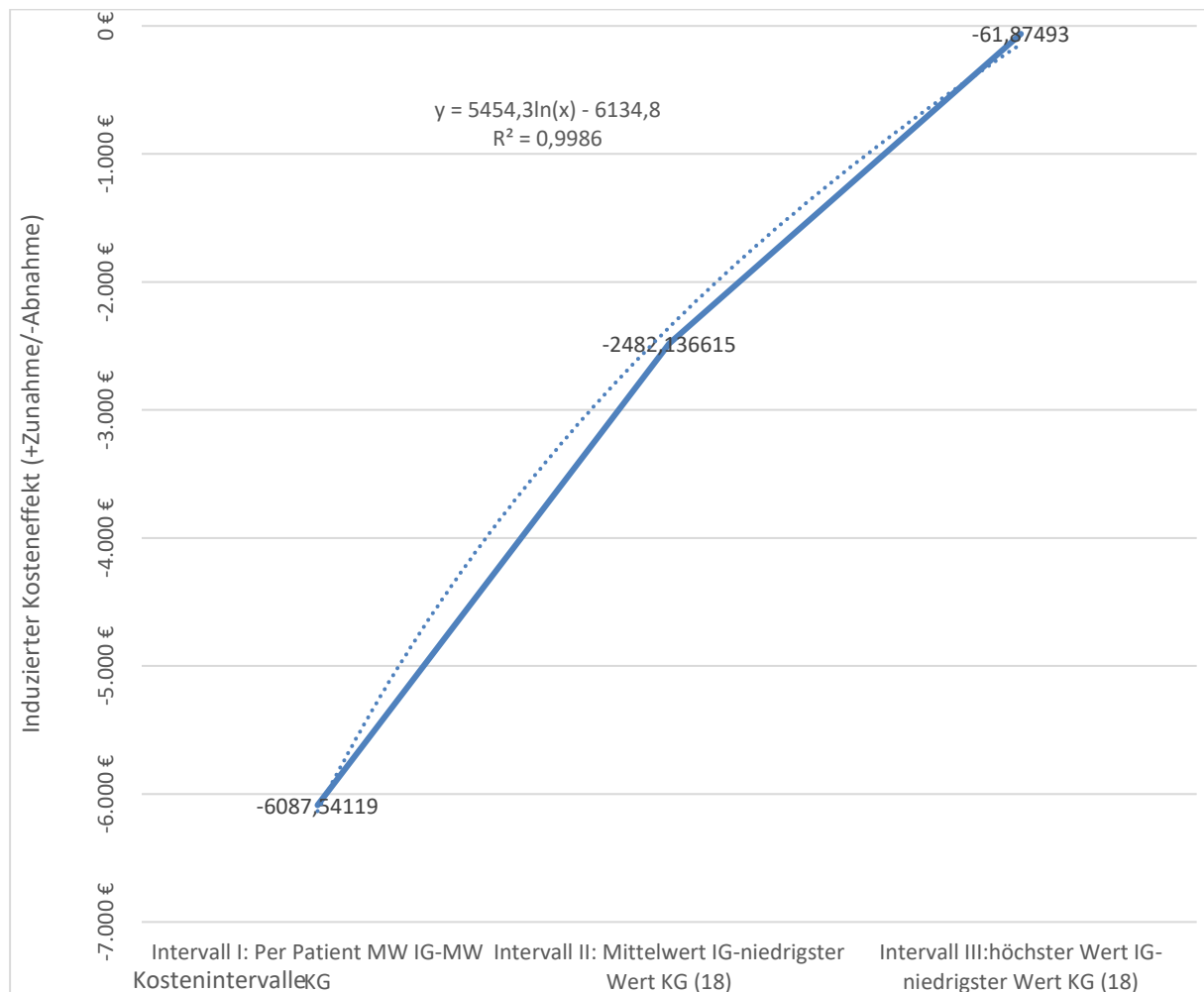


Abbildung 12: Approximation der Kosteneinsparung durch reduzierte induzierte KH-Einweisungen nach TK

### 6.3.3 Inanspruchnahme innerhalb des Sets (within effects/costs)

Zur Approximation der Kosten während der SAPV-Zeit (within costs) wurde die Zeit in der SAPV-Betreuung (bzw. in der Hospiz-Umgebung) als Approximation an eine Inanspruchnahmesituation herangezogen. Auch hier wurde ähnlich wie bei den Ergebniseffekten durch induzierte Krankenhauseinweisungen zwischen den mengenbezogenen Effekten der Patient:innen innerhalb der TANNE-Studie und der Patient:innen mit SAPV-Zeit unterschieden. Als Kostengewicht griff hier eine im individuellen Interview mit der AOK-Bayern approximierte Größe pro Versorgungstag. Dabei sollen die Kosten in der SAPV-Zeit – ab Einschluss bis zu einer Unterbrechung durch Krankenhauseinweisung (induziertes Event) sowie die Zeit in der SAPV ab Telekonsil bzw. Quasi-Konsil bis zu einer Unterbrechung separat betrachtet werden.

#### 6.3.3.1 Versorgungstage ab Beginn SAPV

In der deskriptiven Statistik der nachfolgenden Abbildungen konnten 138 Patient:innen identifiziert werden (12 Ausreißer wurden entfernt), die entsprechend der Zuordnung zur Interventionsgruppe und zur Kontrollgruppe wie oben betrachtet worden sind (deskriptive Statistik im Evaluationsbericht).

**Tabelle 15: Mittlere Versorgungstage in der SAPV - Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppen**

	N	Mittelwert	Std.-Abweichung	Std.-Fehler	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts		Minimum	Maximum
					Untergrenze	Obergrenze		
S 2.1 & HKG	71	45.96	36.123	4.287	37.41	54.51	2	180
S 1.1 & S 1.2 & S 2.2	67	71.52	55.679	6.802	57.94	85.10	2	216
Gesamt	138	58.37	48.215	4.104	50.25	66.49	2	216

Im Durchschnitt blieben Patient:innen 45.96 Versorgungstage in der Kontrollgruppe – hier ist die besondere Bedeutung der historischen Kontrollgruppe zu berücksichtigen – im Vergleich zu 71.52 Tagen in der Interventionsgruppe. Ein Levene-Test auf Varianzgleichheit in Kombination mit einem t-Test auf Unterschiede in den Mittelwerten zeigt einen deutlichen überzufälligen Effekt an, auch wenn die Annahme der Varianzhomogenität verworfen werden musste. Übersetzt in einen Wirkeffekt nach Cohen ließ sich ein Cohen's d von 0.541 konstatieren, was als mittlerer Effekt zu kennzeichnen ist<sup>7</sup> (vgl. (18)).

### 6.3.3.2 Versorgungstage ab Beginn Telekonsil

Die Wirkungshypothese der TANNE-Intervention ist unmittelbar damit verbunden, dass durch diese die Symptomlast adäquater in der Entscheidungssituation der SAPV-Teams eingebunden ist und somit auch die Zeit in der SAPV mit Blick auf nicht-notwendige Krankenhauseinweisungen im Interventionsgruppen-Blick größer als im Kontrollgruppendesign (es galt wieder die Zuordnung Interventionsgruppe S1,1 und S1,2 sowie S2,2 sowie Kontrollgruppe S2,1 und HKG) war. Es wurde eine Stichprobengröße von 88 Patient:innen betrachtet, nachdem sechs Ausreißer entfernt wurden (deskriptive Statistik im Evaluationsbericht, Kapitel 3.5.3).

Im Sinne der Wirkungshypothese der TANNE-Hypothese lässt sich die störungsfreie Zeit in der SAPV, insbesondere nach einem Telekonsil, als Outcome-Wert identifizieren, wenn aus Sicht der Patient:innen und Teams eine längere Zeit bei Annahme unveränderter Lebensqualität gewährleistet werden könnte (vgl. Abbildung 5).

Im Vergleich der mittleren Versorgungstage zwischen beiden Gruppen nach Telekonsil ließ sich ein durchschnittlicher Wert von 51.91 Tagen pro Patient:in in der Kontrollgruppe und 78.55 Tagen in der Interventionsgruppe festhalten.

**Tabelle 16: Mittlere Versorgungstage in der SAPV ab Telekonsil bzw. Äquivalent - Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppen**

	N	Versorgungstage	Mittel Versorgungstage/ Patient:in	Std.-Abweichung	Std.-Fehler	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts		Minimum	Maximum
						Untergrenze	Obergrenze		
S1,1 & S1,2 & S2,2	42	3299	78.55	60.358	9.313	59.74	97.36	8	209
S2,1 & HKG	46	2388	51.91	46.161	6.806	38.20	65.62	2	228
Gesamt	88		64.63	54.754	5.837	53.02	76.23	2	228

Im Vergleich zu den Zeiten ab SAPV ist die Interventionsgruppe von 71 Tagen auf 78 Tagen gestiegen, aber auch die Patient:innen in der Kontrollgruppe ist ein Anstieg von 45.95 Tagen auf 51.91 Tagen zu konstatieren. Die Datengrundlage ist zu heterogen und die Analyse mit zu vielen Annahmen getrieben, um dieses Ergebnis tiefergehend interpretieren zu können. U. U.

<sup>7</sup> In der Analyse waren jedoch 12 Ausreißer zu berücksichtigen, die mehr als das dreifache des Interquartilsabstand einnahmen und daher entfernt worden sind.

lässt sich hier auch ein induzierter Wirkeffekt im Sinne einer Verhaltensänderung der Patient:innen in der Kontrollgruppe ableiten (21). An dieser Stelle ist festzuhalten, dass mögliche Verhaltensänderungen nur die Studienarme in der unmittelbaren Studiengruppe adressieren konnte, jedoch nicht die historische Kontrollgruppe.

Bei allen Einschränkungen aus der deskriptiven Statistik und mit Blick auf die besondere Bedeutung des historischen Kontrollarms zeigte ein Gruppenvergleich einen überzufälligen Unterschied zwischen der Interventionsgruppe (S1,1, S1,2 und S2,2) sowie der Kontrollgruppe (S2,1 und HKG). Übersetzt in einen Wirkeffekt nach Cohen ließ sich ein Cohen's d von 0.493 konstatieren, was annähernd an der Grenze zu einem mittleren Effekt zu kennzeichnen ist (vgl. (18)).<sup>8</sup> Als weiteres Zwischenergebnis wurde in Stufe B der Analyse die Hypothese B1 „durch ein TANNE-Konsil verändert sich die Häufigkeit von induzierten Events (Unterbrechungen) nicht“, nicht bestätigt. Die Gruppenunterschiede, auf signifikant-statistischem Niveau wiesen auf einen Wirkeffekt hin, der mit der (komplexen) Intervention TANNE korrespondiert.

### 6.3.3.3 Kostenapproximation der Versorgungstage

Die Approximation der Kosten der Versorgungstage („within costs“) wurde durch eine Annäherung an einen Wert „Kosten pro Versorgungstag“ hergestellt. Bei Annahme eines durchschnittlichen Kostengewichts pro Versorgungstag in der SAPV – die Abrechnungen in Hospizen weicht davon ab – lässt sich die Annahme verdeutlichen, dass dieser nach Analyse der AOK-Abrechnungsdaten und aufgrund einer internen Controlling-Rechnung durch die AOK mit einer Durchschnittspauschale von 3.705,35€ adjustiert auf 28,08 Tage bei 131,89€ pro Versorgungstag anzusetzen ist. Bei einem Tag im Hospiz konnte ein Wert pro Versorgungstag von 336,42€ angesetzt werden. Für die Kostenabschätzung wurden die Versorgungstage linear fortgeschrieben und somit die Kostenwerte „überschätzt“, wobei die Hinweise auf die mittleren Versorgungstage – 51.91 Tage in der Kontrollgruppe und 78.55 Tage in der Interventionsgruppe – von Folgeverordnungen zur SAPV ausgehen ließen. Ausgehend von dieser Linearitätsannahme ließ sich ein Kostenwert der „within costs“ von 6.088,77€ pro Patient:in in der Kontrollgruppe und von 12.010,99€ in der Interventionsgruppe extrapolieren<sup>9</sup>. Somit ergab sich eine durchschnittliche Kostendifferenz pro Patient:in und Versorgungstag von 5.397€.

Der statistische Test (Levene-Test, df=59.509, p=0.011) – hier wieder deutlich beeinflusst durch die historische Kontrollgruppe – zeigte einen überzufälligen Unterschied (keine Varianzhomogenität, Cohen's d 0.559) zwischen beiden Gruppen an. In der Interventionsgruppe sind die unterbrechungsfreien Zeiten größer, somit kennzeichnet auch die Kostensituation den erwarteten Effekt einer längeren Zeit und somit Ressourceninanspruchnahme der SAPV-Leistungen.

### 6.3.4 Approximation einer Kosteneffektivität

Als Teil der Ergebnisevaluation zu TANNE und im Sinne einer Wirkungsevaluation konnten – bei allen Einschränkungen der verfügbaren Daten – zwei Ergebniskategorien erfasst werden.

Einerseits galt es die Kosten in der SAPV-Zeit (gemessen in Kosten pro Versorgungstage) als Investition zu interpretieren und die induzierten Kosten außerhalb der SAPV-Zeit als potenzieller Outcome, verbunden mit der Erwartung, die induzierten Kosten durch eine TANNE-Intervention zu reduzieren (vgl. im Evaluationsbericht Kap. 3.5.4). Nach dieser Vorgehensweise und bei Annahme der Annahmen zur Abbildung der induzierten Kosten konnte die Herangehensweise in 6.3.2.3 einschließlich der dort gebildeten Kostenintervalle herangezogen werden, um

---

<sup>8</sup> In der Analyse waren jedoch 6 Ausreißer zu berücksichtigen, die mehr als das dreifache des Interquartilsabstand einnahmen und daher entfernt worden sind.

<sup>9</sup> Die Kostensätze unterschieden sich insbesondere auch darin, dass in der Interventionsgruppe 5 Hospizfälle integriert werden mussten, jedoch keiner in der Kontrollgruppe.

drei Varianten der induzierten Kosten darstellen. Als Kostendifferenz innerhalb der SAPV sollte der standardisierte Wert 5.397,43€ gelten.

Hieraus ließ sich zunächst eine Betrachtung eines Kosten-Effektivitätsbereichs ableiten, nach dem die TANNE-Intervention zunächst mit Blick auf den sekundäre Wirkungshypothese der Krankenhauseinweisungen unterschiedliche Kosteneffektivitätspotenziale adressieren kann:

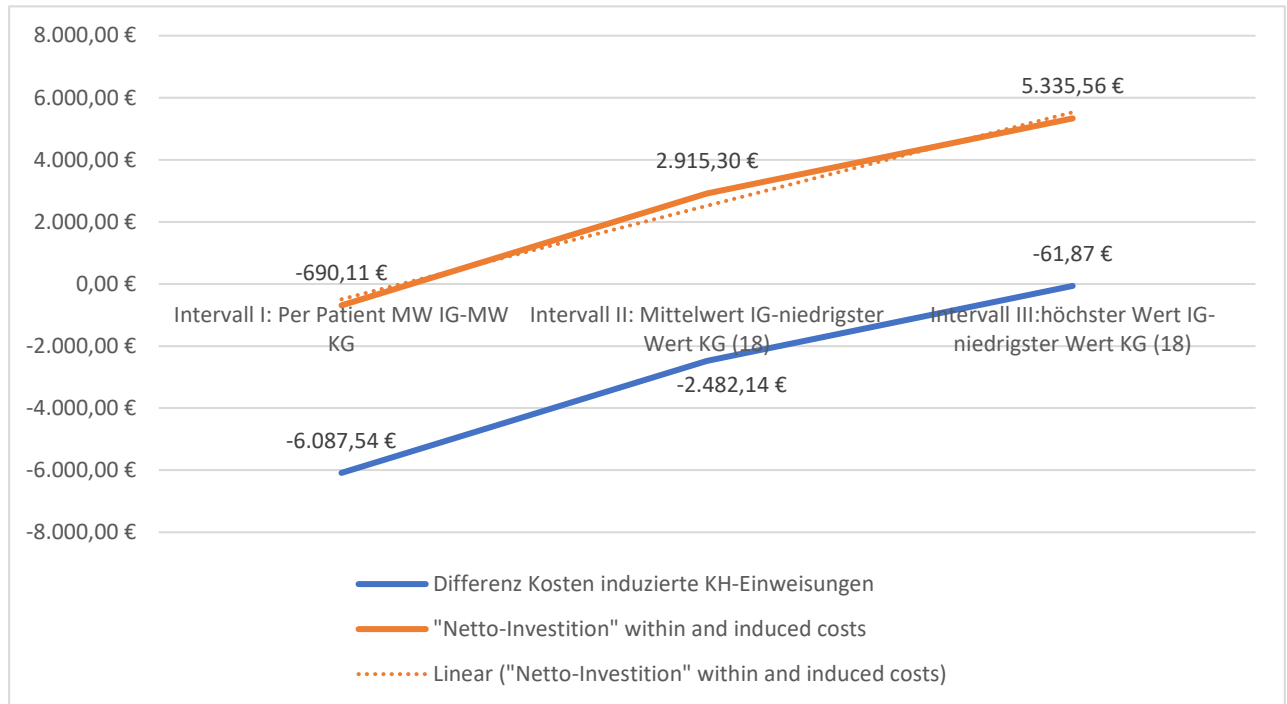


Abbildung 13: Kosteneffektivitätspotenziale Blick auf die Nettokostenwirkungen pro Patient:in nach Telekonsil

Bei Berücksichtigung der Intervalle I-III reduziert sich die positive Wirkung (Dominanz) der TANNE-Intervention. Einschließlich aller Einschränkungen in der Formulierung der Effekt- und Kostengrößen kann die Bedeutung notwendiger gesellschaftlicher Zahlungsbereitschaft in Form von Side-Payments im Sinne eines Net-Health-Benefit gezeigt werden (22). Somit war auch die zweite Hypothese in der Stufe B zu verwerfen, nämlich „es liegt kein Unterschied in den induzierten, krankenhausbedingten Kosten zwischen der Fall- und der Kontrollgruppe“ vor. Bei Berücksichtigung aller Annahmen zu Mengen- und Kostengewichten und bei Berücksichtigung der Unsicherheiten in der zugrunde liegenden Datengrundlage kann als Post-hoc-Hypothese formuliert werden, dass sich plausible Hinweise auf eine dominante Kosteneffektivität im Sinne eingesparter Krankenhauseinweisungen ergeben, insbesondere, wenn es gelingt, dass der Unterschied in den Krankenhauseinweisungen zwischen der Kontrollgruppe und Krankenhauseinweisungen in der Interventionsgruppe um mehr als das 2.8fache (OR 2.875) vorhanden ist.

In einer erweiterten gesundheitsökonomischen Betrachtung (vgl. Kapitel 3.5.4 im Evaluationsbericht) ließe sich auch eine Approximation einer Kosteneffektivität pro reduzierten iPOS-Wert simulieren. Zusammenfassend galt es festzuhalten, dass die gesundheitsökonomische Evaluation sich entgegen der ursprünglichen Planung nicht nur mit deutlich geringen Fallzahlen auseinandersetzen musste, sondern es konnten auch ob der größeren Heterogenität der Versorgungspraxis in der SAPV weniger standardisierte Bewertungen herangezogen werden als geplant, dies zeigte sich auch im AOK-Datensatz. Vor diesen Einschränkungen und mit Hilfe einer Fallzahllapproximation über den historischen Kontrollarm (HKG) ließ sich eine Approximation an eine Kostenwirksamkeit der TANNE-Intervention dergestalt ableiten, dass das Verhältnis zwischen adäquater Entscheidungspraxis zum Telekonsil – in der Folge eine störungsfreiere Zeit innerhalb der SAPV – und einen latenten Zusammenhang zu damit zusammenhängenden Entscheidungen für induzierte Krankenhauseinweisungen festgestellt

werden konnte. Hier könnten sich – bei ausreichender Evidenz zur Symptomlinderung, gemessen über den iPOS-Score – Kosteneffektivitätspotenziale ableiten lassen.

## 6.4 Prozessevaluation

### 6.4.1 Quantitative Daten – Versorgungs- und Behandlungszufriedenheit, Zufriedenheit mit dem Videokonsil

Verschiedene Aspekte zur Versorgungs- und Behandlungszufriedenheit wurden sowohl auf Seiten der Patienten, pflegenden Angehörigen als auch auf Seiten der Professionellen erfragt. Es handelt sich hierbei um Einzelitems, die mit Hilfe einer NRS von 1 bis 7 bewertet wurden (NRS 1-7, 7 höchste Zufriedenheit). Eine Charakterisierung der Teilnehmenden findet sich im Anhang Teilnehmer Prozessevaluation.

Auf Patientenseite konnten durchweg höhere Werte zur Zufriedenheit in der Interventionsgruppe verglichen mit der Kontrollgruppe erzielt werden mit zum Teil Unterschieden bis zu zwei Punkten im Mittelwert.

Am deutlichsten ist der Unterschied ausgeprägt bei der Frage nach der Zeitspanne, die sich die Ärzt:innen nahmen. Hier wurde in der Interventionsgruppe mit einem Mittelwert von 6.42 Punkten (S1) eine um 2 Punkte höhere Zufriedenheit angegeben als in der Kontrollgruppe mit 4.4 (S2,1) Punkten. Auch bezüglich des Eindruckes kompetente medizinische Hilfe zu bekommen, zeigt sich ein Unterschied von 4.4 Punkten in der Kontrollgruppe zu 6.17 Punkten in der Interventionsgruppe. Die Bewertung der Zufriedenheit insgesamt mit der medizinischen Versorgung zeigt Mittelwerte von 5.4 in der Kontrollgruppe verglichen mit 6.4 Punkten in der Interventionsgruppe. Ein Balkendiagramm mit der Auflistung der unterschiedlichen Häufigkeiten in den Einzelitems findet sich im Anhang Quantitative Daten Prozessevaluation.

Während auf Seite der Professionellen die Sicherheit bezüglich der Richtigkeit der Behandlungsentscheidung (Mittelwert 5.15) und die Zufriedenheit (Mittelwert 5.79) mit der Behandlungsentscheidung in den Interventionsgruppen hoch bis sehr hoch waren, zeigte sich in der Kontrollgruppe mit Werten von 3.56 und 3.11 deutlich niedrigere Werte (Darstellung der Einzelitems mit Auflistung der unterschiedlichen Häufigkeiten im Anhang Quantitative Daten Prozessevaluation).

Ebenso wurde die Zufriedenheit der Patienten mit unterschiedlichen Aspekten der Videoberatung dargestellt. Diese zeigt überwiegend Werte hoher Zufriedenheit und wertet diese Versorgung als eine Verbesserung im Zugang zu Dienstleistungen im Gesundheitswesen und als akzeptable Art um Dienstleistungen zu erhalten (Auflistung der Einzelitems siehe Anhang Quantitative Daten Prozessevaluation).

### 6.4.2 Ergebnisse der Prozessevaluation: qualitativer Studienteil

Um zu tieferen Erkenntnissen über die spezifischen Erfahrungen mit dem Einsatz von neurologischen Telekonsilen für die Palliativversorgung zu gelangen, wurde im Rahmen der Prozessevaluation für das TANNE-Projekt eine qualitative Interviewstudie mit Patient:innen, pflegenden Angehörigen sowie Ärzt:innen und weiteren Mitarbeitenden aus der Palliativversorgung durchgeführt. Schwerpunktmäßig sollte die Studie zeigen, welche Hinweise und Aspekte zur Zufriedenheit der Teilnehmenden mit den angebotenen telemedizinischen Leistungen ableitbar waren und welche Faktoren zu einer Steigerung oder Verringerung von Zufriedenheit aus Sicht der Befragten beigetragen haben, beziehungsweise zukünftig beitragen könnten. Im Zeitraum von 2021 bis 2023 wurden 37 leitfadengestützte Einzel- und Gruppeninterviews mit Patient:innen, Angehörigen, konsilanzfragenden- und konsilgebenden Ärzt:innen durchgeführt (N=37). Die Einzel- und Gruppeninterviews fanden im Nachfeld einer oder mehrerer medizinischer Interventionen statt. Die Interviewsituation war durch das palliativmedizinische Setting der medizinischen Intervention geprägt. Schwere Krankheit, physische und psychische Belastungen sowie Tod und Sterben waren als Themen in den Gesprächen auf vielfältige Weise präsent. Bei der Datenerhebung wurden die Interviewteilnehmenden dazu motiviert,

erfahrungsbegründete Auskünfte über die Zufriedenheit mit neurologischen Telekonsilen zu geben. Für die Datenauswertung wurden alle Interviewaussagen kodiert. Dabei wurden die in Kodierleitfäden definierte Kategorien Patientenzufriedenheit, Angehörigenzufriedenheit und Arbeitszufriedenheit entsprechend einer vorab festgelegten Kodierregel passenden Aussagen (sogenannten „Fundstellen“) zugeordnet, um eine Kategorienstatistik zu erstellen. Die Kategorienstatistik enthält Informationen sowohl über die absolute wie die relative Häufigkeit von Fundstellen und Dokumenten mit Fundstellen.

#### 6.4.2.1 Patientenzufriedenheit

Mithilfe des Kodierleitfadens (siehe Anhang Kodierleitfaden) konnten alle Textbestandteile zur Kategorie Patientenzufriedenheit aus den Interviewtranskripten extrahiert und im Rahmen eines Kodierungsverfahrens einer ordinalskalierten Zufriedenheitskategorie zugeordnet werden (siehe Anhang Qualitative Daten Prozessevaluation). Es ließen sich 37 Fundstellen aus fünf Interviews mit Patient:innen extrahieren (Tabelle 17).

**Tabelle 17: Einzelbeispiele zur Kodierung für die Kategorie Patientenzufriedenheit (gesamte Tab. siehe Anhang).**

	Anforderung	Kodierung	Fundstelle
<b>SEHR HOHE PATIENTENZUFRIEDENHEIT</b>			
04	Körperliche Anstrengungen können vermieden werden.	PZ sehr hoch	(Patient:in)
06	Telekonsil als Versorgungsform spart Anfahrtswege, körperliche Belastungen und logistischen Aufwand für Transport von lebensnotwendigen Hilfsmitteln wie Beatmungsgerät.	PZ sehr hoch	(Patient:in)
12	Niedriger Aufwand, sehr einfache Durchführung.	PZ sehr hoch	(Patient:in)
13	Sehr positiv überrascht über reibungslosen Ablauf.	PZ sehr hoch	(Patient:in)
<b>HOHE PATIENTENZUFRIEDENHEIT</b>			
17	Bewertung von Telekonsil positiver als Telefonat und gleichwertig mit herkömmlichem Arztbesuch.	PZ hoch	(Patient:in)
22	Hohe Zufriedenheit wegen Medikamentenempfehlung.	PZ hoch	(Patient:in)
27	Telekonsil wird als wenig belastend empfunden.	PZ hoch	(Patient:in)
30	Telekonsil als ideale Alternative zum Krankenhaus.	PZ hoch	(Patient:in)
34	Sehr gute Bewertung wegen Beratung von zwei Ärzten.	PZ hoch	(Patient:in)
<b>MITTLERE PATIENTENZUFRIEDENHEIT</b>			
36	Probleme mit dem Ausfüllen von Fragebögen.	PZ mittel	(Patient:in)
<b>PATIENTENZUFRIEDENHEIT NICHT ERSCHLIESSBAR</b>			
37	Gesundheitssituation hat sich nach Telekonsil sehr verschlechtert, kein direkter Zusammenhang mit Telekonsil.	PZ nicht erschließbar	(Patient:in)

Auf der Grundlage des Kodierungsvorgangs konnte eine Kategorienstatistik für die Kategorie Patientenzufriedenheit erstellt werden (siehe Anhang Qualitative Daten Prozessevaluation). Eine sehr hohe Zufriedenheit konnte in 60% der Interviewdokumente, eine hohe Zufriedenheit in 80% der Interviewdokumente und eine mittlere Zufriedenheit in 20% der Interviewdokumente nachgewiesen werden.

#### 6.4.2.2 Angehörigenzufriedenheit

Mithilfe des Kodierleitfadens (siehe Anhang) konnten 61 Fundstellen aus 18 Interviews mit pflegenden Angehörigen extrahiert werden. Einzelne exemplarische Ergebnisse sind in folgender Tabelle dargestellt (Tabelle 18).

Tabelle 18: Beispiele der Kodierung für die Kategorie Angehörigenzufriedenheit (Auswahl, gesamte Tab. siehe Anhang).

	Anforderung	Kodierung	Fundstelle
<b>SEHR HOHE ANGEHÖRIGENZUFRIEDENHEIT</b>			
02	Positiv überrascht sein über sehr hohe Beratungsqualität.	AZ sehr hoch	(Angehörige:r)
04	Facharztberatung, die sonst nicht zugänglich gewesen wäre.	AZ sehr hoch	(Angehörige:r)
08	Kein Krankentransport notwendig.	AZ sehr hoch	(Angehörige:r)
10	Wahrnehmung von positiver Resonanz im Gespräch.	AZ sehr hoch	(Angehörige:r)
11	Bewertung als ideale Alternative zum Krankenhaus.	AZ sehr hoch	(Angehörige:r)
18	Telekonsil hat Erwartungen hinsichtlich der Vermittlung von Fachwissen übertroffen.	AZ sehr hoch	(Angehörige:r)
<b>HOHE ANGEHÖRIGENZUFRIEDENHEIT</b>			
23	Hohe fachliche Kompetenz, Entscheidungsstärke.	AZ hoch	(Angehörige:r)
31	Gespräch mit Möglichkeiten für Rückfragen.	AZ hoch	(Angehörige:r)
32	Bewertung von Telekonsil als gleichwertige Behandlungsform.	AZ hoch	(Angehörige:r)
38	Nützliche Tipps zur Medikamentengabe und Wechselwirkung von Medikamenten.	AZ hoch	(Angehörige:r)
41	Behandlungsempfehlung hat geholfen.	AZ hoch	(Angehörige:r)
42	Mehrere Personen können an Facharztberatung teilnehmen.	AZ hoch	(Angehörige:r)
45	Wahrnehmung einer hohen Problemlösungskompetenz.	AZ hoch	(Angehörige:r)
46	Nützliche Tipps zur Medikamentengabe.	AZ hoch	(Angehörige:r)
50	Erklärung des Gesundheitszustandes.	AZ hoch	(Angehörige:r)
<b>MITTLERE ANGEHÖRIGENZUFRIEDENHEIT</b>			
56	Telekonsil hat den Erwartungen teilweise entsprochen.	AZ mittel	(Angehörige:r)
57	Nur teilweise Bestätigung positiver Erwartungen.	AZ mittel	(Angehörige:r)
<b>NIEDRIGE ANGEHÖRIGENZUFRIEDENHEIT</b>			
58	Telekonsil nicht sinnvoll bei bestimmten Patienten.	AZ niedrig	(Angehörige:r)
59	Erwartungen nach Telekonsil nicht erfüllt.	AZ niedrig	(Angehörige:r)
<b>SEHR NIEDRIGE ANGEHÖRIGENZUFRIEDENHEIT</b>			
60	Ablehnende Haltung gegenüber telemedizinischen Leistungen	AZ sehr niedrig	(Angehörige:r)
<b>ANGEHÖRIGENZUFRIEDENHEIT NICHT ERSCHLIESSBAR</b>			
61	Offene, abwartende Haltung nach Telekonsil.	AZ nicht erschließbar	(Angehörige:r)

Auf der Grundlage der Kodierung der Angehörigeninterviews wurde eine Kategorienstatistik erstellt. Eine sehr hohe Zufriedenheit konnte in 55.56% der Interviews, eine hohe Zufriedenheit in 94.44% der Interviews und eine mittlere Zufriedenheit in 11.11% der Interviews nachgewiesen werden (vgl. Anhang).

#### 6.4.2.3 Arbeitszufriedenheit konsilanfragenden Ärzt:innen SAPV (Einzel- und Gruppeninterviews)

Mithilfe des Kodierleitfadens (siehe Anhang) wurden 64 Fundstellen aus sechs Interviews mit konsilanfragenden Ärzt:innen extrahiert. Exemplarische Ergebnisse sind in folgender Tabelle dargestellt (Tabelle 19).

Tabelle 19: Kodierung für die Kategorie Arbeitszufriedenheit (konsilanfragende Ärzt:innen) (ges. Tab. siehe Anhang).

	Anforderung	Kodierung	Fundstelle
<b>SEHR HOHE ARBEITSZUFRIEDENHEIT</b>			
02	Sehr gute Bewertung von Zugang zu Facharzt mit Expertise in Palliativmedizin und Neurologie für nicht mobile Patienten ohne Krankenseinweisung.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
05	Sehr unproblematische Vorbereitung dank Austauschmöglichkeit von Patientendaten mittels Pallidoc.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
07	Sehr gute Beratung bei Patientin mit komplexer neurologischer Symptomatik.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
08	Sehr einfache Nutzung der MEYDOC App.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
10	Sehr hohe Relevanz von Telekonsilen für die Palliativversorgung.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
11	Telekonsil als qualitativ hochwertigere Versorgungsform verglichen mit Telefonkonsil.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
14	Lerneffekte bei Parkinson Medikation.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
18	Bewertung der Videofunktion als wichtig für qualitativ hochwertige Konsile.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
23	Sehr gute Bewertung der Behandlungsempfehlung.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
28	Sehr positiv überrascht über Beziehungsaspekt bei der Arzt-Patienten-Kommunikation via Telekonsil.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
32	Sehr hohe Zufriedenheit hinsichtlich des Ergebnisses, Arztbrief für Krankenkasse.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
38	Sehr hohe Expertise und differenzierte Informationen zu Mechanismen, Medikamenten und Vorgehensweisen.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
39	Sehr hoher Nutzen für Teams und Patienten.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
<b>HOHE ARBEITSZUFRIEDENHEIT</b>			
43	Einfache, technische Vorbereitung.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
46	Einfache Bedienung und Technologie, damit verbunden: hohe Technikakzeptanz auch bei älteren Menschen.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
47	Angemessene Dauer.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
48	Sinnvolle Ergänzung zur häuslichen Versorgung.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
57	Guter, fachlicher Austausch.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
<b>MITTLERE ARBEITSZUFRIEDENHEIT</b>			
61	Viel Aufwand für Studienteilnahme, insbesondere Aufklärungen, führte zu weniger Telekonsilen als erwartet.	ArbZ mittel	(Ärzt:in, SAPV)
62	Studienteilnahme war mit Belastungen für Patienten und Angehörige verbunden, führte zu weniger Telekonsilen.	ArbZ mittel	(Ärzt:in, SAPV)
63	Unterschiedliche Wahrnehmungen des Aufwands für Telekonsile innerhalb des Teams.	ArbZ mittel	(Ärzt:in, SAPV)

Auf der Grundlage der Kodierung der Einzelinterviews mit konsilanfragenden Ärzt:innen wurde eine Kategorienstatistik erstellt (siehe Anhang). Fundstellen als Belege für sehr hohe Zufriedenheit und hohe Zufriedenheit konnten in allen Interviews und für mittlere Zufriedenheit in 50% der Interviews nachgewiesen werden.

Aus den Gruppeninterviews mit konsilanfragenden Ärzt:innen wurden mittels Kodierleitfaden 70 Fundstellen extrahiert siehe Anhang. In der folgenden Liste sind Auszüge der Kodierungsergebnisse aufgeführt (Tabelle 20).



Tabelle 20: Ergänzende Beispiele zur Kodierung für die Kategorie Arbeitszufriedenheit (konsilianfragende Ärzt:innen mit mehrfacher Konsilerfahrung) aus den Gruppeninterviews (Auswahl, gesamte Tab. siehe Anhang).

	Anforderung	Kodierung	Fundstelle
<b>SEHR HOHE ARBEITSZUFRIEDENHEIT</b>			
02	Sehr gut, dass alle Anwesenden einbezogen worden sind.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
05	Sehr aufgeschlossene Angehörige und Patienten.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
13	Sehr hohes Sicherheitsempfinden bei Botox-Behandlung.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
14	Telekonsilen als Chance für die Palliativversorgung.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
17	Sehr angenehme Zusammenarbeit.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
22	Sehr guter Ablauf.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
23	Zusammenarbeit sehr unkompliziert und absolut zeitnah.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
<b>HOHE ARBEITSZUFRIEDENHEIT</b>			
28	Information und Beratung zu Behandlungsalternativen.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
46	Einfache Terminierung.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
50	Unkomplizierte Einbindung in Arbeitsabläufe.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
52	Zeitersparnis durch diagnostische und therapeutische Absicherung.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
56	Positives Feedback von Patienten.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
60	Unterstützung beim Ausfüllen von Fragebögen durch Studienbüro.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
62	Hohes Interesse an neurologischem Wissen im SAPV-Team.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
<b>MITTLERE ARBEITSZUFRIEDENHEIT</b>			
63	Einverständnis der Angehörigen als zeitintensiver Aspekt.	ArbZ mittel	(Ärzt:in, SAPV)
64	Ambivalenz zwischen Notwendigkeit der Beratung und Erwünschtheit derselben seitens des Angehörigen.	ArbZ mittel	(Ärzt:in, SAPV)
65	Fehlende Akzeptanz bei Angehörigem erschwert Durchführung von Telekonsil.	ArbZ mittel	(Ärzt:in, SAPV)
66	Unsicherheit bei der Übermittlung von untersuchungsrelevanten Informationen hinsichtlich Vollständigkeit.	ArbZ mittel	(Ärzt:in, SAPV)
<b>NIEDRIGE ARBEITSZUFRIEDENHEIT</b>			
68	Telekonsil als zusätzlicher Aufwand.	ArbZ niedrig	(Ärzt:in, SAPV)
69	Studienteilnahme als hohe Belastung, Ausfüllen von Fragebögen ungut für Angehörige nach Todesfall.	ArbZ niedrig	(Ärzt:in, SAPV)
70	Hoher Arbeitsaufwand für Telekonsil innerhalb des Teams.	ArbZ niedrig	(Ärzt:in, SAPV)
71	Technische Probleme, schlechte Datenverbindung.	ArbZ niedrig	(Ärzt:in, SAPV)
72	Hohe Belastung für Angehörige durch Fragebögen.	ArbZ niedrig	(Ärzt:in, SAPV)
74	Ansprechperson für Telekonsil war mehrfach nicht erreichbar, mehrere Telekonsile kamen nicht zustande.	ArbZ sehr niedrig	(Ärzt:in, SAPV)
<b>ARBEITSZUFRIEDENHEIT NICHT ERSCHLIESSBAR</b>			
76	Therapeutische Empfehlung war bereits am nächsten Tag hinfällig.	ArbZ nicht erschließbar.	(Ärzt:in, SAPV)

Auf der Grundlage der Kodierung der Gruppeninterviews mit konsilianfragenden Ärzt:innen wurde eine Kategorienstatistik erstellt (siehe Anhang). "Sehr hohe" und "hohe Zufriedenheit" konnte in allen Interviews und mittlere Zufriedenheit in 66.67% der Interviews nachgewiesen werden.

#### 6.4.2.4 Arbeitszufriedenheit Mitarbeitende aus dem Hospizbereich

Mithilfe des Kodierleitfadens konnten 24 Fundstellen aus zwei Interviews mit Mitarbeitenden aus Hospizeinrichtungen extrahiert werden (siehe Anhang). Die Ergebnisse sind auszugsweise in folgender Tabelle dargestellt (Tabelle 21).

**Tabelle 21: Kodierung für die Kategorie Arbeitszufriedenheit (Mitarbeitende aus dem Hospizbereich) (Auswahl, gesamte Tabelle siehe Anhang).**

	Anforderung	Kodierung	Fundstelle
<b>SEHR HOHE ARBEITSZUFRIEDENHEIT</b>			
01	Riesiger Nutzen für Gäste im Hospiz.	ArbZ sehr hoch	(Hospiz)
02	Erstaunen über Komplexität bei der Beratung.	ArbZ sehr hoch	(Hospiz)
03	Sehr hohe Zufriedenheit, zügig, hochprofessionell.	ArbZ sehr hoch	(Hospiz)
04	Sehr hohe Zufriedenheit wegen Symptomlinderung.	ArbZ sehr hoch	(Hospiz)
05	Zeitlich sehr effektiv.	ArbZ sehr hoch	(Hospiz)
08	Erwartung hinsichtlich Beratungsqualität wurden übertroffen.	ArbZ sehr hoch	(Hospiz)
<b>HOHE ARBEITSZUFRIEDENHEIT</b>			
14	Gute Lösung im Hinblick auf einzusparende Kosten (Transport in eine Praxis, zeitlicher und personeller Aufwand).	ArbZ hoch	(Hospiz)
15	Telekonsil als Erweiterung des professionellen Angebots, Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität.	ArbZ hoch	(Hospiz)
16	Ablauf Telekonsil gut strukturiert.	ArbZ hoch	(Hospiz)
19	Telekonsil erzeugt gutes Gefühl, alles für den Patienten getan zu haben.	ArbZ hoch	(Hospiz)
20	Unkomplizierte Terminvereinbarung.	ArbZ hoch	(Hospiz)
<b>MITTLERE ARBEITSZUFRIEDENHEIT</b>			
21	Gute, gelungene Versorgung, aber Studienwahnsinn.	ArbZ mittel	(Hospiz)
22	Telekonsil sollte mit dem behandelnden Arzt stattfinden.	ArbZ mittel	(Hospiz)
23	Telekonsile ohne Studienteilnahme wären traumhaft.	ArbZ mittel	(Hospiz)
<b>ARBEITSZUFRIEDENHEIT NICHT ERSCHLIESSBAR</b>			
24	Telekonsil eventuell stets zu spät bei Akutsituation.	ArbZ nicht erschließbar	(Hospiz)

Bezogen auf die Kategorienstatistik betrug der Anteil aller Fundstellen in den Kategorien „sehr hohe Arbeitszufriedenheit“ und „hohe Arbeitszufriedenheit“ 83% (siehe Anhang).

#### 6.4.2.5 Arbeitszufriedenheit konsilgebende Ärzt:innen

Mithilfe des Kodierleitfadens konnten 16 Fundstellen aus zwei Interviews mit konsilgebenden Ärzt:innen extrahiert werden (siehe Anhang). Exemplarische Ergebnisse sind in folgender Tabelle aufgelistet (Tabelle 22).

**Tabelle 22: Kodierung für die Kategorie Arbeitszufriedenheit (konsilgebende Ärzt:innen) (ges. Tab. siehe Anhang).**

	Anforderung	Kodierung	Fundstelle
<b>SEHR HOHE ARBEITSZUFRIEDENHEIT</b>			
01	Optimale Vorbereitung seitens der SAPV-Teams.	ArbZ sehr hoch	(Konsilärzt:in)
02	Spannende Erfahrungen im Rahmen von Telekonsilen.	ArbZ sehr hoch	(Konsilärzt:in)
04	Spannende Erweiterung der Palliativversorgung.	ArbZ sehr hoch	(Konsilärzt:in)
05	Sehr gute Nachbereitung der Telekonsile mit schriftlicher Information über Inhalte des Telekonsils für SAPV-Teams.	ArbZ sehr hoch	(Konsilärzt:in)

	Anforderung	Kodierung	Fundstelle
HOHE ARBEITSZUFRIEDENHEIT			
08	Keine technischen Probleme.	ArbZ hoch	(Konsilärzt:in)
09	Gefühl, Beratung wird gut angenommen.	ArbZ hoch	(Konsilärzt:in)
10	Gute Positionierung von Kamera, Patient und Angehörigen.	ArbZ hoch	(Konsilärzt:in)
MITTLERE ARBEITSZUFRIEDENHEIT			
11	Internetverbindung für Telekonsil nicht immer zuverlässig.	ArbZ mittel	(Konsilärzt:in)
12	Teilweise Nachfragen zu medizinischen Fragestellungen, die eigentlich bekannt sein sollten.	ArbZ mittel	(Konsilärzt:in)
13	Teilweise kein Feedback zu Telekonsil.	ArbZ mittel	(Konsilärzt:in)
14	Teilweise eingeschränkte Sicht auf Patienten.	ArbZ mittel	(Konsilärzt:in)
16	Wunsch nach Nachbesprechung, Kontrolle, Wiedervorstellung für Verbesserung der telekonsiliarischen Gesamtleistung.	ArbZ mittel	(Konsilärzt:in)

Der Anteil aller Fundstellen in den Kategorien „sehr hohe Arbeitszufriedenheit“ und „hohe Arbeitszufriedenheit“ in der Kategorienstatistik betrug 63% (siehe Anhang).

### 6.4.3 Lessons Learned Workshop

SAPV-Teams aus dem Raum Bayern wurden für einen Erfahrungsaustausch zu einer Workshop-Veranstaltung eingeladen. Am Workshop beteiligt waren schwerpunktmäßig SAPV-Teams aus der Interventionsgruppe (IG), sowie SAPV-Teams aus der Kontrollgruppe (KG), welche aus verschiedenen Gründen nicht in die IG gewechselt sind. Um möglichst vielen Personen eine Teilnahme zu ermöglichen, fand die Veranstaltung in einem hybriden Veranstaltungsformat statt. Eine Online-Teilnahme war möglich.

#### 6.4.3.1 Ethikbewertung des neurologischen Telekonsils für die Palliativversorgung aus der Perspektive von SAPV-Teams

Folgende ethische Herausforderungen von neurologischen Telekonsilen für die Palliativversorgung wurden von den Workshop-Teilnehmenden genannt: „Informierte Einwilligung“, „Zeitpunkt für Telekonsil“, „Verteilungsgerechtigkeit“ und „Schutz von personenbezogenen Daten bei technologievermittelter Kommunikation“.

Ein zentrales Thema der Diskussion mit den SAPV-Teams war der Umgang mit dem Datenschutz. Wegen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) ist eine Teilnahme an Studien erst nach informierter Einwilligung möglich. Daraus resultiert, dass alle Studienteilnehmenden über den Inhalt und den Ablauf einer Studie aufgeklärt werden müssen und eine entsprechende Einwilligung abzugeben haben, bevor sie an einer Studie teilnehmen dürfen. Dieser Vorgang ist mit einem nicht unerheblichen Aufwand verbunden. Lösungsansätze wurden in einer Vereinfachung der damit verbundenen Prozesse verortet.

Als weitere Herausforderung wurde der bestmögliche Zeitpunkt für ein Telekonsil diskutiert. Für die akute Symptombehandlung wurden zeitnahe Telekonsile bevorzugt. Erfahrungsgemäß war es aber schwierig, ein zeitnahe Telekonsil zu terminieren. Es mussten unterschiedliche Aspekte berücksichtigt werden, wie die Verteilung von Aufgaben im Team inklusive Notfallplan für die Dauer des Telekonsils, Berücksichtigung von Wachheitsphasen bei Patient:innen sowie die Verfügbarkeit von Konsilärzt:innen. Als Lösungen wurden Notfallkonsile für dringende Fälle und feste Sprechzeiten für eine bessere Planung innerhalb der Arbeitsorganisation vorgeschlagen.

Kritisch diskutiert wurde die Gerechtigkeit bei der Verteilung von Telekonsilen als telemedizinische Leistungen im Gesundheitssystem. Bisher waren die Konsile räumlich auf den Raum Bayern und zeitlich von der Projektdauer begrenzt. Zum Zeitpunkt des Workshops gab es keine

Vorschläge für telekonsiliarische Angebote nach Projektende und eine gerechte Verteilung dieser Gesundheitsleistung für alle bedürftigen Patient:innen war nicht in Sicht. Alternativ wurden Möglichkeiten für individuelle Abrechnungen für Selbstzahlende diskutiert.

Ebenfalls diskutiert wurde der Schutz von personenbezogenen Daten bei der Übermittlung von Daten über das Internet. Hier wurde besprochen, inwiefern ein mobiles WLAN-Netz (über einen mobilen 4G Router) sicher ist und ob für das Telekonsil auch ein privates WLAN genutzt werden dürfte. Bezüglich dieser Frage ließen sich alle geäußerten Bedenken mit Information und Aufklärung darüber entkräften, dass nicht das WLAN zu einer sicheren Verbindung führt, sondern die eingesetzte Spezialsoftware.

#### **6.4.4 Technische Evaluation**

##### **6.4.4.1 Nutzerwertungen**

Es konnten nur 5 Datensätze zur Nutzungsbewertung über die MEYDOC QC App erhalten werden. Auf Grund der geringen Anzahl sind diese nicht sinnvoll auswertbar.

Durch die Teams wurden zudem Fragebögen zur Nutzungszufriedenheit (System Usability Scale) ausgefüllt. Hierzu konnten 43 Datensätze ausgewertet werden. Die Nutzungszufriedenheit entspricht mit 48.8% der Werte über 80-99% einer guten bis exzellenten Usability (Tabelle siehe Anhang – Technische Evaluation).

#### **6.4.5 Befragung Nichtteilnahme an der TANNE Studie – Ablehnungsgründe**

##### **6.4.5.1 Vorabanalyse der dokumentierten Ablehnungsgründe während der Rekrutierungsphase**

Fehlende Kapazitäten für die Teilnahme an einer Studie (21 von 34), das Vorhandensein neurologischer Kompetenzen (8 von 34), das Fehlen passender neurologischer Patient:innen (7 von 34) und die Nichtangabe von Gründen machen den Großteil der Ablehnungen aus.

Ein weiteres Ergebnis zur Vorabanalyse war, dass ein geringer Teil der Institutionen zunächst die Studienteilnahme zugesagt hatte und sich nach der Zuordnung zur Studiengruppe gegen die Teilnahme an der Studie entschieden hatte. Alle Absagen zu diesem Zeitpunkt stammen aus dem Kontrollarm.

##### **6.4.5.2 Stichprobenbeschreibung der Online-Befragung**

An der Online-Umfrage beteiligten sich 63 Personen. Nach der Datenaufbereitung und Entfernung der Unit-Non-Responder – Personen, die den Fragebogen aufgerufen haben, aber keine Frage beantwortet haben – bleiben 53 Personen übrig, die in die Auswertung einbezogen wurden.

Die Umfrage wurde überwiegend durch Personen in Leitungsfunktionen ausgefüllt, detailliertere Angaben zu den beruflichen Positionen der Teilnehmer befinden sich im Anhang Nichtteilnahme Ablehnungsgründe. In den letzten fünf Jahren wurden die befragten Personen durchschnittlich 3,72-mal für eine Studienteilnahme angefragt oder haben an einer Studie teilgenommen. 63% der Teilnehmer:innen wurde 3-mal oder weniger angefragt oder haben teilgenommen. Auf einer Skala von 1 (=“überhaupt nicht wichtig“) bis 10 (=“sehr wichtig“) haben die befragten Personen die Wichtigkeit wissenschaftlicher Forschung in ihrem Tätigkeitsbereich im Mittel mit 8,18 angegeben.

Bei der differenzierten Betrachtung der beiden Gruppen „TANNE-Teilnehmer:innen“ und „TANNE-Ablehner:innen“ ergibt sich ein Unterschied: Die TANNE-Teilnehmer:innen halten Forschung mit einem Durchschnittswert von 8,48 für wichtiger als die Ablehner:innen mit einem Durchschnittswert von 7,31. Zwischen der Teilnahme an der TANNE-Studie und der Wichtigkeit von Forschung besteht ein moderater, signifikanter Zusammenhang von 0,34 (Korrelation nach Pearson/ auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant).

### 6.4.5.3 Gründe für die Nichtteilnahme an dem Projekt TANNE

In der Stichprobe befinden sich 15 Personen (28,8%), die die Teilnahme an dem Projekt TANNE abgelehnt haben.

Die Gründe für die Ablehnung wurden mit einer Auswahlliste und einer offenen Antwortmöglichkeit erfragt. In den offenen Antworten fanden sich sowohl Gründe wieder, die auch in der Auswahlliste vorhanden sind, als auch die zusätzlichen Aspekte „Fachkompetenz vor Ort vorhanden“ und „Fehlende Mobilfunknetzabdeckung“. Pro Person wurden durchschnittlich 3,4 Ablehnungsgründe (Minimum 2, Maximum 5) angegeben.

Auch in der online Befragung werden vor allem „fehlende Kapazitäten“, die „Belastung durch zusätzliche Dokumentation(en)“ und der „Schutz der Patient:innen vor zu viel Belastung“ als häufigste Gründe für die Absage an der TANNE-Studie genannt.

### 6.4.5.4 Gründe für den Rückzug aus der TANNE-Studie

Bei den drei Personen, die im Verlauf des Projekts ihre Teilnahme zurückgezogen haben, spielt ebenfalls der Punkt der fehlenden Kapazitäten mit drei Nennungen eine entscheidende Rolle. Weiterhin wurden die Belastungen – durch Dokumentation(en), Fragebögen, Workshops, Schulungen, Abstimmungen, Interviews und auch durch das Telekonsil selbst – sowie der Schutz der Patient:innen vor zu viel Belastungen, die COVID-19 Pandemie, das Fehlen passender Patient:innen und das Fehlen eines erkennbaren Nutzens angegeben.

Es lässt sich erkennen, dass der Rückzug aus der TANNE-Studie nicht auf einen einzelnen Bereich oder Grund zurückzuführen ist, sondern eine Mischung aus verschiedenen Faktoren ist.

### 6.4.5.5 Weitere Hürden

Die Abschlussfrage gab den an der klinischen Studie teilnehmenden TANNE Teams die Möglichkeit Anmerkungen oder Kritik zu geben. Die Antworten lassen sich in zwei Themenbereiche „Herausforderungen Studienablauf“ und „Herausforderungen Patient:innenrekrutierung“ clustern. Im Themenbereich „Herausforderungen Studienablauf“ wurde auf die große Menge an Fragebögen und Dokumentationen, der Aufwand mit der Technik und der mit diesen Punkten verbundene Zeitaufwand genannt. Im Themenbereich „Herausforderungen Patient:innenrekrutierung“ wurde von Patient:innen berichtet, die die Teilnahme wegen der Video-Aufnahme ablehnen. Dazu ist aus Sicht des Projekts anzumerken, dass es sich nicht um Video-Aufnahmen mit Speicherung, sondern um eine Video-, also eine Bild- und Ton-Übertragung im Sinne einer Videokonferenz handelt. Außerdem wurde der große zeitliche Aufwand für den Einschluss von Patient:innen und Angehörigen genannt.

### 6.4.5.6 Gründe für Ablehnung der Teilnahme an anderen Studien in der Palliativversorgung

18 Personen (34,6%) haben schon ein- oder mehrmals die Teilnahme an einer anderen Studie im Palliativbereich abgelehnt.

Im Gegensatz zu den Ablehnungsgründen der TANNE-Studie (s. Abb. 6) wurden bei anderen Studien in der Palliativversorgung als weiterer Grund genannt, dass der Nutzen der Studie nicht erkannt worden ist. Ebenso wurde ein Widerspruch zu den Zielen der Palliativversorgung wahrgenommen.

Darüber hinaus lassen sich die Angaben noch mit Elementen aus den offenen Antworten erweitern. Es wurde berichtet, dass es keine persönlichen Kontakte zu den Studiendurchführenden gab und man „nur Datenlieferant“ sei. Außerdem wurde auch an dieser Stelle das zunehmende Problem des Fachkräftemangels thematisiert.

## 7. Diskussion der Projektergebnisse

### 7.1 Primärer Endpunkt – Symptomlast

#### 7.1.1 Einordnung des Ergebnisses

Die Organisationsinnovation TANNE ist als komplexe Intervention im Kontext der Beziehungsebene zwischen den SAPV-Teams (Hospizen) und den Units of Care (Patient:innen und Angehörigen) zu betrachten. Im weiteren Sinne (außerhalb des Untersuchungsgegenstands) sind noch ergänzende Stakeholder, wie weitere niedergelassene medizinische und pflegerische Leistungserbringer, Sozialdienste u. ä. zu berücksichtigen.

Als patientenbezogener primärer Endpunkt sollte der Vergleich der intraindividuellen Veränderung der Symptomlast zwischen Interventions- und Kontrollgruppe dienen. Hier zeigte sich eine, wenn auch nicht auf statistisch signifikantem Niveau, belastbare Hypothese einer Verbesserung der Symptomlast nach neuropalliativem Telekonsil von 2.6 ( $\pm 4.15$ ) Punkten im Vergleich zu 1.3 ( $\pm 8.36$ ) Punkten in der Kontrollgruppe (iPOS-Gesamtscore). Somit lässt sich die Annahme unterstreichen, dass von einer gewissen Verbesserung in der Interventionsgruppe verglichen mit einem Gleichbleiben in der Kontrollgruppe auszugehen ist (12). Insbesondere in der Subskala psychische und praktische Probleme zeigte sich auch eine statistisch signifikante Verbesserung in der Interventionsgruppe, die jedoch im Intergruppenvergleich bei sehr geringen Fallzahlen in der Kontrollgruppe nicht nachweisbar war. In den sekundären Endpunkten fanden sich weitere Hinweise auf einen medizinischen Nutzen der TANNE-Intervention.

In den PROMs, die die Patient:innen nach ihrem Gesundheitszustand nach Konsil befragen, zeigten sich ebenso bessere, aber nicht statistisch signifikante Werte (vgl. Abschnitt 6.2.2.3) in der Interventionsgruppe.

Beim Zustand im Hinblick auf die spezielle neurologische Symptomatik (Abbildung 9) zeigte sich sehr wohl eine Veränderung zum Positiven durch die Intervention des neuropalliativen Videokonsils. Es zeigte sich aber hinsichtlich der Veränderung des Gesamtheitszustandes eher eine Tendenz zur Verschlechterung, was sich durch den Krankheitsverlauf eines Palliativpatienten erklären lässt, wobei sich auch hier bessere Werte in der Interventionsgruppe als in der Kontrollgruppe zeigten.

Ein Nutzen im weiteren Sinne konnte durch die erhöhte Zufriedenheit der Patient:innen in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe anhand der quantitativ erhobenen Daten gezeigt werden.

Die durch die Patient:innen bewertete Zufriedenheit mit der Intervention zeigte sich in verschiedenen Teilaspekten einer medizinischen Intervention mit durchaus besseren Werten in der Interventions- als in der Kontrollgruppe. Bezüglich des medizinischen Nutzens konnte insbesondere der Teilaspekt der Zufriedenheit mit der medizinischen Problemlösung und der gesamten medizinischen Versorgung herangezogen werden. Hier unterschieden sich die Werte auf einer siebenteiligen Skala um 1.72 Punkte nach dem "Eindruck kompetente medizinische Hilfe" zu erhalten und um 1.02 Punkte in der Frage nach der Zufriedenheit mit der Medizinischen Versorgung insgesamt.

Die qualitativen Daten ließen ebenso eine hohe Zufriedenheit mit dem neuropalliativem Telekonsil erkennen (siehe Prozessevaluation). Angehörige hatten das Gefühl, dass wirklich alles unternommen wurde und sogar Expert:innen zu Rate gezogen wurden. Das kann zum Beispiel die postmortale Trauerarbeit vermindern, ein Aspekt, der in dem vorliegenden Projekt noch gar nicht berücksichtigt wurde.

Ergänzend konnten die Daten betrachtet werden, die mit Hilfe der historischen Kontrollgruppe generiert wurden. Durch den unabhängigen Rater wurden sämtliche Events (IG, KG und HKG) bewertet. Die Bewertungen durch den unabhängigen Rater, zeigten, dass mehr Behandlungen leitliniengerecht durchgeführt wurden bei Patient:innen, die durch das

neuropalliative Expertenzentrum betreut wurden. Ebenso war die Qualität der Problemlösung höher in den Patient:innen, die durch das neuropalliative Expertenzentrum betreut wurden.

### 7.1.2 Gründe für das Nichterreichen des primären Endpunkts

Als wesentlicher geplanter Effekt sollte die signifikante Symptomreduktion des primären Endpunktes sein, so dass im Folgenden eine Auseinandersetzung mit Gründen für das Nicht-Erreichen des primären Endpunktes erfolgen muss. Unmittelbar ursächlich für das Nicht-Erreichen einer Signifikanz für den primären Endpunkt ist die zu geringe Fallzahl.

In dem von Murtagh et al. (2019) beschriebenen Patientenkollektiv, das der Fallzahlplanung zugrunde lag, handelte es sich um Patient:innen, die sich in „früheren“ Krankheitsstadien befanden. Es wurden hier Patient:innen untersucht, die in knapp 80% einen stabilen Krankheitsverlauf hatten. Somit war die ursprünglich angenommene Effektstärke, eine Differenz im Gruppenunterschied von 4.3 Punkten, wahrscheinlich zu hoch angesetzt. Im TANNE-Patientenkollektiv zeigten sich 70% der Patient:innen in einer schlechteren Krankheitsphase mit einer Verschlechterung über Wochen. Auch lag schon methodisch keine reine Balanciertheit der Patient:innen im Schweregrad vor. Insbesondere in der Interventionsgruppe waren mehr Menschen mit neurodegenerativen Erkrankungen eingeschlossen als in der Kontrollgruppe.

Es bestand eine ausgeprägte Heterogenität der Patient:innen und Events, die sich auch in einigen weiteren Kovariablen widerspiegelte, sich aufgrund der Anzahl der Patient:innen aber nur bedingt modellieren ließ. Sensitivitätsanalysen zeigten beispielsweise einen Einfluss der unterschiedlichen Baseline-Werte. Weitere Kovariablen, die den Gesundheitsstatus der Patient:innen widerspiegeln, z.B. Diagnose, ECOG-Status, wurden zumindest als Subgruppe untersucht.

Hinweisend auf einen „schlechteren Ausgangswert“ bezüglich der gesundheitlichen Situation in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe sind verschiedene Werte (siehe auch 6.1.4). Neben z.B. einem schlechteren EGOG, einer höheren Symptomlast gemessen im iPOS sind auch die Ergebnisse der abgewandelten Surprise Question darauf hinweisend. Hier existierte ein höherer Anteil an Patient:innen, bei denen die behandelnden Ärzt:innen nicht überrascht wären, wenn sie innerhalb der nächsten 4 Wochen versterben würden.

Im Studienablauf konnte darüber hinaus beobachtet werden, dass Veränderungen im Krankheitsverlauf (progrediente Verschlechterung/akute Verschlechterung/Tod) dazu geführt haben, dass Fragebögen zu einzelnen Studienzeitpunkten nicht ausgefüllt wurden, sodass dies zusätzlich zu einer geringeren Zahl an auswertbaren Patient:innen (complete cases) führte, da es sich um eine intraindividuelle Messung handelte.

Die Daten zur Zuordenbarkeit der bestehenden Symptome bei den TANNE-Patient:innen zum NeuroiPOS zeigten, dass auch dies kein geeignetes Messinstrument ist. Sämtliche durch das Konsilbüro und den Konsiliar erfassten Symptome wurden, wenn möglich dem NeuroiPOS zugeordnet, dies war in 70-80% der Fälle nicht möglich. Dieser war während der Konzeptionierung des Projektes noch in der Evaluationsphase, wurde uns aber von den Kollegen aus England zur Verfügung gestellt (persönliche Kommunikation).

Zusammenfassend gilt es festzuhalten, dass in dem vorliegenden Projekt insbesondere die intraindividuelle Veränderung gemessen in Symptomlastfragebögen und Lebensqualitätsfragebögen nur eingeschränkt geeignete Messinstrumente sind. Im Fall von Patient:innen mit neurodegenerativen Erkrankungen nehmen sie eventuell auch einen zu kurzen Zeitraum in Betracht, als dass Veränderungen bereits ausreichend wirksam geworden sind. Für diesen Fall wurde der Messzeitpunkt t21 (Verlaufskontrolle nach 21 Tagen) eingeführt. Hierfür waren in unserem Patientenkollektiv (Messzeitpunkt t21) nicht ausreichend Daten vorhanden, um eine intraindividuelle Veränderung sinnvoll abbilden zu können. Zudem wirkt den positiven Veränderungen durch die Intervention der natürliche Krankheitsverlauf entgegen, was sich auch in der Abbildung 9 widerspiegelt.

### 7.1.3 Reduktion von Krankenhauseinweisungen

Aus gesundheitsökonomischer Sicht ließ sich – vorbehaltlich der starken Bedeutung der Übertragbarkeit der Daten aus der historischen Kontrollgruppe – schlussfolgern, dass es einen signifikanten Unterschied in den Krankenhauseinweisungen zwischen Interventions- und Kontrollgruppe gab. Dieses Ergebnis wurde auch nicht durch die etwas höhere Altersverteilung oder offensichtliche höhere Fallschwere in der Interventionsgruppe ausgeglichen, sondern es ließ sich vorbehaltlich aller getroffenen Annahmen ein plausibler Effekt reduzierter Krankenhauseinweisungen abbilden. Würden diese Ergebnisse noch mit Kostengewichten verknüpft, kann von einem Potenzial einer Kosteneffektivität der Intervention in der SAPV-Zeit (within costs) bezüglich einer Reduktion der Symptomschwere (reduzierter iPOS im Gruppenvergleich) durchaus ausgegangen werden.

Mit Blick auf den reinen sekundären Wirkeffekt eines Unterschiedes der Krankenhauseinweisungen – Berücksichtigung induzierter Kosten – kann der überzufällige Gruppenunterschied als belastbare Hypothese für ein hohes Wirkungspotenzial bilden. Bei Berücksichtigung der induzierten Kosteneinsparungen (induced costs) könnte bei hohem Wirkungspotenzial einer TANNE-Intervention – nämlich eine längere SAPV-Zeit verknüpft mit einer geringeren Symptomlast – von einer Kosteneffektivität der reduzierten Krankenhauseinweisungen ausgegangen werden, u. U. sogar mit positiven Nettoeffekt, je stärker die störungs- und symptomfreie Zeitperiode nach einem TANNE-Konsil sich ergibt. Gleichwohl gilt es festzuhalten, dass das Potenzial in zu *verhindernden* Krankenhauseinweisungen liegt. Dies ist insbesondere dann gegeben, wenn die Einweisung als Entscheidungsalternative gerade bei einer neurologischen Symptomlage durch SAPV-Teams gesehen wird, ein TANNE-Konsil aber eine substitutive Alternative für eine Krankenhauseinweisung hätte sein können. An dieser Stelle ist nur die unmittelbare ökonomische Betrachtung der Krankenhauseinweisung in den Blick genommen. So würden durch eine vermeidbare Krankenhauseinweisung zusätzlich noch Krankentransporte, die durchaus für den Patienten/der Patientin belastbar sein können, reduziert werden. Hier bestünde durchaus noch ein weiterer Bedarf, die Versorgungssituation der SAPV-Patientinnen in einer längeren Versorgungskette zu betrachten.

Die Bewertung durch den unabhängigen Rater im Kontext der Fallback-Strategie konnte zeigen, dass ca. 1/3 der Krankenhauseinweisungen durch das Hinzuziehen einer neuropalliativen Expertise in der Kontrollgruppe und in der historischen Kontrollgruppe (eher) vermeidbar gewesen wären.

Auch in der Interventionsgruppe kam es zu Krankenhauseinweisungen. Zwei Hauptgründe werden dafür gesehen. So sind vermehrt Krankenhauseinweisungen bei Überforderung der pflegenden Angehörigen durch fehlende Symptomkontrolle zu erwarten. Insbesondere bei Patient:innen mit deliranten Zuständen und einer Tag-Nacht-Umkehr zeigen Erfahrungen aus der Versorgungspraxis diese Überforderung. Als ein weiterer aufzuführender Grund für Krankenhauseinweisungen, die durch ein neuropalliatives Telekonsil nicht vermeidbar wären, ist in der Durchführung von Diagnostik oder die Anpassung von Hilfsmitteln (z.B. CPAP-Maske bei obstruktiver Schlafapnoe) zu sehen.

Einzelne Telekonsile, die eine Krankenhauseinweisung auf Grund der Überforderung Angehöriger nach sich zogen, sind möglicherweise durch das zu späte Hinzuziehen des neuropalliativen Experten erfolgt. Der Experte wird häufig erst nach längeren Versuchen durch das SAPV-Team Symptomkontrolle zu erlangen hinzugezogen, sodass Angehörige einige Zeit der besonderen Belastung bereits hinter sich gebracht haben. Gelingt es an dieser Stelle, frühzeitiger eine neuropalliative Expertise zu integrieren, könnte eine entlastende Wirkung eintreten. Ähnliche Argumente finden sich auch in den Interviews mit den konsilgebenden Ärzt:innen wieder, in denen möglichst frühzeitige Einbindung und ggf. auch eine verpflichtende Einbindung i.S. einer Anfangsvisite bei Aufnahme von neurologischen Patient:innen in die Versorgung gewünscht wäre.



#### 7.1.4 Weitere sekundäre Endpunkte

Ein sekundärer Endpunkt war die Verbesserung der Lebensqualität gemessen am McGill QOL. Hier konnte keine Veränderung der Lebensqualität zu Gunsten der Interventionsgruppe nachgewiesen werden, was ebenfalls teilweise auf die geringe Fallzahl zurückgeführt werden kann.

Ergänzend könnten hier der natürliche Krankheitsverlauf und die Tatsache, dass sich viele dieser Patient:innen in einer instabilen Phase befinden, ein Grund für die fehlende Besserung der Lebensqualität sein.

Für die weiteren sekundären Endpunkte Arbeitszufriedenheit und Zufriedenheit der Unit of care werden die Ergebnisse im Teil zur Prozessoptimierung diskutiert.

#### 7.1.5 Herausforderungen von klinischen Studien in der Palliative Care am Beispiel der Ablehnungsgründe zur Teilnahme an der TANNE Studie

Eine ausführliche Diskussion zu den in der Onlineumfrage erarbeiteten Ablehnungsgründen findet sich in der Anlage (Befragung Nichtteilnahme). Hier soll ein kurzer Überblick gegeben werden.

Ein häufiger Grund für die Ablehnung bzw. den Rückzug von der Teilnahme war das Argument „fehlender Kapazitäten“. Unter den „fehlenden Kapazitäten“ lassen sich das Fehlen von personellen wie auch zeitlichen Ressourcen zusammenfassen. Neben der COVID-19 Pandemie, die sowohl die ambulanten Palliativteams als auch die Hospize vor große Herausforderungen gestellt hatte, bemerkten die Konsiliarärzt:innen eine allgemeine Personalknappheit vor allem in den Palliativteams (persönliche Kommunikation).

Ein weiterer Grund für die Nicht-Teilnahme in der Rekrutierungsphase und der Online-Befragung war das Vorhandensein einer neurologischen Kompetenz vor Ort. Die neurologische Kompetenz steht diesen Teams bzw. Hospizen in unterschiedlicher Form zur Verfügung. In manchen Teams/Hospizen arbeiten Neurologen als Teamärzt:innen, bei anderen besteht ein guter Austausch mit lokalen Neurolog:innen/neurologischen Stationen, sodass auf diese Expertise zurückgegriffen werden kann. Wir erlebten aber im Rahmen unserer konsiliarischen Tätigkeiten, dass die Fragestellungen insbesondere bei Patient:innen mit neurodegenerativen Erkrankungen häufig sehr spezifisch waren und eine gewisse spezialisierte neuropalliative Erfahrung voraussetzten. Daher ist eine rein neurologische Expertise häufig nicht ausreichend. Auch das häufig durchgeführte rein telefonische Konsil, ohne visuelle Komponente, kann mit Schwierigkeiten verbunden sein.

In der Pilotstudie „Telemedizinische Palliative Care für Neurologische Patienten“ (10) wurde im Rahmen von Interviews mit den Ärzt:innen der SAPV-Teams am Studienende die visuelle Komponente des Videokonsils besonders hervorgehoben. Die Konsiliarärzt:innen erleben selbst immer wieder, dass die visuelle Beurteilung häufig eine andere Einordnung der Symptome zur Folge hat als nach einer reinen mündlichen Beschreibung. Diese im Telekonsil vorhandene visuelle Komponente steht den neurologischen Konsiliarärzt:innen, die zum Teil als Ansprechpartner vor Ort in den Teams vorhanden sind, in der Regel nicht zur Verfügung.

Ein weiterer möglicher Ablehnungsgrund lag darin, dass die Teams eine zu hohe Belastung für Patient:innen und Angehörigen sahen. Wie in der Literatur beschrieben könnte es sich hier um ein Schutzverständnis gegenüber dem Patienten / der Patientin und den Angehörigen handeln, das gerade in der Palliative Care sehr ausgeprägt scheint (23). Studien zeigen, dass Patient:innen und auch Angehörige eine Studienteilnahme nur in einem sehr kleinen Prozentsatz als belastend empfinden und vielmehr es als positiv betrachten etwas für das Allgemeinwohl beitragen zu können (23). Die Forscher:innen erlebten auch in den Interviews, die im Rahmen der Prozessevaluation mit Patient:innen und Angehörigen durchgeführt werden, dass zum Teil ein hoher Redebedarf vorhanden war (unpublished data). Einerseits deutet dies auf eine bestehende Bereitschaft hin, sich mit der Forschung trotz der aktuellen palliativen Situation

auseinander zu setzen, andererseits kann man eine Art therapeutischen Wert für die Interviewten erahnen.

Durch das Schutzverständnis Angehörigen und Patient:innen gegenüber kann es zu einer Verzerrung/Vorabselektion kommen, obwohl die Patient:innen vielleicht sogar teilnehmen wollen würden. Dies untermauert der Artikel „Burden and Benefit of Psychosocial Research at the End of Life“ (23), in welchem die Autoren davon berichten, dass aus Sicht der Patient:innen die Teilnahme an einer Studie nicht als Belastung und diese sogar als sehr nützlich empfunden wird.

Ein weiterer genannter Ablehnungsgrund war das Fehlen von geeigneten Patient:innen. Hier ist anzumerken, dass entsprechend dem Eindruck der Konsiliarärzt:innen zum Teil unterschiedliche Wahrnehmungen der Symptome/Bedürfnisse der Patient:innen vorlagen und zusätzlich ein fehlendes Wissen um mögliche Symptome und Behandlung von Symptomen verhinderten, dass diese zur Sprache gebracht wurden.

### 7.1.6 Organisatorisch technische Evaluation

Im Projekt TANNE stellt das Telekonsil ein in dieser Form und Umfang bisher nicht existierendes Interaktionsformat zwischen Neuropalliativmediziner:innen und der mobilen bzw. stationären Palliativversorgung (SAPV, Hospiz) dar. Im Fall von TANNE handelt es sich um eine schlüsselfertige Gesamtlösung. Die Telekonsultationslösung für TANNE ermöglichte sichere Punkt-zu-Punkt-Videoconsultationen in Echtzeit zwischen Patient:innen und dem Expertenzentrum in Agatharied. Die Qualität einer Videoverbindung hängt dabei allerdings allein von der verfügbaren Bandbreite beim Endnutzer ab. Jeder Teilnehmende einer solchen Konferenz muss daher Sorge dafür tragen, eine ausreichende Datenverbindung bereitzustellen. Eine größere Bandbreite wird zudem benötigt, falls sich mehrere Nutzer zugleich in einer Konferenz befinden.

Neben dem UI-Design darf auch die Implementierung inkl. Vernetzung einer Telekonsil-Lösung in den Praxisalltag keine zusätzlichen Schwierigkeiten für die Palliativteams mit sich bringen. Im Idealfall sollte die gesamte Einrichtung des Telekonsildienstes bei Übergabe an den Nutzer weitgehend abgeschlossen sein, so dass dieser sich nur noch authentifizieren muss und sofort mit dem ersten Telekonsil beginnen kann.

Für die Vernetzung stehen nun neue Tarifverträge von Anbietern sogenannter Multinetz-SIM-Karten zur Verfügung, mit denen automatisch das Netz mit der aktuell besten Feldstärke ausgewählt wird. Dabei werden mehrere Provider gleichzeitig unterstützt. Diese standen während des TANNE-Projektes noch nicht zur Verfügung, sodass eine Lösung mit zwei verschiedenen SIM-Karten gewählt werden musste.

Die heterogene Teamlandschaft (mobile SAPV vs. Hospize) sowie die unregelmäßige Inanspruchnahme des Telekonsilangebots stellten für einige Teams eine zusätzliche Herausforderung dar, die Technik für das Telekonsil ständig einsatzbereit zu halten, z.B. Tablet/Router aufladen, regelmäßige Updates durchführen, Internetverbindung herstellen, Fernwartungstool bedienen etc.

Die Durchführung des neuropalliativen Telekonsils ist eine terminlich abgestimmte Situation für die sich mindestens zwei Professionelle sowie der/die Patient:in und ggf. Angehörige bereithalten. In dieser Situation ist es auf Grund der vorgehaltenen Ressourcen, sowie der Erwartungshaltung der Unit of Care absolut wichtig, dass die Technik funktioniert, sodass umfangreiche Qualitätssicherungsmaßnahmen (Kurzanleitung, Schnellstartanleitung, Lernvideos mit Anleitungen, Anwenderschulungen in Form von Webinaren, Support) berücksichtigt wurden.

Der technische Service und Support ist ein nicht unerheblicher Kostenfaktor bei der Planung und Umsetzung von Technologieprojekten unterschiedlicher Größenordnung.

Gerade in solch sensiblen Situationen ist eine funktionierende Technik jedoch unverzichtbar und ein technischer Support auch für mögliche Rückfragen der Anwender:innen vor dem Kon-sil unseres Erachtens eine wichtige Ergänzung.

## 7.2 Hinweise aus den akteursbezogenen Einschätzungen

### 7.2.1 Zufriedenheit mit dem Einsatz von Telekonsilen

Im Hinblick auf die Beantwortung von HFS1 („Was sind die hauptsächlichen Erfahrungen mit dem Einsatz von neurologischen Telekonsilen in den Zielgruppen Patient:innen, pflegende Angehörige, Ärzt:innen und weitere Mitarbeitende aus der Palliativversorgung (SAPV, Hospiz)?“) konnten Hinweise gezogen werden, die auf überwiegend positive Erfahrungen mit Telekonsilen in allen Gruppen schließen lassen. Hinsichtlich HFS2 („Inwiefern lassen die identifizierten Erfahrungen Rückschlüsse auf die Patientenzufriedenheit, Angehörigen-zufriedenheit und Arbeitszufriedenheit in den jeweiligen Zielgruppen zu?“) kann festgehalten werden, dass in allen Gruppen die Erfahrungen mit dem Telekonsil positive Auswirkungen auf die Zufriedenheit genommen haben, jedoch mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen.

Als förderlich für eine hohe oder sehr hohe Patientenzufriedenheit konnten gezeigt werden:

- sehr positive Gesamtbewertung des Telekonsils,
- sehr hohe Zufriedenheit mit fachärztlicher Beratung und Behandlungsempfehlung,
- sehr einfache Durchführung des Telekonsils, reibungsloser Ablauf,
- Vermeidung von körperlichen Anstrengungen beim Krankentransport,
- Wahrnehmung von Telekonsilen als ideale Alternativen zur Krankenhauseinweisung.

Zu einer hohen oder sehr hohen Angehörigenzufriedenheit haben geführt:

- Wahrnehmung einer sehr hohen, fachlichen Kompetenz,
- Wahrnehmung von Resonanz im Gespräch, Vermittlung eines guten Gefühls,
- Wahrnehmung von Telekonsilen als schonende Beratungsform für Patient:innen,
- problemloser Ablauf des Telekonsils,
- Zugang zu fachärztlicher Beratung, welche sonst nicht zugänglich gewesen wäre.

Als förderlich für eine hohe oder sehr hohen Arbeitszufriedenheit zeigten sich:

- Wahrnehmung einer sehr guten Beratung bei Patient:innen mit komplexer neu-  
rologischer Symptomatik,
- Vermittlung von Sicherheit bei der Symptomkontrolle durch zusätzliche Expertise,
- Sicherheitsgefühl bei Patient:innen und Angehörigen durch zusätzliche Expertise,
- Zugang zu neurologischer Expertise für den Bedarfsfall,
- Telekonsilangebote als wahrgenommene Kompetenzerweiterung für SAPV-Teams,
- Telekonsile als ideale Versorgungsform für schwer transportfähige Patient:innen,
- Bewertung von Telekonsilen als notwendige Ergänzung und Weiterentwicklung der Palliativversorgung.

Aussagen mit niedriger oder sehr niedriger Zufriedenheit waren im Datenmaterial insgesamt selten. Eine niedrige und sehr niedrige Patientenzufriedenheit konnte am Datenmaterial nicht extrahiert werden. Zwei Aussagen zur niedrigen Angehörigenzufriedenheit bezogen sich auf Enttäuschungserfahrungen nach möglicherweise zu hohen oder unrealistischen Erwartungen an das Telekonsil, eine Aussage zur sehr niedrigen Angehörigenzufriedenheit auf eine gene-relle Ablehnungshaltung gegenüber technologievermittelter Kommunikation. Niedrige Arbeitszufriedenheit zeigte sich beim zusätzlichen Arbeitsaufwand bei Studienteilnahme für be-teiligte SAPV-Teams, insbesondere durch das Ausfüllen von Einwilligungserklärungen und Fra-gebögen. Es wurden zusätzliche Belastungen für Angehörige aufgrund von Studienteilnahme wahrgenommen, insbesondere beim Ausfüllen von Einwilligungserklärungen und Fragebögen. Technische Probleme bei der Verbindung mit dem mobilen WLAN-Router und Nichte-reich-barkeit von Studienpersonal führten ebenfalls zu einer niedrigen Arbeitszufriedenheit.

Für eine Beantwortung von HFS3 („Welche Aussagen können aus den gewonnenen Erkennt-nissen über die Patientenzufriedenheit, Angehörigenzufriedenheit und Arbeitszufriedenheit

bei neurologischen Telekonsilen für eine Prozessoptimierung der Versorgungsleistung abgeleitet werden?“) waren insbesondere die Aussagen zur niedrigen Arbeitszufriedenheit aufschlussreich, welche sich auf folgende Bereiche beziehen lassen:

- Technische Mittel: schlechte Datenverbindung, Verbindungsprobleme mit Internet,
- Organisation: zusätzlicher Arbeitsaufwand für SAPV-Teams, Schwierigkeiten bei Terminvereinbarungen, zeitintensives Procedere für Einwilligungserklärungen im Rahmen der Studienteilnahme,
- Studienteilnahme: Ausfüllen von Fragebögen und Teilnahme an Interviews als Belastung für Angehörige, insbesondere nach Todesfall.

Inhaltsanalytisch erschlossene Erkenntnisse aus der qualitativen Interviewstudie konnten in folgende Vorschläge für die Prozessoptimierung zukünftiger Forschungsvorhaben für die ambulante Palliativversorgung übersetzt werden: Die mit einer Studie verbundenen Aufwände für Studienteilnehmende sollten bei der Studienplanung frühzeitig berücksichtigt werden, um die Projektdurchführbarkeit realistisch einzuschätzen und das Projektmanagement entsprechend anzupassen. SAPV-Teams können als ‚Schlüssel‘ zum Einschluss von Patient:innen in Studien zur ambulanten Palliativversorgung betrachtet werden. Der Rekrutierung von SAPV-Teams sollte deshalb eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Das betrifft insbesondere die intensive Reflexion über angemessene Kommunikation- und Motivationsformen bis hin zu finanziellen, personellen und weiteren Unterstützungsangeboten und Anreizen für die infrage kommenden Teams.

### **7.2.2 Prozessoptimierung der Versorgungsform hinsichtlich technischer Mittel, Organisation, Behandlungs- und Versorgungsqualität**

Auf der Ebene der eingesetzten technischen Mittel wurde auffällig, dass eine flächendeckende mobile Internetverbindung für den Raum Bayern nicht vorausgesetzt werden kann. Es konnte nicht an allen Orten ein mobiles WLAN-Netz aufgebaut und genutzt werden. Weiter war die Positionierung der in das Tablet integrierten Kamera, mit welcher das Telekonsil übertragen wurde, nicht immer optimal. Hier wären weitere technische Alternativen und Zusatzgeräte zu der in das Tablet integrierten Kamera zu prüfen, zusätzliche Halterungen (wie Stativ) sowie zusätzliche Leuchtmittel (insbesondere für Aufnahmen bei Gegenlicht).

Was die Behandlungsqualität betrifft, besteht ein Optimierungspotenzial bei der Versorgungskontinuität nach Telekonsilen. Teilweise fehlte es an Rückmeldungen zu den ausgesprochenen Behandlungsempfehlungen. Für konsilgebende Ärzt:innen wären solche Rückmeldungen jedoch wünschenswert gewesen, um das telemedizinische Beratungsangebot in seiner Wirksamkeit noch besser beurteilen zu können. Mit obligatorischen Nachbesprechungen und Wiedervorstellungen könnte die fehlende Rückmeldebereitschaft kompensiert und die telekonsiliarische Gesamtleistung weiter verbessert werden.

Weitere Verbesserungsvorschläge in den Dimensionen „technische Mittel“, „Organisation“, „Behandlungsqualität“ und „Versorgungsqualität“ lauten:

Technische Mittel:

- Anfängliche Hemmschwellen sollten überwunden werden, indem der Technikeinsatz so einfach wie möglich gestaltet wird, insbesondere für ältere Mitarbeitende im SAPV-Team.
- Auf niederschwellige, wartungsarme und unkomplizierte Technik sollte geachtet werden.
- Vorteile eines größeren Bildschirms sollten für die Arzt-Arzt- und Arzt-Patienten-Kommunikation genutzt werden.
- Die Übertragungsqualität von Bild und Ton sollte von gleichbleibend hoher Qualität sein.
- Kenntnisse für Abfilmen von Patient:innen vor Ort sollten im Rahmen einer Schulung vermittelt werden.

- Hardwareunabhängige Telekonsile, z.B. mit spezieller Software auf Mobilphones („Arzthandy“), Dienst-Laptops oder Dienst-Tablets, könnten den Einsatz der Versorgungsform für konsilanfragende Ärzt:innen erleichtern.
- Digitale statt analoge Datenübermittlung, insbesondere bei Arztbriefen und Medikamentenplänen, sollte zu einem Standard werden.

#### Organisation:

- Bekanntheitsgrad von neurologischen Telekonsilen sollte erhöht werden.
- Feste Sprechzeiten und regelmäßige Termine für Telekonsile sollten für eine bessere Organisation angeboten werden.
- Flexible Sprechzeiten sollten für neurologische Notfälle und eine bessere Berücksichtigung von Wachheitsphasen der Patient:innen angeboten werden.
- Telekonsile könnten in Besprechungen, Teamsitzungen oder Konferenzen integriert werden, um die neurologische Expertise in der ambulanten Palliativversorgung zu verankern.
- Schnelle, unkomplizierte Terminvergaben könnten mit Online-Tools unterstützt werden.

#### Behandlungsqualität:

- Pflegende Angehörige sollten von Anfang an in die Beratung miteinbezogen werden.
- Information und Aufklärung von Patient:innen und Angehörigen wichtig, um Vertrauen aufzubauen.
- Vorgespräche mit Angehörigen über Anlass und aktuelle Medikation sinnvoll.
- Dokumentation der Ergebnisse für Angehörige wünschenswert.
- Symptome könnten im Vorfeld auf Video aufgezeichnet werden (z.B. im Wachzustand von Patient:innen), um diese beim Telekonsil zeigen zu können.
- Wiedervorstellungen für den Erhalt der Versorgungskontinuität.

#### Versorgungsqualität:

- Telekonsile nicht nur bei Notfällen, sondern möglichst frühzeitig.
- Telekonsile bei Einschluss von neurologischen Patient:innen in die SAPV („Anfangsvi-site“) oder in Hospize.
- Telekonsile (auch zu anderen Fachspezialisierungen) als Ergänzungen der vorhandenen Kompetenzen in der SAPV und in Hospizen.
- Telekonsile auch bei Patient:innen mit längerer Lebenserwartung sinnvoll.
- Kooperationen mit Hausärzt:innen sollten gestärkt werden.

### 7.3 Empfehlungen für die Regelversorgung, Hürden und Lösungsansätze

Aus Sicht der Ergebnisse der Ergebnisevaluation zeigen sich teilweise belastbare, teilweise hoch plausible Anknüpfungspunkte, patientenrelevante Entscheidungssituationen durch ein Telekonsil im Sinne der TANNE-Lösung zu unterstützen. Die grundlegende Hypothese der TANNE-Intervention, scheint sich bei allen Einschränkungen der Datenqualität zu bestätigen, dass es durch rechtzeitigen Einsatz eines Telekonsils, kombiniert mit entsprechender Schulung der SAPV- und Hospizteams, gelingen kann, patientenentlastende Wirkungen im Sinne eines patientenbezogenen Outcomes zu erreichen und daraus abgeleitet vermeidbare Krankenhausweisungen zu reduzieren. Vor diesem Hintergrund ist eine regelhafte Integration von neurologischen Telekonsilen ein probates Mittel zur Qualitätsverbesserung und auch potenziell zu einer kosteneffektiven Vorgehensweise. Die Aufnahme von neurologischen Telekonsilen in die Regelversorgung ist somit zu empfehlen. Gleichwohl, auch um die verschiedenen hypothesenstärkenden Ergebnisse noch nachhaltiger abzusichern, ist die Schlussfolgerung aus dem Evaluationsbericht ergebnisoffen zu prüfen, ob mit einer größeren Datenbasis im Sinne einer Folgestudie noch stärkere, belastbare Hinweise, dann mit deutschlandweitem Aspekt, zu erreichen wären.

Die Ergebnisse der TANNE-Studie zeigen jedoch unmittelbar, dass neurologische Telekonsile als ein zielführendes Instrument wahrgenommen wurden, um neurologische Expertise in die außerklinische Versorgung von schwerstkranken Patient:innen auf eine für Patient:innen und pflegende Angehörige mit möglichst geringen Belastungen verbundene Weise zu integrieren. Palliative Patient:innen mit neurologischen Symptomen konnten mit dem Einsatz von neuropalliativen Telekonsilen besser versorgt werden. Nach den Alternativen zu neurologischen Telekonsilen befragt, berichteten viele Betroffene und Beteiligte in Gesprächen, dass es keine Alternativen gegeben hätte und folglich die Symptomlast bei den betreuten Patient:innen ohne Telekonsil nicht hätte reduziert werden können.

In Zukunft könnten neuropalliative Telekonsile dazu beitragen, dass neurologische Patient:innen in der Palliativversorgung eine bestmögliche Therapie erhalten. Ohne neurologische, bzw. neuropalliative Telekonsile könnten neurologische Symptome insbesondere bei komplexen Erkrankungen unbehandelt bleiben, was teilweise mit äußerst belastenden Folgen für Betroffene und Angehörige verbunden wäre.

Mit Blick auf Ergebnisse aus den qualitativen Befragungen lässt sich feststellen, dass der Einsatz von neuropalliativen Telekonsilen für eine Reduzierung der Symptomlast bei neurologischen Patient:innen geeignet ist und als wichtiger Beitrag für die Umsetzung der bestmöglichen Therapie für diese Patient:innengruppe im Rahmen der außerklinischen Versorgung betrachtet werden sollte.

Mit neuropalliativen Telekonsilen erhielten Patient:innen einen Zugang zur bestmöglichen Therapie, Angehörige bekamen mehr Information über Gesundheitszustand und Behandlungsoptionen, behandelnde Ärzt:innen konnten auf eine zusätzliche diagnostische Sicherheit zurückgreifen und bessere Behandlungsentscheidungen bei komplexen neurologischen Erkrankungen treffen.

Im Kontext der TANNE-Evaluation, mit Blick auf eine Skalierung und Implementierung von TANNE in weiteren SAPV-Versorgungskontexten, greifen in der Literatur zu telemedizinischen Lösungen formulierte Hürden und Implementierungsherausforderungen, die es zu betrachten gilt. So ist eine (1) Mindestausstattung mit einer technologischen Basislösung erforderlich. (2) Die Bereitschaft der Integration in Arbeitsprozess – für professionelle Fachkräfte – oder in die Lebensalltäglichkeiten ist sicherzustellen. Gleichzeitig, dies konnte etwa auch in der Bereitschaft zur Weiternutzung der TANNE-Lösung (vgl. Evaluationsbericht, Kapitel 3.6.5) verdeutlicht werden ist der (3) ökonomische Aspekt zur Re-Finanzierung zu beachten. Es sind (4) unzureichende organisatorische oder institutionelle Strukturen zur Implementierungsfähigkeit zu verbessern (24). In besonderer Weise sind noch Hinweise aus der Prozesserfahrung während der TANNE-Studie anzuführen, die für eine potenzielle weiterführende Implementierung der TANNE-Lösung zu berücksichtigen sind:

1) Geringer Bekanntheitsgrad des telemedizinischen Angebots: Obwohl alle SAPV-Teams und Hospize im Raum Bayern vom Studienbüro angeschrieben wurden und eine Projektwebsite ausführlich über das neuropalliativmedizinische Angebot informierte (<https://www.tanne-telemed.de/> [Stand: 28.03.2024]), konnte ein flächendeckender Bekanntheitsgrad für den bayrischen Raum nicht erreicht werden. Letztlich hing dieser Sachverhalt auch mit den Organisationsstrukturen in der außerklinischen Palliativversorgung zusammen, die oftmals hinsichtlich der Arbeitsorganisation überlastet waren und projektbezogene Informationen nicht weitergeleitet haben.

2) Hemmnisse bei der Anfrage des telemedizinischen Angebots: Der Einbezug von telekonsiliarischen Beratungen war für viele Beschäftigte aus der Palliativversorgung ein Novum. Die technischen Aspekte dieser Versorgungsform konnten damit für einige abschreckend gewirkt haben. Das betraf nicht nur die mit der Ausführung des Konsils verbundenen technischen Aufgaben, wie der Aufbau der Hardware oder die Nutzung der Software, sondern auch die Integration des technikgestützten Angebots in die Arzt-Patienten-Beziehung vor Ort. Schließlich

zeigte sich, dass auch eine fehlende Erfahrung mit dem Einsatz von Telekonsilen hemmend auf die Anfrage solcher Angebote wirken kann.

3) Fehlende Netzabdeckung (“Funklöcher”): Obwohl im Projekt TANNE (neben dem Tablet PC mit einer SIM-Karte vom Netzprovider Vodafone) ein mobiler LTE-Router mit einer SIM-Karte (Telekom) für mobiles Internet mit ausreichender Übertragungskapazität (bis zu 300 Mbit/s) zur Verfügung stand, konnte der flächendeckende Internetzugang mit der aktuellen Technologie nicht gesichert werden. Bei bestehenden Internetverbindungen kam es zu Bild- und Tonproblemen und teilweise zu Verbindungsabbrüchen. Ohne schnelles und stabiles Internet können telemedizinische Angebote in Echtzeit nicht verlässlich angeboten werden.

4) Fehlende Vorbefunde: Nicht immer sind die SAPV-Teams oder Mitarbeitenden aus Hospizen über die Krankengeschichten betreuter Patient:innen umfassend informiert. Insbesondere bei komplexen Erkrankungen und multimorbiden Patient:innen sollten Vorbefunde jedoch möglichst vollständig dokumentiert sein, um eine bestmögliche Behandlungsqualität bei der telekonsiliarischen Beratung sicherzustellen.

## 8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Zusammenfassend konnte die TANNE-Studie die Bedeutung einer stärkeren Durchdringung des Versorgungssettings SAPV/Hospiz im Kontext telemedizinischer Versorgung beleuchten. Die Ergebnisse aus dem Kontext der medizinischen Effektivität geben vielfältige Hinweise darauf, dass Patient:innen durch die Versorgung von einer besseren Symptomkontrolle profitieren. Ebenso zeigen sich durch die Abschätzungen in der gesundheitsökonomischen Evaluation Potenziale, auch im Kontext von Patient:innen in der SAPV durch eine systematischere interprofessionelle Zusammenarbeit – dies stellt eine telekonsiliarische Leistung dar – unnötige Krankenseinweisungen zu reduzieren und den Patient:innen eine längere Zeit in der SAPV-Versorgung zu ermöglichen, wenn es gelingt ein kluges Zusammenspiel zwischen Symptominformationen und Entscheidungspraxis zu verknüpfen.

Die Unterschiede zur bisherigen Regelversorgung liegen in dem regelhaften Zugang zu einer neuropalliativen Expertise. Das umfassende TANNE-Konzept mit Edukation und Öffentlichkeitsarbeit ist in Anlehnung an das Tempis-Projekt gestaltet worden, das ebenso neben der Durchführung von Telekonsilen bei Strokes durch stetiges Schulen der Mitarbeitenden zu einer Verbesserung der Versorgung von Schlaganfällen beiträgt. Dabei ist nicht eine telemedizinische Leistung per se ein qualitätsförderliches Vorgehen, sondern auch entsprechend den Ergebnissen der Prozessevaluation gilt es, das Zusammenspiel zwischen den Kernbeteiligten – SAPV-Team und Unit of Care – so als eine soziotechnische telemedizinische Lösung zu gestalten, dass gerade die benötigte Zeit für das Konsil zum richtigen Zeitpunkt ermöglicht werden kann.

Die neuropalliativen Telekonsile erfordern an sich eine angemessene Zeit zum wirksamen Erfolg. Aus den Erfahrungswerten des TANNE-Projektes lässt sich im Mittel ein Wert von 26.3 Minuten für das Gespräch als solches ableiten, ohne Vor- und Nachbereitungszeiten. Die Gründe für diese lange Zeitdauer sind verschieden. Einerseits handelt es sich um eine vulnerable Patientengruppe, die eine einfühlsame und wertschätzende Kommunikation besonders erforderlich macht. Andererseits ist bei vielen neurodegenerativen Erkrankungen damit zu rechnen, dass es bei Patient:innen zu einer Verlangsamung der motorischen Fähigkeiten kommt oder etwa eine Verlangsamung des Sprechens feststellbar ist.

Darüber hinaus ist festzuhalten, dass zu einer wirksamen telekonsiliarischen Leistung die Edukation der beteiligten Teams über verschiedene Aspekte des Versorgungsbildes besondere Bedeutung zukommt – Krankheitsverlauf, spezielle Symptome, Medikamentenwirkungen und Nebenwirkungen – und somit ein funktionsfähiges Telekonsil einen entsprechenden begleitenden Zeitrahmen benötigt. Dies gilt auch vor dem besonderen Hintergrund, dass teilweise

hoch-sensible Themen besprochen werden müssen, die sich mit dem Sterben des Patienten auseinandersetzen. Auch diese Aspekte benötigen ein adäquates Zeitfenster.

Vor diesem Hintergrund – bei Annahme einer grundsätzlichen Wirksamkeit und Nutzenhypothese für das Versorgungsmodell TANNE – kann überschlägig mit Blick auf die Versorgungslandschaft in Deutschland davon ausgegangen werden, dass das Vorhalten von zwei Zentren den gegenwärtigen Versorgungsbedarf ausreichend abbilden würde. Aus den internen Daten (Krankenhaus Agatharied) zu Versorgungsanfragen lässt sich abbilden, dass im ersten Studienjahr der TANNE-Studie im Schnitt 0.05 und im zweiten Studienjahr 0.07 Konsile je Team im Monat angefordert worden sind. Ausgehend von dieser Annahme und bei Stand 2024 367 SAPV-Teams und 260 Hospizen wäre dies eine Spanne zwischen 31.4 bis 43.9 Konsile pro Monat.

Die Versorgungsform TANNE kann mit einer entsprechenden Finanzierung weiter geleistet werden. Die personellen Kompetenzen und die technische Ausstattung sind dafür im Zentrum Agatharied vorhanden.

Eine Übertragbarkeit auf weitere Disziplinen wie zum Beispiel die Dermatologie oder die Urologie erscheint sehr plausibel.

Es ist davon auszugehen, dass auf Grund von steigendem Bewusstsein für die Sinnhaftigkeit einer neuropalliativen Versorgung und steigender Bedarfslage die Zahl der Telekonsile steigen wird. Bei Annahme einer wachsenden Bedeutung von palliativen Versorgungsanfragen erscheint die Annahme von zwei Zentren, u. U. geographisch hinreichend getrennt, sinnvoll.

Es lassen sich folgende Implikationen insbesondere für die weitere Diskussionslage zur Verwertungsfähigkeit der TANNE-Ergebnisse ableiten:

- Die Problematik ausreichender Fallzahlen und die gleichzeitige Abbildung der unterschiedlichen Formen von SAPV-Modellen könnte in einer Folgestudie mit bundesweitem Anspruch und Anpassungen der relevanten Outcome-Daten weiter evaluiert werden. Exemplarisch wäre eine Reduktion auf eine iPOS-Messungen aus Sicht der professionellen Fachkräfte denkbar, sowie eine Einbettung einer größeren Anzahl an beteiligten Krankenversicherungen wünschenswert.
- Auf Grund der Probleme der Rekrutierung von Patient:innen in der Kontrollgruppe wäre eine Anpassung des Studienprotokolls hinsichtlich der Dauer der Kontrollphase zu überdenken. Gegebenenfalls kann eine bessere Rekrutierung erreicht werden, wenn die Kontrollphase nicht 12 Monate, sondern eine kürzere Zeitspanne umfasst. Alternativ ließe sich einwerfen, dass Teams erst dann in den Interventionsarm übergehen dürfen, wenn eine Mindestanzahl an Kontrollpatienten eingeschlossen ist.
- In methodischer Hinsicht zeigt sich die Bedeutung einer parallelen Betrachtung von Patient-Reported-Outcome-Werten mit Patient-Reported-Experience-Aspekten. Gerade in den Aspekten der Zufriedenheit – exemplifiziert in den qualitativen Untersuchungen – zeigen sich Hinweise für eine hohe Bedeutsamkeit der Einbettung einer telekonsiliarischen Leistung in eine Akteurs- und Organisationskultur.
- Durchaus als Aspekt, der über die unmittelbare Bedeutung eines neuropalliativen Telekonsils hinausgeht, ist die kontinuierliche Struktur- und Öffentlichkeitsarbeit zu nennen. Konsiliarische Arbeit ist nicht nur als akute Beratung zu interpretieren, sondern es gilt das Bewusstsein für Patient:innen mit neuropalliativen Erkrankungen zu steigern und das Wissen um behandelbare Symptome zu verbessern. Dies konnte in den Ergebnissen nicht klar abgebildet werden. Gerade dieser Aspekt wäre in einer potenziellen Folgestudie deutlicher zu adressieren.
- Für die Umsetzung in versorgungstaugliche Strukturen gilt es auch die Aspekte von Finanzierungsmodellen nochmals zu beleuchten. TANNE stellt mit dem Anspruch als eine Versorgungsform mehr dar als eine zusätzliche Abrechnungsposition von telemedizinischen Leistungen. Hier gilt es – etwa auch in Anlehnung an die Finanzierung von



Tempis – über unterschiedliche Nutzungs- und Vergütungsmodelle zielführend zu diskutieren. Die ersten Ergebnisse aus der Prozessevaluation zur potenziellen Zahlungsbereitschaft von TANNE-nutzenden SAPV-Teams (vgl. Evaluationsbericht) können hierfür Pate stehen.

## 9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

### Projekt - Homepage

- <https://www.tanne-telemed.de/>

### Pressemitteilungen/Artikel in Zeitschriften

- Interprofessionell zusammenarbeiten – für die Sicherheit der Patienten; Weg von In-sellösungen – hin zu Netzwerken; Deutsche Apotheker Zeitung; 28.11.2019
- Zu Hause sterben – Palliativversorgung auf dem Land; Horst Gross; SWR2 Wissen; Sendung vom 25.01.2021
- Neurologen bieten Palliativ-Teams digitale Unterstützung am Krankenbett; Kathrin Handschuh; Ärztezeitung; 08.03.2021
- Telemedizin: Krankenhaus Agatharied berät Palliativteams in ganz Bayern; Sebastian Grauvogl; Merkur.de; 08.03.2021
- Weltgesundheitstag: Mehr Fairness durch Telemedizin?; Lisa Mayerhofer; Versicherungskammer Maklermanagement; 06.04.2021
- Chefvisite im Wohnzimmer; Sina Horsthemke; Focus Gesundheit; 05.2021
- Telemedizin. Arztbesuch per Video; Gregor Grosse; Süddeutsche Zeitung; 08.09.2021

### Veröffentlichungen Fachzeitschriften

- Weck, C und Lorenzl, S. Telemedizin in der Palliativversorgung. Zeitschrift für Palliativmedizin. 25, 2024.
- Gatter, S, et al., et al. Neurological consultations via telemedicine for specialized outpatient palliative care (SOPC) at home and in hospice (TANNE project): study protocol for a randomized controlled trial. BMC Palliative Care. 2022.
- C. Weck, S. Lorenzl: „Telemedizin zur Versorgung neurologischer Patienten in der Palliative Care“ Hospizdialog Nordrhein-Westfalen; Schwerpunkt: Der digitale Wandel in der Hospiz- und Palliativversorgung; 01/2024 Ausgabe 89;

### Veröffentlichungen in Büchern

- Tirschmann, F. und Brukamp, K. (2023a): Ethische Kontexte von Telemedizin für Konsultationen in der neurologischen Palliativversorgung. In: Jahrbuch Ethik in der Klinik (JEK). Band 16, S. 259-284.
- Weck, C und Lorenzl, S. Technik und die hospizliche Haltung im ambulanten Bereich – Chancen und Grenzen; Herausgeber: Sepp Raischl, Werner Schneider, Gregor Sattelberger (Veröffentlichung für Herbst geplant)

### Posterpräsentationen

- Kongress der deutschen Gesellschaft für Neurologie 4.11.-7.11.2020, online - e-Poster
- EAPC European Association for Palliative Care: 17 Weltkongress vom 6-8. Oktober 2021 online - e-Poster

### Kongressbeiträge in Form von Vorträgen

- Kongress der deutschen Gesellschaft für Neurologie 3-6.11.2021

- 22. Jahrestagung des EBM- Netzwerkes; Symposium #176 Telemedizin für die Palliativversorgung: Herausforderungen und Lösungsstrategien hinsichtlich Evidenzbasierung - mit Vorträgen der Partner EH-Ludwigsburg, WLH/ Uni Bayreuth, Agatharied; unter der Leitung der EH-Ludwigsburg
- Bayerischer Nervenärztetag 16.10.2021
- Online Frühjahrssymposium der neuropalliativen Arbeitsgemeinschaft Klinischen DGN-Kommission neurologische Palliativmedizin in Zusammenarbeit mit der neuropalliativen Arbeitsgemeinschaft (NPA)- 26.02.2021
- Jahrestagung Hospiz- und Palliativversorgung des Bayerischen Staatsministeriums; 28.4.2021
- Frühjahrssymposium der klinischen DGN Kommission Neurologische Palliativmedizin; Berlin 13.05.2022;
- Symposium 10 Jahre PMD der Marianne Strauß, Berg 07.07.2022;
- Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für Neurologie 2022 – Webcast Vortrag; Digitalisierung in der neurologischen Palliativmedizin; TANNE: Telemedizinische Antworten auf neurologische Anfragen in Echtzeit; Berlin Nov. 2022;
- Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin; Telemedizinische Beratungen zu neurologischen Symptomen in der Palliativsituation. Ethische und soziale Aspekte von Telekonsilen bei fortschreitenden Erkrankungen mit begrenzter Lebenserwartung; Sektion 7: Ethische Aspekte neurologischer Erkrankungen; 30.09.2022; Frankfurt am Main.
- World Federation of Neurology, “Using a single telemedical center to expand access to neuropalliative care for ambulatory teams in Germany“; Montreal Oktober 2023;
- Österreichischer Palliativkongress Villach 5.4.2024, Vortrag Neuropalliativ Symposium
- 10. ESOC 2024 in Basel 15.-17.05.2024, Basel (Schweiz), TANNE-Rollup auf dem Firmenstand MEYTEC

#### Geplante Veröffentlichungen:

- Projektergebnisse – Dt. Ärzteblatt Anfrage durch Redaktion
- Analyse der Ablehnungsgründe
- 8. Brandenburger Palliativkongress (BB-Pall) in Potsdam, 21.06.2024.
- Mehrere Publikationen in internationalen Journalen zum Gesamtprojekt, bzw. zu Teilaspekten der Projektdurchführung und den Ergebnissen

### 10. Literaturverzeichnis

1. **Veronese, S, et al.** Specialist palliative care improves the quality of life in advanced neurodegenerative disorders: NE-PAL, a pilot randomised controlled study. *BMJ Support Palliat Care*. Jun 2017, S. 164-172.
2. *Palliative care for people with non-malignant lung disease: Summary of current evidence and future direction.* . **Boland, Jason, et al.** July 2013, *Palliative medicine*, S. 811-816.
3. **Bükki, J, Nübling, G und Lorenzl, S.** Managing Advanced Progressive Supranuclear Palsy and Corticobasal Degeneration in a Palliative Care Unit: Admission Triggers and Outcomes. *Am J Hosp Pall Care*. Jun 2016, S. 477-82.

4. **Golla, H, et al.** Integratoin of Palliative and Hospice Care Structures in the Care of Neurological Patients: Opinion of Chief Consultant Neurologists in Germany. *Fortschr Neurol Psychiatr.* Dec 2016, S. 733-738.
5. *Palliative care in chronic and progressive neurological disease: summary of a consensus review.* **Oliver, D.** 2016.
6. **Trill R.** Studienbrief MGS0730a Telemedizin und eHealth.
7. **Bradford, N, K, et al.** Home telehealth and paediatric palliative care: clinician perceptions of what is stopping us? *BMC Palliative Care* . 2014, S. 13:29.
8. **Mercadante, Sebastiano und Bruera, Eduardo.** Acute palliative care units: characteristics, activities and outcomes – scoping review. *BMJ Supportive & Palliative Care.* 13:386-392, 2023.
9. Quelle Foto, Firma **Meytec.**
10. **Weck, C, Lex, M und Lorenzl, S.** Telemedicine in Palliative Care: implementation of new technologies to overcome structural challenges in the care of neurological patients. *Frontiers in Neurology.* 2019, Bd. 10, May.
11. *Neurological consultations via telemedicine for specialized outpatient palliative care (SOPC) at home and in hospice (TANNE project): study protocol for a randomized controlled trial.* **Gatter, S., et al.** 2022, *BMC Palliative Care*, Bd. 21:218, S. 1-12.
12. **Murtagh, Fliss, et al.** A brief, patient- and proxy-reported outcome measure in advanced illness: Validity, reliability and responsiveness of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS) . *Palliative Medicine.* 2019, S. Vol 33 (8) 1045-1057.
13. **Mayring, P.** *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 13., überarbeitete Auflage.* Weinheim : Beltz, 2022.
14. *Capturing activity, costs, and outcomes: The challenges to be overcome for successful economic evaluation in palliative care.* **Murtagh, Fliss, et al.** 2013, *Progress in Palliative Care, Science and the Art of Caring*, Bd. 21(4), S. 232-235.
15. *Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers.* **Gomes, B, et al.** 2013.
16. **Kreif, N, Grieve, R und Sadique, MZ.** Statistical methods for cost-effectiveness analyses that use observational data: a critical appraisal tool and review of current practice. *Health Econ.* Apr 2013, S. 486-500.
17. *Bootstrapping: estimation confidence intervalls for cost-effectiveness ratios.* **Campbell, M. K. und Torgerson, D. J.** 1999 , *QJM an international Journal of Medicine*, S. 92: 177-182.
18. *Set Correlation as a General Multivariate Data-Analytic Method.* **Cohen, J.** 1982, *Multivariate behavioral research* , Bd. 17, S. 301-341.
19. *Algorithm AS 62: A Generator for the Sampling Distribution of the Mann-Whitney U Statistic.* **Dinneen, L. C. und Blakesley, B. C.** 1973, *Applied Statistics* 22 (2), S. 269-273.
20. **Statistik, Bayerisches Landesamt für.** *Krankenhausstatistik - Grunddaten, Diagnosen und Kostennachweis.* Fürth : s.n., 2023.
21. *Systematic review of the Hawthorne effect: New concepts are needed to study research participation effects.* **McCambridge, Jim, Witton, John und Elbourne, Diana.** 2014, *Journal of Clinical Epidemiology*, S. 67 (3) 267-277.
22. *Applying the net-benefit framework for assessing cost-effectiveness of interventions towards universal health coverage.* **Hounton, Sennen und Newlands, David.** 2012, *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, S. 10:8.

23. **Pessin, H, et al.** Burden and benefit of psychosocial re-search at the end of life. . *J Palliat Med.* . May 2008, S. 627-32.
24. **Harst, Lorenz, et al.** Identifying barriers in telemedicine-supported integrated care research: scoping reviews and qualitative content analysis. *Journal of Public Health.* 28: 583-594, 2020.
25. **Bruera, E, et al.** Impact of delirium and recall on the level of distress in patients with advanced cancer and their family caregivers. *Cancer.* May 2009, S. 2004-12.
26. **Bush, SH und Bruera, E.** The assessment and management of delirium in cancer patients. *Oncologist* . Oct 2009, S. 1039-49.
27. *What cost components are relevant for economci evaluations of palliative care, and what approaches are used to measure these costs? A systematic review.* **Gardiner, Care, et al.** 2017, Palliative Medicine, Bd. 31(4), S. 323-337.
28. **Gesundheit, Bundeministerium für.** *KG 3-Statistik (gesetzliche Krankenversicherung: Abrechnungsfälle ärztlicher und zahnärztli-cher Behandlung, Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, Mutterschaftsvorsorge-fälle.* 2019.
29. **GKV-Spitzenverband.** *Bundeseinheitliches Positionsnummernverzeichnis für Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung.* 2020.
30. **Pflege, Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und.** *Muster-Vertrag über die Erbringung Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung (SAPV) gemäß §§ 132 d i. V. m. 37 b SGB V im Freistaat Bayern (2015):* . 2015.
31. **GKV-Spitzenverband und Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. et al.** Rahmenvertrag nach § 132 d Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Erbringung von Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) . 26. Oktober 2022.
32. *The role of causal criteria in causal inference: Bradford Hil's "aspects of association".* **Ward, Andrew.** 2009, Epidemiologic Perspectives & Innovations, Bd. 6:2, S. 1-22.
33. *Leveranging telehealth for delivery of palliative care to remote communités: a rapid review.* **Manary, M. P., et al.** 2, 2022, Journal of Palliative Care, Bd. 37, S. 213-225.
34. **Weck, C und Lorenzl, S.** Telemedizin in der Palliativversorgung. *Zeitschrift für Palliativmedizin.* 25, 2024.
35. **Grote-Westrick, M und Volbracht, E.** Palliativversorgung. *Spotlight Gesundheit.* 10 2015.

## 11. Anhang

- Anhang 1: Technische Beschreibung
- Anhang 2: Outcomes\_Ziele
- Anhang 3: Ablehnungsgründe zur Teilnahme an der TANNE Studie (gesperrt bis 31.05.2025)
- Anhang 4: Statistischer Analyseplan (SAP)
- Anhang 5: Daten Management Plan (DMP)
- Anhang 6: Output komprimiert
- Anhang 7: Ergänzungen zur Gesundheitsökonomie
- Anhang 8: Kodierleitfaden
- Anhang 9: Fallbackstrategie

Akronym: TANNE

Förderkennzeichen: 01NVF19004

- Anhang 10: Erhebungsinstrumente TANNE
- Anhang 11: Demografische Daten
- Anhang 12: Primärer Endpunkt
- Anhang 13: Quantitative Daten Prozessevaluation
- Anhang 14: Qualitative Daten Prozessevaluation
- Anhang 15: Webinarthemen
- Anhang 16: Ergebnisse Fallbackstrategie
- Anhang 17: Technische Evaluation
- Anhang 18: Sekundäre Endpunkte
- Anhang 19: Missings
- Anhang 20: Fragebogen Nichtteilnahme
- Anhang 21: Nichtteilnahme/Ablehnungsgründe
- Anhang 22: Teilnehmer Prozessevaluation
- Anhang 23: Webinare Teil 1-3
- Anhang 24: Interviewleitfäden
- Anhang 25: Fragebögen und Literaturquellen
- Anhang 26: Soziodemografie Fragebögen

## **12. Anlagen**

Nicht zutreffend.

## Technische Beschreibung

Im Mittelpunkt des Telemedizin-Angebotes stand ein stabil funktionierendes System für eine sichere Peer-to-Peer (P2P) Videokommunikation namens MEYDOC®. Über die windowsbasierte Software MEYDOC® Master steuerte der Neuropalliativmediziner in Agatharied den Zugang zu MEYDOC® und führte Telekonsile mit den Palliativteams durch. Die Palliativteams waren untereinander nicht vernetzt und verhandelten die individuellen Termine direkt mit Agatharied. Jedes Palliativteam wurde als Kontakt (ähnlich dem Adressbuch eines Telefons) angelegt. Damit wurde es zugleich für eine direkte Videokommunikation freigeschaltet. Die Entscheidung, ob und wann ein Telekonsil in Anspruch genommen wurde, lag ausschließlich in der Verantwortung des jeweiligen Palliativteams.

Das Telemedizinzentrum ist mit einem Laptop ausgestattet, auf dem die MEYDOC® Master Software installiert ist. Die SAPV-Teams und Hospize werden mit MEYDOC® Client Sets (Smartphone oder Tablet mit leistungsfähiger Kamera, mobiler WLAN-Router) versorgt.

Hierfür wurde ein Tablet mit einem großen (10,4 Zoll) hochauflösenden TFT-Touchscreen, zwei integrierten Videokameras (Full HD mit 30fps, vorn/hinten 8/5 MP) sowie integrierten Mikrofonen und Lautsprechern ausgewählt.

Die Anwendungssoftware (App) MEYDOC® Client für den Aufbau einer sicheren Verbindung mit der telemedizinischen Zentrale ist auf den mobilen Endgeräten vorkonfiguriert. Für den einwandfreien Betrieb ist eine hochverfügbare breitbandige Internetverbindung erforderlich (mobiler WLAN-Router für SAPV-Teams, damit jederzeit auf ein alternatives Netzwerk zurückzugegriffen werden kann).

Der Aufbau einer sicheren Verbindung zwischen den MEYDOC® Komponenten findet über einen Adressenserver (zertifiziertes Rechenzentrum in Deutschland) statt. Dieser ist ausschließlich für Verbindungsaufbau (Prüfung von Lizenzen, Authentifizierung von Nutzern) notwendig. Der sichere Zugang zu den Telekonsultationen mit MEYDOC® wird dadurch gewährleistet, dass die erforderlichen Zugangsschlüssel eine bestimmte Länge (RFC 3526\_3072) haben und im Diffie-Hellmann Verfahren auf Basis von OpenSSL-DH im Vorfeld der Telekonsultationen ausgetauscht werden. Diese Schlüssel sind nur während der laufenden Verbindung gültig und werden nicht gespeichert (Perfect Forward Secrecy). Nachdem die Verbindung hergestellt ist, erfolgt jeglicher Datenaustausch im Netzwerk (nur solange die Verbindung besteht!) ausschließlich mittels einer Ende-zu-Ende Verschlüsselungstechnologie (mit AES-256 im Counter-Mode). Zusätzlich zur Verschlüsselung des Datenkanals findet die Authentifizierung der Endgeräte statt, um bspw. eine Man-in-the-Middle-Attacke auszuschließen.

## 24/7 Telekonsil



Abbildung 1: Technische Ausstattung Telemedizinzentrum und ambulantes Team/Hospiz (51)

### Netzanbindung - Mobilfunk

Die Qualität einer Untersuchung ist wesentlich von der Signalverbindungsqualität abhängig. Bei TANNE wurden hierfür die Mobilfunknetze unterschiedlicher Provider (4G Telekom/Vodafone mit mind. 50 Mbits Down-/Upload) und alternativ ein LTE-Router eingesetzt. Dadurch konnte das Palliativteam vor Ort - je nach den örtlichen Gegebenheiten - selbst entscheiden, über welchen Weg die Verbindung hergestellt wurde. Zur Beurteilung wurde den Teams empfohlen, einen Verbindungstest vor Ort durchzuführen und den Mobilfunkprovider mit der besten Netzabdeckung zum Verbindungsaufbau zu wählen.

## Anhang 2: Outcomes\_Ziele

### Effektevaluation\_Endpunkte

Endpunkt/Prädiktor	Outcome/Aspekt	Instrumente	Datenquelle	Messzeitpunkt*							
				tA/TR	tV	t0	t1	t2	t21	tE	
Primärer Endpunkt	Intraindividuelle Verbesserung der Symptomlast	iPOS Ärzt*innen	Fragebogen Ärzt*innen	x	x			x	x		
	zusätzlich für Sensitivitätsanalyse: Intraindividuelle Verbesserung der Symptomlast	iPOS Patient*innen	Fragebogen Patient*innen	x	x			x	x		
	zusätzlich für Sensitivitätsanalyse: Intraindividuelle Verbesserung der Symptomlast	iPOS Angehörige	Fragebogen Bezugspersonen	x	x			x	x		
Sekundärer Endpunkt	Lebensqualität Patient*innen	McGillQOL	Fragebogen Patient*innen	x	x			x	x		
		Single Item Scales (11-Punkte) zur gesamtsubjektiven Lebensqualität	Fragebogen Patient*innen	x	x			x	x		
		subjektive Veränderung (1 Item)	Fragebogen Patient*innen					x	x		
		subjektive Veränderung (1 Item)	Fragebogen Bezugspersonen					x	x		
		subjektive Veränderung (1 Item)	Fragebogen Ärzt*innen					x	x		
		subjektive Veränderung (1 Item)	Fragebogen Konsilbüro					x	x		
Sekundärer Endpunkt	Funktionsfähigkeit d. Patient*innen	Karnofsky-Index/ECOG	Fragebogen Ärzt*innen	x	x			x	x		
Sekundärer Endpunkt	Zufriedenheit mit der Lösung des neurologischen Problems - Sicherheit/Lösungsqualität des Problems	Eigener FB (5 Items)	Fragebogen Ärzt*innen					x	x		
	Zufriedenheit mit der Lösung des neurologischen Problems - Behandlungserfolg	Eigener FB (2 Items)	Fragebogen Ärzt*innen					*	*		
	Zufriedenheit mit der Lösung des neurologischen Problems - Arzteinschätzung	Eigener FB (1 Item)	Fragebogen Konsilbüro					x	x		
Prädiktor	Palliativsituation (Versorgungsform, Diagnosen, Medikamente, Maßnahmen)	Eigener FB	PalliDoc	x/o							
Prädiktor	Neurosymptome (Symptome und Surprise-Question)	Eigener FB	Fragebogen Konsilbüro		x/o						
Prädiktor	Palliativverlauf (Versorgungsform, Diagnosen, Medikamente, Maßnahmen)	Eigener FB	Fragebogen Konsilbüro		x/o						
Prädiktor	Neurobeurteilung (Neurosymptome, Neurodiagnosen, Empfehlungen, Maßnahmen)	Eigener FB	Fragebogen Konsiliaren				*	*			
Prädiktor	Neuroverlauf (Symptome, Diagnosen, Verlauf, Medikamente, Maßnahmen)	Eigener FB	Fragebogen Konsilbüro					x/o	x/o		
Prädiktor	Konsiläquivalent (Hilfsmittel für Lösung d. neurologischen Problems)	Eigener FB	Fragebogen Konsilbüro					+	x		

### Legende

x = Messung in Fall- und Kontrollgruppe

\* = Messung in Fallgruppe

+ = Messung in Kontrollgruppe

tA = Studienanfang

tR = Rekrutierung/Patienteneinschluss

tV = Vor Konsil/Konsiläquivalent

t0 = Beim Konsil/Konsiläquivalent

t21 = weitere Assessments

t1 = Zum Konsil/Konsiläquivalent

t2 = Nach Konsil/Konsiläquivalent

tE = Studienende

o = Messung in historischer Kontrollgruppe

Sekundäre Endpunkte bleiben unverändert bestehen da, nicht auf Fallzahl in der Kontrollgruppe angewiesen

Daten werden durch Erhebungen aus historischer Kontrollgruppe ergänzt



Prozessevaluation\_Endpunkte

Endpunkt/Prädiktor	Outcome/Aspekt	Instrumente	Datenquelle	Messzeitpunkt*						
				tA/tR	tV	t0	t1	t2	t21	tE
Sekundärer Endpunkt	Akzeptanz & Akzeptabilität Patient*innen	Eigener FB (2 Items)	Fragebogen Patient*innen					*		
	Akzeptanz & Akzeptabilität Angehörige	Eigener FB (2 Items)	Fragebogen Bezugspersonen					*	*	
	Akzeptanz & Akzeptabilität SAPV-Team- & Hospizmitarbeitende	Eigener FB (2 Items)	Fragebogen Ärzt*innen					*	*	
Sekundärer Endpunkt	Betreuungszufriedenheit Patient*innen	Eigener FB (10 Items)	Fragebogen Patient*innen					x		
	Betreuungszufriedenheit Bezugspersonen	Eigener FB (10 Items)	Fragebogen Bezugspersonen					x	x	
	Betreuungs-/Konsilzufriedenheit Ärzt*innen	Eigener FB (7 Items)	Fragebogen Ärzt*innen					*	*	
Sekundärer Endpunkt	Zufriedenheit mit Organisation des Konsils Patient*innen	Eigener FB (3 Items)	Fragebogen Patient*innen					*	*	
	Zufriedenheit mit Organisation des Konsils Angehörige	Eigener FB (6 Items)	Fragebogen Bezugspersonen					*	*	
	Zufriedenheit mit Organisation des Konsils Ärzt*innen	Eigener FB (4 Items)	Fragebogen Ärzt*innen					*	*	
	Zufriedenheit mit Organisation des Konsils Konsiliar*innen	Eigener FB (5 Items)	Fragebogen Konsiliariern					*	*	
Sekundärer Endpunkt	Zufriedenheit mit Organisation der Palliativversorgung Bezugspersonen	Eigener FB (3 Items)	Fragebogen Bezugspersonen					x	x	
	Zufriedenheit mit Organisation der Palliativversorgung Ärzt*innen	Eigener FB (3 Items)	Fragebogen Ärzt*innen					x	x	
Sekundärer Endpunkt	zeitliche Inanspruchnahme Patient*innen	objektive Messung der Dauer des T	Daten MEYDOC					*		
	zeitliche Inanspruchnahme Bezugspersonen	objektive Messung der Dauer des T	Daten MEYDOC					*		
	zeitliche Inanspruchnahme Ärzt*innen	objektive Messung und subjektive	Fragebogen Ärzt*innen		*		*			
	zeitliche Inanspruchnahme Konsiliar*innen	objektive Messung und subjektive	Fragebogen Konsiliariern		*		*			
Sekundärer Endpunkt	subjektive Belastung der Bezugspersonen durch Pflege	Eigener FB, Items des QOLLI-F vor	Fragebogen Bezugspersonen	x				x	x	
Sekundärer Endpunkt	Technikzufriedenheit Ärzt*innen	System Usability Scale (SUS, z.B. Br	Fragebogen Ärzt*innen					*		
	Technikzufriedenheit Konsiliar*innen	System Usability Scale (SUS, z.B. Br	Fragebogen Konsiliariern	*						*
	Technikzufriedenheit Konsiliar*innen	Computer System Usability Scale (C	Fragebogen Konsiliariern	*						*
	Technikzufriedenheit Kurz Konsiliar*innen	Eigener FB (4 Items)	Fragebogen Konsiliariern					*		
	Übertragungsqualität in Telekonsil Ärzt*Innen	Eigener FB (3 Items)	Daten MEYDOC					*		
	Übertragungsqualität in Telekonsil Konsiliar*innen	Eigener FB (3 Items)	Daten MEYDOC					*		
Prädiktor	Technikbereitschaft	Kurzskala zur Technikbereitschaft (	Fragebogen Ärzt*innen	x						x
Prädiktor	Teampartizipation	TS-6 Teamskala/Internal Participat	Fragebogen Ärzt*innen	x						x
Prädiktor	Einstellung zu Teamarbeit	Attitude Towards Healthcare Team	Fragebogen Ärzt*innen	x						x
Prädiktor	Soziodemografie Patient*innen	Eigener FB	Fragebogen Patient*innen	x						
Prädiktor	Soziodemografie Angehörige	Eigener FB	Fragebogen Bezugspersonen	x						
Prädiktor	Soziodemografie Ärzt*innen	Eigener FB	Fragebogen Ärzt*innen	x						x

Legende

x = Messung in Fall- und Kontrollgruppe

\* = Messung in Fallgruppe

+ = Messung in Kontrollgruppe

tA = Studienanfang

tR = Rekrutierung/Patienteneinschluss

tV = Vor Konsil/Konsiläquivalent

t0 = Beim Konsil/Konsiläquivalent

t21 = weitere Assessments

t1 = Zum Konsil/Konsiläquivalent

t2 = Nach Konsil/Konsiläquivalent

tE = Studienende

Sekundäre Endpunkte bleiben unverändert bestehen da, nicht auf Fallzahl in der Kontrollgruppe angewiesen

Prädiktor	Soziodemografie Konsiliar*innen	Eigener FB	Fragebogen Konsiliarien	x							x
Prädiktor	Soziodemografie Teams	Eigener FB	Fragebogen Leitung SAPV-Team	x							x
Sekundärer Endpunkt	Subjektive Be- und Entlastung Patient*innen	Interviewleitfaden & Fokusgruppe	Qualitativ (Interviews & Fokusgruppen)			*	*				
	Subjektive Be- und Entlastung Bezugspersonen	Interviewleitfaden & Fokusgruppe	Qualitativ (Interviews & Fokusgruppen)			*	*				
	Subjektive Be- und Entlastung Ärzt*innen	Interviewleitfaden & Fokusgruppe	Qualitativ (Interviews & Fokusgruppen)			*	*				
Sekundärer Endpunkt	Arbeitszufriedenheit in den SAPV-Teams	Interviewleitfaden & Fokusgruppe	Qualitativ (Interviews & Fokusgruppen)								x
Sekundärer Endpunkt	Workflow Zentrum	Interviewleitfaden & Fokusgruppe	Qualitativ (Interviews & Fokusgruppen)								x
Sekundärer Endpunkt	Workflow SAPV-Team- & Hospizmitarbeitende	Interviewleitfaden & Fokusgruppe	Qualitativ (Interviews & Fokusgruppen)								x

Gesundheitsökonomische Evaluation\_Endpunkte

Endpunkt	Outcome	Instrumente	Datenquelle	Messzeitpunkt*									
				tA/tR	tV	t0	t1	t2	t21	tE			
Sekundärer Endpunkt	Inanspruchnahmemenge medizinischer/pflegerischer Leistungen innerhalb der SAPV (Within Costs) bei Nicht-AOK-Versicherten	Beratungsleistung	Pallidoc und ISPC							durchgängig			
		Koordination der Versorgung	Pallidoc und ISPC							durchgängig			
		Additiv unterstützende Teilversorgung	Pallidoc und ISPC								durchgängig		
		Vollversorgung	Pallidoc und ISPC								durchgängig		
		Arznei-, Heil- und Hilfsmittel	Pallidoc und ISPC								durchgängig		
Sekundärer Endpunkt	Inanspruchnahmemenge medizinischer/pflegerischer Leistungen innerhalb der SAPV mit Kostengewichten (Within Costs) bei AOK-Versicherten	Beratungsleistung	AOK-Abrechnungsdaten							durchgängig			
		Koordination der Versorgung	AOK-Abrechnungsdaten							durchgängig			
		Additiv unterstützende Teilversorgung	AOK-Abrechnungsdaten								durchgängig		
		Vollversorgung	AOK-Abrechnungsdaten								durchgängig		
		Arznei-, Heil- und Hilfsmittel	AOK-Abrechnungsdaten								durchgängig		
Sekundärer Endpunkt	<b>Induzierte Kosten bei Nicht-AOK-Versicherten</b> Leistungslösende DRG (1)	MDC-01	Pallidoc und ISPC							durchgängig			
		B69C	Pallidoc und ISPC							durchgängig			
		B69D	Pallidoc und ISPC								durchgängig		
		B70B	Pallidoc und ISPC								durchgängig		
		B70D	Pallidoc und ISPC								durchgängig		
		B71D	Pallidoc und ISPC								durchgängig		
		B76E	Pallidoc und ISPC								durchgängig		
		B77Z	Pallidoc und ISPC								durchgängig		
		B81B	Pallidoc und ISPC								durchgängig		
		B85D	Pallidoc und ISPC								durchgängig		
		B85D	Pallidoc und ISPC								durchgängig		
		MDC-03	Pallidoc und ISPC								durchgängig		
		D61Z	Pallidoc und ISPC								durchgängig		
		Zusatzentgelt	ZE60.01	Pallidoc und ISPC								durchgängig	
			OPS 8-982.1	Pallidoc und ISPC								durchgängig	
			ZE60.02	Pallidoc und ISPC								durchgängig	
			OPS 8-982.2	Pallidoc und ISPC								durchgängig	
			ZE60.03	Pallidoc und ISPC								durchgängig	
			OPS 8-982.3	Pallidoc und ISPC								durchgängig	
			ZE145.01	Pallidoc und ISPC								durchgängig	
			OPS 8-98e.1	Pallidoc und ISPC								durchgängig	
			ZE145.02	Pallidoc und ISPC								durchgängig	
			OPS 8-98e.2	Pallidoc und ISPC								durchgängig	
			ZE145.03	Pallidoc und ISPC								durchgängig	
			OPS 8-98e.3	Pallidoc und ISPC								durchgängig	
			Sekundärer Endpunkt	<b>Induzierte Kosten bei AOK-Versicherten</b> Leistungslösende DRG (1)	MDC-01	AOK-Abrechnungsdaten							durchgängig
					B69C	AOK-Abrechnungsdaten							durchgängig
B69D	AOK-Abrechnungsdaten											durchgängig	

Legende

x = Messung in Fall- und Kontrollgruppe

\* = Messung in Fallgruppe

+ = Messung in Kontrollgruppe

tA = Studienanfang

tR = Rekrutierung/Patienteneinschluss

tV = Vor Konsil/Konsiläquivalent

t0 = Beim Konsil/Konsiläquivalent

t1 = Zum Konsil/Konsiläquivalent

t2 = Nach Konsil/Konsiläquivalent

t21 = weitere Konsile/?

tS2 = verzögerter Interventionsbeginn

tE = Studiende

(1) DRGs auf Basis von Fällen eines Beispielkrankenhauses (2) Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, "Dokumentationshilfen" o.D., Verfügbar unter: <https://www.dgpalliativmedizin.de/service/dgp-dokumentationshilfen.html> [Stand: 19.04.2021]

		B70B	AOK-Abrechnungsdaten	durchgängig	
		B70D	AOK-Abrechnungsdaten	durchgängig	
		B71D	AOK-Abrechnungsdaten	durchgängig	
		B76E	AOK-Abrechnungsdaten	durchgängig	
		B77Z	AOK-Abrechnungsdaten	durchgängig	
		B81B	AOK-Abrechnungsdaten	durchgängig	
		B85D	AOK-Abrechnungsdaten	durchgängig	
		B85D	AOK-Abrechnungsdaten	durchgängig	
		MDC-03	AOK-Abrechnungsdaten	durchgängig	
		D61Z	AOK-Abrechnungsdaten	durchgängig	
		Zusatzentgelt (2)	ZE60.01	AOK-Abrechnungsdaten	durchgängig
			OPS 8-982.1	AOK-Abrechnungsdaten	durchgängig
			ZE60.02	AOK-Abrechnungsdaten	durchgängig
			OPS 8-982.2	AOK-Abrechnungsdaten	durchgängig
ZE60.03	AOK-Abrechnungsdaten		durchgängig		
OPS 8-982.3	AOK-Abrechnungsdaten		durchgängig		
ZE145.01	AOK-Abrechnungsdaten		durchgängig		
OPS 8-98e.1	AOK-Abrechnungsdaten		durchgängig		
ZE145.02	AOK-Abrechnungsdaten		durchgängig		
OPS 8-98e.2	AOK-Abrechnungsdaten		durchgängig		
ZE145.03	AOK-Abrechnungsdaten	durchgängig			
OPS 8-98e.3	AOK-Abrechnungsdaten	durchgängig			



## Statistischer Analyseplan (SAP)

**Prüfplan Code** 01NVF19004 - TANNE

**TITEL** TANNE: Telemedizinische Antworten  
auf Neuropalliative Nachfragen in  
Echtzeit

**Prüfplan Datum** 14-JAN-2021

**Autoren** Leiter der Evaluationsgemeinschaft:  
Prof. Dr. habil. Jürgen Zerth  
Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt  
Telefon: 08421-9321505  
E-Mail: juergen.zerth@ku.de

Dr. Daniela Adolf  
StatConsult GmbH  
Telefon: 0391 54970 13  
E-Mail: daniela.adolf@statconsult.de

**Version** 1.0.

**Datum** 16-OKT-2023

**Gesamt-Projektleitung** Herr Prof. Dr. med. Stefan Lorenzl &  
Dr. med. univ. Christiane Weck  
Krankenhaus Agatharied  
Abteilung für Neurologie  
Norbert Kerkel Platz  
83734 Hausham

*Vertraulich*

## Statistischer Analyseplan Dokumentenhistorie

<b>Titel</b>	<b>TANNE:</b> <b>T</b> elemedizinische <b>A</b> ntworten auf <b>N</b> europalliative <b>N</b> achfragen in <b>E</b> chtzeit
--------------	--

<b>Version</b>	<b>Datum</b>	<b>Autor</b>	<b>Beschreibung</b>
1.0 Final	16.10.2023	TANNE-Konsortium	Finales Dokument

## Statistischer Analyseplan Authorisierung

Leiter der  
Evaluationsgemeinschaft

  
Prof. Dr. Jürgen Zerth

*02/11/23*  
Datum, Unterschrift

Gesamt-Projektleitung

Prof. Dr. Stefan Lorenzl

Datum, Unterschrift

Dr. Christiane Weck

Datum, Unterschrift

## Inhaltsverzeichnis

Statistischer Analyseplan Dokumentenhistorie .....	2
Statistischer Analyseplan Authorisierung.....	3
Externe Dokumente.....	6
Abkürzungen.....	7
1 Einleitung und Hintergrund.....	8
2 Studienziel .....	10
2.1 Primäres Studienziel .....	10
2.2 Sekundäre Studienziele .....	10
3 Studiendesign .....	12
3.1 Generelles Design und Studienarme.....	12
3.2 Studienpopulation .....	13
3.2.1 Einschlusskriterien.....	13
3.2.2 Ausschlusskriterien.....	13
3.2.3 Studienabbruch und Ersetzung.....	13
3.3 Randomisierung.....	13
3.4 Studienablauf / Prozeduren.....	14
3.5 Prozess- und Ergebnisevaluation .....	17
3.5.1 Dimension A .....	17
3.5.2 Dimension B.....	17
3.5.3 Dimension C.....	18
3.6 Analysedurchführung und Bericht.....	18
3.7 Analysekonventionen .....	18
3.7.1 Änderungen im Studienverlauf oder bei den geplanten Analysen .....	19
3.7.2 Nicht durchgeführte Analysen und Fallback-Strategie.....	19
3.7.3 Ergänzung: Finale Befragung aller Teams bzgl. ihrer (Nicht-)Teilnahme .....	19
4 Analysepopulationen.....	20
4.1 Full Analysis Set (FAS) .....	20
4.2 Evaluations-Set (ES).....	20
4.3 Teil-Evaluations-Set (TES).....	20
4.4 Fallback-Set (FB) .....	20
4.5 Subgruppen .....	22
4.6 Zeitliche Zuordnung in die Studienarme .....	22
5 Endpunkte und Kovariablen .....	24
5.1 Dimension A.....	24
5.1.1 Primärer Endpunkt.....	24
5.1.2 Sekundäre Endpunkte .....	24
5.1.3 Weitere Daten.....	24
5.1.4 Details zu Endpunkten und den weiteren erfassten Daten.....	25
5.2 Dimension B.....	32
5.3 Dimension C.....	32
6 Statistische Analyse.....	34
6.1 Dimension A.....	34
6.1.1 Deskriptive Statistik .....	34
6.1.2 Analyse des primären Endpunktes.....	34
6.1.3 Analyse der sekundären Endpunkte .....	35
6.1.4 Weitere Analysen.....	35
6.2 Dimension B.....	35



6.3	Dimension C.....	35
6.3.1	Methodische Herangehensweise .....	35
6.3.2	Zeitliche Struktur.....	36
6.3.3	Statistische Methoden zur Auswertung (gesundheits-)ökonomischer Inanspruchnahme .....	37
6.4	Fallzahlplanung .....	37
6.4.1	Primärer Endpunkt (Dimension A).....	37
6.4.2	Sekundäre Endpunkte und ethische Bewertung (Dimension B) .....	38
6.4.3	Powerkalkulation für Sekundärdatenanalyse (Dimension C).....	38
6.5	Analyse-Software .....	39
6.5.1	Dimension A .....	39
6.5.2	Dimension B .....	39
6.5.3	Dimension C .....	39
6.6	Datenverarbeitung.....	39
6.6.1	Allgemeine Angaben.....	39
6.6.2	Datenverarbeitung in der Dimension A .....	39
6.6.3	Datenverarbeitung in der Dimension B .....	40
6.6.4	Datenverarbeitung in der Dimension C .....	41
6.6.5	Datengenerierung innerhalb der Fallback-Strategie .....	41
7	Literaturverzeichnis .....	43
8	Inhaltsverzeichnis der Statistischen Ausgabe von Daten der Dimension A .....	45

## Externe Dokumente

<b>Dokument</b>	<b>Version / Datum</b>	<b>Beschreibung</b>
01NVF19004-Tanne_Studienprotokoll_V1.1_aktuell_14Jan2021.pdf	1.1 / 14.01.2021	Prüfplan
2023_03_20_01NVF19004_Projektskizze_Evaluationskonzept	Revised 20.03.23	Evaluationskonzept
TANNE_DMP	1.0 / 16.10.2023	Data Management Plan

## Abkürzungen

CSUQ	Computer System Usability Questionnaire
Dim	Dimension
ES	Evaluations-Set
FAS	Full Analysis Set
IG	Interventionsgruppe
iPOS	integrierte Palliative Care Outcome Scale
KG	Kontrollgruppe
QoL	Quality of Life
SAP	Statistischer Analyseplan
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SAS	Statistical Analysis Software
SUS	System Usability Scale
TES	Teil-Evaluations-Set

## 1 Einleitung und Hintergrund

Dieser Statistische Analyseplan (SAP) enthält Details zur Analyse der Studie TANNE: Telemedizinische Antworten auf Neuropalliative Nachfragen in Echtzeit [01NVF19004].

Im Falle von Diskrepanzen zwischen der Beschreibung der Analysen im Prüfplan und dem Analyseplan, gelten die Festlegungen des Letzteren.

Um den Lesefluss nicht zu beeinträchtigen, wird hier und im folgenden Text zwar nur die männliche Form genannt, stets sind aber die weibliche und andere Formen gleichermaßen mitgemeint.

Mehr und mehr wächst das Bewusstsein, dass auch bei nicht-onkologischen Krankheiten eine palliative Betreuung die Lebensqualität der Patienten sowie der korrespondierenden familiären Betreuungssettings verbessern kann. Insbesondere Menschen mit fortgeschrittenen neurologischen Erkrankungen gehören zu einer Zielgruppe, die von palliativer Versorgung profitieren.

Schon jetzt wird die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit einer palliativen Versorgung von neurologischen Patienten durch eine neuropalliative Expertengruppe formuliert [1], [2]. Ca. 70% der neurologischen Erkrankungen weisen einen chronischen Verlauf mit oftmals progredienten Einschränkungen auf und haben eine hohe Symptomlast auf körperlicher, spiritueller und sozialer Ebene. Die Palliative Care bei Menschen mit neurologischen Erkrankungen wie beispielsweise der Amyotrophen Lateralsklerose, dem Parkinsonsyndrom, aber auch dem Schlaganfall, ist unglaublich vielfältig und erfordert erfahrungsgemäß ein großes neurologisches Spezialwissen.

Neurologische Beschwerden führen bei Betroffenen und Angehörigen zu vermehrter Symptomlast und Unsicherheit [3], [4] und trotz guter ambulanter Betreuung immer wieder zu Krankenhauseinweisungen [5].

Sowohl in den ambulanten SAPV-Teams als auch in den stationären Hospizen haben Palliativmediziner derzeit keinen regelhaften Zugang zu einer neurologischen Expertise. Hospize und die SAP-Versorgung werden jedoch mehr und mehr zu einer wichtigen Anlaufstelle für Menschen mit neurologischen Erkrankungen in einem fortgeschrittenen Stadium.

Viele Symptome haben sie mit onkologischen Patienten gemeinsam, wie Luftnot oder Schmerzen. Die Schwere der Beschwerden wird ähnlich oder höher als bei onkologischen Patienten geschätzt und es kommt häufig zu spezifischen neurologischen Symptomen, wie zum Beispiel einer schmerzhaften Spastik, Schluckstörungen, Pseudohypersalivation, epileptischen Anfällen oder Myoklonien. Die Symptomlast ist erheblich und komplex, so dass ein palliativmedizinischer Handlungsbedarf besteht. Aus diesem Grund wird eine fachneurologische Expertise für die ambulante Betreuung schwerstkranker Menschen inzwischen regelhaft gefordert [1], [6], [2]. In einer Stellungnahme der Leopoldina zur Palliativversorgung in Deutschland wird der Einsatz von technischen Hilfsmitteln und Kommunikationstechnologien als unverzichtbar angesehen im Hinblick auf die zunehmende Ressourcenknappheit und Kostenprobleme im Gesundheitswesen.

Im Gesundheitswesen gilt es festzuhalten, dass Bedarfsentwicklungen und Angebotsmöglichkeiten sich im Sinne eines Quasi-Marktes verhalten und die Entwicklung von Versorgungsangeboten an den Kriterien von Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit ausgerichtet sind. Gerade durch die kontinuierlichen Entwicklungen in der Kombination von medizinisch-technischen Möglichkeiten, damit interagierender demographischer Entwicklung und den Veränderungen des Wissens über Evidenz und Notwendigkeit entwickeln sich kontinuierliche Anforderungen an Priorisierungen medizinisch-pflegerischer-Leistungen, die im organisatorischen Kontext insbesondere noch mit der kontinuierlich wachsenden Personalknappheit korrespondieren [7].

Weitere allgemeine Faktoren, die die Nachfrage nach medizinischen Leistungen und professioneller Pflege steigern, sind veränderte soziale Bezüge (Haushaltsgrößen), der medizinische Fortschritt und eine veränderte Erwartungshaltung [7]. Demgegenüber stehen vor allem fehlende personelle Ressourcen [7] infolge eines zunehmenden Fachkräftemangels.

Telemedizin ermöglicht es Patienten, die an ihr Zuhause gebunden sind oder in unterversorgten Gebieten wohnen, dennoch spezialisierte qualifizierte medizinische Versorgung zu bekommen **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden..**

Videokonsultationen scheinen für die Betreuung von Palliativpatienten geeignet zu sein unabhängig vom Alter und der Diagnose des Patienten. Insbesondere auch für ältere Patienten ist eine Verwendung moderner Technologien kein Hinderungsgrund an dieser Art der Versorgung teilzunehmen [9].

Durch das telemedizinisch angebotene neurologische/neuropalliative Fachwissen soll die Versorgung von Menschen mit neurologischen Erkrankungen – organisiert in orts- und zeitunabhängiger Form zur Umsetzung der Effektivitätspotenziale telemedizinischer Lösungen - verbessert werden. Das palliativmedizinische Fachwissen der behandelnden SAPV-Ärzte wird um das neurologische/neuropalliative Fachwissen des telemedizinischen Arztes erweitert. Dadurch soll die Arzt-Patient-Beziehung vor Ort bei dem behandelnden Patienten verstärkt und eine zusätzliche Kompetenz aufgebaut werden. Die Versorgung kann flächendeckend erfolgen, auch in dünn besiedelten Gebieten.

Die Studie wird im Rahmen eines Konsortialprojektes zu neuen Versorgungsformen durchgeführt, finanziert durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses. Projektträger ist das DLR-Projektträger Gesundheit.

## 2 Studienziel

Das **Ziel der Studie** ist es, die fachneurologische / neuropalliative Expertise durch eine telemedizinische Versorgung für schwerstkranke Menschen in der ambulanten und stationären außerklinischen Versorgung zugänglich zu machen und die „Regelversorgungstauglichkeit“ einer derartigen Organisationsinnovation durch eine „Realerprobung“ im Sinne einer „Neuen Versorgungsform“ zu testen und systematisch zu evaluieren.

### Unsere Hypothesen:

Unser Projekt soll zeigen, dass die Symptomkontrolle und das klinische Management der betroffenen Patienten durch eine telemedizinisch gestützte Organisationslösung dergestalt verbessert wird, dass im intraindividuellen Vergleich ein Zuwachs an Lebensqualität festzustellen ist. Dieser patientenbezogene Outcome soll in dyadischer Sicht mit einer höheren Arbeitszufriedenheit in den SAPV-Teams und Hospizen einhergehen und insbesondere die Kenntnis und auch die individuelle Zurückhaltung vor den oft komplexen Krankheitsbildern nehmen. Der systematische Einsatz des neuropalliativen Telemedizinentrums soll unmittelbar die Kompetenz und die Zusammenarbeit im soziotechnischen System der jeweiligen SAPV-Teams verbessern (Organisationsebene) und darüber hinaus die Hypothese evaluieren, ob auf Systemebene insbesondere die Krankenseinweisungen bedarfsadäquater erfolgen und im günstigen Fall Krankenseinweisungen bei Menschen mit neurologischen Erkrankungen in einer palliativen Phase vermieden werden können.

### 2.1 Primäres Studienziel

Als primärer Endpunkt wurde auf Grund der größten Relevanz der beschriebenen Messparameter die integrierte Palliative Care Outcome Scale gewählt (iPOS, Angabe durch den Arzt, vgl. Abschnitt 5.1).

Es wird eine intraindividuelle Veränderung vor und nach einem Telekonsil bzw. in der Kontrollgruppe vor und nach einem neurologischen Event gemessen. Die Analyse des primären Endpunkts entspricht dem Vergleich der Veränderung der Symptomlast zwischen Telekonsil- und Kontrollgruppe.

### 2.2 Sekundäre Studienziele

#### Quantitative Daten:

Patienten und/oder Angehörige: Lebensqualität (EQ 5D 3L& McGill Quality of Life Questionnaire)

Patientenzufriedenheit mit Telekonsil: Telemedizin (in Anlehnung an Telehealth Satisfaction Scale TeSS), Versorgung, Anwendung der Telemedizin

Ärzte/Team: Soziodemografische Daten zu Patient/Ärzten/Teams, Neurologische Symptombeschreibung, Symptomlast iPOS Betreuer; Zeitdruck beim Telekonsil, Computer System Usability Questionnaire (CSUQ)

Konsiliare: Neurologische Symptombeschreibung, Arbeitsorganisation Telekonsil, Zufriedenheit und Benutzerfreundlichkeit, Zeitdruck

Kosteneffektivität der intendierten telemedizinischen Organisationsinnovation

Inanspruchnahme von medizinisch-pflegerischen Leistungen innerhalb der jeweiligen SAPV-Settings/bzw. Hospize im Gruppenvergleich.

Induzierte Inanspruchnahmen von medizinischen Ressourcen, etwa Krankenhaus-Einweisungen oder Notfalleinweisungen, ebenfalls im Gruppenvergleich.

Qualitative Daten:

Arbeitszufriedenheit in den SAPV-Teams,

Patienten- und Angehörigenzufriedenheit sowie ethische Bewertung der Versorgungsform hinsichtlich Vulnerabilität, Lebensqualität, Selbstbestimmung, Informierte Einwilligung, Privatheit, Datenschutz und Nutzungsfreundlichkeit anhand von semi-strukturierten, qualitativen Interviews.

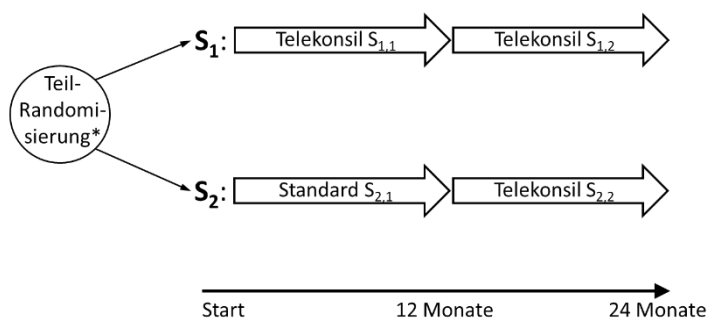
### 3 Studiendesign

#### 3.1 Generelles Design und Studienarme

Dies ist eine prospektive teil-randomisierte Studie.

Es handelt sich um eine zweiarmlige Studie mit einem delayed start Studiendesign. Die kooperierenden SAPV-Teams sowie Ärzte-Teams der Hospize, die noch über keinerlei Erfahrung mit der telemedizinischen Anbindung verfügen, werden im Verhältnis 1:3 (SAPV-Teams) bzw. 1:2 (Ärzte-Teams der Hospize) in die beiden Studienarme  $S_1$  und  $S_2$  randomisiert (Blockrandomisierung mit zufälliger Blocklänge; Clusterrandomisierung; stratifiziert nach Art des Teams [Hospiz / SAPV]). Sieben der kooperierenden SAPV-Teams haben bereits Erfahrung mit der telemedizinischen Anbindung. Diese gehen direkt in den Studienarm  $S_1$  ein, da es aufgrund ihrer Vorkenntnisse nicht sinnvoll ist, sie möglicherweise in den Kontrollarm zu randomisieren. Aufgrund dessen handelt es sich hierbei um eine teil-randomisierte Studie; \*die Teams mit telemedizinischer Erfahrung gehen praktisch mit Wahrscheinlichkeit 1 in den Telekonsil-Arm; und das Verhältnis 1:3 bei Randomisierung innerhalb des Stratum SAPV bzw. 1:2 innerhalb des Stratum Hospiz gleicht aus, dass für den primären Endpunkt ungefähre Bilanziertheit der Gruppengrößen gewährleistet ist, obwohl bereits SAPV-Teams in den Telekonsilarm eingehen.

Darstellung des Studiendesigns:



Der Studienarm  $S_1$  erhält ab Studienbeginn eine Anbindung an das Telemedizinzentrum. Der zweite Arm  $S_2$  (verzögerte Interventionsgruppe) wird zunächst beobachtet (Standardversorgung;  $S_{2,1}$  = Kontrollgruppe), und nach 12 Monaten ebenfalls an das Telemedizinzentrum angebunden.

Ein delayed start Design wurde gewählt, um die Bereitschaft der SAPV-Teams zur Teilnahme an der Studie zu erhöhen, da jedes Team letztlich die Möglichkeit des Telekonsils erhält. Wäre dies nicht der Fall, hätten die Teams des Kontrollarms ausschließlich den Mehraufwand durch die Studienteilnahme gehabt, aber keinen zusätzlichen Nutzen. Es ermöglicht so ein Erreichen der angestrebten Fallzahlen bei ausreichender Teilnahme der Teams.

Eine Clusterrandomisierung ist erforderlich, da die Patienten nicht einzeln randomisiert werden können. Denn es ist nicht realisierbar, dass ein SAPV-Team nur für einen Teil der zu betreuenden Patienten ein Telekonsil durchführt, den anderen Teil unabhängig von den Erfahrungen des Telekonsils behandelt, da unweigerlich Übertragungseffekte entstehen würden. Die potentielle Korrelation der Daten von Patienten ein- und desselben SAPV-Teams wird in den statistischen Analysen berücksichtigt (vgl. Abschnitt 6.1.2). Ein Patient ist somit von Studieneinschluss an eindeutig einem SAPV- oder Ärzte-Team des Hospizes und damit einem Studienarm zugeordnet. Das gilt auch für den Spezialfall der Hospize, in denen sowohl ein SAPV-Team als auch ein dem Hospiz zugeordnetes Ärzteteam arbeiten. Dennoch kann es hier vorkommen, dass der Patient beim Auftreten seines neurologischen Problems aus Verfügbarkeitsgründen nicht von dem ihn sonst betreuenden Team versorgt



wird. Dann erfolgt das Telekonsil oder die entsprechende Behandlung innerhalb des Kontrollarms vollständig durch das zu diesem Zeitpunkt betreuende Team und die Zugehörigkeit zum Studienarm wird für den Patienten ggf. korrigiert (vgl. Abschnitt 4.6).

## 3.2 Studienpopulation

Die Studienpopulation umfasst Patienten, die sich in einer palliativen Betreuung befinden. Die Betreuung kann entweder durch ein spezialisiertes ambulantes Palliativteam erfolgen oder in einem stationären Hospiz. Patienten, die alle Einschlusskriterien (siehe Abschnitt 3.2.1) und keines der Ausschlusskriterien (siehe Abschnitt 3.2.2) erfüllen, kommen für einen Studieneinschluss in Frage.

### 3.2.1 Einschlusskriterien

Um in die Studie eingeschlossen werden zu können, muss der Patient die folgenden Einschlusskriterien erfüllen:

- 1) Patienten mit einer neurologischen Grunderkrankung und Patienten mit neurologischen Symptomen und einer nicht-neurologischen Grunderkrankung
- 2) unterzeichnete Einverständniserklärung durch den Patienten oder seinen gesetzlichen Vertreter
- 3) Betreuung durch ein SAPV-Team oder als Patient in einem Hospiz

### 3.2.2 Ausschlusskriterien

Ein Patient darf nicht in die Studie eingeschlossen werden, wenn er mind. eines der folgenden Ausschlusskriterien erfüllt:

- 1) Alter des Patienten <18 Jahre
- 2) Keine neurologische Erkrankung oder keine Erkrankung mit neurologischen Symptomen
- 3) Schwangere
- 4) Patienten, die außerhalb von Bayern leben

### 3.2.3 Studienabbruch und Ersetzung

#### 3.2.3.1 Patient

Ein Patient kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen seine Teilnahme an der Studie widerrufen. Alle bis dahin erhobenen Daten können für die Analysen verwendet werden, es sei denn, der Patient widerspricht dieser Nutzung ausdrücklich. Es erfolgt keine Ersetzung von Patienten im Sinne der Randomisierung.

#### 3.2.3.2 SAPV-Team / Hospiz

Tritt ein bereits randomisiertes SAPV- bzw. Hospiz-Team nach Bekanntgabe der Randomisierung, d.h. vor Erfassung jeglicher Daten, von seiner Teilnahmeabsicht zurück, so kann dieses Team durch ein SAPV- bzw. Hospiz-Team ersetzt werden, das an der Studie teilnehmen möchte, aber noch nicht randomisiert wurde.

## 3.3 Randomisierung

Da die SAPV- und Hospiz-Teams in ihrer Zusammensetzung und Größe extrem unterschiedlich sein können, wird die Randomisierung stratifiziert nach Hospiz / SAPV durchgeführt. Hierdurch wird gewährleistet, dass die beabsichtigte Aufteilung in Interventions- und Kontroll-/verzögertem Interventionsarm sowohl bei Hospizen mit

vergleichsweise wenig Patienten als auch bei SAPV-Teams erreicht wird. Dies hat direkte Auswirkungen auf die Anzahl der Patienten in den zu vergleichenden Studienarmen.

Da der Intergruppenvergleich zwischen Intervention und Kontrolle dem Vergleich der Studienarme  $S_1$  vs  $S_{2,1}$  entspricht, also alle Patienten, die innerhalb der 24 Monate innerhalb der Interventionsgruppe  $S_1$  ein neurologisches Problem (Event) aufweisen, mit denen im Kontrollarm  $S_{2,1}$ , die also innerhalb der ersten 12 Monate ein neurologisches Problem (Event) aufweisen, verglichen werden, erfolgt die Randomisierung im Verhältnis 1:2 (Interventionsgruppe : verzögerte Interventionsgruppe) für die Teams der Hospize und 1:3 für die SAPV-Teams. Dem unterliegt einerseits die Annahme, dass die Anzahl eingeschlossener Patienten über die Studiendauer annähernd gleichverteilt ist – was ein Verhältnis von 1:2 in allen Strata begründen würde. Andererseits sind die Patienten der sieben SAPV-Teams mit telemedizinischer Erfahrung automatisch im Telekonsil-Studienarm, so dass eine 1:2-Randomisierung der restlichen kooperierenden Teams zu einem Ungleichgewicht zu Ungunsten des Kontrollarms führen würde. Daher werden die verbleibenden SAPV-Teams im Verhältnis 1:3 randomisiert. Somit sollten für die Analyse des primären Endpunktes etwa gleich viele Patienten in beiden Gruppen und damit eine optimale Power vorliegen.

### 3.4 Studienablauf / Prozeduren

In diesem Projekt liegt eine organisatorische Intervention vor, die im Sinne der Evaluation komplexer Interventionen sowie endpunktbezogener Effekte aus Sicht der Benefiziare die Akzeptanz- und Umsetzungsfaktoren der handelnden Akteure während der Umsetzungsphase zu adressieren hat [10]. Es wird daher eine multidimensionale Evaluation durchgeführt:

- Dimension A (DimA) beschäftigt sich mit der medizinischen Wirksamkeit des Konzeptes.
- Dimension B (DimB) untersucht die genutzten Strukturen und Bedürfnisse der Beteiligten im Sinne einer umfassenden Stakeholderanalyse mit Blick auf die Umsetzbarkeit.
- Dimension C (DimC) analysiert die gesundheitsökonomischen Aspekte des Projektes, insbesondere die Bedeutung der Organisationsinnovation „Telemedizin“ hinsichtlich Kosteneffektivität und Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten mit und ohne neurologischem Ereignis.

Alle Patienten und Angehörigen, die die Einschlusskriterien erfüllen, werden über die Studie aufgeklärt und können nach Zustimmung an der Studie teilnehmen. Der Einschluss erfolgt während der gesamten Studiendauer. Bei Einschluss eines Patienten können dessen Baseline-Werte erhoben werden. Weitere Erhebungen erfolgen – bei Dimension A – nur dann, wenn ein neurologisches Problem (Event) auftritt. Die jeweiligen Inanspruchnahmen von medizinisch-pflegerischen Ressourcen werden jedoch für alle Patienten und Patientinnen erhoben (Dimension C). Die Nachbeobachtungszeit beträgt jeweils nur maximal drei bis sieben Tage. In der (verzögerten) Interventionsgruppe kann ein weiterer Befragungszeitpunkt circa 21 Tage nach dem Konsil stattfinden, wenn die Art der Erkrankung oder Behandlung erwarten lassen, dass die Wirkung erst nach mehr als sieben Tagen einsetzt, oder wenn weitere Telekonsile aufgrund der gleichen Probleme stattfanden. Tritt kein neurologisches Problem (Event) auf, werden keine weiteren Daten des Patienten – über die der Dimension C hinaus – erhoben und er scheidet bei Ende seiner SAPV aus der Studie aus.

Alle Erhebungen zu den verschiedenen Zeitpunkten sind für die Interventionsgruppe in Abbildung 1 und für die Kontrollgruppe in Abbildung 2 aufgeführt.

Zeitpunkt	t A	t R	t V	t 0	t 1	t 2	t 21 (Subgruppe)	t E
Name	Anfang	Rekrutierung	Vor Konsil	Beim Konsil	Zum Konsil	Nach Konsil	Spätkontakte (Subgruppe)	Ende
Beschreibung	Studienanfang	Pat.-Einschluss	0 (bis3) d vor	0 min nach	0 (bis3) d nach	3 (bis7) d nach	21 (18 bis24) d nach (Subgruppe)	Studierende
Interventionsgruppe								
Patient:innen			Quelle_soll Soziodemographie Pat. iPOS Pat. QOL/ Gesundheit McGillQOL Quelle_ist			Quelle_soll iPOS Pat. QOL/ Gesundheit McGillQOL Zufriedenheit Pat. Quelle_ist	Quelle_soll iPOS Pat. QOL/ Gesundheit McGillQOL Quelle_ist	
Professionelle (SAPV, Hospiz)	Soziodemographie Ärzt. Technikbereitschaft Teamarbeit		iPOS Ärzt. Karnofsky/ ECOG Zeitbedarfsschätzung		SUS* Konsilorganisation Ärzt. Zeitbedarf	iPOS Ärzt. 2 Karnofsky/ ECOG Zufriedenheit Ärzt. Soziodemographie Pfl.**	iPOS Ärzt. 2 Karnofsky/ ECOG Zufriedenheit Ärzt. Spät	Soziodemographie Ärzt. Späet Technikbereitschaft Teamarbeit
Leitung SAPV-Team/ Hospiz	soziodemteam							soziodemteam
Konsiliar:innen	Soziodemographie Kons. Technikbereitschaft SUS/CSUQ		Zeitbedarfsschätzung		Personen_im_Konsil Neurobeurteilung Zufriedenheit Kons. Zeitbedarf		Neurobeurteilung Zufriedenheit Kons. Spät	Soziodemographie Ärzt. Späet Technikbereitschaft SUS/CSUQ
Konsilbüro			Neurosymptome Palliativverlauf			Neuroverlauf Konsilaequivalent	Neuroverlauf Konsilaequivalent3	
Bezugspersonen			Soziodemographie Ang. iPOS Ang. Pflagesituation			iPOS Ang. Pflagesituation Zufriedenheit Ang.	iPOS Ang. Pflagesituation spät Zufriedenheit Ang. spät	
PalliDoc-Dokumentation		Soziodemographie Pat. Dok. Palliativsituation Palliativsituation Pat. Dok.	Palliativverlauf Pat. Dok.					Palliativverlauf Pat. Dok.
MeyDoc-Dokumentation				Videodauer Technikkurzfragen				

Abbildung 1 Studienzeitpunkte und zugeordnete Fragebögen, Interventionsgruppe

Zeitpunkt	t A	t R	t V	t 0	t 1	t 2	t 21 (Subgruppe)	t E
Name	Anfang	Rekrutierung	Vor Konsiläquivalent	Beim Konsiläquivalent	Zum Konsiläquivalent	Nach Konsiläquivalent	Spätkontakte (Subgruppe)	Ende
Beschreibung	Studienanfang	Pat.-Einschluss	0 (bis3) d vor	0 min nach	0 (bis3) d nach	3 (bis7) d nach	21 (18 bis24) d nach (Subgruppe)	Studierende
Kontrollgruppe								
Patient:innen			Quelle_soll Soziodemographie Pat. iPOS Pat. QOL/Gesundheit McGillQOL Quelle_ist			Quelle_soll iPOS Pat. QOL/Gesundheit McGillQOL Zufriedenheit Pat. kurz Quelle_ist	Quelle_soll iPOS Pat. QOL/Gesundheit McGillQOL Quelle_ist	
Professionelle (SAPV, Hospiz)	Soziodemographie Ärzt. Technikbereitschaft Teamarbeit		iPOS Arzt. Karnofsky/ECOG			iPOS Arzt. 2 Karnofsky/ECOG Zufriedenheit Arzt. Kurz Soziodemographie PFI*	iPOS Arzt. 2 Karnofsky/ECOG Zufriedenheit Arzt. Kurz-spät	Soziodemographie Ärzt. Späet Technikbereitschaft Teamarbeit
Leitung SAPV-Team/ Hospiz	soziodem team							soziodem team
Konsilbüro			Neurosymptome 2 Palliativverlauf			Neuroverlauf Konsiläquivalent2	Neuroverlauf Konsiläquivalent3	
Bezugspersonen			Soziodemographie Ang. iPOS Ang. Pfllegesituation			iPOS Ang. Pfllegesituation Zufriedenheit Ang. kurz	iPOS Ang. Pfllegesituation spät Zufriedenheit Ang. kurz-spät	
PalliDoc-Dokumentation		Soziodemographie Pat. Dok. Palliativsituation Palliativsituation Pat. Dok.	Palliativverlauf Pat. Dok.					Palliativverlauf Pat. Dok.
					*nur nach erster Nutzung auszufüllen			
					**auszufüllen, wenn Pflegende einen Teil der Fragebögen ausgefüllt haben			

Abbildung 2 Studienzeitpunkte und zugeordnete Fragebögen, Kontrollgruppe

### 3.5 Prozess- und Ergebnisevaluation

Es wird ein Mixed Methods Design gewählt, das sowohl innerhalb der zu betrachtenden Dimensionen als auch zwischen diesen Anwendung finden soll. So sollen sowohl quantitative Daten (Patientencharakteristika, Lebensqualität, Symptomlast, Patientenzufriedenheit) als auch qualitative Daten (Interviews zur Arbeitszufriedenheit, Patientenzufriedenheit, Angehörigenzufriedenheit sowie zu ethischen Aspekten der Intervention) erhoben werden.

Es erfolgt eine multidimensionale Auswertung mit den folgenden Dimensionen:

- Dimension A: Analyse der medizinischen Wirksamkeit des Versorgungskonzeptes
- Dimension B: Analyse der Umsetzbarkeit in der Regelversorgung und ethische Bewertung der Intervention
- Dimension C: Analyse der medizinökonomischen Aspekte des Versorgungsprojektes

In den einzelnen Dimensionen wird neben der Ergebnisevaluation zu den geplanten Endpunkten auch eine Prozessevaluation stattfinden, da die TANNE-Intervention dem Charakter einer komplexen Intervention Rechnung trägt.

Die sozialwissenschaftliche und gesundheitsökonomische Evaluation beruht darauf, sowohl die personale Adaption und Akzeptanz der handelnden Akteure innerhalb der jeweiligen Organisationen zu erfassen als auch über eine inkrementale Erfassung von Inanspruchnahmen von medizinisch-pflegerischen Ressourcen eine Annäherung an die Kosteneffektivität der Organisationsinnovation TANNE per Evaluation zu erzielen. Diese sozialwissenschaftlichen Aspekte sollen ergänzend zum primären Outcome (intraindividuelle Veränderung der Symptomlast) erhoben werden. Methodisch würde eine Form einer (unspezifischen) Kosten-Nutzen-Analyse vorliegen, wo der Nutzen sich in veränderten (reduzierten) in Anspruch genommenen Ressourcen der Vergleichsgruppe darstellen lässt. Da die Intervention hier den Charakter einer Organisationsinnovation einnimmt, ist eine Bezugnahme auf die Analyseperspektive eines „Throughput-Modells“ hilfreich. Hierbei lassen sich sowohl die – separat in Dimension B – zu betrachtenden Veränderungen der Prozessebene mit Ansätzen formativer Evaluation erfassen als auch die gesundheitsökonomische Bewertung eines patientenbezogenen Outcomes, nämlich der inkrementellen Veränderung der Inanspruchnahme von medizinisch/pflegerischen Leistungen (ärztliche Leistungen/Medikation/pflegerische Leistungen).

#### 3.5.1 Dimension A

Die Dimension A fokussiert auf die medizinische Wirksamkeit des Versorgungskonzeptes. Hierbei wird zunächst prozess-evaluativ untersucht, wie viele Patienten durch die einzelnen Teams rekrutiert werden konnten, sowie wie viele Events in beiden Studienarmen innerhalb der Studienlaufzeit versorgt wurden.

Im Sinne der Ergebnisevaluation folgt die Auswertung der von den Patienten erhobenen Daten (vgl. Abschnitt 5.1). Dies umfasst zum einen die Beschreibung der Patienten in den Studienarmen anhand ihrer in den SAPV-Dokumentationssystemen erfassten Primärdaten. Zum anderen werden die im Zuge eines neurologischen Events erfassten Daten dargestellt. Hierbei wird neben dem primären Vergleich der Telekonsil- mit der Kontrollgruppe auch ein intraindividuelle Vergleich innerhalb der jeweiligen Gruppen geführt.

#### 3.5.2 Dimension B

Die Dimension B widmet sich der Umsetzbarkeit der Versorgungsform in der Regelversorgung. Im Rahmen einer explorativen Erhebung werden Einzel- und Gruppeninterviews mit Stakeholdern geführt. Befragt werden Patienten, pflegende Angehörige sowie die konsilanzfragenden und konsilgebenden Ärzte. Die erhobenen qualitativen Interviewdaten sollen über die sekundären Endpunkte Lebensqualität und

Zufriedenheit informieren. Dabei rücken die subjektiven Wahrnehmungen der Regelversorgungstauglichkeit der TANNE-Intervention aus der Perspektive von Stakeholdern in den Vordergrund.

Weiter nehmen ethische Aspekte wegen der besonderen Schutzbedürftigkeit in der Gruppe der konsilierhaltenden Palliativpatienten einen hohen Stellenwert bei der Beurteilung der Versorgungsform ein. In Dimension B wird die Regelversorgungstauglichkeit der Versorgungsform deshalb auch aus einer ethischen Perspektive betrachtet. Für eine empirisch fundierte ethische Bewertung adressieren die Einzel- und Gruppengespräche mit Stakeholdern ethisch relevante Themen wie Vulnerabilität, Selbstbestimmung, informierte Einwilligung, Privatheit, Datenschutz und Nutzungsfreundlichkeit.

### 3.5.3 Dimension C

Ziel der Evaluationsperspektive in der Dimension C ist die Ableitung eines Rasters zur Ableitung „adäquater Inanspruchnahmen“ medizinisch/pflegerischer Leistungen infolge des Interventionsansatzes. Hier vermischen sich ergebnisevaluative mit prozessevaluativen Aspekten dergestalt, dass auf der Ergebnisebene die Unterschiede etwa in den Krankenseinweisungen zwischen Interventions- und Kontrollpatienten ermittelt werden sollen, vgl. auch Hinweise auf die Fallzahlplanung in der Dimension C (6.4.3). Diese ergebnisevaluativen Aspekte sind Marker für Entscheidungssituationen und –kontexte im soziotechnischen System der SAPV/Hospize und lenken somit den Blick auf Ergebnisverläufe (Ereignisketten) und mögliche zu standardisierende Interessenskonstellationen der beteiligten Entscheidungsakteure (Stakeholdersicht). In Bezugnahme auf aktuelle Literatur zu sensitiven Inanspruchnahmeverhalten können Anleihen an Kategorien der effektiven Versorgung (adäquates Konsil) sowie den Einflüssen der Nachfrageseite (preference-sensitive care) sowie der organisatorischen Seite (supply-sensitive care) versucht werden heranzuziehen. Die statistische Analyse über die Abrechnungsdaten kann hier durch ergänzende qualitative Instrumente, etwa Fokusgruppeninterviews mit SAPV-Entscheidungen ergänzt und die Ergebnisse trianguliert werden [12].

## 3.6 Analysedurchführung und Bericht

Alle im Prüfplan sowie diesem SAP geplanten quantitativen Analysen werden erst durchgeführt, wenn der letzte Patient seinen Studienverbleib beendet hat. Die Durchführung der qualitativen Analysen startet bereits während des Studienverlaufs.

Jede nachträgliche explorative Analyse zur Unterstützung der geplanten Evaluationen, die nicht im SAP aufgeführt ist, wird im Evaluationsbericht als solche kenntlich gemacht.

Sämtliche Ergebnisse der drei Dimensionen werden zu einem gemeinsamen Bericht zusammengefasst und interpretiert. Die Ausgaben der Analyseergebnisse der einzelnen Dimensionen werden dem als Anlagen hinzugefügt.

Das diesem SAP hinzugefügte Inhaltsverzeichnis der Analyseergebnisse (eines Großteils der Dimension A) versteht sich als Richtlinie, bei der Änderungen keines Amendments des SAPs bedürfen, so sie:

- irrelevant in Bezug auf den primären und die sekundären Endpunkte sind,
- lediglich explorative Erweiterungen repräsentieren oder
- nur die gewählte Darstellungsform betreffen.

## 3.7 Analysekonventionen

Im Folgenden werden alle Analysedetails angegeben, die von den Beschreibungen in der finalen Version des Prüfplans abweichen oder diese in erheblichem Maße ergänzen.

### **3.7.1 Änderungen im Studienverlauf oder bei den geplanten Analysen**

Aufgrund verschiedener Unwägbarkeiten (u.a. SARS-Cov-2-Pandemie) ist ein Erreichen der ursprünglich als notwendig angesehenen Fallzahlen bzw. Populationsgröße nicht möglich. Aus diesem Grund wird die Verwendung einer Fallback-Strategie angestrebt (siehe Abschnitt 3.7.2).

Auch wenn bei der Bewertung des primären Endpunktes aufgrund der fallzahlbedingten geringeren Power bei gleichen Annahmen keine Signifikanz erreicht werden kann, kann der patientenbezogene Nutzen – zumal in dieser vulnerablen Gruppe der Palliativpatienten – verstärkt im Sinne des bereits initial geplanten Mixed-Method-Designs gezeigt werden. Der primäre Endpunkt zielt auf die medizinische Wirksamkeit des Konzeptes ab. Der Intergruppenvergleich der intraindividuellen Symptomveränderung durch den iPOS-Score soll durch qualitative Erhebungsmethoden und eine Fallbackstrategie approximiert und somit ein trianguliertes Ergebnis im Sinne eines Mixed-Method-Designs erreicht werden.

Das Full Analysis Set C (FAS-C) wurde gelöscht, da es in der geplanten Analyseauswertung dem Full Analysis Set A entspricht. Eine ursprünglich geplante virtuelle Kontrollgruppe ausschließlich anhand der AOK-Daten aus Bayern stellte sich als nicht praktikabel heraus. Die Bezeichnungen der weiteren Populationen werden daher ohne das „- A“ geführt, da diese Unterscheidung nicht mehr notwendig ist. Das Full Analysis Set wird zudem ohne die Einschränkung auf Baseline-Daten definiert, da es in der Praxis nicht möglich war, die Patienten bei Studieneinschluss um das Ausfüllen von Fragebögen zu bitten.

### **3.7.2 Nicht durchgeführte Analysen und Fallback-Strategie**

Aufgrund der Erfahrungen während und nach der Corona-Pandemie, insbesondere der zusätzlichen Arbeitsbelastungen von SAPV-Teams und Hospizern wurden begleitend Überlegungen zu einer Fallback-Strategie entwickelt, um auch bei Wegfall von oder geringerer Zahl von quantitativen Daten eine Arbeitsstrategie nutzen zu können.

Im Falle einer reduzierten Fallzahl besteht eine Beschränkung hinsichtlich multivariabler Modellierungen. An dieser Stelle gilt es festzuhalten, dass alle Daten in jedem Fall deskriptiv dargestellt und mindestens univariat im Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe ausgewertet werden. Darüber hinaus gilt es in methodischer Hinsicht festzuhalten, dass einige der quantitativen Endpunkte die Kontrollgruppe als Vergleichsdaten nicht benötigen.

Zu den Daten, die im Rahmen des aktuellen Studienprotokolls erhoben werden, insbesondere zu den Dimensionen A und C, wurde ein Konzept zur Ergänzung der bestehenden Daten aus den primären Dokumentationssystemen von SAPV-Teams erarbeitet. Extrahierte historische Daten sollen als eine weitere Kontrollgruppe dienen. Es handelt sich hierbei um ein mehrstufiges Vorgehen, da die primäre SAPV-Dokumentation in den einzelnen Teams unterschiedlich geführt wird (vgl. Abschnitt 6.6.5).

### **3.7.3 Ergänzung: Finale Befragung aller Teams bzgl. ihrer (Nicht-)Teilnahme**

Aufgrund der Befürchtung nicht ausreichend Daten generieren zu können, ist im Rahmen eines Arbeitstreffens beschlossen worden, eine Befragung der Teams zu ihrer (Nicht-) Teilnahme durchzuführen. Ziel der Befragung ist es, für das Projekt TANNE und weiterführend ebenfalls auf die Studienlandschaft generell Verbesserungspotential innerhalb der Studiendesigns ermitteln zu können.

## 4 Analysepopulationen

Die folgenden Analyse-Populationen werden für die quantitative Auswertung betrachtet:

### 4.1 Full Analysis Set (FAS)

Alle in die Studie eingeschlossenen Patienten.

### 4.2 Evaluations-Set (ES)

Entsprechend des ITT-Prinzips alle Patienten des FAS, bei denen während des Evaluationszeitraumes mindestens ein neurologisches Problem (Event) auftritt.

### 4.3 Teil-Evaluations-Set (TES)

Alle Patienten des FAS, bei denen während des Evaluationszeitraumes KEIN neurologisches Problem auftritt (Differenz aus FAS und ES). Diese haben zwar die Bereitschaft erklärt, an der Studie teilzunehmen, sind daher eingeschlossen und es wurden Primärdokumentationsdaten und ggf. weitere Daten für die Dimension C erhoben; es trat aber während des Studienzeitraums kein neurologisches Problem auf, aufgrund dessen weitere Daten zur Analyse der Dimension A erhoben werden konnten.

Aus gesundheitsökonomischer Sicht (Dimension C) werden für alle Patienten der Studie (FAS) grundlegende Daten zur Patientenstruktur und daraus abgeleitet zum Muster der Inanspruchnahme ermittelt.

### 4.4 Fallback-Set (FB)

Wie bereits in Abschnitt 3.7.2 erwähnt, ist zur Erreichung einer ausreichenden Datenmenge die Umsetzung einer Fallback-Strategie notwendig. Mit der beschriebenen Strategie geht eine retrospektive Analyse von Patientendaten einher, um Patienten mit möglichen TANNE-Events zu identifizieren und zu evaluieren.

Die Patientenidentifikation aus der Primärdokumentation erfolgt zunächst anhand der folgenden Diagnosen und Medikamenten:

Diagnose	ICD-10	Ranking
Motoneuronerkrankungen (Amyotrophe Lateralsklerose/ progressive Muskelatrophie/ Primäre Lateralsklerose)	G12.	1
Glioblastom (Hirneigene Tumore)	C71	1
Parkinsonsyndrom	G20	2
Atypische Parkinsonsyndrome; MSA; PSP, CBD	G23	1
Multiple Sklerose	G35	1
Status Epilepticus	G41	1
Epileptischer Anfall/ Epilepsie	G40	2
Cerebrale Metastasen	C79.3 /C79.4	2
Meningeosis Carcinomatosa	C79	2
Ischämie/Stroke	I63 /I64	2
Hirnblutung	I61	2
Subarachnoidale Blutung	I60	



<b>Diagnose</b>	<b>ICD-10</b>	<b>Ranking</b>
Demenz	F00 /F01 /F02 /F03	3
Creutzfeld Jakob/Prionenerkrankung	A81	1
Chorea Huntington	G10	1
Meningitis	A87 /G00 /G01 /G02	2
Polyneuropathie	G62	3
Hereditäre Neuropathie	G60	
Spinale Muskelatrophie	G12	1
Spino cerebelläre Ataxie	G11	1
Muskeldystrophien	G71	1
Hemiparese	G81	1
Paraparese	G82	1
Vigilanzminderung	R40	1
Sprech- und Sprachstörungen	R47	1
Bösartige Neubildung der Meningen	C70	2
Sonstige Krankheiten des Gehirns	G93	2
Delir	F05	1

In der Diagnosenliste findet sich eine Bewertung nach den Stufen 1, 2, 3 der jeweiligen Diagnose.

1: Haupt- oder Nebendiagnose

2: Nur Hauptdiagnose

3: Diagnosen, die zunächst nicht eingeschlossen werden, ergänzend aber hinzugezogen werden können, wie etwa Hinweise auf Demenz

<b>Medikamentengruppe</b>	<b>Wirkstoff</b>
Antiepileptika	Levetiracetam (1), Lacosamid (1), Valproinsäure (2), Lamotrigin (2), Carbamazepin (2), Oxcarbazepin (1), Pregabalin (3), Lacosamid (1), Zonisamid (1)
Dompamin	Levodopa (1)
Mao-B Hemmer	Rasagilin (1), Selegilin (1)
Dopaminagonisten	Ropinirol (1), Pramipexol (1), Apomorphin (1), Piribedil (1), Bromocriptin (1), Pergolid (1), Lisurid (1), Cabergolin (1),
COMT-Hemmer	Entacapon (1), Tolcapon (1),
NMDA-Antagonisten	Amantadin (1)
Anticholinergika	Biperiden (1)
ALS Medikation	Riluzol (1)

Analog zu der Diagnosenliste findet sich eine Bewertung nach den Stufen 1, 2, 3 der jeweiligen Medikamente.

1: hochspezifisches Medikament, rein für neurologische Indikationen verordnet

2: spezifisches Medikament, hauptsächlich für neurologische Indikationen verordnet

3: Medikament, das auch für neurologische Indikationen verabreicht wird, wenig spezifisch, kann ergänzend hinzugezogen werden.

Diese Auswahl der identifizierten Patienten, bei denen Events vermutet werden, soll anschließend durch das Studienbüro Agatharied einzeln im Hinblick auf vorhandene "Events" analysiert werden. Die historische Kontrollgruppe muss sich so weit wie möglich mit den realdefinierten Events in der Kontrollphase (S<sub>2,1</sub>) spiegeln.

Liegt eine Krankenhauseinweisung vor, wird die Krankengeschichte bis zu 28 Tage vor der Krankenhauseinweisung betrachtet, um zu selektieren, ob es sich hierbei um ein TANNE-

Event handelt. Im Falle der über die gerankten Diagnosen ausgewählten Patienten, wird die gesamte Dokumentation nach einem potentiellen TANNE-Event durchsucht.

Die Identifikation eines TANNE-Events erfolgt anhand der Suche nach krankheitsspezifischen Symptomen, die aus der Erfahrung der bisherigen Telekonsile und der eigenen klinischen Erfahrung zu einem realen TANNE-Event führen können. Hierfür werden die Freitextfelder und die Diagnosen/Symptomlisten der Dokumentationen auf das Vorhandensein der Symptome gesichtet.

Von den so selektierten Patienten mit einem TANNE-Event wird ein zeitlicher Ausschnitt der PalliDoc-Daten/Einträge exportiert. Diese Daten bilden das **Fallback-Set**. Zudem werden auch für diese Patienten die Daten der Primärdokumentation dargestellt.

## 4.5 Subgruppen

Die folgenden Subgruppen werden bei der (deskriptiven) Analyse der Dimension A berücksichtigt:

- Diagnose
  - Patienten mit neurologischer Grunderkrankung (G12.; C71; G20; G23; G35; C79; I63 /I64; I61; I60; F00 /F01 /F02 /F03; A81; G10; A87 /G00 /G01 /G02; G62; G60; G12; G11; G71; C70)
  - Patienten mit neurologischen Symptomen und einer nicht neurologischen Grunderkrankung (entspricht allen anderen eingeschlossenen Patienten ohne neurologischer Grunderkrankung)
- Patienten mit neuro-degenerativer Grunderkrankung (G12, G20, G23, G35, F00, F01, F02, F03, A81, G11, G12, G10, G71)
- ECOG-Status [Gruppendefinition] (ECOG 0,1,2, gegen ECOG 3,4)
- Team-Art [SAPV-Team / Hospiz-Team]
- Region [Ländliche Region / Städtische Region]
- Umsetzung der Empfehlungen im Telekonsil [vollständig umgesetzt / teilweise umgesetzt / nicht umgesetzt]
- ggf.: Team-Art [SAPV-Team / Hospiz-Team]

Weiterhin wird eine Subgruppe aus den Patienten des Evaluations-Sets gebildet, mit denen im Kontext der Dimension B Interviews geführt worden. Für diese Subgruppe werden einige Variablen/Fragebögen separat dargestellt, um sie mit inhaltlich vergleichbaren Variablen der Dimension B kontextualisieren zu können. Relevant sind hierfür insbesondere die Daten zu den unterschiedlichen Konstrukten von Zufriedenheit (Details siehe Kapitel 8).

## 4.6 Zeitliche Zuordnung in die Studienarme

Die Zuordnung der SAPV- oder Hospizärzte-Teams erfolgt zu Studienbeginn anhand der Teilrandomisierung in den Studienarm  $S_1$  oder  $S_2$ . Damit sind die von den Teams eingeschlossenen Patienten auch den entsprechenden Zuordnungen in einen der beiden Studienarme unterlegen (vgl. Abschnitt 3.1). Die genaue Zuordnung in die Teilarme  $S_{1,1}$  oder  $S_{1,2}$  bzw.  $S_{2,1}$  oder  $S_{2,2}$  obliegt jedoch dem zeitlichen Bezug des einzelnen Patienten:

Hat ein eingeschlossener Patient ein neurologisches Event in den ersten 12 Monaten nach Studienbeginn, ist er, wenn er dem Interventionsarm zugeordnet wurde, automatisch im Teilarm  $S_{1,1}$  (Interventionsgruppe) bzw. wenn er sich im Kontrollarm befindet, automatisch dem Teilarm  $S_{2,1}$  (Kontrollgruppe) zugeordnet.

Hat ein eingeschlossener Patient ein neurologisches Event in den Monaten 13 bis 24 nach Studienbeginn, wird er dem Teilarm  $S_{1,2}$  (Interventionsgruppe) bzw.  $S_{2,2}$  (Kontrollgruppe – verzögerte Intervention) zugeordnet, unabhängig davon, ob das Aufnahmedatum bereits den ersten 12 Monaten zuzuordnen ist.

Hat ein eingeschlossener Patient mehrere neurologische Events, so werden diese entsprechend ihres Auftretens dem jeweiligen Studienarm  $S_{1,1}$  oder  $S_{1,2}$  bzw.  $S_{2,1}$  oder  $S_{2,2}$  zugeordnet. Der Patient selbst wird bei patientenweisen Darstellungen (Demographie, Primärdokumentationsdaten, etc.) anhand seines ersten neurologischen Events dem entsprechenden Studienarm zugeordnet.

Hat ein eingeschlossener Patient kein neurologisches Event in der Studienlaufzeit, erfolgt die Zuordnung dieses Patienten in die Teilarme  $S_{1,1}$  oder  $S_{1,2}$  bzw.  $S_{2,1}$  oder  $S_{2,2}$  anhand seines Aufnahmedatums.

Die deskriptive Analyse innerhalb der Dimensionen A und C wird getrennt für die Teilarme des ersten und zweiten Studienjahres dargestellt:  $S_{1,1}$  oder  $S_{1,2}$  in der Interventionsgruppe bzw.  $S_{2,1}$  oder  $S_{2,2}$  in der Kontrollgruppe, die im zweiten Studienjahr einer verzögerten Interventionsgruppe entspricht. Zudem erfolgt eine Angabe über die Gesamtheit der Interventionsgruppe ( $S_1 = S_{1,1} + S_{1,2}$ ) sowie der Interventionsgruppe zuzüglich der verzögerten Interventionsgruppe ( $S_1 + S_{2,2}$ ).

## 5 Endpunkte und Kovariablen

Abhängig von den Zielen der verschiedenen Dimensionen werden folgende unterschiedliche Endpunkte und Kovariablen betrachtet.

### 5.1 Dimension A

#### 5.1.1 Primärer Endpunkt

Der primäre Endpunkt ist die intraindividuelle Veränderung des iPOS anhand der Arzt-Angabe.

Sekundär werden die iPOS-Angaben des Patienten sowie der Angehörigen erfasst und ausgewertet.

#### 5.1.2 Sekundäre Endpunkte

Zu den sekundären Endpunkten gehören die folgenden Daten:

- Quality of Life / Gesundheit
- McGill Quality of Life
- Zufriedenheit
  - Patient
  - Arzt
  - Team
  - Konsil
  - Angehörige

#### 5.1.3 Weitere Daten

Die folgenden weiteren Fragebögen, Kovariablen, etc. werden in beiden Studienarmen betrachtet:

- Basisdaten (aus SAPV-Dokumentationssystem)
- Soziodemografie
  - Patient
  - Arzt
  - Pflegende
  - Team
  - Konsil
  - Angehörige
- Teamarbeit
- Technikbereitschaft
- Karnofsky/ECOG
- Neurosymptome
- Neuroverlauf
- Palliativverlauf
- Pflegesituation
- Konsiläquivalent

Die folgenden Daten werden nur im Zuge eines Telekonsils erfasst:

- Telemedizinzufriedenheit (SUS)
- Telemedizinzufriedenheit (CSUQ)
- Zeitbedarf Konsil
- Neurobeurteilung
- Konsilorganisation

- Technik-Kurzfragebogen

Die Erfassungszeitpunkte für die einzelnen Variablen/Fragebögen sind in Abbildung 1 und Abbildung 2 zusammengestellt.

Weiterhin wird im Rahmen der Fallbackstrategie die Behandlung des neurologischen Events durch Telekonsil oder Äquivalent (in der Kontrollgruppe) sowie in der historischen Kontrolle (FB-Set) bewertet.

Zudem erfolgt eine anonyme webbasierte Befragung aller SAPV-Teams zu ihrer (Nicht-) Teilnahme an TANNE sowie weiteren klinischen Studien.

Details zu den einzelnen Fragen/Fragebögen finden sich in den folgenden Unterkapiteln (5.1.4.1 bis 5.1.4.22). Weitere Details zu Kodierungen, Ableitungen, etc. finden sich im Data Management Plan (DMP).

## **5.1.4 Details zu Endpunkten und den weiteren erfassten Daten**

### **5.1.4.1 iPOS**

Der iPOS ist ein kurzes, multidimensionales Instrument zur Erfassung von Bedürfnissen (Symptome und Probleme) bei Palliativpatienten innerhalb der letzten 3 Tage. Diese Skala ist auch für neurologische Patienten geeignet. Es wird eine intraindividuelle Veränderung vor und nach einem Telekonsil bzw. in der Kontrollgruppe vor und nach einem neurologischen Symptom gemessen.

Der Total-Score des IPOS kann Werte zwischen 0 und 68 annehmen. Des Weiteren werden ebenfalls 3 Subskalen berechnet: „Körperliche Symptome“ [Range 0-32], „Gastrointestinale Symptome“ [Range 0-12] und „Psychologische und praktische Probleme“ [Range 0-24].

Der iPOS wird aus Sicht der Ärzte, Angehörigen und Patienten erhoben, wobei der iPOS der Ärzte als primärer Endpunkt verwendet wird.

### **5.1.4.2 Quality of Life / Gesundheit**

Als sekundärer Endpunkt wird die Lebensqualität des Patienten gewählt. Gemessen werden soll die Veränderung der Lebensqualität, erhoben durch den EQ-5D-3L, einen Kurzfragebogen mit fünf Dimensionen und je drei Antwortlevels.

Dieser Fragebogen beinhaltet die Möglichkeit, anhand einer visuellen Analogskala von 0-100 Angaben zum derzeitigen Gesundheitszustand und zur Lebensqualität zu machen. Er wird wie der iPOS als intraindividuelle Veränderung ausgewertet.

### **5.1.4.3 McGill Quality of Life**

Beim McGill Quality of Life handelt es sich um einen Lebensqualitätsfragebogen mit 14 Items, der die Bereiche Allgemeine Zufriedenheit, körperliche und emotionale Belange, sowie soziale Belange umfasst. Er bezieht sich immer auf die vergangenen zwei Tage.

Dieser Fragebogen wird ausschließlich vom Patienten ausgefüllt und besteht aus Aussagen mit einer Antwortspanne von 0 bis 10 Punkten. Der Wert 0 stellt hierbei nicht immer die schlechteste Situation dar, der Wert 10 nicht immer die beste.

Der Total-Score des McGill kann Werte zwischen 0 und 10 annehmen. Des Weiteren werden vier Subskalen berechnet: „Körperliche Subskala“, „Psychologische Subskala“, „Existenzielle Subskala“ und „Soziale Subskala“. Alle vier Subskalen haben ebenfalls einen Range von 0-10.

#### 5.1.4.4 Zufriedenheit

Das Thema dieses Fragebogens ist die Versorgungs- und Beratungszufriedenheit des Patienten, des Arztes, der Konsiliare und der Angehörigen. In den erhobenen Fragen geht es um die gesamte medizinische Versorgung. Dies schließt das SAPV- oder Hospiz-Team, den Hausarzt bzw. die Hausärztin, dazu gerufene Spezialisten und Spezialistinnen und möglicherweise weitere Personen mit ein.

Die Befragung findet nach dem Konsil statt.

#### 5.1.4.5 Daten aus den Primärdokumentationssystemen

Der Primärdokumentationsdatensatz aller eingeschlossenen Patienten des FAS wie auch der Fallback-Patienten (FB) wird direkt aus dem Dokumentationssystem der SAPV- bzw. Hospiz-Ärzte-Teams exportiert (PalliDoc bzw. ISPC). Dieser umfasst u.a. folgende Variablen (Details siehe Kapitel 8):

- Geschlecht
- Geburtsjahr
- Diagnose (Haupt- und Nebendiagnosen)
- Angehörige/Patientenverfügung/Betreuungsurkunde
- Pflegegrad bei Aufnahme und Entlassung
- Aufenthaltsort bei Aufnahme und Entlassung
- ECOG (erster und letzter Wert)
- Versorgungstage mit aktiver SAPV
- Vertragsart
- Sterbeort
- Symptom/Symptomausprägung
- Haupt- und Nebendiagnosen
- Verordnungen
- Behandlungsabschnitte
- Kontakte / beteiligte Dienste

#### 5.1.4.6 Soziodemografie

In diesem Fragenbogen werden zum einen soziodemografische Daten des Patienten erhoben, wie zum Beispiel der Bildungsabschluss und die berufliche Tätigkeit und zum anderen werden die soziodemografischen Daten des Arztes erhoben, wie Alter, Geschlecht, Facharztausbildung und Weiterbildungen. Außerdem werden auch die soziodemografischen Daten der Angehörigen, der Konsiliare und der Teams erfasst. Zu letzterem gehören u.a. die Darstellung des fachlichen Care-Mix sowie das Dienstalder.

#### 5.1.4.7 Teamarbeit

Das Thema dieses Fragebogens ist zum einen die Erfassung der Teamarbeit in einem Hospiz oder SAPV-Team.

Die Fragen betreffen die Zusammenarbeit der verschiedenen Mitglieder in einem Team, das sich um die medizinische Versorgung der Patientin oder des Patienten kümmert.

Die einzelnen Fragen bzgl. der Teamarbeit in einem Hospiz oder SAPV-Team werden von „Trifft überhaupt nicht zu“ bis „Trifft völlig zu“ bewertet. Die Antwortmöglichkeit „Kann ich nicht beurteilen“ kann ebenfalls gewählt werden.

Der Total-Score Team-Skala (TS-6) wird aus den sechs einzelnen Fragen bzgl. der Teamarbeit gebildet, dieser besitzt einen Range von 0-18.

Der Fragebogen beinhaltet zum anderen die Erfassung der Einstellung zur Teamarbeit. Die Fragen betreffen die allgemeine Einstellung zu Aspekten der Arbeitsorganisation und Verantwortungsverteilung.

Die Einstellung zur Teamarbeit nimmt Punktwerte von 0-5 (0=“Stimme überhaupt nicht zu“ bis 5=“Stimme vollkommen zu“) an.

#### **5.1.4.8 Technikbereitschaft**

Des Weiteren erfolgt die Erfassung der Technikbereitschaft. In unserem Alltag nutzen wir eine Vielzahl technischer Produkte bzw. moderne Elektronik. Die erhobenen Aussagen thematisieren die persönliche Haltung gegenüber und den Umgang mit moderner Technik. Dabei geht es nicht um ein einzelnes Gerät, sondern um die Einstellung bzw. um das Erleben in der Anwendung moderner Technologien/Elektronik im Allgemeinen.

Die einzelnen Fragen bzgl. der Technikbereitschaft werden von „Stimmt gar nicht“ bis „Stimmt völlig“ bewertet.

Aus den zwölf einzelnen Variablen zur Technikbereitschaft kann zum einen ein Total-Score berechnet werden, sowie drei weitere Subskalen, diese sind: „Technikakzeptanz“, „Technikkompetenzüberzeugungen“ und „Technikkontrollüberzeugungen“. Der Total-Score, sowie die drei Subskalen können Werte zwischen 1 bis 5 annehmen.

Dieser Fragebogen wird jeweils zum Studienanfang und -ende von Ärzten und den Konsiliaren ausgefüllt.

#### **5.1.4.9 Karnofsky/ECOG**

Ein weiterer sekundärer Endpunkt ist die Frage nach dem Zustand des Patienten. Der Zustand des Patienten wird anhand des Karnofsky-Index bzw. des ECOG gemessen.

Der Karnofsky-Index nimmt Werte zwischen 0% und 100% an, wobei in 10%-Stufen bewertet wird.

Der ECOG nimmt Punktwerte von 0-4 in entgegengesetzter Reihenfolge (0=“Normalzustand“ bis 4=“Patient ist moribund“) für die oben beschriebenen Karnofsky-Klassen an. Dabei sind jeweils zwei Klassen zu einer Punktstufe zusammengefasst.

Der Fragebogen kann vom Arzt/Ärztin oder Pfleger/Pflegerin ausgefüllt werden.

Aufgrund dessen, dass in vielen Fällen nur eine dieser Zustandsangaben vorhanden ist, wird grundsätzlich nur der ECOG ausgewertet, da sich dieser eindeutig aus dem Karnofsky-Index ableiten lässt. Anders herum ist eine Ableitung nicht eindeutig möglich.

#### **5.1.4.10 Neurosymptome**

In diesem Fragebogen werden Informationen über die Symptome der neurologischen Ereignisse erhoben. Dies umfasst zum Beispiel die Symptombeschreibung, Symptom gemäß Neuro-iPOS, ungefähre Beginn und Verlauf der Symptome. Die Befragung findet vor dem Konsil statt.

#### **5.1.4.11 Neuroverlauf**

In diesem Abschnitt werden Informationen zum Verlauf der neurologischen Ereignisse ermittelt. Unter anderem werden neue Diagnosen, neu verordnete Medikamente und die Zustandsänderung des Patienten erhoben. Die Befragung findet nach dem Konsil statt und wird vom Konsilbüro elektronisch erfasst.

#### **5.1.4.12 Palliativverlauf**

Vor dem Konsil werden noch einmal die Versorgungsform, Diagnosen, Krankheitsstadium, Medikamente und Maßnahmen erhoben.

Der Fragebogen zum Palliativverlauf wird vom Konsilbüro elektronisch erfasst.

#### **5.1.4.13 Pflegesituation**

Dieser Fragebogen mit insgesamt fünf Items dient zur Erfassung der Pflegesituation der letzten 2 Tage bzw. der letzten Woche und wird vom Angehörigen ausgefüllt. Jedes Item wird von 1=„Trifft überhaupt nicht zu“ bis 7=„Trifft voll und ganz zu“ gewertet. Die Aussage „Passt nicht/Kann ich nicht beurteilen“ kann ebenfalls ausgewählt werden.

#### **5.1.4.14 Konsiläquivalent**

Das Thema dieses Fragebogens ist die Neurobehandlung. In der Kontrollgruppe wird gefragt, was unternommen wurde, um das neurologische Problem zu behandeln. In der (verzögerten) Interventionsgruppe wird gefragt, was das Team unternommen hätte, wenn es kein Telekonsil gegeben hätte. Die Befragung nach dem Event wird vom Konsilbüro elektronisch erfasst.

#### **5.1.4.15 Telemedizinzufriedenheit (SUS - System Usability Scale)**

In diesem Fragebogen wird die Zufriedenheit der Nutzung eines Telemedizinproduktes erhoben. Es beinhaltet zehn Fragen, die von 1 bis 5 bewertet werden (1=„Stimme überhaupt nicht zu“ bis 5=„Stimme voll und ganz zu“). Die Fragen bewerten die Anwendung des technischen Systems allgemein.

Die „System Usability Scale“ kann Werte zwischen 0-100 annehmen. Des Weiteren wird die Skala in vier Kategorien unterteilt:

- 100% entsprechen einem perfekten System ohne Usability-Probleme
- Werte über 80% deuten auf eine gute bis exzellente Usability hin
- Werte zwischen 60% und 80% sind als grenzwertig bis gut zu interpretieren
- Werte unter 60% sind Hinweise auf erhebliche Usability-Probleme

Dieser Fragebogen wird nur einmal je Arzt oder Ärztin sowie von den Konsiliaren erhoben.

#### **5.1.4.16 Telemedizinzufriedenheit (CSUQ – Computer System Usability Questionnaire)**

Der CSUQ besteht aus insgesamt 19 Items, die zur Zufriedenheit der Anwendung des technischen Systems erhoben werden. Sie beinhalten detailliertere Angaben zu einzelnen Teilbereichen der Anwendung als der SUS. Jedes Item wird von 1=„Stimme nicht zu“ bis 7=„Stimme vollkommen zu“ gewertet. Die Aussage „Trifft nicht zu“ kann ebenfalls ausgewählt werden.

Der Total-Score des „Computer System Usability Questionnaire“ kann Werte zwischen 1 und 7 annehmen. Drei Subskalen mit gleichem Range werden ebenfalls berechnet: „System usefulness“, „Information quality“ und „Interface quality“.

Dieser Fragebogen wird ausschließlich von den Konsiliaren zum Studienanfang und -ende erhoben.

#### **5.1.4.17 Zeitbedarf Konsil**

In diesem Fragebogen wird sowohl der geschätzte als auch der tatsächliche Zeitbedarf erhoben. Der Fragebogen zum Zeitbedarf wird vom Arzt also auch von den Konsiliaren ausgefüllt.



#### 5.1.4.18 Neurobeurteilung

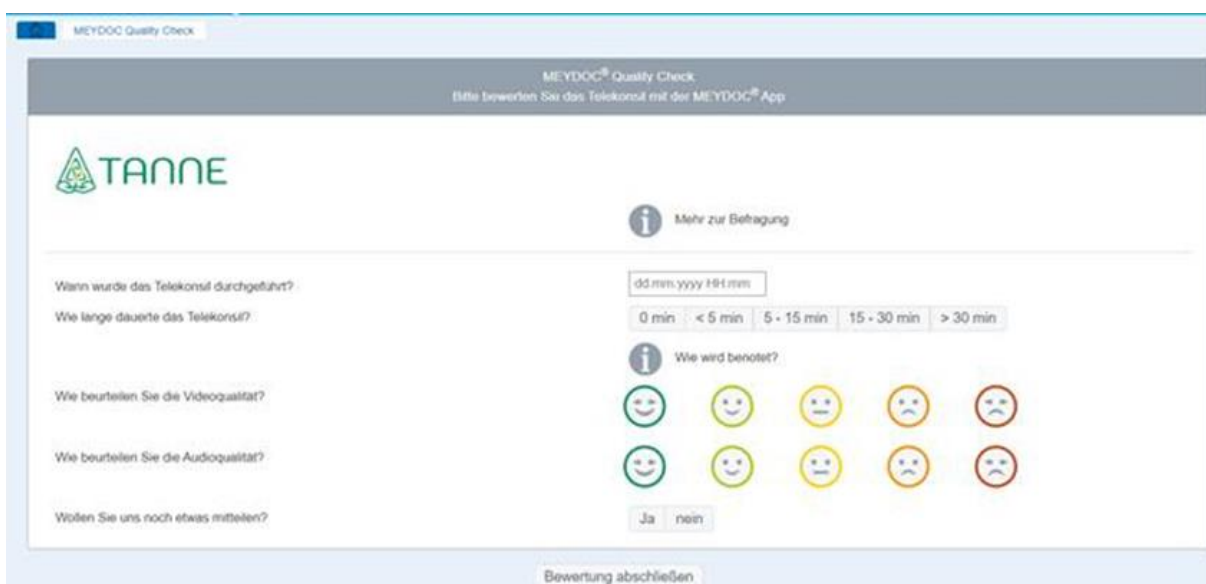
Bei der Neurobeurteilung werden ebenfalls Informationen über die Symptome der neurologischen Ereignisse erhoben, zusätzlich werden die Empfehlungen aus dem Konsil erfasst. Die Befragung findet zum Konsil in der Interventionsgruppe statt.

#### 5.1.4.19 Konsilorganisation

In diesem Abschnitt geht es um Ihre Zufriedenheit mit der Organisation des Konsils, bzgl. Vorbereitung und Durchführung. Der Fragebogen enthält 10 Fragen und wird jeweils von den Ärzten und den Konsiliaren ausgefüllt.


#### 5.1.4.20 Technik-Kurzfragebogen

Der Technik-Kurzfragebogen enthält Fragen in Anlehnung an den Telehealth Satisfaction Scale (TESS)-Fragebogen. Es werden Informationen zu der Zufriedenheit mit dem Telehealth System MEYDOC® Master/Client erhoben, z.B. Zufriedenheit mit der Video- bzw. Audioqualität des Systems. Des Weiteren wird auch erfasst, wie lange das Telekonsil dauerte. Die Erfassung kann direkt in dem zum Telekonsil bereitgestellten Web-Client (Teleneurologie, AGA) oder in der mobilen Anwendung (SAPV-Teams) MEYDOC QC durchgeführt werden.



MEYDOC Quality Check

MEYDOC® Quality Check  
Ihre Bewertung des Telekonsils mit der MEYDOC® App



**Mehr zur Befragung**

Wann wurde das Telekonsil durchgeführt?

Wie lange dauerte das Telekonsil?  
0 min < 5 min 5 - 15 min 15 - 30 min > 30 min

**Wie wird benotet?**

Wie beurteilen Sie die Videoqualität?  
Wie beurteilen Sie die Audioqualität?

Wollen Sie uns noch etwas mitteilen?  
Ja nein

Bewertung abschließen

Quelle: MEYTEC

#### 5.1.4.21 Daten der Fallback-Strategie

Im Rahmen der Fallbackstrategie werden sowohl die potentiellen TANNE-Events der historischen Kontrolle (FB) wie auch die Behandlung des neurologischen Events durch Telekonsil oder Äquivalent in der Kontrollgruppe (ES) durch einen unabhängigen Rater bewertet:

- Patienten-ID
- Bewertung Schwere des Symptoms: Likert Skala 1-5
- Behandlung Leitliniengerecht: j/n
- Therapie aus Sicht Neuropalliativer Experte geeignet: sehr geeignet / eher geeignet / eher nicht geeignet / nicht geeignet
- Qualität der diagnostischen/therapeutischen Problemlösung: Likert Skala 1-5
- Krankenhauseinweisung wegen neurologischem Problem ja/nein

- Wäre die Krankenhauseinweisung durch das Hinzuziehen einer neurologischen Expertise verhinderbar gewesen: ja / eher ja / eher nein / nein
- Freitextfeld

#### 5.1.4.22 Fragebogen zur (Nicht-)Teilnahme

Im laufenden Projekt TANNE sehen wir uns mit Rekrutierungsschwierigkeiten konfrontiert. Um dem Problem entgegenwirken zu können, wurde in einem Arbeitstreffen im Sommer 2022 beschlossen, den Grund der Nichtteilnahmen am Projekt zu ermitteln.

Während des Rekrutierungsprozesses wurden durch das Studienbüro sämtliche Kontakte mit den Teams sowie die Form der Kontakte (telefonisch, per Mail usw.) erfasst. Dazu zählen ebenfalls die Gründe für die Absage der Teilnahme am Projekt, sofern sie vom Team benannt wurden. Um detailliertere Informationen über die Ablehnung der Teilnahme an der TANNE Studie zu erhalten, wurde auf Basis der Daten zur Dokumentation des Rekrutierungsprozesses eine Online-Befragung erstellt.

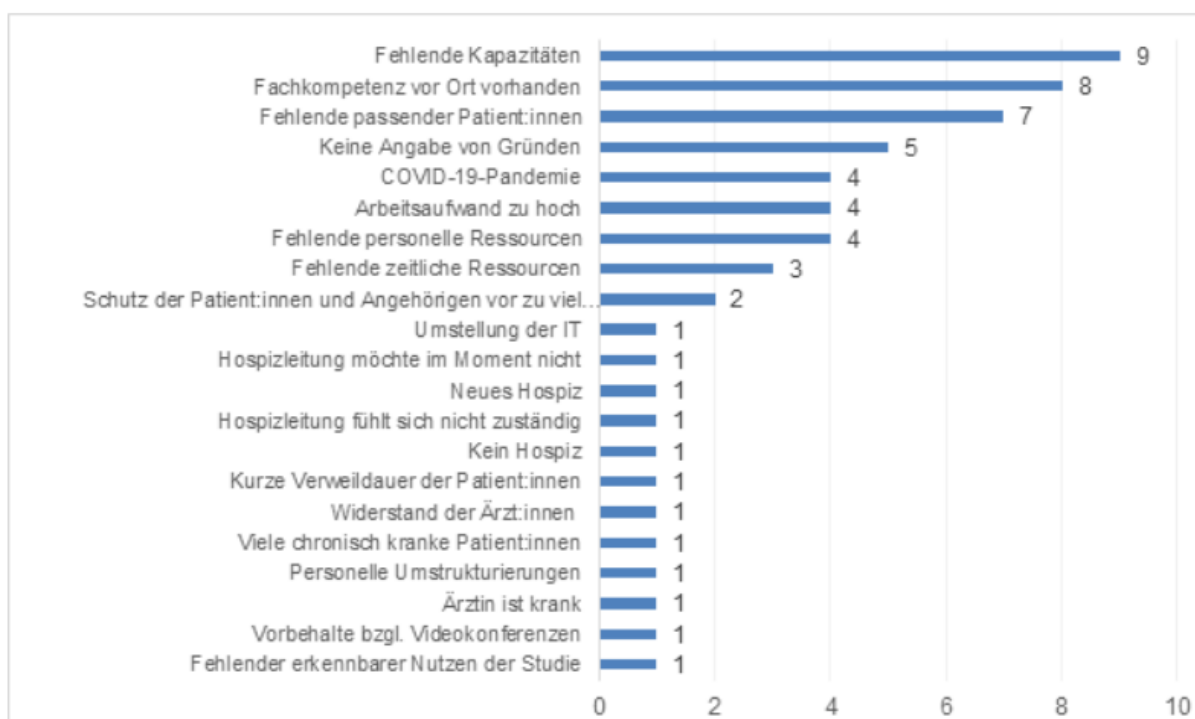


Abbildung 3: Häufung der Ablehnungsgründe aus der Vorabanalyse

Diese wurde den SAPV-Teams und Hospizen in Bayern, die Mitglied oder im E-Mail-Verteiler des Landesverbands SAPV Bayern e.V. oder der Arbeitsgemeinschaft der stationären Hospize in Bayern (ARGE) sind, angeboten (09/2022). Das umfasst alle 23 bayerischen Hospize und 47 von 48 bayerischen SAPV-Teams. In den Mailverteilern sind häufig mehrere Personen einer Einrichtung gleichzeitig registriert. Der Verteiler des SAPV-Landesverbands Bayern beinhaltet bspw. 120 E-Mail-Adressen. Einmalig wurde dann mit einem Abstand von drei Wochen ein Reminder per Mail verteilt, sodass es den Hospizen und SAPV-Teams möglich war über einen Zeitraum von anderthalb Monaten den Fragebogen auszufüllen.

Im Anschluss erfolgte die Auswertung der Daten des Fragebogens mit Hilfe des Auswertungsprogramms SPSS.

#### Fragebogenstruktur:

Die Fragebogenkonstruktion erfolgte auf Basis einer Vorabanalyse der Daten zum Rekrutierungsprozess. Durch unterschiedliche Wege im Fragenverlauf ergibt sich eine Mindestfragenanzahl von 7 und ein Maximum von 11 Fragen pro befragte Person. Damit

sollte sichergestellt werden, dass der Fragebogen ohne großen zeitlichen Aufwand beantwortet werden kann. Die Struktur des Fragebogens lässt sich in drei Teile gliedern. Innerhalb des TANNE-Konsortiums wurde dieser dann über mehrere Runden diskutiert und angepasst, um eine bestmögliche Wahl der Fragenstruktur, -formulierung, aber auch der Antwortmöglichkeiten zu gewährleisten. Die Diskussion innerhalb des TANNE Konsortiums lässt sich als Pretest ähnliches Vorgehen beschreiben.

#### Erster Teil – Strukturinformation:

Im ersten Teil wurde zunächst die berufliche Position der Teilnehmenden erfragt. Eine Mehrfachauswahl war möglich, da innerhalb der SAPV-Teams und Hospize nicht auszuschließen ist, dass eine Person mehrere Ämter bzw. Positionen innerhalb der Institution ausübt. Mit der nächsten Frage wurden die Teilnehmer der Online-Befragung in drei Gruppen aufgeteilt:

(1) TANNE-Projekt Teilnehmer,

(2) TANNE-Projekt Ablehner und

(3) Personen, die im Verlauf des Projekts ihre Teilnahme an der TANNE-Studie zurückgezogen haben.

Abhängig von der gewählten Antwort erscheint eine weitere Frage, welche nach der Inanspruchnahme von Unterstützungsmöglichkeiten (Videokonsil; Anfragen per Mail und Telefon) im Projekt TANNE fragt. Die letzte Frage des ersten Teils beschäftigt sich mit der möglichen Ablehnung weiterer Studien im Palliativbereich.

#### Zweiter Teil – Subgruppen:

Die Kombinationen der Strukturinformationen des ersten Fragebogenteils ergeben sechs Gruppen. Im Folgenden wird von Subgruppen gesprochen:

TANNE-Teilnahme nicht abgelehnt, Teilnahme bei anderen Studien abgelehnt

TANNE-Teilnahme und Teilnahme bei Anderen abgelehnt

TANNE-Teilnahme abgelehnt, Andere nicht abgelehnt

TANNE-Teilnahme und Andere nicht abgelehnt

TANNE-Teilnahme zurückgezogen, Andere nicht abgelehnt

TANNE-Teilnahme zurückgezogen, Andere abgelehnt

Im zweiten Teil der Online-Befragung folgen je nach Subgruppe und der zugrundeliegenden Kombination die Frage nach den Gründen für die Teilnahmeverweigerung an der TANNE-Studie und/oder an anderen Studien in der Palliativversorgung. Je nach Antwortverhalten im ersten Teil des Fragebogens, wird nach den Gründen des Rückzugs aus der TANNE-Studie gefragt. Die Fragen zielen darauf ab, für die TANNE-Studie im Speziellen, aber auch für folgende Studien im Palliativbereich zu ermitteln, welche Elemente einer Studie angepasst werden sollten, um die Teilnahmebereitschaft zu erhöhen. Neben den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten hat jede Frage ein Freitextfeld. Darüber hinaus sind bei jeder Frage Mehrfachantworten möglich.

Im Anschluss wird nach generellem Feedback bzw. Erfahrungen mit der TANNE-Studie und/oder weiteren Studien an denen bereits teilgenommen worden ist, gefragt. Da sowohl

das Feedback als auch generelle Erfahrungen sehr individuell sind, wird an dieser Stelle ein Freitextfeld verwendet.

### Dritter Teil – Implikationen für zukünftige Studien:

Der dritte und letzte Teil des Fragebogens nimmt ebenfalls wieder Bezug zu den vorherigen Antworten. Abhängig von den gegebenen Antworten wird erfragt, welche Eigenschaften eine Studie aufweisen müsste, damit die befragte Person an dieser teilnehmen würde. Die folgenden Fragen nach der Anzahl der Anfragen bzw. Teilnahmen an anderen Studien in den letzten fünf Jahren, sowie die Frage zur Relevanz von wissenschaftlicher Forschung in dem jeweiligen Tätigkeitsbereich wird jedem Teilnehmer gestellt, um darüber die grundsätzliche Teilnahmebereitschaft und das Interesse an Forschung ermitteln zu können.

## 5.2 Dimension B

Dimension B befasst sich mit der Analyse der Umsetzbarkeit in der Regelversorgung. Genutzte Strukturen, organisationale Anpassungen, Bedürfnisse und Präferenzen der Beteiligten werden im Sinne einer umfassenden Analyse aller Beteiligten untersucht. Die Inhalte umfassen folgende Gruppen und Komponenten:

- Alle Stakeholder: Akzeptanz und Akzeptabilität des Konzepts bei allen beteiligten Gruppen
- Patienten: subjektive Be- und Entlastung; zeitliche Inanspruchnahme; Aufwandseinschätzung; Betreuungs- und Nutzungszufriedenheit
- Angehörige: subjektive Be- und Entlastung; zeitliche Inanspruchnahme; Aufwandseinschätzung; Betreuungs- und Nutzungszufriedenheit
- SAPV-Teams und Hospizmitarbeitende: zeitliche Entwicklung des Inanspruchnahmeverhaltens von Konsilmöglichkeiten; Workflow von Indikation über Anforderung und Empfehlung bis zur Umsetzung; Be- und Entlastung durch Telemedizin in subjektiver Wahrnehmung und objektiver Arbeitszeitmessung; Arbeitszufriedenheit; Vergleich von Institutionen auf quantitativer und qualitativer Ebene
- Zentrum: Workflow von Anforderung bis Empfehlung; Arbeitsorganisation und Arbeitszeit; Arbeitszufriedenheit

Weiterhin werden im Rahmen der regulären Interviewstudie empirische Belege für eine ethische Bewertung der Versorgungsform erhoben. Die Einzel- und Gruppeninterviews thematisieren dafür die folgenden Ethik-Aspekte:

- Vulnerabilität
- Lebensqualität
- Selbstbestimmung
- Informierte Einwilligung
- Privatheit
- Datenschutz
- Nutzungsfreundlichkeit

## 5.3 Dimension C

Für die Dimension C lassen sich folgende Endpunkte und Kovariablen definieren:

- Informationen zu (veränderter) Inanspruchnahme als Basis für eine Ressourceneinschätzung, nämlich
  - Krankenhauseinweisungen
  - Medikationsveränderung (hier ist eine Definition notwendig)
  - (ambulante) Arztbesuche
  - (veränderte) Inanspruchnahme von SAPV-Teams (in der Folge)

- gegebenenfalls Veränderung Inanspruchnahme von Heil- und Hilfsmittel
- Weitere abrechnungsrelevante Informationen:
  - Angefallene Leistungen
  - Unterbrechungen der Behandlung (KH-Einweisung, Stabilisierung, Dauer der Unterbrechung)
  - Verordnungen (SAPV Erstverordnung, Folgeverordnung(en))
- Abrechnungsrelevante Kostenarten
- Weitere relevante patientenbezogene Daten
  - Kassenzugehörigkeit
  - Vertragskonfiguration
  - Unterbrechung der Behandlung mit Grund und Dauer (KH-Einweisung u.a.)
- Medikation und sonstige Therapien
  - Arzneimittel, Wirkstoff, Dauer, Dosis, Regime
  - Aufgeteilt nach Regelmedikation, Notfallmedikation, Bedarfsmedikation, sonstige Therapien, Medikamentengruppe

## 6 Statistische Analyse

### 6.1 Dimension A

Das Studiendesign ermöglicht mehrere Vergleichsbetrachtungen innerhalb der Dimension A. Im Fokus steht die Evaluation der Intervention: Intervention vs. Standard (Kontrolle) durch den Vergleich der Studienarme  $S_1$  vs  $S_{2,1}$  innerhalb des Evaluations-Sets. Als Sensitivitätsanalyse werden hierbei die Interventionsdaten der Kontrollgruppe  $S_{2,2}$  (verzögerte Intervention) ebenso in die Evaluation der Interventionsgruppe einbezogen (vgl. Abschnitt 6.1.2).

Weiterhin kann durch den deskriptiven Vergleich der Studienarme  $S_{1,1}$  vs.  $S_{1,2}$  innerhalb des Evaluations-Sets, insbesondere unter Berücksichtigung telemedizinischer Vorerfahrung eine Evaluation des Lerneffekts durchgeführt werden.

Und schließlich ist eine Kontrolle möglicher Verzerrung bzgl. der Baseline-Daten durch einen deskriptiven Vergleich der Studienarme  $S_{2,1}$  vs.  $S_{2,2}$  sowie der verschiedenen Analyse-Sets der Dimension A realisierbar.

#### 6.1.1 Deskriptive Statistik

Alle kategorialen Patientendaten werden als absolute und relative Häufigkeiten in Kontingenztafeln angegeben. Relative Häufigkeiten werden – wenn nicht anders angegeben – anhand der nicht-fehlenden Werte berechnet.

Für stetige Daten werden die folgenden Parameter dargestellt: Häufigkeit, Anzahl der Fehlwerte, Mittelwert, Standardabweichung, Minimum, Maximum, Median sowie die 25%- und 75%-Quartile (Q1, Q3).

##### 6.1.1.1 Studien- und Patientenübersicht

Zunächst erfolgt eine Übersicht zu den Studiendaten. Dazu zählen die Angaben zum Team- und Patienteneinschluss (Anzahlen, Datumsangaben zu ersten und letzten Patientendaten), sowie zu den Analysepopulationen und Event-Anzahlen.

##### 6.1.1.2 Demographische und Baseline-Daten

Die Darstellung der demographischen und Baseline-Daten erfolgt für das Evaluations-Set (ES), das Teil-Evaluations-Set (TES) sowie für die Gesamtheit der eingeschlossenen Patienten (FAS).

Zudem werden die Team-spezifischen Baseline-Daten (Teamzusammensetzung, Konstanz, Fachrichtung, Erfahrung, etc.) dargestellt.

#### 6.1.2 Analyse des primären Endpunktes

Die Analyse des primären Endpunktes (Vergleich der intraindividuellen Änderung des iPOS (Arztangabe) bei und nach einem neurologischen Problem zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe) erfolgt innerhalb des Evaluations-Sets ES in den Studienarmen  $S_1$  vs  $S_{2,1}$  unter Verwendung eines gemischten linearen Modells. Dies ermöglicht in jedem Fall die Einbeziehung der Zugehörigkeit des einzelnen Patienten zu einem SAPV- bzw. Hospizärzte-Team durch Modellierung dieser Zugehörigkeit als zufälligen Effekt. Bei ausreichender Fallzahl könnten zudem neben der Einbeziehung der Baseline-Erhebung des iPOS auch potentielle Confounder, wie die Erfahrung der Teams mit dem telemedizinischen Konsil berücksichtigt werden.

Als Sensitivitätsanalyse werden die Events des verzögerten Interventionsarms  $S_{2,2}$  der ursprünglichen Kontrollgruppe im gleichen Modell innerhalb der Interventionsgruppe

berücksichtigt. Weitere Sensitivitätsanalysen sind zudem die Beschränkung auf das erste Studienjahr innerhalb der Interventionsgruppe ( $S_{1,1}$ ), die Einbeziehung des Patientenalters sowie die Beschränkung von IG und verzögerter IG auf die Events, bei denen die Empfehlungen aus dem Telekonsil vollständig umgesetzt wurden.

### 6.1.3 Analyse der sekundären Endpunkte

Die Analyse der sekundären Endpunkte erfolgt vorzugsweise analog zum primären Endpunkt durch gemischte Modelle unter Berücksichtigung der Teamzugehörigkeit sowie unter Einbeziehung der verschiedenen in Abschnitt 6.1.2 beschriebenen Sensitivitätsbetrachtungen.

Auch hier steht der intraindividuelle Vergleich bei wiederholt abgefragten Endpunkten (vor und nach Lösung des neurologischen Problems bzw. zu Beginn und Ende der TANNE-Evaluation) im Vordergrund und es werden Differenzen mit den dazugehörigen Konfidenzintervallen geschätzt.

### 6.1.4 Weitere Analysen

Alle weiteren Analysen werden vornehmlich deskriptiv geführt.

## 6.2 Dimension B

In der Dimension B wird die Umsetzbarkeit der Versorgungsform für die Regelversorgung mit qualitativen und quantitativen Methoden analysiert. Im qualitativen Teil von Dimension B werden Leitfaden-gestützte Einzel- und Gruppeninterviews mit Stakeholdern eingesetzt. Die Fallauswahl bei der Datenerhebung orientiert sich am Grounded-Theory-Ansatz nach Anselm L. Strauss [14] (siehe Abschnitt 6.4.2). Der Prozess der Datenauswertung erfolgt im Anschluss an die qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring [15].

Die Kategorienbildung wird mit Blick auf medizinische Parameter und Anforderungsprofile vorgenommen. Bei den Gruppeninterviews ist die auch der Rückblick auf die zeitliche Entwicklung der beteiligten Gruppen von Interesse. Für die ethische Bewertung der Intervention werden normativ-analytische Kategorien wie Vulnerabilität, Lebensqualität, Selbstbestimmung, informierte Einwilligung, Privatheit, Datenschutz und Nutzungsfreundlichkeit berücksichtigt und auf der Grundlage von qualitativen Interviewdaten inhaltsanalytisch spezifiziert.

Im quantitativen Teil von Dimension B sollen Ergebnisse aus den Einzelinterviews mit Patienten mittels einer deskriptiv-statistischen Analyse qualitativer Daten im Hinblick auf Dimension A ausgewertet und mit den Resultaten aus Dimension A kontextualisiert werden. Relevant sind hierfür insbesondere die Daten zu den unterschiedlichen Konstrukten von Zufriedenheit sowie zu Nutzungs- und Arbeitszeitabläufen (Details siehe Kapitel 8).

Schlussfolgerungen werden abgeleitet für praxisorientierte Empfehlungen zu Konsilsettings, Workflow und Arbeitsorganisation.

Best-Practice-Beispiele werden entwickelt und an die Projektteilnehmenden zurückgespiegelt.

## 6.3 Dimension C

### 6.3.1 Methodische Herangehensweise

Initial – Stufe A – werden die Daten der Interventions- und Kontrollgruppe – alle Patienten – bezüglich der durchschnittlichen Inanspruchnahme von (induzierten) Leistungen verglichen (vorausgesetzt ist eine Validierung der Vergleichbarkeit beider Verteilungen). Dazu wird zu

Beginn und Ende der Studie ermittelt, ob die Hypothese (HA) verworfen werden kann. HA besagt, dass die Inanspruchnahme der Interventionsgruppe gleich der Inanspruchnahme der Kontrollgruppe ist. Gerade hier greift die Möglichkeit, durch die historische Kontrollgruppe einen erweiterten Kontrollarm nutzen zu können, um mit einem Balancing die Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe elaborieren zu können.

In der Stufe B steht die Analyse der intrapersonellen Entwicklung im Vordergrund (Patient-Journey), wo ein Vergleich auf der Intergruppen-Ebene angestrebt wird. Dazu wird der Zeitraum zwischen Start einer SAPV-Verordnung und dem Exit betrachtet. Für diese gesundheitsökonomische Betrachtung wird „Exit“ als Zeitpunkt definiert, an welchem der Patient nicht mehr in der SAPV ist und auch nicht mehr zurückkehrt (insbesondere Unterbrechung durch Tod oder auch andere Fälle, die zu einer Nicht-Rückkehr führen). Zwischen dem Start der SAPV-Verordnung und dem sogenannten Exit sollte(n) dann ein oder auch mehrere sog. erweiterte(r) Event(s) stattfinden, bspw. eine Unterbrechung der Versorgung im Rahmen einer Krankenhauseinweisung oder eines (Tele-)konsils. Durch den festgelegten Zeitraum lässt sich dann ermitteln, wie sich die Interventions- von der Kontrollgruppe im Hinblick auf die Länge des Zeitraums unterscheiden (HB1: Zeit). Im Idealfall sollte durch die Intervention der Zeitraum bei der Interventionsgruppe länger als bei der Kontrollgruppe sein. Diese Hypothese lässt sich dann stückweise erweitern, sodass die HB2, neben dem Gewinn an Zeit, die Anzahl der Unterbrechungen in Form von Events betrachten soll (HB2: Zeit + Anzahl Unterbrechungen). Die Auswertung soll hier hinsichtlich einer Bedarfsveränderung erfolgen. In dieser Art und Weise lassen sich weitere Hypothesen formulieren, welche auf den Hypothesen HB1 und HB2 aufbauen (HBi: Zeit + Anzahl Unterbrechungen + ...).

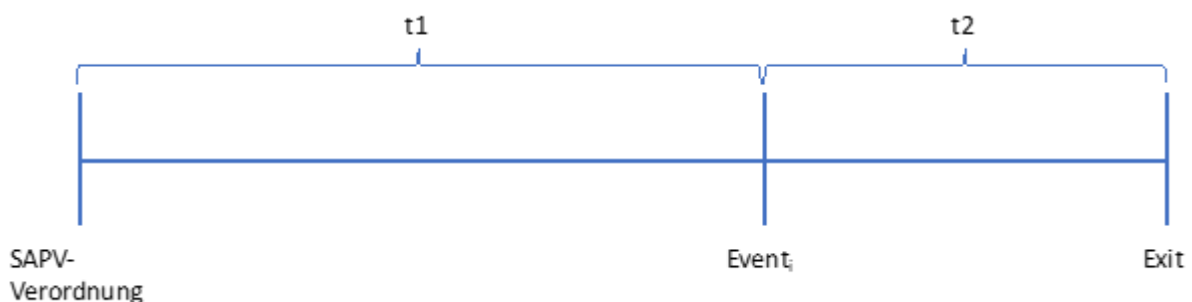


Abbildung 1: Patientjourney

Mit Hilfe dieses Vorgehens kann zum Einen ermittelt werden, was das Event ausgelöst hat (s. Abb. 1 mit Zeitraum  $t_1$ ) und zum Anderen welchen Effekt das Event auf die Patienten und die Behandlung hat (s. Abb. 1 mit Zeitraum  $t_2$ ).

Die zur Verfügung stehenden Daten ermöglichen dabei eine Betrachtung über den gesamten Weg der Patientjourney. Damit ist zu erwarten, dass Merkmale, Gegebenheiten, Auslöser etc. ermittelt werden können, um pointiert den Prozess der Versorgung durch Hospize oder SAPV-Teams zu verbessern. Besonders im Hinblick auf eine anstehende Reform der Vergütung der SAPV scheinen die zu gewinnenden Informationen hilfreich. Die Kosten innerhalb der SAPV-Behandlung werden anhand des bundeseinheitlichen Positionsnummernverzeichnisses (GKV-Spitzenverband, 2020) für Leistungen der SAPV nach folgenden Leistungskategorien (Beratungsleistung, Koordination der Versorgung, additiv unterstützende Teilversorgung, Vollversorgung sowie Arznei-, Heil- und Hilfsmittel) erhoben.

### 6.3.2 Zeitliche Struktur

Aufgrund des delayed start-Konzepts werden innerhalb der ersten 12 Monate die inkrementellen Unterschiede der Patienten in der Fall- und der Vergleichsgruppe verglichen, die Kontrolle der Inanspruchnahmeraten sowohl der medizinisch/pflegerischen Leistungen



innerhalb des SAPV-Settings als auch die induzierten Leistungen außerhalb, insbesondere geplante oder gerade ungeplante Krankenhaus-Leistungen, werden auch in den zweiten 12 Monaten weiterhin erfasst. Aufgrund der kurzen Verweildauer in der SAPV werden drei gesundheitsökonomische Evaluationsperspektiven gewählt:

- a) Zum Zeitpunkt  $t_1$  (nach 12 Monaten) werden retrospektiv sowohl in der Gruppe  $S_{1,1}$  als auch in der Gruppe  $S_{2,1}$  die Inanspruchnahmen von medizinischen Leistungen von Patienten mit neurologischem Ereignis – SAPV (hausärztliche Palliativversorgung), KH-Fälle sowie Rettungsfahrten – miteinander verglichen und sowohl auf Einflussgrößen der SAPV (Care-Mix) als auch der Fallzusammensetzung (Case-Mix) kontrolliert. Ein wesentlicher Zielparameter liegt in der Erfassung möglicher Differenzen von kostenauslösenden Inanspruchnahmen medizinischer Leistungen, insbesondere (notfallbezogener) Krankenhauseinweisungen im Fallunterschied bei allen Patienten und mit besonderem Fokus auf Patienten mit neurologischem Ereignis.
- b) Zum Zeitpunkt  $t_2$  (nach 24 Monaten) wird für die Monate 13 bis 24 die Erfassung für die Fallarme  $S_{1,2}$  sowie  $S_{2,2}$  gemäß dem Verfahren im Fall (a) wiederholt und dabei insbesondere wieder auf den Einfluss der SAPV-Teams (Care-Mix) sowie des Case-Mix der Patienten und Patientinnen erhoben.
- c) Weiterhin erfolgt in Analogie zum primären Endpunkt ein Vergleich (nach 24 Monaten) der gesamten Interventionsgruppe ( $S_{1,1}$  und  $S_{1,2}$ ) mit der „echten“ Kontrolle im Teilarm  $S_{2,1}$ .
- d) Die Zahl der eingeschlossenen SAPV-Teams und Hospize nach Stichtag Mai 2021 umfasst 28 SAPV-Teams und 9 Hospize in Bayern.  
Die Erfassung der Routinedaten aus dem Kollektiv der eingeschlossenen AOK-Versicherten sowie der Daten der Nicht-AOK-Versicherten sowohl bei den in Anspruch genommenen Leistungen als auch den induzierten Leistungen bilden darüber hinaus auch noch die Grundlage für einen zu einem späteren Zeitpunkt ggfs. möglichen Vergleich mit Versicherten aus potenziell noch beitretenden Krankenversicherungen.

Als Ergebniskriterium könnten neben der Zahl der identifizierten neurologischen Ereignisse weitere Parameter wie etwa die Anzahl von Krankenhauseinweisungen oder Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen innerhalb der Zeitperiode verglichen oder zumindest hypothesengenerierend Ansatzpunkte möglicher Unterschiede überprüft werden [13].

### 6.3.3 Statistische Methoden zur Auswertung (gesundheits-)ökonomischer Inanspruchnahme

Zur Auswertung werden varianzanalytische Verfahren mit entsprechenden Effektschätzungen eingesetzt. Diese Verfahren werden konkretisiert nach Kenntnis der Daten. Im Sinne einer „Näherung“ an einen Wirkungseffekt kann in Phase A mit einer Kontingenzanalyse über einen Mittelwertvergleich begonnen werden, mit der Annahme die zeitliche Verteilung der ökonomisch relevanten Events ist unbeachtlich. Diese Annahme soll durch eine erweiterte Analyse mit zeitlicher Struktur erweitert werden und etwa in Form einer „Überlebenszeitanalyse“ die Wahrscheinlichkeit einer Inanspruchnahme im Abstand zum Konsil bzw. zum Konsiläquivalent in Augenschein genommen werden.

## 6.4 Fallzahlplanung

### 6.4.1 Primärer Endpunkt (Dimension A)

Die statistischen Berechnungen zur Erreichung der Patientenzahlen basieren auf dem primären Endpunkt der Dimension A (medizinische Evaluation) sowie Annahmen zum iPOS entsprechend Ergebnissen aus einer Validierungsstudie [11].

Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% und einer angestrebten Power von 80% sind 75 Patienten mit neurologischem Problem je Vergleichsgruppe (in  $S_{1,1}$   $S_{1,2}$  über 24 Monate sowie in  $S_{2,1}$  über 12 Monate) notwendig, um den angenommenen Unterschied in der intraindividuellen Verbesserung der Symptomlast (iPOS) von 4.3 Punkten (bei einer Standardabweichung von 9.3 Punkten) zwischen den Vergleichsgruppen nachzuweisen (Proc Power, SAS 9.4, Two-Sample t Test for Mean Difference). Damit und bedingt durch die 1:2- bzw. 1:3-Teil-Randomisierung im Studiendesign (zzgl. 75 weitere Patienten in  $S_{2,2}$  während der übrigen 12 Monate) ergibt sich eine Mindestpatientenanzahl über beide Studienarme und über die Gesamtlaufzeit von insgesamt 225 Patienten.

#### 6.4.2 Sekundäre Endpunkte und ethische Bewertung (Dimension B)

Im qualitativen Teil der Dimension B sind für die Erreichung der sekundären Endpunkte Lebensqualität und Zufriedenheit sowie für die ethische Bewertung keine bestimmten Fallzahlen notwendig.

Bei qualitativen Studien sind Fallzahlen dem Grounded-Theory-Ansatz folgend von einem Grad an „theoretischer Sättigung“ abhängig [14]. Dieser kann nicht berechnet werden, sondern muss analytisch bestimmt werden. Der Zeitpunkt, ab wann ein ausreichender Grad an Sättigung erreicht wird, hängt nicht mit der Anzahl der Fälle, sondern mit der Auswahl der Fälle zusammen. Dabei konzentriert sich die Fallauswahl sowohl auf die Kontrastierung von ähnlichen Fällen wie auf die Kontrastierung von unterschiedlichen Fällen. Ein ausreichender Grad an Sättigung ist erreicht, sobald sich mittels minimaler Kontrastierung ähnlicher Fälle und maximaler Kontrastierung unterschiedlicher Fälle keine neuen Informationen mehr generieren lassen.

#### 6.4.3 Powerkalkulation für Sekundärdatenanalyse (Dimension C)

Die Fallzahlplanung basiert auf der Herangehensweise in Dim A, würde jedoch kontinuierlich über den gesamten Projektzeitlauf die Inanspruchnahmen medizinischer und pflegerischer Leistungen in der Art und Häufigkeit erfassen.

Grundlage der Auswertung von Unterschieden in den induzierten Kosten ist die Häufigkeit von leistungsauslösenden Fällen – hier in Form von Krankenhauseinweisungen – nach telemedizinischen Konsilen der Interventions- und bei Standardversorgung in der Kontrollgruppe. Die ursprünglich angenommene Wahrscheinlichkeitsverteilung für die Fälle, dass es bei Patienten in Interventions- und Kontrollgruppe zu mindestens einer Krankenhauseinweisung während der Studienlaufzeit kommt, soll beibehalten werden und zunächst in deskriptiver Hinsicht im Kontrollvergleich – gerade mit Blick auf die historische Kontrollgruppe – überprüft werden.

		Interventionsgruppe	
		KH-Einweisung	Keine KH-Einweisung
Kontrollgruppe	KH-Einweisung	1,5 % (Fall 1/1)	16 % (Fall 0/1)
	Keine KH-Einweisung	2,5 % (Fall 1/0)	80 % (Fall 0/0)

Damit ist der Fall 0/1 (Patient aus der Interventionsgruppe kommt bei neurologischem Fall nicht ins Krankenhaus, Patient aus der Kontrollgruppe kommt bei neurologischem Fall ins Krankenhaus) um einen Faktor von 6,4 größer als der gegenteilige Fall 1/0. (Fallzahlplanung mittels SAS 9.4 Proc Power: McNemar Conditional Test, Method=Exact.) Die ursprüngliche Power von 62.4 % – bei einer unterstellten Odds-Ratio der Krankenhauseinweisungen von 6.4 – kann mit Blick auf die erreichte Zahl in der Kontrollgruppe nicht aufrechterhalten werden. Somit wird post-hoc durch die Integration der historischen Kontrollgruppe im Rahmen der Fallback-Strategie eine Zahl von 30 Matching-Paaren angestrebt, was dazu

beitragen kann, dass die Power bei etwa 20.6 % liegen wird. Diese soll sich weiterhin an der Hypothese ausrichten, dass die Wahrscheinlichkeit eines leistungsauslösenden Falles Kontrollsettings um den Faktor 6,4 höher liegt.

## **6.5 Analyse-Software**

### **6.5.1 Dimension A**

Alle Analysen werden unter Anwendung der Software SAS 9.4 oder höher (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA) durchgeführt und werden – wenn nicht explizit angegeben – bewusst zum vollen Signifikanzniveau von 5% betrachtet, d.h. es erfolgt keine Korrektur bzgl. multiplen Testens und jeder p-Wert  $\leq 0,05$  entspricht einem signifikanten Ergebnis.

Die Analyse der anonymen webbasierten Umfrage zu (Nicht-)Teilnahme an der Studie erfolgt mittels SPSS, Version 29.0.0.0.

### **6.5.2 Dimension B**

Die computer-unterstützte Analyse von qualitativen Interviewdaten wird mit einer Software für qualitative Datenanalyse (QDA-Software) des Anbieters MAXQDA in der Version MAXQDA 2022 (VERBI – Software. Consult. Sozialforschung. GmbH, Berlin, BRD) durchgeführt.

### **6.5.3 Dimension C**

Die Analysen erfolgen mit Hilfe eines gesundheitsökonomischen Auswertungsmodells, das über die Statistiksoftware SPSS, Version 29.0.0.0, ausgewertet wird.

## **6.6 Datenverarbeitung**

### **6.6.1 Allgemeine Angaben**

Die Daten werden sowohl elektronisch (Basisdaten: Patientename, Alter, Geschlecht, Karnofsky Index, SAPV-Verordnung, Diagnose, Nebendiagnose, Intensität der SAPV-Betreuung, Voll-/Teilversorgung, Dauer der SAPV-Versorgung usw.) als auch in Papierform erfasst (EQ-5D-3L, iPOS, Beurteilungen im Rahmen der Fallbackstrategie). Letztere werden in LimeSurvey eingegeben und von dort zur weiteren statistischen Auswertung exportiert und in SAS bzw. SPSS weiterbearbeitet. Die in Papierform erfassten Daten werden am Studienort Agatharied gesammelt und nach Beendigung der Studie dort unzugänglich für zehn Jahre aufbewahrt.

Weiterhin werden Daten aus den Primärdokumentationssystemen PalliDoc und ISPC sowie aus der elektronischen Datenbank mit Benutzerfeedbacks (MEYDOC® QC) exportiert und ebenso in SAS übertragen. Schließlich erfolgt der Export sozioökonomischer Daten direkt aus den Versichertendaten der AOK.

Weitere Details zur Datenerfassung und –verarbeitung finden sich im DMP.

### **6.6.2 Datenverarbeitung in der Dimension A**

#### **6.6.2.1 Datenquellen**

Die Datenerhebung bzgl. der primären und sekundären Endpunkte der Dimension A erfolgt einerseits zum jeweiligen individuellen Einschluss des Patienten in die Studie (=Baseline) und andererseits bei neurologischen Problemen (Event). Für die Patienten mit Anbindung an das neuropalliative Telemedizinzentrum heißt dies, dass eine Befragung erfolgt, sobald ein neurologisches Problem auftritt, zu dem ein Telekonsil durchgeführt wird, wie auch etwa drei

bis sieben Tage nach dem Konsil. Für Patienten innerhalb der Standardversorgung erfolgt analog eine Befragung bei Auftreten eines neurologischen Problems, sowie drei bis sieben Tage später. Der Patient und die Angehörigen erhalten über die SAPV-Teams/ Hospize die auszufüllenden Fragebögen. Es werden die Fragebögen sowohl in Papierform, als auch elektronisch zur Verfügung gestellt. Die Formulare werden online vorgehalten, sodass sie von den SAPV-Teams/Hospizen jederzeit bei Bedarf ausgedruckt werden können.

Weitere Daten (Basisdaten: Patientennamen, Alter, Geschlecht, Karnofsky Index / ECOG, SAPV-Verordnung, Diagnose, Nebendiagnose, Intensität der SAPV-Betreuung, Voll-/Teilversorgung, Dauer der SAPV-Versorgung usw.) werden elektronisch in der Software zur Primärdokumentation (PalliDoc/ISPC) erfasst. Von dort erfolgt je Team ein csv-Export zur Datenanalyse.

Die Zufriedenheit mit dem Telekonsil kann direkt im Anschluss an ein abgeschlossenes Telekonsil oder zu einem anderen beliebigen Zeitpunkt später über die zum Telekonsil bereitgestellte Web-Seite (Web-Client) oder die MEYDOC ® QC App erfasst werden. Die abgeschlossenen Fragebögen landen direkt in einer Datenbank. In der eigenen MEYTEC-Cloud ist hierfür ein Datenbank-Server eingerichtet. Der Zugang zum Datenbank mit Fragebögen ist passwortgeschützt und steht ausschließlich der Projektleitung von TANNE bzw. dem zuständigen Support-Mitarbeiter zur Verfügung. Für eine interne Zuordnung wird (bei der Initialisierung der App/Software vergeben) eine einmalige Geräte-ID mitübertragen.

Die Umfrage zur (Nicht-)Teilnahme von SAPV-Teams an TANNE bzw. weiteren Studien erfolgte webbasiert über LimeSurvey.

#### **6.6.2.2 Fehlende Daten**

Mit Ausnahme der im entsprechenden Manual angegebenen Ersetzungsstrategie bei fehlenden Daten beim McGill Quality of Life sowie beim Fragebogen zur Teamarbeit (Details siehe DMP) werden keine Fehlwerte ersetzt.

#### **6.6.2.3 Datenableitungen**

Sämtliche Details zur Datenverarbeitung, inkl. Ableitung der Scores, etc., finden sich im DMP.

### **6.6.3 Datenverarbeitung in der Dimension B**

#### **6.6.3.1 Datenquellen**

In der Dimension B werden Leitfaden-gestützte Einzel- und Gruppeninterviews mit Stakeholdern eingesetzt. Die Interviews mit Patienten, Angehörigen, konsilanzufordernden und konsilgebenden Ärzten werden für die wissenschaftliche Auswertung mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend verschriftlicht. Der Vorgang der Verschriftlichung heißt Transkription und führt im Ergebnis zu einem Textdokument, dem sogenannten Transkript. Hinsichtlich enthaltener personenbezogener Daten werden die Transkripte bereinigt. Daraufhin werden zu einem späteren Zeitpunkt auf der Grundlage der Transkripte keine Rückschlüsse mehr auf reale Personen möglich sein.

#### **6.6.3.2 Weitergabe von Daten**

Die Tonaufnahmen der Einzel- und Gruppeninterviews werden nach den Interviewgesprächen wortgetreu transkribiert. Die Transkription der qualitativen Interviewdaten geschieht entweder durch die Mitarbeitenden der Forschungsgruppe Gesundheit – Technik – Ethik an der Evangelischen Hochschule Ludwigsburg oder mit der Unterstützung von darauf spezialisierten Dienstleistungsunternehmen. Die Namen dieser Unternehmen und der Ansprechpartnerinnen und -partner lauten: Audiotranskriptionen, Ansprechpartnerin und -partner Bianca Kolakusic, David Georgi, dr. dresing & pehl GmbH,

Deutschhausstraße 22a, 35037 Marburg, E-Mail: [info@audiotranskription.de](mailto:info@audiotranskription.de), Telefon: +49 6421 5909790, Internet: [www.audiotranskription.de](http://www.audiotranskription.de) sowie TranskriptWunder, Inhaber und Ansprechpartner: Oliver Johann, Finkenweg 10, D-32699 Extertal, E-Mail: [info@transkriptwunder.de](mailto:info@transkriptwunder.de), Telefon +49 (0) 5262 9965-191, Internet: [www.transkriptwunder.com](http://www.transkriptwunder.com).

Nach der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) verpflichten sich die Unternehmen dr. dresing & pehl GmbH sowie TranskriptWunder gegenüber der Evangelischen Hochschule Ludwigsburg gemäß Artikel 28 der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) personenbezogene Interviewdaten datenschutzkonform zu behandeln. Diesbezüglich wurde eine Vereinbarung zwischen der Evangelischen Hochschule Ludwigsburg und den Unternehmen getroffen. Diese Vereinbarungen können die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer auf Wunsch einsehen.

Es gelten unter anderem die folgenden Vereinbarungen:

- Die Evangelische Hochschule Ludwigsburg gibt nur die Tonaufnahmen selbst an das Unternehmen weiter und keinerlei andere Daten (wie zum Beispiel Namen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, Diagnosen, Umstände der Interviews, Datum).
- Das Unternehmen verarbeitet die Daten nur in Deutschland.
- Das Unternehmen löscht alle dort vorliegenden Daten (also die Tonaufnahme und den Text) zwei Wochen nach der Fertigstellung des Textes für die Evangelische Hochschule Ludwigsburg.

Die im Verlauf der Studie erfassten Daten werden zusammen mit allen studienbezogenen Dokumenten bis 10 Jahre nach Studienende aufbewahrt (gespeichert) und dann gelöscht.

## 6.6.4 Datenverarbeitung in der Dimension C

### 6.6.4.1 Datenquellen

Als mögliche Datenquellen zur gesundheitsökonomischen Evaluation dienen neben den Abrechnungsdaten der AOK Bayern Daten aus der Dokumentationssoftware der eingeschlossenen SAPV-Teams.

Zur Abbildung der induzierten und der SAPV-immanenten Kosten sind innerhalb der eingeschlossenen Patienten zwei Gruppen zu differenzieren. Für Versicherte aus der AOK Bayern können für induzierte Kosten direkt Abrechnungsdaten aus den Routinedaten gemäß den systematisierten Schwerpunktdiagnosen abgeleitet werden. Diese Abrechnungsdaten können als Approximation von „Kostengewichten“ herangezogen werden. Zur Approximation der Mengengrößen werden abgeleitete Werte zu Häufigkeiten aller induzierten Leistungen herangezogen und soweit möglich aus den Patientendokumentationssystemen der SAPV ermittelt. Für Patienten, die nicht AOK-Versicherte sind, können durch zivilrechtlichen Vertrag mit den SAPV-Einrichtungen jedoch nur „Verlegungs- und Anlassgründe“ für induzierte Kosten erfasst werden. Für die Kosten gilt hier die Annahme der Gleichheit der Kostengewichte zwischen den AOK- und den Nicht-AOK-Versicherten, sodass für diese Patienten als auch für die AOK-Patienten die Mengengrößen mit den aus Abrechnungsdaten der AOK Bayern abgeleiteten Kostengewichten verknüpft werden können, um eine Annäherung an eine Kostenabschätzung zu erhalten.

### 6.6.5 Datengenerierung innerhalb der Fallback-Strategie

Von den Patienten des Fallback-Sets (siehe Abschnitt 4.4), den in der PalliDoc-Primärdokumentation selektierten Patienten mit einem TANNE-Event wird ein zeitlicher Ausschnitt rund um das identifizierte Event exportiert. Dieser zeitliche Ausschnitt wird einem unabhängigen Rater zur Bewertung vorgelegt. Der Rater bewertet, ob konsiläquivalente Fälle vorliegen und beurteilt die Qualität der diagnostischen/therapeutischen Problemlösung. Zur Bewertung werden Daten in Form von Fragebögen/Symptomerfassungen aus der Primärdokumentation genutzt, sofern diese vorhanden sind. Ergänzend werden die Freitexte

der Dokumentation zur Bewertung herangezogen. Sofern möglich, werden unmittelbare, rein aus der Dokumentation ableitbare Indikatoren für das zu bewertende Event herangezogen (z.B. Reduktion der Anfallsfrequenz).

Analog dazu werden die PalliDoc-Daten/Einträge (zeitlicher Abschnitt) der tatsächlich stattgefundenen Telekonsile (Interventionsgruppe/verzögerte Interventionsgruppe) und der tatsächlichen Konsilsäquivalente (Kontrollgruppe) aufbereitet und dem Rater ohne Kenntnis, dass es sich bei dem Vorgang um ein Telekonsil/Konsilsäquivalent gehandelt hat, zur Bewertung vorgelegt.

In gleicher Art und Weise werden auf einer Likert-Skala die Problemschwere und die Qualität der Problemlösung sowie die Dauer zur Problemlösung durch den unabhängigen Rater gewertet. Diese Ergebnisse ermöglichen den direkten Vergleich zwischen den Gruppen und bieten somit eine weitere Approximation an den Nachweis der medizinischen Wirksamkeit der Intervention (siehe Abschnitt 5.1.4.21).

Für die Patienten des Fallback-Sets werden zudem die Primärdokumentationsdaten exportiert. Dies ermöglicht neben der Beschreibung dieses Patientenkollektivs die Quantifizierung der Balanziertheit dieser Patienten mit denen der KG für bestimmte Variablen (Alter, Geschlecht, Pflegegrad bei Übernahme, etc.) anhand standardisierter Differenzen.

## 7 Literaturverzeichnis

- [1] H. Golla, M. Ebke, R. Rolke, S. Lorenzl, W. Nacimiento, T. Thiekötter, G. Fink, R. Gold und R. Votz, „Integratoin of Palliative and Hospice Care Structures in the Care of Neurological Patients: Opinion of Chief Consultant Neurologists in Germany,“ *Fortschr Neurol Psychiatr.*, pp. 733-738, Dec 2016.
- [2] S. Veronese, G. Gallo, A. Valle, C. Cugno, A. Chiò, A. Calvo, P. Cavalla, M. Zibetti, C. Rivoiro und D. Oliver, „Specialist palliative care improves the quality of life in advanced neurodegenerative disorders: NE-PAL, a pilot randomised controlled study,“ *BMJ Support Palliat Care*, pp. 164-172, Jun 2017.
- [3] E. Bruera, S. Bush, J. Willey, T. Paraskevopoulos, Z. Li, J. Palmer, M. Cohen, D. Sivesind und A. Elsayem, „Impact of delirium and recall on the level of distress in patients with advanced cancer and their family caregivers,“ *Cancer*, pp. 2004-12, May 2009.
- [4] J. Bükki, G. Nübling und S. Lorenzl, „Managing Advanced Progressive Supranuclear Palsy and Corticobasal Degeneration in a Palliative Care Unit: Admission Triggers and Outcomes,“ *Am J Hosp Pall Care*, pp. 477-82, Jun 2016.
- [5] S. Bush und E. Bruera, „The assessment and management of delirium in cancer patients,“ *Oncologist*, pp. 1039-49, Oct 2009.
- [6] D. Oliver, „Palliative care in chronic and progressive neurological disease: summary of a consensus review,“ 2016.
- [7] F. Breyer Demographischer Wandel und Gesundheitsausgaben: Theorie, Empirie und Politikimplikationen, in: *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 16 (3): 215-230 2015.
- [8] D. Chaet, R. Clearfield, J. Sabin und K. Skimming, „Ethical practice in Telehealth and Telemedicine,“ *JGIM*, 2016.
- [9] M. Rogante, C. Giacomozzi, M. Grigioni und D. Kairy, „Telemedicine in palliative care: a review of systematic reviews“.
- [10] B. Gomes, N. Calanzani, V. Curiale, P. McCrone und I. Higginson, „Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers,“ 2013.
- [11] M. Campbell, R. Fitzpatrick, A. Haines, A. Kinmonth, P. Sandercock, D. Spiegelhalter und P. Tyrer, „Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health,“ *BMJ*, pp. 694-6, Sep 2000.
- [12] S Rabbe, M. Möllenkamp, B. Pongiglione, H. Bommerstein, P. Wetzlear, R. Heine, J. Schreyögg: Variation in the utilization of medical devices across Germany, Italy, and the Netherlands: A multilevel approach, *Health Econ*, pp. 135-156, 31 (S1), 2022.
- [13] Dengler, R. et al. „Versorgungscharakteristika und Ergebnisqualität in der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV): Analyse und Verlauf von Patienten- und Versorgungsdaten am Beispiel eines SAPV-Teams,“ *Gesundheitswesen*, pp. 770-776, 82(10) 2020.
- [14] N. Kreif, R. Grieve und M. Sadique, „Statistical methods for cost-effectiveness analyses that use observational data: a critical appraisal tool and review of current practice,“ *Health Econ.*, pp. 486-500, Apr 2013.

- [15] A. L. Strauss, "Grundlagen qualitativer Sozialforschung", München: Wilhelm Fink, 1994.
- [16] P. Mayring, "Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken", Weinheim: Beltz, 2022.



## 8 Inhaltsverzeichnis der Statistischen Ausgabe von Daten der Dimension A

### 1 Studien- und Patientenübersicht

Tabelle 1.1: First Patient in / Last Patient out

Tabelle 1.2: Einschlusskriterien

Tabelle 1.3: Ausschlusskriterien

Tabelle 1.4: Anzahl Teams

Tabelle 1.5: Anzahl Patienten je Vergleichsgruppe und Studienarm

Tabelle 1.6: Anzahl Events je Vergleichsgruppe und Studienarm

Tabelle 1.7: Anzahl Events und Umsetzungen der Konsilempfehlung je Vergleichsgruppe und Studienarm

Tabelle 1.8: Anzahl Krankenhauseinweisungen je Vergleichsgruppe und Studienarm

Tabelle 1.9: Anzahl der Todesfälle je Vergleichsgruppe und Studienarm

Tabelle 1.10: Analysepopulationen

Tabelle 1.11: Eventbezogene Visiten

### 2 Daten aus den Primärdokumentationssystemen

#### 2.1 Analysepopulation FAS

##### 2.1.1 Demographie und Baseline-Daten je Vergleichsgruppe und Studienarm

###### 2.1.1.1 Basisdaten

Tabelle 2.1.1.1.1: Alter

Tabelle 2.1.1.1.2: Geschlecht

Tabelle 2.1.1.1.3: Besiedlungsdichte

Tabelle 2.1.1.1.4: Angehörige/Vertrauensperson

Tabelle 2.1.1.1.5: Patientenverfügung

Tabelle 2.1.1.1.6: Vollmacht

Tabelle 2.1.1.1.7: Betreuungsurkunde

Tabelle 2.1.1.1.8: Pflegegrad bei Aufnahme

Tabelle 2.1.1.1.9: Aufenthaltsort bei Aufnahme

Tabelle 2.1.1.1.10: ECOG (erster Wert)

Tabelle 2.1.1.1.11: Versorgungstage mit aktiver SAPV

Tabelle 2.1.1.1.12: Vertragsart

Tabelle 2.1.1.1.13: Abrechnungsstatus

Tabelle 2.1.1.1.14: Sterbeort

##### 2.1.1.2 Versorgung bei Übernahme

Tabelle 2.1.1.2.1: Versorgung

##### 2.1.1.3 Diagnosen

Tabelle 2.1.1.3.1: Diagnose zur Aufnahme (ICD10)

Tabelle 2.1.1.3.2: Diagnose zur Aufnahme (ICD10) fuer neurologische Grunderkrankungen

Tabelle 2.1.1.3.3: Diagnose zur Aufnahme (ICD10) fuer neuro-degenerative Grunderkrankungen

## 2.1.2 Verlaufsdaten je Vergleichsgruppe und Studienarm

### 2.1.2.1 Beteiligte Dienste

Tabelle 2.1.2.1.1: Dienst

### 2.1.2.2 Verordnungen

Tabelle 2.1.2.2.1: Verordnung

Tabelle 2.1.2.2.2: Voll

Tabelle 2.1.2.2.3: Teil

Tabelle 2.1.2.2.4: Beratung

Tabelle 2.1.2.2.5: Koordination

Tabelle 2.1.2.2.6: Verordnung (Voll / Teil / Beratung / Koordination)

Tabelle 2.1.2.2.7: Schmerzsymptomatik

Tabelle 2.1.2.2.8: Urogenitale Symptomatik

Tabelle 2.1.2.2.9: Respiratorische / kardiale Symptomatik

Tabelle 2.1.2.2.10: Gastrointestinale Symptomatik

Tabelle 2.1.2.2.11: Ulzerierende / Exulzerierende Wunden oder Tumore

Tabelle 2.1.2.2.12: Neurologische / Psychiatrische / Psychische Symptomatik

Tabelle 2.1.2.2.13: Sonstiges komplexes Symptomgeschehen

### 2.1.2.3 Behandlungsabschnitte

Tabelle 2.1.2.3.1: Behandlungsabschnitt Von - Bis

Tabelle 2.1.2.3.2: ECOG (erster und letzter Wert)

Tabelle 2.1.2.3.3: Entlassungsgrund

Tabelle 2.1.2.3.4: Zufriedenheit

### 2.1.2.4 Kontakte

Tabelle 2.1.2.4.1: Art

Tabelle 2.1.2.4.2: Dauer nach Kontakt-Art

Tabelle 2.1.2.4.3: Gefahrene Kilometer nach Kontakt-Art

Tabelle 2.1.2.4.4: Arzt nach Kontakt-Art

Tabelle 2.1.2.4.5: Pflege nach Kontakt-Art

Tabelle 2.1.2.4.6: Sonstige - Profession nach Kontakt-Art

Tabelle 2.1.2.4.7: Kontakt zwischen 22:00 - 06:00 nach Kontakt-Art

## 2.1.3 Daten zum Versorgungsende / Entlassung je Vergleichsgruppe und Studienarm

### 2.1.3.1 Basisdaten

Tabelle 2.1.3.1.1: Pflegegrad bei Entlassung

Tabelle 2.1.3.1.2: Aufenthaltsort bei Entlassung

Tabelle 2.1.3.1.3: ECOG (letzter Wert)

### 2.1.3.2 Verordnungen

Tabelle 2.1.3.2.1: Schmerzsymptomatik

Tabelle 2.1.3.2.2: Urogenitale Symptomatik

Tabelle 2.1.3.2.3: Respiratorische / kardiale Symptomatik

Tabelle 2.1.3.2.4: Gastrointestinale Symptomatik

Tabelle 2.1.3.2.5: Ulzerierende / Exulzerierende Wunden oder Tumore

Tabelle 2.1.3.2.6: Neurologische / Psychiatrische / Psychische Symptomatik

- Tabelle 2.1.3.2.7: Sonstiges komplexes Symptomgeschehen
- 2.1.3.3 Behandlungsabschnitte
  - Tabelle 2.1.3.3.1: Behandlungsabschnitt Von - Bis
  - Tabelle 2.1.3.3.2: ECOG (letzter Wert)
  - Tabelle 2.1.3.3.3: Entlassungsgrund
  - Tabelle 2.1.3.3.4: Zufriedenheit
- 2.1.4 Daten zur Aufnahme und zum Versorgungsende / Entlassung je Vergleichsgruppe und Studienarm
  - 2.1.4.1 Basisdaten
    - Tabelle 2.1.4.1.1: Pflegegrad
    - Tabelle 2.1.4.1.2: Aufenthaltsort
    - Tabelle 2.1.4.1.3: ECOG
- 2.2 Analysepopulation ES
  - 2.2.1 Demographie und Baseline-Daten je Vergleichsgruppe und Studienarm
    - 2.2.1.1 Basisdaten
      - Tabelle 2.2.1.1.1: Alter
      - Tabelle 2.2.1.1.2: Geschlecht
      - Tabelle 2.2.1.1.3: Besiedlungsdichte
      - Tabelle 2.2.1.1.4: Angehörige/Vertrauensperson
      - Tabelle 2.2.1.1.5: Patientenverfügung
      - Tabelle 2.2.1.1.6: Vollmacht
      - Tabelle 2.2.1.1.7: Betreuungsurkunde
      - Tabelle 2.2.1.1.8: Pflegegrad bei Aufnahme
      - Tabelle 2.2.1.1.9: Aufenthaltsort bei Aufnahme
      - Tabelle 2.2.1.1.10: ECOG (erster Wert)
      - Tabelle 2.2.1.1.11: Versorgungstage mit aktiver SAPV
      - Tabelle 2.2.1.1.12: Vertragsart
      - Tabelle 2.2.1.1.13: Abrechnungsstatus
      - Tabelle 2.2.1.1.14: Sterbeort
    - 2.2.1.2 Versorgung bei Übernahme
      - Tabelle 2.2.1.2.1: Versorgung
    - 2.2.1.3 Diagnosen
      - Tabelle 2.2.1.3.1: Diagnose zur Aufnahme (ICD10)
      - Tabelle 2.2.1.3.2: Diagnose zur Aufnahme (ICD10) fuer neurologische Grunderkrankungen
      - Tabelle 2.2.1.3.3: Diagnose zur Aufnahme (ICD10) fuer neuro-degenerative Grunderkrankungen
  - 2.2.2 Verlaufsdaten je Vergleichsgruppe und Studienarm
    - 2.2.2.1 Beteiligte Dienste
      - Tabelle 2.2.2.1.1: Dienst
    - 2.2.2.2 Verordnungen
      - Tabelle 2.2.2.2.1: Verordnung
      - Tabelle 2.2.2.2.2: Voll

- Tabelle 2.2.2.2.3: Teil
- Tabelle 2.2.2.2.4: Beratung
- Tabelle 2.2.2.2.5: Koordination
- Tabelle 2.2.2.2.6: Verordnung (Voll / Teil / Beratung / Koordination)
- Tabelle 2.2.2.2.7: Schmerzsymptomatik
- Tabelle 2.2.2.2.8: Urogenitale Symptomatik
- Tabelle 2.2.2.2.9: Respiratorische / kardiale Symptomatik
- Tabelle 2.2.2.2.10: Gastrointestinale Symptomatik
- Tabelle 2.2.2.2.11: Ulzerierende / Exulzerierende Wunden oder Tumore
- Tabelle 2.2.2.2.12: Neurologische / Psychiatrische / Psychische Symptomatik
- Tabelle 2.2.2.2.13: Sonstiges komplexes Symptomgeschehen

#### 2.2.2.3 Behandlungsabschnitte

- Tabelle 2.2.2.3.1: Behandlungsabschnitt Von - Bis
- Tabelle 2.2.2.3.2: ECOG (erster und letzter Wert)
- Tabelle 2.2.2.3.3: Entlassungsgrund
- Tabelle 2.2.2.3.4: Zufriedenheit

#### 2.2.2.4 Kontakte

- Tabelle 2.2.2.4.1: Art
- Tabelle 2.2.2.4.2: Dauer nach Kontakt-Art
- Tabelle 2.2.2.4.3: Gefahrene Kilometer nach Kontakt-Art
- Tabelle 2.2.2.4.4: Arzt nach Kontakt-Art
- Tabelle 2.2.2.4.5: Pflege nach Kontakt-Art
- Tabelle 2.2.2.4.6: Sonstige - Profession nach Kontakt-Art
- Tabelle 2.2.2.4.7: Kontakt zwischen 22:00 - 06:00 nach Kontakt-Art

#### 2.2.3 Daten zum Versorgungsende / Entlassung je Vergleichsgruppe und Studienarm

##### 2.2.3.1 Basisdaten

- Tabelle 2.2.3.1.1: Pflegegrad bei Entlassung
- Tabelle 2.2.3.1.2: Aufenthaltsort bei Entlassung
- Tabelle 2.2.3.1.3: ECOG (letzter Wert)

##### 2.2.3.2 Verordnungen

- Tabelle 2.2.3.2.1: Schmerzsymptomatik
- Tabelle 2.2.3.2.2: Urogenitale Symptomatik
- Tabelle 2.2.3.2.3: Respiratorische / kardiale Symptomatik
- Tabelle 2.2.3.2.4: Gastrointestinale Symptomatik
- Tabelle 2.2.3.2.5: Ulzerierende / Exulzerierende Wunden oder Tumore
- Tabelle 2.2.3.2.6: Neurologische / Psychiatrische / Psychische Symptomatik
- Tabelle 2.2.3.2.7: Sonstiges komplexes Symptomgeschehen

##### 2.2.3.3 Behandlungsabschnitte

- Tabelle 2.2.3.3.1: Behandlungsabschnitt Von - Bis
- Tabelle 2.2.3.3.2: ECOG (letzter Wert)
- Tabelle 2.2.3.3.3: Entlassungsgrund
- Tabelle 2.2.3.3.4: Zufriedenheit

## 2.2.4 Daten zur Aufnahme und zum Versorgungsende / Entlassung je Vergleichsgruppe und Studienarm

### 2.2.4.1 Basisdaten

Tabelle 2.2.4.1.1: Pflegegrad

Tabelle 2.2.4.1.2: Aufenthaltsort

Tabelle 2.2.4.1.3: ECOG

## 2.3 Analysepopulation TES

### 2.3.1 Demographie und Baseline-Daten je Vergleichsgruppe und Studienarm

#### 2.3.1.1 Basisdaten

Tabelle 2.3.1.1.1: Alter

Tabelle 2.3.1.1.2: Geschlecht

Tabelle 2.3.1.1.3: Besiedlungsdichte

Tabelle 2.3.1.1.4: Angehörige/Vertrauensperson

Tabelle 2.3.1.1.5: Patientenverfügung

Tabelle 2.3.1.1.6: Vollmacht

Tabelle 2.3.1.1.7: Betreuungsurkunde

Tabelle 2.3.1.1.8: Pflegegrad bei Aufnahme

Tabelle 2.3.1.1.9: Aufenthaltsort bei Aufnahme

Tabelle 2.3.1.1.10: ECOG (erster Wert)

Tabelle 2.3.1.1.11: Versorgungstage mit aktiver SAPV

Tabelle 2.3.1.1.12: Vertragsart

Tabelle 2.3.1.1.13: Abrechnungsstatus

Tabelle 2.3.1.1.14: Sterbeort

#### 2.3.1.2 Versorgung bei Übernahme

Tabelle 2.3.1.2.1: Versorgung

#### 2.3.1.3 Diagnosen

Tabelle 2.3.1.3.1: Diagnose zur Aufnahme (ICD10)

Tabelle 2.3.1.3.2: Diagnose zur Aufnahme (ICD10) fuer neurologische Grunderkrankungen

Tabelle 2.3.1.3.3: Diagnose zur Aufnahme (ICD10) fuer neuro-degenerative Grunderkrankungen

### 2.3.2 Verlaufsdaten je Vergleichsgruppe und Studienarm

#### 2.3.2.1 Beteiligte Dienste

Tabelle 2.3.2.1.1: Dienst

#### 2.3.2.2 Verordnungen

Tabelle 2.3.2.2.1: Verordnung

Tabelle 2.3.2.2.2: Voll

Tabelle 2.3.2.2.3: Teil

Tabelle 2.3.2.2.4: Beratung

Tabelle 2.3.2.2.5: Koordination

Tabelle 2.3.2.2.6: Verordnung (Voll / Teil / Beratung / Koordination)

Tabelle 2.3.2.2.7: Schmerzsymptomatik

Tabelle 2.3.2.2.8: Urogenitale Symptomatik

Tabelle 2.3.2.2.9: Respiratorische / kardiale Symptomatik

Tabelle 2.3.2.2.10: Gastrointestinale Symptomatik

Tabelle 2.3.2.2.11: Ulzerierende / Exulzerierende Wunden oder Tumore

Tabelle 2.3.2.2.12: Neurologische / Psychiatrische / Psychische Symptomatik

Tabelle 2.3.2.2.13: Sonstiges komplexes Symptomgeschehen

#### 2.3.2.3 Behandlungsabschnitte

Tabelle 2.3.2.3.1: Behandlungsabschnitt Von - Bis

Tabelle 2.3.2.3.2: ECOG (erster und letzter Wert)

Tabelle 2.3.2.3.3: Entlassungsgrund

Tabelle 2.3.2.3.4: Zufriedenheit

#### 2.3.2.4 Kontakte

Tabelle 2.3.2.4.1: Art

Tabelle 2.3.2.4.2: Dauer nach Kontakt-Art

Tabelle 2.3.2.4.3: Gefahrene Kilometer nach Kontakt-Art

Tabelle 2.3.2.4.4: Arzt nach Kontakt-Art

Tabelle 2.3.2.4.5: Pflege nach Kontakt-Art

Tabelle 2.3.2.4.6: Sonstige - Profession nach Kontakt-Art

Tabelle 2.3.2.4.7: Kontakt zwischen 22:00 - 06:00 nach Kontakt-Art

### 2.3.3 Daten zum Versorgungsende / Entlassung je Vergleichsgruppe und Studienarm

#### 2.3.3.1 Basisdaten

Tabelle 2.3.3.1.1: Pflegegrad bei Entlassung

Tabelle 2.3.3.1.2: Aufenthaltsort bei Entlassung

Tabelle 2.3.3.1.3: ECOG (letzter Wert)

#### 2.3.3.2 Verordnungen

Tabelle 2.3.3.2.1: Schmerzsymptomatik

Tabelle 2.3.3.2.2: Urogenitale Symptomatik

Tabelle 2.3.3.2.3: Respiratorische / kardiale Symptomatik

Tabelle 2.3.3.2.4: Gastrointestinale Symptomatik

Tabelle 2.3.3.2.5: Ulzerierende / Exulzerierende Wunden oder Tumore

Tabelle 2.3.3.2.6: Neurologische / Psychiatrische / Psychische Symptomatik

Tabelle 2.3.3.2.7: Sonstiges komplexes Symptomgeschehen

#### 2.3.3.3 Behandlungsabschnitte

Tabelle 2.3.3.3.1: Behandlungsabschnitt Von - Bis

Tabelle 2.3.3.3.2: ECOG (letzter Wert)

Tabelle 2.3.3.3.3: Entlassungsgrund

Tabelle 2.3.3.3.4: Zufriedenheit

### 2.3.4 Daten zur Aufnahme und zum Versorgungsende / Entlassung je Vergleichsgruppe und Studienarm

#### 2.3.4.1 Basisdaten

Tabelle 2.3.4.1.1: Pflegegrad

Tabelle 2.3.4.1.2: Aufenthaltsort

Tabelle 2.3.4.1.3: ECOG

### 3 Demographische und Baseline-Daten

#### 3.1 Patientendaten je Vergleichsgruppe und Studienarm

##### 3.1.1 Soziodemografie (Patient)

Tabelle 3.1.1.1: Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

Tabelle 3.1.1.2: Welcher beruflichen Tätigkeit sind Sie die meiste Zeit nachgegangen?

##### 3.1.2 Soziodemografie (Angehörige)

Tabelle 3.1.2.1: Alter

Tabelle 3.1.2.2: Geschlecht

Tabelle 3.1.2.3: In welcher Verbindung stehen Sie zur Patientin oder zu dem Patienten?

Tabelle 3.1.2.4: Leben Sie im gleichen Haushalt wie die Patientin oder der Patient?

Tabelle 3.1.2.5: Inwiefern sind Sie in die Pflege der Patientin oder des Patienten involviert?

Tabelle 3.1.2.6: Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

Tabelle 3.1.2.7: Welcher beruflichen Tätigkeit sind Sie die meiste Zeit nachgegangen?

Tabelle 3.1.2.8: Was ist der höchste Bildungsabschluss der Ihnen nahestehenden Person?

Tabelle 3.1.2.9: Welcher beruflichen Tätigkeit ist die Ihnen nahestehende Person die meiste Zeit nachgegangen?

#### 3.2 Teamdaten je Vergleichsgruppe

##### 3.2.1 Soziodemografie (Ärzte/Ärztinnen)

Tabelle 3.2.1.1: Alter

Tabelle 3.2.1.2: Geschlecht

Tabelle 3.2.1.3: In welchem Jahr haben Sie Ihr Studium abgeschlossen?

Tabelle 3.2.1.4: Bitte geben Sie an in welchem Bereich/welchen Bereichen und in welchem Jahr Sie eine Facharztausbildung/en abgeschlossen haben

Tabelle 3.2.1.5: Haben Sie Ihre Weiterbildung im Bereich Palliativmedizin abgeschlossen?

Tabelle 3.2.1.6: In welchem Jahr haben Sie Ihre Weiterbildung im Bereich Palliativmedizin abgeschlossen?

Tabelle 3.2.1.7: Bitte geben Sie an, ob Sie inzwischen eine/weitere Facharztausbildung/en abgeschlossen haben, und wenn ja, in welchem Jahr

Tabelle 3.2.1.8: Haben Sie inzwischen Ihre Weiterbildung im Bereich Palliativmedizin abgeschlossen?

Tabelle 3.2.1.9: In welchem Jahr haben Sie Ihre Weiterbildung im Bereich Palliativmedizin abgeschlossen?

##### 3.2.2 Soziodemografie (Pfleger/Pflegerinnen)

Tabelle 3.2.2.1: Alter

Tabelle 3.2.2.2: Geschlecht

Tabelle 3.2.2.3: Wie ist die genaue Bezeichnung Ihres Berufsabschlusses? Und in welchem Jahr haben Sie Ihre Ausbildung abgeschlossen?

Tabelle 3.2.2.4: Haben Sie Ihre Weiterbildung im Bereich Palliativmedizin abgeschlossen?

Tabelle 3.2.2.5: In welchem Jahr haben Sie Ihre Weiterbildung im Bereich Palliativmedizin abgeschlossen?

### 3.2.3 Soziodemografie (Team)

Tabelle 3.2.3.1: Wie viele Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen arbeiten in Ihrem Team der Palliativversorgung (Hospiz- oder SAPV)?

Tabelle 3.2.3.2: Anzahl Personen: Ärzte und Ärztinnen

Tabelle 3.2.3.3: Anzahl Personen: Pflegende

Tabelle 3.2.3.4: Anzahl Personen: Physiotherapie

Tabelle 3.2.3.5: Anzahl Personen: Ergotherapie

Tabelle 3.2.3.6: Anzahl Personen: Musiktherapie

Tabelle 3.2.3.7: Anzahl Personen: Kunsttherapie

Tabelle 3.2.3.8: Anzahl Personen: Soziale Arbeit

Tabelle 3.2.3.9: Anzahl Personen: Seelsorge

Tabelle 3.2.3.10: Anzahl Personen: Ehrenamtliche/Freiwillige

Tabelle 3.2.3.11: Anzahl Personen: weitere

Tabelle 3.2.3.12: Wie lange arbeiten Sie schon in Ihrem Hospiz- oder SAPV-Team?

Tabelle 3.2.3.13: Wann wurde Ihr Hospiz- oder SAPV-Team gegründet?

Tabelle 3.2.3.14: Ist die Teamzusammensetzung (Anzahl und Berufsgruppen) über die Zeit relativ konstant?

### 3.2.4 Soziodemografie (Konsiliarien)

Tabelle 3.2.4.1: Alter

Tabelle 3.2.4.2: Geschlecht

Tabelle 3.2.4.3: In welchem Jahr haben Sie Ihr Studium abgeschlossen?

Tabelle 3.2.4.4: Bitte geben Sie an in welchem Bereich/welchen Bereichen und in welchem Jahr Sie eine Facharztausbildung/en abgeschlossen haben

Tabelle 3.2.4.5: Haben Sie Ihre Weiterbildung im Bereich Palliativmedizin abgeschlossen?

Tabelle 3.2.4.6: In welchem Jahr haben Sie Ihre Weiterbildung im Bereich Palliativmedizin abgeschlossen?

Tabelle 3.2.4.7: Wie lange bieten Sie schon Telekonsile für neurologische Fragestellungen an?

Tabelle 3.2.4.8: Bitte geben Sie an, ob Sie inzwischen eine/weitere Facharztausbildung/en abgeschlossen haben und in welchem Jahr

Tabelle 3.2.4.9: Haben Sie inzwischen Ihre Weiterbildung im Bereich Palliativmedizin abgeschlossen?

Tabelle 3.2.4.10: In welchem Jahr haben Sie Ihre Weiterbildung im Bereich Palliativmedizin abgeschlossen?

## 4 Primärer Endpunkt (ES)

### 4.1 iPOS (Arzt)

Tabelle 4.1.1: Deskriptive Statistiken - iPOS (Arzt)

Tabelle 4.1.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung - iPOS (Arzt)

Tabelle 4.1.3: Statistische Analyse der Intervention für iPOS (Arzt)

Tabelle 4.1.4: Sensitivitätsanalyse iPOS (Arzt) inkl. verzögerter IG

Tabelle 4.1.5: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG



Tabelle 4.1.6: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG

Tabelle 4.1.7: Altersadjustierte statistische Analyse der Intervention

Tabelle 4.1.8: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG

Tabelle 4.1.9: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG

Tabelle 4.1.10: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG

#### 4.2 iPOS (Patient)

Tabelle 4.2.1: Deskriptive Statistiken - iPOS (Patient)

Tabelle 4.2.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung - iPOS (Patient)

#### 4.3 iPOS (Angehörige)

Tabelle 4.3.1: Deskriptive Statistiken - iPOS (Angehörige)

Tabelle 4.3.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung - iPOS (Angehörige)

### 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

#### 5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Arzt)

Tabelle 5.1.2: Einzelitems - iPOS (Patient)

Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Angehörige)

#### 5.2 IPOS Subscales (Arzt)

##### 5.2.1 IPOS Subscale: Körperliche Symptome

Tabelle 5.2.1.1: Deskriptive Statistiken - IPOS Subscale: Körperliche Symptome

Tabelle 5.2.1.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung

Tabelle 5.2.1.3: Statistische Analyse der Intervention

Tabelle 5.2.1.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG

Tabelle 5.2.1.5: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG

Tabelle 5.2.1.6: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG

Tabelle 5.2.1.7: Altersadjustierte statistische Analyse der Intervention

Tabelle 5.2.1.8: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG

Tabelle 5.2.1.9: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG

Tabelle 5.2.1.10: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG

##### 5.2.2 IPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome

Tabelle 5.2.2.1: Deskriptive Statistiken - IPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome

Tabelle 5.2.2.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung

Tabelle 5.2.2.3: Statistische Analyse der Intervention

Tabelle 5.2.2.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG

Tabelle 5.2.2.5: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG

Tabelle 5.2.2.6: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG

Tabelle 5.2.2.7: Altersadjustierte statistische Analyse der Intervention

Tabelle 5.2.2.8: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG

Tabelle 5.2.2.9: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG

Tabelle 5.2.2.10: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG

#### 5.2.3 IPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme

Tabelle 5.2.3.1: Deskriptive Statistiken - IPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme

Tabelle 5.2.3.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung

Tabelle 5.2.3.3: Statistische Analyse der Intervention

Tabelle 5.2.3.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG

Tabelle 5.2.3.5: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG

Tabelle 5.2.3.6: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG

Tabelle 5.2.3.7: Altersadjustierte statistische Analyse der Intervention

Tabelle 5.2.3.8: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG

Tabelle 5.2.3.9: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG

Tabelle 5.2.3.10: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG

#### 5.3 IPOS Subscales (Patient)

##### 5.3.1 IPOS Subscale: Körperliche Symptome

Tabelle 5.3.1.1: Deskriptive Statistiken - IPOS Subscale: Körperliche Symptome

Tabelle 5.3.1.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung

##### 5.3.2 IPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome

Tabelle 5.3.2.1: Deskriptive Statistiken - IPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome

Tabelle 5.3.2.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung

##### 5.3.3 IPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme

Tabelle 5.3.3.1: Deskriptive Statistiken - IPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme

Tabelle 5.3.3.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung

#### 5.4 IPOS Subscales (Angehörige)

##### 5.4.1 IPOS Subscale: Körperliche Symptome

Tabelle 5.4.1.1: Deskriptive Statistiken - IPOS Subscale: Körperliche Symptome

Tabelle 5.4.1.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung

##### 5.4.2 IPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome

Tabelle 5.4.2.1: Deskriptive Statistiken - IPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome

Tabelle 5.4.2.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung

##### 5.4.3 IPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme

Tabelle 5.4.3.1: Deskriptive Statistiken - IPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme

Tabelle 5.4.3.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung

#### 5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)

##### 5.5.1 Quality of Life

Tabelle 5.5.1.1: Deskriptive Statistiken - Quality of Life

Tabelle 5.5.1.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung

Tabelle 5.5.1.3: Statistische Analyse der Intervention

Tabelle 5.5.1.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG

Tabelle 5.5.1.5: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG

Tabelle 5.5.1.6: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG

Tabelle 5.5.1.7: Altersadjustierte statistische Analyse der Intervention

Tabelle 5.5.1.8: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG

Tabelle 5.5.1.9: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG

Tabelle 5.5.1.10: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG

#### 5.5.2 Gesundheit

Tabelle 5.5.2.1: Deskriptive Statistiken - Gesundheitszustand

Tabelle 5.5.2.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung

Tabelle 5.5.2.3: Statistische Analyse der Intervention

Tabelle 5.5.2.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG

Tabelle 5.5.2.5: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG

Tabelle 5.5.2.6: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG

Tabelle 5.5.2.7: Altersadjustierte statistische Analyse der Intervention

Tabelle 5.5.2.8: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG

Tabelle 5.5.2.9: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG

Tabelle 5.5.2.10: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG

#### 5.6 McGill Quality of Life (Patient)

##### 5.6.1 Einzelitems - McGill Quality of Life

Tabelle 5.6.1.1: Einzelitems - McGill Quality of Life

##### 5.6.2 McGill Physical Subscale

Tabelle 5.6.2.1: Deskriptive Statistiken - McGill Physical Subscale

Tabelle 5.6.2.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung

Tabelle 5.6.2.3: Statistische Analyse der Intervention

Tabelle 5.6.2.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG

Tabelle 5.6.2.5: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG

Tabelle 5.6.2.6: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG

Tabelle 5.6.2.7: Altersadjustierte statistische Analyse der Intervention

Tabelle 5.6.2.8: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG

Tabelle 5.6.2.9: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG

Tabelle 5.6.2.10: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG

##### 5.6.3 McGill Psychological Subscale

Tabelle 5.6.3.1: Deskriptive Statistiken - McGill Psychological Subscale

Tabelle 5.6.3.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung

Tabelle 5.6.3.3: Statistische Analyse der Intervention

Tabelle 5.6.3.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG

Tabelle 5.6.3.5: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG

Tabelle 5.6.3.6: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG

Tabelle 5.6.3.7: Altersadjustierte statistische Analyse der Intervention

Tabelle 5.6.3.8: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG

Tabelle 5.6.3.9: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG

Tabelle 5.6.3.10: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG

#### 5.6.4 McGill Existential Subscale

Tabelle 5.6.4.1: Deskriptive Statistiken - McGill Existential Subscale

Tabelle 5.6.4.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung

Tabelle 5.6.4.3: Statistische Analyse der Intervention

Tabelle 5.6.4.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG

Tabelle 5.6.4.5: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG

Tabelle 5.6.4.6: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG

Tabelle 5.6.4.7: Altersadjustierte statistische Analyse der Intervention

Tabelle 5.6.4.8: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG

Tabelle 5.6.4.9: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG

Tabelle 5.6.4.10: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG

#### 5.6.5 McGill Social Subscale

Tabelle 5.6.5.1: Deskriptive Statistiken - McGill Social Subscale

Tabelle 5.6.5.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung

Tabelle 5.6.5.3: Statistische Analyse der Intervention

Tabelle 5.6.5.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG

Tabelle 5.6.5.5: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG

Tabelle 5.6.5.6: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG

Tabelle 5.6.5.7: Altersadjustierte statistische Analyse der Intervention

Tabelle 5.6.5.8: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG

Tabelle 5.6.5.9: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG

Tabelle 5.6.5.10: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG

#### 5.6.6 McGill Quality of Life Total Score

Tabelle 5.6.6.1: Deskriptive Statistiken - McGill Quality of Life Total Score

Tabelle 5.6.6.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung

Tabelle 5.6.6.3: Statistische Analyse der Intervention

Tabelle 5.6.6.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG

Tabelle 5.6.6.5: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG

Tabelle 5.6.6.6: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG

Tabelle 5.6.6.7: Altersadjustierte statistische Analyse der Intervention

Tabelle 5.6.6.8: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse Score inkl. verzögerter IG

Tabelle 5.6.6.9: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG

Tabelle 5.6.6.10: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG

## 5.7 Zufriedenheit

### 5.7.1 Einzelitems - Versorgungs- und Beratungszufriedenheit (Patient)

Tabelle 5.7.1.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit

Tabelle 5.7.1.2: Einzelitems - Beratungszufriedenheit

### 5.7.2 Gesundheitszustand des Patienten (Patient)

Tabelle 5.7.2.1: Wie geht es Ihnen insgesamt seit Sie wegen dieses Problems Kontakt zu den Ärzten und Ärztinnen hatten?

Tabelle 5.7.2.2: Statistische Analyse der Intervention

Tabelle 5.7.2.3: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG

Tabelle 5.7.2.4: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG

Tabelle 5.7.2.5: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG

Tabelle 5.7.2.6: Altersadjustierte statistische Analyse der Intervention

Tabelle 5.7.2.7: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG

Tabelle 5.7.2.8: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG

Tabelle 5.7.2.9: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG

### 5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Arzt)

Tabelle 5.7.3.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit

Tabelle 5.7.3.2: Einzelitems - Palliativversorgung

Tabelle 5.7.3.3: Einzelitems - Konsilzufriedenheit

### 5.7.4 Gesundheitszustand des Patienten (Arzt)

Tabelle 5.7.4.1: Wie geht es dem Patienten oder der Patientin insgesamt im Vergleich zu der Situation vor dem Arztkontakt wegen des neurologischen Problems?

Tabelle 5.7.4.2: Statistische Analyse der Intervention

Tabelle 5.7.4.3: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG

Tabelle 5.7.4.4: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG

Tabelle 5.7.4.5: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG

Tabelle 5.7.4.6: Altersadjustierte statistische Analyse der Intervention

Tabelle 5.7.4.7: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG

Tabelle 5.7.4.8: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG

Tabelle 5.7.4.9: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG

### 5.7.5 Einzelitems - Zufriedenheit mit der Organisation des Konsils und der Versorgung (Konsiliarier)

Tabelle 5.7.5.1: Einzelitems - Zufriedenheit mit der Organisation des Konsils und der Versorgung

### 5.7.6 Einzelitems - Zufriedenheit mit dem Telemedizinssystem (Konsiliarier)

Tabelle 5.7.6.1: Einzelitems - Zufriedenheit mit dem Telemedizinssystem

### 5.7.7 Einzelitems - Versorgungs- und Beratungszufriedenheit (Angehörige)

Tabelle 5.7.7.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit

Tabelle 5.7.7.2: Einzelitems - Beratungszufriedenheit

### 5.7.8 Zufriedenheit mit der Behandlung des neurologischen Problems (Angehörige)

Tabelle 5.7.8.1: Zufriedenheit mit der Behandlung des neurologischen Problems

Tabelle 5.7.8.2: Statistische Analyse der Intervention

Tabelle 5.7.8.3: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG

Tabelle 5.7.8.4: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG

Tabelle 5.7.8.5: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG

Tabelle 5.7.8.6: Altersadjustierte statistische Analyse der Intervention

Tabelle 5.7.8.7: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG

Tabelle 5.7.8.8: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG

Tabelle 5.7.8.9: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG

## 6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)

### 6.1 ECOG (Arzt)

Tabelle 6.1.1: Deskriptive Statistiken - ECOG

Tabelle 6.1.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung

Tabelle 6.1.3: Statistische Analyse der Intervention

Tabelle 6.1.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG

Tabelle 6.1.5: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG

Tabelle 6.1.6: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG

Tabelle 6.1.7: Altersadjustierte statistische Analyse der Intervention

Tabelle 6.1.8: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG

Tabelle 6.1.9: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG

Tabelle 6.1.10: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG

### 6.2 Weitere Angaben

Tabelle 6.2.1: Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt?

### 6.3 Neurosymptome (Konsilbüro)

#### 6.3.1 Allgemeine Fragen

Tabelle 6.3.1.1: Was sind der Grund und die Fragestellung für das Konsil?

Tabelle 6.3.1.2: Was sind der Grund für die Kontaktaufnahme und die Fragestellung der Ärzte und Ärztinnen?

Tabelle 6.3.1.3: Wie überrascht wären die Ärztin oder der Arzt, falls die Patientin oder der Patient innerhalb der nächsten vier Wochen versterben würde?

#### 6.3.2 Welche Symptome hat der Patient?

Tabelle 6.3.2.1: Symptombeschreibung durch Arzt/Ärztin

Tabelle 6.3.2.2: Symptom gemäß Neuro-iPOS (falls zuordenbar)

Tabelle 6.3.2.3: Ungefährer Beginn

Tabelle 6.3.2.4: Verlauf

Tabelle 6.3.2.5: Ausprägung

### 6.4 Palliativverlauf (Konsilbüro)

#### 6.4.1 Allgemeine Fragen

Tabelle 6.4.1.1: Was ist die Versorgungsform des Patienten?

Tabelle 6.4.1.2: Bitte geben Sie das Krankheitsstadium des Patienten an

#### 6.4.2 Diagnosen

Tabelle 6.4.2.1: Bitte nennen Sie alle zusätzlichen relevanten Diagnosen (die bisher nicht in dem technischen Dokumentationssystem sind)

#### 6.4.3 Medikamente

Tabelle 6.4.3.1: Bitte nennen Sie alle Medikamente, die der Patient erhält

#### 6.4.4 Welche besonderen Maßnahmen erhält der Patient?

Tabelle 6.4.4.1: Zentralvenöser Zugang

Tabelle 6.4.4.2: Port

Tabelle 6.4.4.3: Medikamentenpumpe

Tabelle 6.4.4.4: PEG

Tabelle 6.4.4.5: Trachealkanüle

Tabelle 6.4.4.6: Beatmung nicht invasiv

Tabelle 6.4.4.7: Palliative Chirurgie / Operationen

Tabelle 6.4.4.8: Palliative Chemotherapie

Tabelle 6.4.4.9: Palliative Radiatio / Strahlentherapie

Tabelle 6.4.4.10: Palliative Wundversorgung (bei Wunden, Dekubitus)

Tabelle 6.4.4.11: Andere

#### 6.5 Neuroverlauf (Konsilbüro)

##### 6.5.1 Welche Symptome hat der Patient?

Tabelle 6.5.1.1: Symptombeschreibung durch Arzt/Ärztin

Tabelle 6.5.1.2: Symptom gemäß Neuro-iPOS (falls zuordenbar)

Tabelle 6.5.1.3: Ungefährer Beginn

Tabelle 6.5.1.4: Verlauf

Tabelle 6.5.1.5: Ausprägung

##### 6.5.2 Diagnosen

Tabelle 6.5.2.1: Gab es seit dem letzten Telefonat bearbeitete und gegebenenfalls neue Diagnosen mit Bezug zu Neurologie, Psychiatrie, Nervenheilkunde (mit ICD/DSM-Klassifikation)

Tabelle 6.5.2.2: Nennen Sie bitte alle seit unserem letzten Telefonat bearbeiteten und gegebenenfalls neuen Diagnosen mit Bezug zu Neurologie, Psychiatrie, Nervenheilkunde (mit ICD/DSM-Klassifikation)

##### 6.5.3 Wie war der allgemeine Verlauf?

Tabelle 6.5.3.1: Krankenhauseinweisung

Tabelle 6.5.3.2: Tod

Tabelle 6.5.3.3: Änderung der Palliativ-Versorgungsform

Tabelle 6.5.3.4: Änderung der oralen Medikation - neue Medikamente beginnen

Tabelle 6.5.3.5: Änderung der oralen Medikation - bisherige Medikamente in der Dosierung verändern

Tabelle 6.5.3.6: Änderung der nicht-oralen Medikation - neue Medikamente beginnen

Tabelle 6.5.3.7: Änderung der nicht-oralen Medikation - bisherige Medikamente in der Dosierung verändern

### Tabelle 6.5.3.8: Änderung von nichtpharmakologischen Maßnahmen

#### 6.5.4 Zustand des Patienten

Tabelle 6.5.4.1: Der Zustand des Patienten hat sich im Hinblick speziell auf die neurologischen Symptome in der Zwischenzeit wie folgt verändert

Tabelle 6.5.4.2: Der Zustand des Patienten hat sich in der Zwischenzeit allgemein wie folgt verändert

#### 6.5.5 Neu verordnete Medikationen beziehungsweise alle Medikationsänderungen

Tabelle 6.5.5.1: Wurden seit dem letzten Telefonat neue Medikationen verordnet bzw. gab es Medikationsänderungen?

Tabelle 6.5.5.2: Neu verordnete Medikationen beziehungsweise alle Medikationsänderungen

#### 6.5.6 Wurden eigentlich vorstellbare Maßnahmen nicht ausgeführt?

Tabelle 6.5.6.1: Wurden eigentlich vorstellbare Maßnahmen nicht ausgeführt?

#### 6.5.7 Weitere Angaben

Tabelle 6.5.7.1: Ist Ihrer Einschätzung nach eine weitere Befragung zu einem späteren Zeitpunkt nötig, um die Ergebnisse Ihrer Behandlung abschließend zu beurteilen?

Tabelle 6.5.7.2: Wie überrascht wären Sie (als Ärztin oder Arzt), falls die Patientin oder der Patient innerhalb der nächsten vier Wochen versterben würde?

### 6.6 Pflegesituation (Angehörige)

Tabelle 6.6.1: Wie haben Sie die Pflege der Ihnen nahestehenden Person in den letzten zwei Tagen wahrgenommen?

Tabelle 6.6.2: Wie haben Sie die Pflege der Ihnen nahestehenden Person in der letzten Woche wahrgenommen?

### 6.7 Konsiläquivalent (Konsilbüro)

Tabelle 6.7.1: Was hätten die Ärztinnen/Ärzte unternommen, um das neurologische Problem zu behandeln, wenn kein Telekonsil möglich gewesen wäre?

Tabelle 6.7.2: Was haben die Ärztinnen/Ärzte unternommen, um das neurologische Problem zu behandeln?

Tabelle 6.7.3: Was haben die Ärztinnen/Ärzte seit der letzten Befragung unternommen, um das neurologische Problem zu behandeln?

### 6.8 Fragebogenbeantwortung

#### 6.8.1 Konsilbüro

Tabelle 6.8.1.1: Organisatorische Angaben

Tabelle 6.8.1.2: Screening Fragen zur Kommunikationsfähigkeit und zum Unterstützungsbedarf

#### 6.8.2 Konsiliarien

Tabelle 6.8.2.1: Organisatorische Angaben

#### 6.8.3 Patient

Tabelle 6.8.3.1: Fragebogen ausgefüllt, geplant (Patient)

Tabelle 6.8.3.2: Fragebogen ausgefüllt, tatsächlich (Patient)

### 6.9 Telemedizinzufriedenheit (SUS - System Usability Scale) (Arzt)

#### 6.9.1 SUS - System Usability Scale

Tabelle 6.9.1.1: Einzelitemns - SUS (System Usability Scale)

Tabelle 6.9.1.2: Deskriptive Statistiken - Total Score SUS (System Usability Scale)

Tabelle 6.9.1.3: Grading SUS (System Usability Scale)



## 6.10 Zeitbedarf

### 6.10.1 Zeitbedarf (Arzt)

#### 6.10.1.1 Geschätzte Zeitbedarf

Tabelle 6.10.1.1.1: Deskriptive Statistiken - Was glauben Sie, wieviel Zeit Sie für die Vorbereitung des Konsils insgesamt benötigen werden?

Tabelle 6.10.1.1.2: Deskriptive Statistiken - Was glauben Sie, wie lange das Telekonsil, also das Gespräch per Video, dauern wird?

Tabelle 6.10.1.1.3: Deskriptive Statistiken - Was glauben Sie, wieviel Zeit Sie für die Nachbereitung des Konsils insgesamt benötigen werden?

#### 6.10.1.2 Tatsächliche Zeitbedarf

Tabelle 6.10.1.2.1: Deskriptive Statistiken - Wieviel Zeit haben Sie für die Vorbereitung des Konsils insgesamt benötigt?

Tabelle 6.10.1.2.2: Deskriptive Statistiken - Wie lange hat das Telekonsil, also das Gespräch per Video, tatsächlich gedauert?

Tabelle 6.10.1.2.3: Deskriptive Statistiken - Wieviel Zeit haben Sie für die Nachbereitung des Konsils insgesamt benötigt?

### 6.10.2 Zeitbedarf (Konsiliaren)

#### 6.10.2.1 Geschätzte Zeitbedarf

Tabelle 6.10.2.1.1: Deskriptive Statistiken - Was glauben Sie, wieviel Zeit Sie für die Vorbereitung des Konsils insgesamt benötigen werden?

Tabelle 6.10.2.1.2: Deskriptive Statistiken - Was glauben Sie, wie lange das Telekonsil, also das Gespräch per Video, dauern wird?

Tabelle 6.10.2.1.3: Deskriptive Statistiken - Was glauben Sie, wieviel Zeit Sie für die Nachbereitung des Konsils insgesamt benötigen werden?

#### 6.10.2.2 Tatsächliche Zeitbedarf

Tabelle 6.10.2.2.1: Deskriptive Statistiken - Wieviel Zeit haben Sie für die Vorbereitung des Konsils insgesamt benötigt?

Tabelle 6.10.2.2.2: Deskriptive Statistiken - Wie lange hat das Telekonsil, also das Gespräch per Video, tatsächlich gedauert?

Tabelle 6.10.2.2.3: Deskriptive Statistiken - Wieviel Zeit haben Sie für die Nachbereitung des Konsils insgesamt benötigt?

#### 6.10.2.3 Weitere Angaben zum Zeitbedarf

Tabelle 6.10.2.3.1: Weitere Angaben zum Zeitbedarf

### 6.11 Neurobeurteilung (Konsiliaren)

#### 6.11.1 Allgemeine Fragen

Tabelle 6.11.1.1: Was sind der Grund und die Fragestellung für das Konsil?

#### 6.11.2 Welche Symptome hat der Patient?

Tabelle 6.11.2.1: Symptombeschreibung durch Arzt/Ärztin

Tabelle 6.11.2.2: Symptom gemäß Neuro-iPOS (falls zuordenbar)

Tabelle 6.11.2.3: Ungefährer Beginn

Tabelle 6.11.2.4: Verlauf

Tabelle 6.11.2.5: Ausprägung

#### 6.11.3 Diagnosen

Tabelle 6.11.3.1: Nennen Sie bitte alle im Konsil bearbeiteten und gegebenenfalls neuen Diagnosen mit Bezug zu Neurologie, Psychiatrie, Nervenheilkunde (mit ICD/DSM-Klassifikation)

#### 6.11.4 Medikationen

Tabelle 6.11.4.1: Bitte nennen Sie alle im Konsil empfohlenen Medikationen beziehungsweise ihre Änderungen

#### 6.11.5 Weitere Angaben

Tabelle 6.11.5.1: Welche Empfehlungen folgen aus dem Konsil?

Tabelle 6.11.5.2: Wie überrascht wären Sie (als Ärztin oder Arzt), falls die Patientin oder der Patient innerhalb der nächsten vier Wochen versterben würde?

#### 6.12 Konsilorganisation

##### 6.12.1 Konsilorganisation (Arzt)

Tabelle 6.12.1.1: Zufriedenheit mit der Organisation des Konsils

##### 6.12.2 Konsilorganisation (Konsiliarien)

Tabelle 6.12.2.1: Gab es technische Probleme?

Tabelle 6.12.2.2: Wie wurde die Videokonferenz hergestellt?

#### 6.13 Vergleich Symptome

##### 6.13.1 Konsiliarien t1 / Konsilbüro tV

Tabelle 6.13.1.1: Symptome Konsiliarien t1 / Konsilbüro tV

### **7 Weitere Teambezogene Analysen je Vergleichsgruppe**

#### 7.1 Teamarbeit (Arzt)

Tabelle 7.1.1: Einzelitems - Erfassung der Teamarbeit in Ihrem Hospiz oder SAPV-Team

Tabelle 7.1.2: Deskriptive Statistiken - Team Skala (TS-6)

Tabelle 7.1.3: Einzelitems - Einstellung zu Teamarbeit in der Gesundheitsversorgung

#### 7.2 Technikbereitschaft

##### 7.2.1 Technikbereitschaft (Arzt)

###### 7.2.1.1 Einzelitems - Technikbereitschaft

Tabelle 7.2.1.1.1: Einzelitems - Technikbereitschaft

###### 7.2.1.2 Technikakzeptanz Subscale

Tabelle 7.2.1.2.1: Deskriptive Statistiken - Technikakzeptanz Subscale

###### 7.2.1.3 Technikkompetenzüberzeugungen Subscale

Tabelle 7.2.1.3.1: Deskriptive Statistiken - Technikkompetenzüberzeugungen Subscale

###### 7.2.1.4 Technikkontrollüberzeugungen Subscale

Tabelle 7.2.1.4.1: Deskriptive Statistiken - Technikkontrollüberzeugungen Subscale

###### 7.2.1.5 Technikbereitschaft Total Score

Tabelle 7.2.1.5.1: Deskriptive Statistiken - Technikbereitschaft Total Score

###### 7.2.1.6 Technikakzeptanz Subscale (Summe)

Tabelle 7.2.1.6.1: Deskriptive Statistiken - Technikakzeptanz Subscale (Summe)

###### 7.2.1.7 Technikkompetenzüberzeugungen Subscale (Summe)

Tabelle 7.2.1.7.1: Deskriptive Statistiken - Technikkompetenzüberzeugungen Subscale (Summe)

###### 7.2.1.8 Technikkontrollüberzeugungen Subscale (Summe)

Tabelle 7.2.1.8.1: Deskriptive Statistiken - Technikkontrollüberzeugungen Subscale (Summe)

- 7.2.1.9 Technikbereitschaft Total Score (Summe)
  - Tabelle 7.2.1.9.1: Deskriptive Statistiken - Technikbereitschaft Total Score (Summe)
- 7.2.2 Technikbereitschaft (Konsiliarien)
  - 7.2.2.1 Einzelitems - Technikbereitschaft
    - Tabelle 7.2.2.1.1: Einzelitems - Technikbereitschaft
  - 7.2.2.2 Technikakzeptanz Subscale
    - Tabelle 7.2.2.2.1: Deskriptive Statistiken - Technikakzeptanz Subscale
  - 7.2.2.3 Technikkompetenzüberzeugungen Subscale
    - Tabelle 7.2.2.3.1: Deskriptive Statistiken - Technikkompetenzüberzeugungen Subscale
  - 7.2.2.4 Technikkontrollüberzeugungen Subscale
    - Tabelle 7.2.2.4.1: Deskriptive Statistiken - Technikkontrollüberzeugungen Subscale
  - 7.2.2.5 Technikbereitschaft Total Score
    - Tabelle 7.2.2.5.1: Deskriptive Statistiken - Technikbereitschaft Total Score
  - 7.2.2.6 Technikakzeptanz Subscale (Summe)
    - Tabelle 7.2.2.6.1: Deskriptive Statistiken - Technikakzeptanz Subscale (Summe)
  - 7.2.2.7 Technikkompetenzüberzeugungen Subscale (Summe)
    - Tabelle 7.2.2.7.1: Deskriptive Statistiken - Technikkompetenzüberzeugungen Subscale (Summe)
  - 7.2.2.8 Technikkontrollüberzeugungen Subscale (Summe)
    - Tabelle 7.2.2.8.1: Deskriptive Statistiken - Technikkontrollüberzeugungen Subscale (Summe)
  - 7.2.2.9 Technikbereitschaft Total Score (Summe)
    - Tabelle 7.2.2.9.1: Deskriptive Statistiken - Technikbereitschaft Total Score (Summe)
- 7.3 Telemedizinzufriedenheit (SUS - System Usability Scale)
  - 7.3.1 SUS - System Usability Scale (Konsiliarien)
    - Tabelle 7.3.1.1: Einzelitemns - SUS (System Usability Scale)
    - Tabelle 7.3.1.2: Deskriptive Statistiken - Total Score SUS (System Usability Scale)
    - Tabelle 7.3.1.3: Grading SUS (System Usability Scale)
- 7.4 Telemedizinzufriedenheit (CSUQ - Computer System Usability Questionnaire) (Konsiliarien)
  - 7.4.1 Einzelitemns - CSUQ (Computer System Usability Questionnaire)
    - Tabelle 7.4.1.1: Einzelitemns - CSUQ (Computer System Usability Questionnaire)
  - 7.4.2 Total Score CSUQ (Computer System Usability Questionnaire)
    - Tabelle 7.4.2.1: Deskriptive Statistiken - Total Score CSUQ (Computer System Usability Questionnaire)
  - 7.4.3 Subscale System Usefulness
    - Tabelle 7.4.3.1: Deskriptive Statistiken - Subscale System Usefulness
  - 7.4.4 Subscale Information Quality
    - Tabelle 7.4.4.1: Deskriptive Statistiken - Subscale Information Quality
  - 7.4.5 Subscale Interface Quality
    - Tabelle 7.4.5.1: Deskriptive Statistiken - Subscale Interface Quality
- 7.5 Technik-Kurzfragebogen
  - Tabelle 7.5.1: Wie beurteilen Sie die Videoqualität?

Tabelle 7.5.2: Wie beurteilen Sie die Audioqualität?

Tabelle 7.5.3: Wie lange dauerte das Telekonsil?

## **8 Subgruppenanalyse je Vergleichsgruppe und Studienarm - interviewte Patienten**

8.1 Einzelitems - Versorgungs- und Beratungszufriedenheit (Patient)

Tabelle 8.1.1: Versorgungszufriedenheit

Tabelle 8.1.2: Beratungszufriedenheit

## **9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm**

9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose

9.1.1 Demographie und Baseline-Daten je Vergleichsgruppe

Tabelle 9.1.1.1: Alter

Tabelle 9.1.1.2: Geschlecht

Tabelle 9.1.1.3: Symptom

Tabelle 9.1.1.4: Karnofsky

Tabelle 9.1.1.5: Entlassungsgrund

9.1.2 iPOS

Tabelle 9.1.2.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung - iPOS (Arzt)

Tabelle 9.1.2.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung - iPOS (Patient)

Tabelle 9.1.2.3: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung - iPOS (Angehörige)

9.1.3 IPOS Subscales

9.1.3.1 IPOS Subscale: Körperliche Symptome

Tabelle 9.1.3.1.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Arzt)

Tabelle 9.1.3.1.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Patient)

Tabelle 9.1.3.1.3: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Angehörige)

9.1.3.2 IPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome

Tabelle 9.1.3.2.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Arzt)

Tabelle 9.1.3.2.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Patient)

Tabelle 9.1.3.2.3: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Angehörige)

9.1.3.3 IPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme

Tabelle 9.1.3.3.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Arzt)

Tabelle 9.1.3.3.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Patient)

Tabelle 9.1.3.3.3: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Angehörige)

9.1.4 Quality of Life / Gesundheit (Patient)

9.1.4.1 Quality of Life

Tabelle 9.1.4.1.1: Deskriptive Statistiken - Quality of Life

Tabelle 9.1.4.1.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung

9.1.4.2 Gesundheit

Tabelle 9.1.4.2.1: Deskriptive Statistiken - Gesundheitszustand

Tabelle 9.1.4.2.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung

#### 9.1.5 McGill Quality of Life (Patient)

##### 9.1.5.1 McGill Quality of Life Total Score

Tabelle 9.1.5.1.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung

#### 9.1.6 Gesundheitszustand des Patienten

Tabelle 9.1.6.1: Wie geht es Ihnen insgesamt seit Sie wegen dieses Problems Kontakt zu den Ärzten und Ärztinnen hatten? (Patient)

Tabelle 9.1.6.2: Wie geht es dem Patienten oder der Patientin insgesamt im Vergleich zu der Situation vor dem Arztkontakt wegen des neurologischen Problems? (Arzt)

#### 9.1.7 Zufriedenheit mit der Behandlung des neurologischen Problems (Angehörige)

Tabelle 9.1.7.1: Zufriedenheit mit der Behandlung des neurologischen Problems

#### 9.1.8 Neuroverlauf (Konsilbüro)

##### 9.1.8.1 Welche Symptome hat der Patient?

Tabelle 9.1.8.1.1: Ungefährer Beginn

#### 9.1.9 Pflegesituation (Angehörige)

Tabelle 9.1.9.1: Wie haben Sie die Pflege der Ihnen nahestehenden Person in den letzten zwei Tagen wahrgenommen?

Tabelle 9.1.9.2: Wie haben Sie die Pflege der Ihnen nahestehenden Person in der letzten Woche wahrgenommen?

#### 9.1.10 Tatsächlicher Zeitbedarf (Konsiliarien)

Tabelle 9.1.10.1: Deskriptive Statistiken - Wieviel Zeit haben Sie für die Vorbereitung des Konsils insgesamt benötigt?

Tabelle 9.1.10.2: Deskriptive Statistiken - Wie lange hat das Telekonsil, also das Gespräch per Video, tatsächlich gedauert?

Tabelle 9.1.10.3: Deskriptive Statistiken - Wieviel Zeit haben Sie für die Nachbereitung des Konsils insgesamt benötigt?

### 9.2 Analysen nach Subgruppe ECOG-Status

#### 9.2.1 Quality of Life / Gesundheit (Patient)

##### 9.2.1.1 Quality of Life

Tabelle 9.2.1.1.1: Deskriptive Statistiken - Quality of Life

Tabelle 9.2.1.1.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung

##### 9.2.1.2 Gesundheit

Tabelle 9.2.1.2.1: Deskriptive Statistiken - Gesundheitszustand

Tabelle 9.2.1.2.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung

#### 9.2.2 McGill Quality of Life (Patient)

##### 9.2.2.1 McGill Quality of Life Total Score

Tabelle 9.2.2.1.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung

#### 9.2.3 Gesundheitszustand des Patienten

Tabelle 9.2.3.1: Wie geht es Ihnen insgesamt seit Sie wegen dieses Problems Kontakt zu den Ärzten und Ärztinnen hatten? (Patient)

Tabelle 9.2.3.2: Wie geht es dem Patienten oder der Patientin insgesamt im Vergleich zu der Situation vor dem Arztkontakt wegen des neurologischen Problems? (Arzt)

#### 9.2.4 Zufriedenheit mit der Behandlung des neurologischen Problems (Angehörige)

Tabelle 9.2.4.1: Zufriedenheit mit der Behandlung des neurologischen Problems

#### 9.2.5 Pflegesituation (Angehörige)

Tabelle 9.2.5.1: Wie haben Sie die Pflege der Ihnen nahestehenden Person in den letzten zwei Tagen wahrgenommen?

Tabelle 9.2.5.2: Wie haben Sie die Pflege der Ihnen nahestehenden Person in der letzten Woche wahrgenommen?

### 9.3 Analysen nach Subgruppe Team-Lokalisation (urbaner - ländlicher Raum)

#### 9.3.1 Studien- und Patientenübersicht

Tabelle 9.3.1.1: Anzahl Patienten je Vergleichsgruppe

Tabelle 9.3.1.2: Aufnahme Diagnose

Tabelle 9.3.1.3: Hauptdiagnose

#### 9.3.2 Diagnosen

Tabelle 9.3.2.1: Nennen Sie bitte alle im Konsil bearbeiteten und gegebenenfalls neuen Diagnosen mit Bezug zu Neurologie, Psychiatrie, Nervenheilkunde (mit ICD/DSM-Klassifikation)

## 10 Fallbackstrategie

### 10.1 Primärdokumentation der Fallback-Patienten (FB)

#### 10.1.1 Demographie und Baseline-Daten

##### 10.1.1.1 Basisdaten

Tabelle 10.1.1.1.1: Alter

Tabelle 10.1.1.1.2: Geschlecht

Tabelle 10.1.1.1.3: Besiedlungsdichte

Tabelle 10.1.1.1.4: Angehörige/Vertrauensperson

Tabelle 10.1.1.1.5: Patientenverfügung

Tabelle 10.1.1.1.6: Vollmacht

Tabelle 10.1.1.1.7: Betreuungsurkunde

Tabelle 10.1.1.1.8: Pflegegrad bei Aufnahme

Tabelle 10.1.1.1.9: Aufenthaltsort bei Aufnahme

Tabelle 10.1.1.1.10: ECOG (erster Wert)

Tabelle 10.1.1.1.11: Versorgungstage mit aktiver SAPV

Tabelle 10.1.1.1.12: Vertragsart

Tabelle 10.1.1.1.13: Abrechnungsstatus

Tabelle 10.1.1.1.14: Sterbeort

##### 10.1.1.2 Versorgung bei Übernahme

Tabelle 10.1.1.2.1: Versorgung

##### 10.1.1.3 Diagnosen

Tabelle 10.1.1.3.1: Diagnose zur Aufnahme (ICD10)

Tabelle 10.1.1.3.2: Diagnose zur Aufnahme (ICD10) fuer neurologische Grunderkrankungen

Tabelle 10.1.1.3.3: Diagnose zur Aufnahme (ICD10) fuer neuro-degenerative Grunderkrankungen

#### 10.1.2 Verlaufsdaten

##### 10.1.2.1 Beteiligte Dienste

Tabelle 10.1.2.1.1: Dienst

##### 10.1.2.2 Verordnungen

Tabelle 10.1.2.2.1: Verordnung

Tabelle 10.1.2.2.2: Voll

Tabelle 10.1.2.2.3: Teil

Tabelle 10.1.2.2.4: Beratung

Tabelle 10.1.2.2.5: Koordination

Tabelle 10.1.2.2.6: Verordnung (Voll / Teil / Beratung / Koordination)

Tabelle 10.1.2.2.7: Schmerzsymptomatik

Tabelle 10.1.2.2.8: Urogenitale Symptomatik

Tabelle 10.1.2.2.9: Respiratorische / kardiale Symptomatik

Tabelle 10.1.2.2.10: Gastrointestinale Symptomatik

Tabelle 10.1.2.2.11: Ulzerierende / Exulzerierende Wunden oder Tumore

Tabelle 10.1.2.2.12: Neurologische / Psychiatrische / Psychische Symptomatik

Tabelle 10.1.2.2.13: Sonstiges komplexes Symptomgeschehen

#### 10.1.2.3 Behandlungsabschnitte

Tabelle 10.1.2.3.1: Behandlungsabschnitt Von - Bis

Tabelle 10.1.2.3.2: ECOG (erster und letzter Wert)

Tabelle 10.1.2.3.3: Entlassungsgrund

Tabelle 10.1.2.3.4: Zufriedenheit

#### 10.1.2.4 Kontakte

Tabelle 10.1.2.4.1: Art

Tabelle 10.1.2.4.2: Dauer nach Kontakt-Art

Tabelle 10.1.2.4.3: Gefahrene Kilometer nach Kontakt-Art

Tabelle 10.1.2.4.4: Arzt nach Kontakt-Art

Tabelle 10.1.2.4.5: Pflege nach Kontakt-Art

Tabelle 10.1.2.4.6: Sonstige - Profession nach Kontakt-Art

Tabelle 10.1.2.4.7: Kontakt zwischen 22:00 - 06:00 nach Kontakt-Art

#### 10.1.3 Daten zum Versorgungsende / Entlassung

##### 10.1.3.1 Basisdaten

Tabelle 10.1.3.1.1: Pflegegrad bei Entlassung

Tabelle 10.1.3.1.2: Aufenthaltsort bei Entlassung

Tabelle 10.1.3.1.3: ECOG (letzter Wert)

##### 10.1.3.2 Verordnungen

Tabelle 10.1.3.2.1: Schmerzsymptomatik

Tabelle 10.1.3.2.2: Urogenitale Symptomatik

Tabelle 10.1.3.2.3: Respiratorische / kardiale Symptomatik

Tabelle 10.1.3.2.4: Gastrointestinale Symptomatik

Tabelle 10.1.3.2.5: Ulzerierende / Exulzerierende Wunden oder Tumore

Tabelle 10.1.3.2.6: Neurologische / Psychiatrische / Psychische Symptomatik

Tabelle 10.1.3.2.7: Sonstiges komplexes Symptomgeschehen

##### 10.1.3.3 Behandlungsabschnitte

Tabelle 10.1.3.3.1: Behandlungsabschnitt Von - Bis

Tabelle 10.1.3.3.2: ECOG (letzter Wert)

Tabelle 10.1.3.3.3: Entlassungsgrund

Tabelle 10.1.3.3.4: Zufriedenheit

#### 10.1.4 Daten zur Aufnahme und zum Versorgungsende / Entlassung

##### 10.1.4.1 Basisdaten

Tabelle 10.1.4.1.1: Pflegegrad

Tabelle 10.1.4.1.2: Aufenthaltsort

Tabelle 10.1.4.1.3: ECOG

#### 10.2 Balanciertheit der Kontroll- und Fallback-Patienten

Tabelle 10.2.1: Standardisierte Differenzen bzgl. Alter, Geschlecht, Pflegegrad bei Aufnahme und Aufenthaltsort bei Aufnahme

#### 10.3 Datenerhebung der Fallback-Patienten (FB)

##### 10.3.1 Allgemeine Angaben

Tabelle 10.3.1.1: Hauptdiagnose

Tabelle 10.3.1.2: Nebendiagnosen

Tabelle 10.3.1.3: Diagnose

Tabelle 10.3.1.4: Symptom

Tabelle 10.3.1.5: EVENT Zeitpunkt

Tabelle 10.3.1.6: Indikatoren für Schwere des Symptoms

Tabelle 10.3.1.7: Bewertung Schwere des Symptoms durch AGA

##### 10.3.2 Symptome und Wohlbefinden

Tabelle 10.3.2.1: Symptombeschreibung durch Arzt/Ärztin

Tabelle 10.3.2.2: Symptom gemäß Neuro-iPOS (falls zuordenbar)

Tabelle 10.3.2.3: Ungefährer Beginn

Tabelle 10.3.2.4: Verlauf

Tabelle 10.3.2.5: Ausprägung

##### 10.3.3 ECOG

Tabelle 10.3.3.1: Deskriptive Statistiken - ECOG

10.3.4 Wie überrascht wären die Ärztin oder der Arzt(,) falls die Patientin oder der Patient innerhalb der nächsten vier Wochen versterben würde?

Tabelle 10.3.4.1: Wie überrascht wären die Ärztin oder der Arzt, falls die Patientin oder der Patient innerhalb der nächsten vier Wochen versterben würde?

##### 10.3.5 Palliativverlauf - Versorgungsform

Tabelle 10.3.5.1: Was ist die Versorgungsform des Patienten?

##### 10.3.6 Diagnosen

Tabelle 10.3.6.1: Nennen Sie bitte alle Diagnosen mit Bezug zu Neurologie, Psychiatrie, Nervenheilkunde (mit ICD/DSM-Klassifikation)

Tabelle 10.3.6.2: Bitte nennen Sie alle zusätzlichen relevanten Diagnosen (die bisher nicht in dem technischen Dokumentationssystem sind)

##### 10.3.7 Medikamente

Tabelle 10.3.7.1: Bitte nennen Sie alle Medikamente, die der Patient erhält

##### 10.3.8 Krankheitsstadium

Tabelle 10.3.8.1: Bitte geben Sie das Krankheitsstadium des Patienten an

##### 10.3.9 Besondere Maßnahmen



#### 10.3.9.1 Welche besonderen Maßnahmen erhält der Patient?

Tabelle 10.3.9.1.1: Zentralvenöser Zugang

Tabelle 10.3.9.1.2: Port

Tabelle 10.3.9.1.3: Medikamentenpumpe

Tabelle 10.3.9.1.4: PEG

Tabelle 10.3.9.1.5: Trachealkanüle

Tabelle 10.3.9.1.6: Beatmung nicht invasiv

Tabelle 10.3.9.1.7: Palliative Chirurgie / Operationen

Tabelle 10.3.9.1.8: Palliative Chemotherapie

Tabelle 10.3.9.1.9: Palliative Radiatio / Strahlentherapie

Tabelle 10.3.9.1.10: Palliative Wundversorgung (bei Wunden, Dekubitus)

#### 10.3.10 Handlungen

Tabelle 10.3.10.1: Welche Handlungen folgen dem EVENT (Bitte ankreuzen, Mehrfachantworten möglich)?

#### 10.3.11 Verlauf - Allgemeines

##### 10.3.11.1 Wie war der allgemeine Verlauf?

Tabelle 10.3.11.1.1: Krankenhauseinweisung

Tabelle 10.3.11.1.2: Tod

Tabelle 10.3.11.1.3: Änderung der Palliativ-Versorgungsform

Tabelle 10.3.11.1.4: Änderung der oralen Medikation - neue Medikamente beginnen

Tabelle 10.3.11.1.5: Änderung der oralen Medikation - bisherige Medikamente in der Dosierung verändern

Tabelle 10.3.11.1.6: Änderung der nicht-oralen Medikation - neue Medikamente beginnen

Tabelle 10.3.11.1.7: Änderung der nicht-oralen Medikation - bisherige Medikamente in der Dosierung verändern

Tabelle 10.3.11.1.8: Änderung von nichtpharmakologischen Maßnahmen

#### 10.3.12 Verlauf 3-7 Tage nach EVENT - Zustand

Tabelle 10.3.12.1: Der Zustand des Patienten hat sich im Hinblick speziell auf die neurologischen Symptome in der Zwischenzeit wie folgt verändert

Tabelle 10.3.12.2: Im Bezug auf speziell auf die neurologischen Symptome

Tabelle 10.3.12.3: Der Zustand des Patienten hat sich in der Zwischenzeit allgemein wie folgt verändert

Tabelle 10.3.12.4: Im Bezug auf den allgemeinen Zustand

#### 10.3.13 Verlauf - Maßnahmen

Tabelle 10.3.13.1: Wurden eigentlich vorstellbare Maßnahmen nicht ausgeführt?

Tabelle 10.3.13.2: Was haben die Ärztinnen/Ärzte unternommen, um das neurologische Problem zu behandeln?

#### 10.4 Auswertung der Fallback-Events durch den unabhängigen Rater

Tabelle 10.4.1: Bewertung Schwere des Symptoms durch unabhängigen Rater

Tabelle 10.4.2: Leitliniengerechte Behandlung

Tabelle 10.4.3: Therapie aus Sicht des neuropalliativen Expertens geeignet?

Tabelle 10.4.4: Qualität der diagnostischen/therapeutischen Problemlösung

Tabelle 10.4.5: Krankenhauseinweisung wegen neurologischem Problem?

Tabelle 10.4.6: Wäre die Krankenhauseinweisung durch das hinzuziehen einer neurologischen Expertise verhinderbar gewesen?

# Datenmanagementplan (DMP)

**Studennummer 01NVF19004 – TANNE**

**TANNE: Telemedizinische Antworten  
Titel auf Neuropalliative Nachfragen in  
Echtzeit**

**Prüfplan  
Datum** 14-JAN-2021

**Autor** Dr. Daniela Adolf  
Leiterin Biometrie und Datenmanagement  
StatConsult GmbH  
Am Fuchsberg 11  
39112 Magdeburg

**Version** 1.0 Final

**Datum** 16-OKT-2023

**Gesamt-Projektleitung** Herr Prof. Dr. med. Stefan Lorenzl &  
Dr. med. univ. Christiane Weck  
Krankenhaus Agatharied  
Abteilung für Neurologie  
Norbert Kerkel Platz  
83734 Hausham

*Vertraulich*

## DMP - Dokumentationshistorie

**Studiennummer**            01NVF19004 – TANNE

<b>Title</b>	TANNE: <u>T</u> elemedizinische <u>A</u> ntworten auf <u>N</u> europalliative <u>N</u> achfragen in <u>E</u> chtzeit
--------------	--

<b>Version</b>	<b>Datum</b>	<b>Autor</b>	<b>Beschreibung</b>
Draft 0.1	18-APR-2023	Dr. Daniela Adolf	Draft Dokument
Draft 0.2	14-SEP-2023	TANNE-Konsortium	Review und Einarbeitung Primärdaten
1.0 Final	16-OKT-2023	TANNE-Konsortium	Finales Dokument

## DMP - Autorisierung

### **Biometrie**

Dr. Daniela Adolf  
Leiterin Biometrie und  
Datenmanagement  
StatConsult GmbH  
Am Fuchsberg 11  
39112 Magdeburg

---

Datum, Unterschrift

☎ (+49) 391 549 70 13  
fax (+49) 391 549 7015  
e-mail daniela.adolf@statconsult.de

### **Gesamt- Projektleitung**

Prof. Dr. med. Stefan Lorenzl /  
Dr. med. univ. Christiane Weck  
Krankenhaus Agatharied  
Abteilung für Neurologie  
Norbert Kerkele Platz  
83734 Hausham

---

Datum, Unterschrift

## Inhaltsverzeichnis

DMP - Dokumentationshistorie .....	2
DMP - Autorisierung .....	3
Verbundene Dokumente.....	5
Abkürzungsverzeichnis.....	6
1 Einleitung .....	7
2 Allgemeines Datenmanagement .....	8
2.1 Datenquellen .....	8
2.1.1 Dimension A .....	8
2.1.2 Dimension B .....	8
2.1.3 Dimension C .....	9
2.2 Datenerfassung und Export.....	9
2.2.1 Basisdaten / Primärdokumentation .....	9
2.2.2 Papierbasierte CRFs .....	9
2.2.3 Telekonsildaten (Meytec).....	10
2.2.4 Sozioökonomische Daten .....	10
2.2.5 Qualitative Interviewdaten.....	11
2.2.6 Historische Patientendaten der Primärdokumentation (Fallback-Strategie).....	11
2.2.7 Webbasierte Umfrage zur (Nicht-)Teilnahme .....	12
2.3 Datenzusammenführung .....	12
2.4 Datenaustausch zwischen den Konsortialpartnern .....	12
3 Spezifisches Datenmanagement.....	13
3.1 Aufbereitung der papierbasierten CRFs / LimeSurvey-Daten .....	13
3.2 Datenbereinigung (Primärdokumentation) .....	14
3.3 Variablenableitungen.....	15
3.3.1 Ableitung von Fragebogen-Scores.....	15
3.3.2 Intraindividuelle Veränderungen .....	26
3.4 Fehlwertersetzungen.....	27
3.4.1 McGill Quality of Life .....	27
3.4.2 Teamarbeit (Team-Skala (TS-6)) .....	27
3.4.3 CSUQ .....	27
4 Archivierung.....	28
5 Referenzen .....	29

## Verbundene Dokumente

<b>Dokument</b>	<b>Version / Datum</b>	<b>Beschreibung</b>
01NVF19004-Tanne_Studienprotokoll_V1.1_aktuell_14Jan2021.pdf	1.1 / 14.01.2021	Prüfplan
2023_03_20_01NVF19004_Projektskizze_Evaluationskonzept.pdf	Revised 20.03.2023	Evaluationskonzept
TANNE_SAP_Evaluationsgemeinschaft.pdf	1.0 / 16.10.2023	SAP
Datenlieferung AOK - KU Eichstätt	1.0 / 13.06.2023	Datenliefervertrag
TANNE_Datenexport_Handbuch	1.0 / 04.09.2023	Datenexport-Handbuch für die Primärdokumentation

## **Abkürzungsverzeichnis**

CRF	Case Report Form
CSUQ	Computer System Usability Questionnaire
DMP	Data Management Plan
iPOS	integrierte Palliative Care Outcome Scale
SAP	Statistical Analysis Plan
SAS	Statistical Analysis System
SUS	System Usability Scale
TS	Team-Skala



## 1 Einleitung

Dieser Datenmanagementplan (DMP) beschreibt alle Vorgänge zum Datenmanagement sämtlicher Konsortialpartner für die Analyse der Studie TANNE: Telemedizinische Antworten auf Neuropalliative Nachfragen in Echtzeit [01NVF19004].

Um den Lesefluss nicht zu beeinträchtigen wird hier und im folgenden Text zwar nur die männliche Form genannt, stets ist aber die weibliche und andere Formen gleichermaßen mitgemeint.

## 2 Allgemeines Datenmanagement

Für die Auswertung von TANNE wurde ein Mixed-Methods-Design gewählt, das sowohl innerhalb der zu betrachtenden Dimensionen als auch zwischen diesen Anwendung finden soll. So sollen sowohl quantitative Daten (Patientencharakteristika, Lebensqualität, Symptomlast, Patientenzufriedenheit) als auch qualitative Daten (Interviews zur Arbeitszufriedenheit, Patientenzufriedenheit, Angehörigenzufriedenheit) erhoben werden.

Es erfolgt eine multidimensionale Auswertung mit den folgenden Dimensionen:

- Dimension A: Analyse der medizinischen Wirksamkeit des Versorgungskonzeptes
- Dimension B: Analyse der Umsetzbarkeit in der Regelversorgung
- Dimension C: Analyse der medizinökonomischen Aspekte des Versorgungsprojektes

vgl. SAP, Kapitel 3.5.

### 2.1 Datenquellen

Im Rahmen der TANNE-Studie werden Daten werden sowohl elektronisch (Basisdaten: Patienten ID, Alter, Geschlecht, Karnofsky Index, SAPV-Verordnung, Diagnose, Nebendiagnose, Intensität der SAPV-Betreuung, Voll-/Teilversorgung, Dauer der SAPV-Versorgung usw.) als auch in Papierform erfasst (EQ-5D-3L, iPOS, Teamzusammensetzung, Konsil/Konsiläquivalent). Hinzu kommen von der AOK exportierte Abrechnungsdaten sowie qualitative Datenaufzeichnung aus Interviews. Im Folgenden werden alle Daten der einzelnen Evaluationsdimensionen sowie deren Export und Verarbeitung beschrieben.

#### 2.1.1 Dimension A

Innerhalb der Dimension A werden die elektronischen Basisdaten, sämtliche papierbasierte CRFs, die Fragen zum Telekonsil (Meytec) sowie die in papierbasierten Checklisten abgeleiteten Einschätzungen aus den historischen Patientendaten (Fallbackstrategie, vgl. SAP, Kapitel 6.6.5) verarbeitet. Zudem erfolgt hier die Zusammenführung der unterschiedlichen Patientendaten.

Diese Daten werden in SAS 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA) importiert, zusammengeführt und aufbereitet sowie analysiert. Die Ausgabe sämtlicher Analysen erfolgt als docx.- sowie pdf-Format.

Innerhalb der Dimension A wird zudem die webbasierte Umfrage zur Nicht-Teilnahme von SAPV bzw. Hospizärzte-Teams ausgewertet. Die Daten werden mittels LimeSurvey (LimeSurvey Community Edition, Version 3.21.0) erhoben und anschließend in die Statistiksoftware SPSS, Version 29, exportiert und von dort ausgewertet. Die Ausgabe dieser Analyse erfolgt im docx.- sowie pdf-Format.

#### 2.1.2 Dimension B

In der Dimension B werden Leitfaden-gestützte Einzel- und Gruppeninterviews mit Stakeholdern eingesetzt. Die Interviews mit Patienten, Angehörigen, konsilanfragenden und konsilgebenden Ärzten werden für die wissenschaftliche Auswertung mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend verschriftlich. Der Vorgang der Verschriftlichung heißt Transkription und führt im Ergebnis zu einem Textdokument, dem sogenannten Transkript. Hinsichtlich enthaltener personenbezogener Daten werden die Transkripte bereinigt. Daraufhin werden zu einem späteren Zeitpunkt auf der Grundlage der Transkripte keine Rückschlüsse mehr auf reale Personen möglich sein.

Die Ergebnisdarstellung dieser qualitativen Analysen erfolgt ebenso im docx.- sowie pdf-Format.

### 2.1.3 Dimension C

Innerhalb der Dimension C werden hauptsächlich die sozioökonomischen Daten aus dem AOK-Datenexport verarbeitet. Die Analyse dieser Daten erfolgt in SPSS, Version 29. Des Weiteren werden Primärdokumentationsdaten und weitere potentielle Kovariablen in diese Analyse einbezogen, die zuvor im Rahmen der Analyse innerhalb der Dimension A exportiert und aufbereitet worden sind. Dafür erfolgt ein Datenaustausch der aufbereiteten TANNE-Daten (vgl. Abschnitt 2.4).

Die Ausgabe sämtlicher Analysen erfolgt im docx.- sowie pdf-Format.

## 2.2 Datenerfassung und Export

### 2.2.1 Basisdaten / Primärdokumentation

Die Basisdaten aller in TANNE eingeschlossenen Patienten sind in den Primärdokumentationssystemen der SAPV- und Hospizärzte-Teams, PalliDoc sowie ISPC, erfasst. Nach Beendigung der TANNE-Datenerfassung erfolgt bei jedem Team ein pseudonymisierter Datenexport aller TANNE-Patienten des Teams in Form von csv-Dateien. Diese werden an das TANNE-Evaluationsteam der Dimension A (StatConsult) übermittelt und zur Weiterverarbeitung dort in SAS eingelesen.

Planungsgemäß ist die Datenerfassung im Rahmen der TANNE-Studie Ende Mai 2023 abgeschlossen. Der gesamte Datenexport mit Hilfe der Teams ist für den Juni 2023 geplant. Ggf. erfolgt ein weiterer Datenexport Ende Oktober, um eine längere Nachbeobachtungszeit zu erhalten.

Es gibt unter den teilnehmenden Teams auch solche, die keines der Primärdokumentationssysteme verwenden. Für diese wird eine leere csv-Datei entsprechend des Basisdatenexportes erstellt, die dann je TANNE-Patient vom Team ausgefüllt wird. Damit ist ein Zusammenführen dieser mit den exportierten Daten gewährleistet.

### 2.2.2 Papierbasierte CRFs

Alle papierbasierten CRFs werden von den SAPV- und Hospizärzte-Teams bzw. den Patienten und/oder ihren Angehörigen sowie den Konsiliarern zu verschiedenen Erhebungszeitpunkten ausgefüllt und an das Konsilbüro Agatharied übermittelt. Zu all diesen Fragen/Fragebögen und Erhebungszeitpunkten (Module) wurde von der StatConsult IT GmbH ein webbasierter Fragebogen mittels LimeSurvey erstellt. In diesen werden die papierbasierten CRF-Daten vom Konsilbüro Agatharied übertragen.

Aus LimeSurvey erfolgt dann durch StatConsult ein Datenexport der folgenden Module sowie deren Formatinformationen als .csv-Dateien:

Patientenübersicht	t21 Konsilbüro Spätkontakte (Subgr)	-	tE - Leitung - Ende
t1 Konsiliarern - zum Konsil	t21 Konsiliarern Spätkontakte (Subgr)	-	tE Prof - Ende
t1 Prof - Zum Konsil	t21 Patient - Spätkontakte (Subgr)		tR Prof - iPOS Arzt
t2 Bezugsperson - Nach Konsil	t21 Prof - Spätkontakte (Subgr)		tV Bezugsperson - Vor Konsil
t2 Konsilbüro - Neuroverlauf	tA Konsiliarern - Anfang		tV Konsilbüro - Neurosymp Verlauf
t2 Patient - Nach Konsil	tA Leitung - Anfang		tV Konsiliarern - Zeitbedarfseinsch

t2 Prof - Nach Konsil	tA Prof - Befr zum Studienanf	tV Patient - Vor Konsil
t21 Bezugsperson - Spätkontakte (Subgr)	tE - Konsiliarier - Ende	tV Prof - Vor Konsil
Hist Kontrollgruppe, Fallback	Unabh Rater	

Tabelle 1 Aus LimeSurvey exportierte Module entsprechend der papierbasierten CRFs

Jeder Patient ist hierbei über eine TANNE-spezifische Patienten-ID pseudonymisiert, die sich aus einer Team-ID und einer patientenspezifischen ID zusammensetzt. Die Dateien enthalten nur diese ID und keine personenidentifizierenden Daten.

Die Dateneingabe sollte zeitnah nach dem Ende der Datenerfassung finalisiert werden, so dass der Export dieser Daten im Juni 2023 realisiert werden kann.

### 2.2.3 Telekonsildaten (Meytec)

Die Nutzungsbewertung zum Telekonsil kann durch die SAPV- und Hospiz-Ärzteteams sowie auch die Telekonsil-Ärzte (Agatharied) direkt im Anschluss an das Telekonsil auf dem verwendeten Rechner (Notebook oder Tablet PC) durchgeführt werden.

Nach Abschluss aller im Rahmen von TANNE geführten Konsile Ende Mai 2023 erfolgt eine zeitnahe Datenübermittlung an StatConsult (Juni 2023) in Form eines csv-Exports.

### 2.2.4 Sozioökonomische Daten

Zur Auswertung der sozioökonomischen Daten ist eine Zusammenführung von Kostendaten aus der AOK und Versorgungsdaten aus den Primärdokumentationssystemen (PalliDoc, ISPC) der an der Studie teilnehmenden Palliativversorger notwendig. Diese wird folgendermaßen umgesetzt:

Die AOK erhält direkt von den Palliativversorgern (bzw. den technischen Beauftragten der Teams) jeweils eine Liste (AOK-Liste) mit den in der Studie eingeschlossenen Patienten bestehend aus zwei Spalten: der Versichertennummer und einer von Primärsystem beim Export automatisch generierten AOK-Pseudo-ID. Die AOK hat bereits die Information, welche Versicherten an der Studie teilnehmen (Teilnehmererklärung) und ist im Besitz der Versichertennummer der jeweiligen Patienten. Die AOK-Liste und der TANNE-Primärdatensatz werden in einem Schritt aus dem Primärdokumentationssystem heraus erzeugt. Hierbei wird die AOK-Pseudo-ID generiert und in beiden Datensätzen mit den jeweiligen Patientendaten verknüpft. Die AOK-Pseudo-ID wird nicht im Primärdokumentationssystem hinterlegt und verbleibt nicht bei den Palliativversorgern.

Die AOK führt anhand der AOK-Liste die AOK-Pseudo-ID über die Versichertennummer mit dem AOK-Daten-Export zusammen, entfernt alle personenidentifizierenden Daten aus dem AOK-Daten-Export, behält aber die AOK-Pseudo-ID bei.

Das TANNE-Evaluationsteam der Dimension C erhält von der AOK die AOK-Daten mit der entsprechend verknüpften AOK-Pseudo-ID. Zudem erhält es die aufbereiteten Basisdaten aus den Primärdokumentationssystemen der Palliativversorger (vgl. 2.2.1), die ebenfalls mit der AOK-Pseudo-ID verknüpft ist. Hierüber können die Daten zusammengeführt und ausgewertet werden.

Die AOK-Daten werden in einer Testversion ab April 2023 zur Verfügung gestellt. Der tatsächliche Datenexport ist für Oktober 2023 geplant. Alle diesbezüglichen Details sind in einem separaten Datenlieferungsvertrag zwischen der AOK Bayern und der Katholischen Universität Eichstätt (Prof. Zerth) festgehalten.

## 2.2.5 Qualitative Interviewdaten

Die Erhebung der qualitativen Daten erfolgt durch das TANNE-Evaluationsteam der Dimension B.

Um zur Subgruppe der befragten Patienten separate Analysen bestimmter Variablen der Dimension A durchführen zu können, wird vom TANNE-Evaluationsteam der Dimension B gemeinsam mit dem Büro in Agatharied eine Excel-Liste mit den betreffenden Patienten-IDs erstellt. Diese kann dann durch das TANNE-Evaluationsteam der Dimension A eingelesen und zur Subgruppenerstellung verwendet werden.

## 2.2.6 Historische Patientendaten der Primärdokumentation (Fallback-Strategie)

Mit Hilfe eines Algorithmus soll bei bis zu 16 der an der Studie teilnehmenden Teams, die das Dokumentationssystem PalliDoc verwenden, eine „historische Kontrollgruppe“ retrospektiv abgebildet werden. Unter der Voraussetzung der Zustimmung der betreffenden SAPV-Teams können aus den Dokumentationen der Teams mit Hilfe des Algorithmus historische TANNE-Patienten identifiziert werden, die, wären sie zeitlich in die Studienphase gefallen, entweder dem Kontroll- oder dem Interventionsarm zugeordnet worden. Die historische Datenerhebungsphase soll retrospektiv ab dem Studienbeginn am 15.5.2021 rückwirkend beginnen. Für Teams, die bereits in den Pilotprojekten beteiligt waren, wird der Zeitraum entsprechend früher gewählt (06/2017 und 11/2018). Ab diesem Zeitpunkt werden die Patientendaten des zurückliegenden Jahres nach „Event-Analoga“ analysiert. Als Orientierung für eine „Sättigung“ der historischen Kontrollgruppe wurde eine Spiegelung der Fallzahlen identifiziert, die der dreifachen Zahl in der realen Kontrollphase  $S_{2,1}$  entspricht. Liegen weniger Events vor (< 60 gesamt) würde der Analysezeitraum in einem ersten Schritt auf 3 Jahre vor der Studie und falls nötig in einem zweiten Schritt 5 Jahre vor der Studie ausgedehnt werden.

Nach Anwendung dieses Algorithmus sollten je Team eine größere Anzahl potentieller historischer TANNE-Patienten ausgewählt sein. Um zielgerichtet zu suchen, ob dies auch Patienten mit einem TANNE-Event sind, werden in einem zweiten Schritt die Patienten markiert, die die Diagnosen aufweisen, die hauptsächlich bei den TANNE-Patienten mit Konsilsäquivalent im Kontrollarm auftraten und bevorzugt in dieser Patientengruppe nach einem möglichen Event gesucht.

Ergänzend werden für den Patienteneinschluss noch Patienten mit neurologischer Diagnose markiert, bei denen eine ungeplante Krankenhauseinweisung vorliegt, wobei hier der Zeitraum bis zum Beginn der SAPV, jedoch maximal 28 Tage zurück, in Blick genommen wird.

Diese Auswahl der identifizierten Patienten, bei denen Events vermutet werden, soll anschließend durch das Studienbüro Agatharied einzeln im Hinblick auf vorhandene Events analysiert werden.

Ein zeitlicher Ausschnitt der PalliDoc-Daten/Einträge der selektierten Patienten wird einem unabhängigen Rater zur Bewertung vorgelegt. Der Rater bewertet, ob konsilsäquivalente Fälle vorliegen und beurteilt die Qualität der diagnostischen/therapeutischen Problemlösung.

Zur Bewertung werden Daten in Form von Fragebögen/Symptomerfassungen aus der Primärdokumentation genutzt, sofern diese vorhanden sind. Ergänzend werden die Freitexte der Dokumentation zur Bewertung herangezogen. Sofern möglich, werden unmittelbare, rein aus der Dokumentation ableitbare Indikatoren für das zu bewertende Event herangezogen (z.B. Reduktion der Anfallsfrequenz).

Analog dazu werden die PalliDoc-Daten/Einträge (zeitlicher Abschnitt) der tatsächlich stattgefundenen Telekonsile (Interventionsgruppe/verzögerte Interventionsgruppe) und der tatsächlichen Konsilsäquivalente (Kontrollgruppe) aufbereitet und dem Rater ohne Kenntnis,

dass es sich bei dem Vorgang um ein Telekonsil/Konsilsäquivalent gehandelt hat, zur Bewertung vorgelegt.

Die Bewertung erfolgt papierbasiert. Diese Daten werden anschließend durch das Studienbüro Agatharied in LimeSurvey übertragen und wie auch die anderen Patientenbefragungsdaten letztlich durch StatConsult exportiert und in SAS ausgewertet.

### **2.2.7 Webbasierte Umfrage zur (Nicht-)Teilnahme**

Die Umfrage zur (Nicht-)Teilnahme an TANNE und/oder weiteren Studien für palliativmedizinisch tätige Teams erfolgt anonymisiert. Die Auswertung kann daher nicht mit anderen Daten aus der TANNE-Studie verknüpft werden. Sie erfolgt separat durch die KU Eichstätt und die Uni Bayreuth.

## **2.3 Datenzusammenführung**

Die Datenzusammenführung erfolgt durch die Zuordnung der TANNE-Patienten anhand ihrer TANNE-spezifischen Patienten-ID (vgl. Abschnitt 2.2.2), die in den papierbasierten CRFs erfasst ist, mit dem Basisdaten-Export aus der Primärdokumentation (vgl. Abschnitt 2.2.1), der sowohl die pseudonymisierte eindeutige Patienten-ID als auch die einmalig generierte AOK-Pseudo-ID (vgl. Abschnitt 2.2.4) enthält. Eine Verknüpfung dieser Daten ist ausschließlich über die von der Konsortialführung bereitgestellte Verknüpfungsdatei, eine Excel-Liste, die als einzigen Inhalt eine Spalte mit den pseudonymisierten TANNE-Patienten-ID und eine entsprechend zugeordnete Spalte mit den pseudonymisierten Patienten-ID aus den Primärdokumentationssystemen enthält. Diese wird dem Evaluationsteam der Dimension A (StatConsult), das zugleich die Datenaufbereitung und –verknüpfung programmiert, passwortgeschützt zur Verfügung gestellt. Dies gilt ebenso für die pseudonymisierten Patienten-IDs der Patienten, die im Rahmen der Analysen der Dimension B interviewt wurden.

## **2.4 Datenaustausch zwischen den Konsortialpartnern**

Die aufbereiteten Primärdokumentationsdaten und die mittels papierbasierten CRFs erfassten Fragebogendaten der Dimension A werden von StatConsult an die KU Eichstätt übermittelt, da diese innerhalb der Auswertung der Dimension C berücksichtigt werden müssen. Zudem erhält die KU Eichstätt von der StatConsult ebenso die Zuordnung der TANNE-Patienten-IDs zu den einmalig generierten AOK-Pseudo-IDs, so dass innerhalb der Dimension C eine Zuordnung der AOK-Daten zu den weiteren TANNE-Daten erfolgen kann.

Die aufbereiteten Primärdokumentationsdaten und die mittels papierbasierten CRFs erfassten- und Fragebogendaten der Dimension A werden von StatConsult ebenfalls an die EH Ludwigsburg übermittelt.

Der Datenaustausch seitens StatConsult bzgl. der exportierten Studiendaten erfolgt passwortgeschützt nach abgeschlossener Aufbereitung dieser Daten.

### 3 Spezifisches Datenmanagement

#### 3.1 Aufbereitung der papierbasierten CRFs / LimeSurvey-Daten

Zu jedem LimeSurvey-Modul (siehe Tabelle 1) wird eine entsprechende csv-Datei exportiert, diese wird in SAS eingelesen, Label und Formate werden vergeben und jedes einzelne Modul wird zunächst als SAS-Rawdataset abgespeichert.

Im nächsten Schritt werden alle Rawdata-Dateien wie im Folgenden beschrieben inhaltlich zusammengefasst:

Datei Professionelle (tA und tE):

- tA Prof - Befr zum Studienanf
- tE Prof - Ende

Datei Professionelle (tR bis t21):

- tR Prof - iPOS Arzt
- tV Prof - Vor Konsil
- t1 Prof - Zum Konsil
- t2 Prof - Nach Konsil
- t21 Prof - Spätkontakte (Subgr)

Datei Leitung (tA und tE):

- tA Leitung - Anfang
- tE - Leitung - Ende

Datei Konsiliaren (tA und tE):

- tA Konsiliaren - Anfang
- tE - Konsiliaren – Ende

Datei Konsiliaren (tV bis t21):

- tV Konsiliaren - Zeitbedarfseinsch
- t1 Konsiliaren - zum Konsil
- t21 Konsiliaren - Spätkontakte (Subgr)

Datei Konsilbüro (tV bis t21):

- tV Konsilbüro - Neurosymp Verlauf
- t2 Konsilbüro – Neuroverlauf
- t21 Konsilbüro - Spätkontakte (Subgr)

Datei Patient (tV bis t21):

- tV Patient - Vor Konsil
- t2 Patient - Nach Konsil
- t21 Patient - Spätkontakte (Subgr)

Datei Bezugsperson (tV bis t21):

- tV Bezugsperson - Vor Konsil
- t2 Bezugsperson - Nach Konsil
- t21 Bezugsperson - Spätkontakte (Subgr)

Anschließend werden die Dateien:

- Patientenübersicht
- Professionelle (tR bis t21)
- Konsiliaren (tV bis t21)
- Konsilbüro (tV bis t21)
- Patient (tV bis t21)
- Bezugsperson (tV bis t21)

über die Team- und Patienten-ID zu einer Datei (Alldata) gemergt. Patienten werden je ausgefülltem Zeitpunkt je Zeile dargestellt. In den Spalten sind die entsprechenden Variablen hinterlegt, z. B. patientenspezifische, arzt-spezifische Variablen, spezifische Fragen aus dem Konsilbüro usw.

Die Dateien bzgl. der Fallbackpatienten (hist Kontrollgruppe) sowie des Unabhängigen Raters sind unabhängig und werden jeweils als separate Datasets abgelegt.

### 3.2 Datenbereinigung (Primärdokumentation)

Die Daten der Primärdokumentation sind Routinedaten, die nicht zu Analysezwecken erhoben werden. Daher erfolgt auch keine Kontrolle der korrekten Eingabe bzw. ein Monitoring der Daten und eine Datenbereinigung ist möglicherweise notwendig.

Zur Erhöhung der Datenqualität werden die Daten aus der Primärdokumentation nach definierten Regeln bereinigt. Dabei sollen unplausible Daten (bspw. Schreib-/Tippfehler) und Mehrfach-Dokumentationen identifiziert und ausgeschlossen werden. Die hier aufgeführten Strategien werden an den Daten angewandt - unabhängig davon, ob diese Datenkonstellationen aufgetreten sind.

- Mehrfach-Dokumentation
  - Versorgung bei Übernahme: Mehrfach dokumentierte Versorger werden entfernt
  - Beteiligte Dienste: Mehrfach dokumentierte Dienste werden entfernt
- Basisdaten
  - Karnofsky-Index zu Beginn = 0 wird auf fehlend gesetzt
- Symptome
  - Neukonfiguration nicht mehr aktuellen Symptomausprägungen (Unterschied zwischen Skala und Symptomausprägung) werden entfernt
- Diagnosen
  - Diagnosen ohne Angabe des ICD10-Codes werden entfernt
- Verordnungen
  - Verordnungen eines Patienten, die nach einem dokumentieren Versterben des Patienten (Behandlungsabschnitt Entlassungsgrund) angelegt wurden, werden entfernt
  - Mehrfache Erstverordnungen werden nicht bereinigt
- Behandlungsabschnitte
  - Karnofsky-Index (erster Wert) = 0 vor letztem Behandlungsabschnitt wird auf fehlend gesetzt
  - Karnofsky-Index (letzter Wert) = 0 vor letztem Behandlungsabschnitt wird auf fehlend gesetzt



- Kontakte
  - Kontakte, deren Kontakt-Datum vor Betreuungsbeginn liegt und bei denen keine Verknüpfung zu einem Behandlungsabschnitt existiert, werden entfernt (beide Bedingungen müssen für das Entfernen gelten)
  - Gefahrene Kilometer > 500 km wird auf fehlend gesetzt
  - Fahrtdauer > 500 Minuten wird auf fehlend gesetzt

Es werden alle nach Datenbereinigung enthaltenen Daten ausgewertet.

### 3.3 Variablenableitungen

#### 3.3.1 Ableitung von Fragebogen-Scores

##### 3.3.1.1 iPOS

###### 3.3.1.1.1 Erhobene (score-relevante) Items

Der iPOS wird sowohl aus Sicht des Arztes, des Patienten sowie des Angehörigen ausgefüllt. Die Items unterscheiden sich hierbei jedoch nur in der entsprechenden Anrede.

Fragebogen-Items	Ausprägung
Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war: / Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben: Q1: Schmerzen Q2: Atemnot Q3: Schwäche oder fehlende Energie Q4: Übelkeit (das Gefühl erbrechen zu müssen) Q5: Erbrechen Q6: Appetitlosigkeit Q7: Verstopfung Q8: Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund Q9: Schläfrigkeit Q10: Eingeschränkte Mobilität	[1,2,3,4,5] 1 = gar nicht 2 = ein wenig 3 = mäßig 4 = stark 5 = extrem stark
Q11: War der Patient / Waren Sie wegen Ihrer Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?  Q12: Waren die Familie oder Freunde des Patienten seinetwegen besorgt oder beunruhigt? / Waren Ihre Familie oder Freunde Ihretwegen besorgt oder beunruhigt?  Q13: Denken Sie, dass er traurig bedrückt war? / Waren Sie traurig bedrückt?	[1,2,3,4,5] 1 = gar nicht 2 = selten 3 = manchmal 4 = meistens 5 = immer
Q14: Denken Sie, dass er im Frieden mit sich selbst war? / Waren Sie im Frieden mit sich selbst?  Q15: Konnte der Patient seine Gefühle mit seiner Familie oder seinen Freunden teilen, so	[1,2,3,4,5] 1 = immer 2 = meistens 3 = manchmal 4 = selten 5 = gar nicht

Fragebogen-Items	Ausprägung
viel wie er wollte? / Konnten Sie Ihre Gefühle mit Ihrer Familie oder Ihren Freunden teilen, so viel wie Sie wollten?  Q16: Hat der Patient so viele Informationen erhalten, wie er wollte? / Haben Sie so viele Informationen erhalten, wie Sie wollten?	
Q17: Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge seiner / Ihrer Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?	[1,2,3,4,5] 1 = Probleme angegangen / Keine Probleme 2 = Probleme größtenteils angegangen 3 = Probleme teilweise angegangen 4 = Probleme kaum angegangen 5 = Probleme nicht angegangen

### 3.3.1.1.2 Abgeleitete Items

Die Berechnung der nachfolgenden Scores erfolgt nach [1].

Score [Range]	Berechnung
Für die Berechnung müssen die erhobenen (score-relevanten) Items [0,1,2,3,4] kodiert sein: Qx_edit	$Qx\_edit = Qx - 1$  $x = [1 - 13, 17]$
Umgekehrte Bewertung durch Subtraktion der Rohpunktzahl von 5 Qx_edit [0,1,2,3,4]	$Qx\_edit = 5 - Qx$  $x = [14,15,16]$
IPOS Subskala 1 (Körperliche Symptome) [0 - 32]	IPOS Subskala 1 = Q1_edit + Q2_edit + Q3_edit + Q7_edit + Q8_edit + Q9_edit + Q10_edit + Q12_edit
IPOS Subskala 2 (Gastrointestinale Symptome) [0 -12]	IPOS Subskala 2 = Q4_edit + Q5_edit + Q6_edit
IPOS Subskala 3 (Psychologische und praktische Probleme) [0 - 24]	IPOS Subskala 3 = Q11_edit + Q13_edit + Q14_edit + Q15_edit + Q16_edit + Q17_edit
IPOS Total Score [0 – 68]	IPOS Total Score = Q1_edit + Q2_edit + Q3_edit + Q4_edit + Q5_edit + Q6_edit + Q7_edit + Q8_edit + Q9_edit + Q10_edit + Q11_edit + Q12_edit + Q13_edit + Q14_edit + Q15_edit + Q16_edit + Q17_edit

### 3.3.1.2 **McGill Quality of Life**

#### 3.3.1.2.1 Erhobene Items

Fragebogen-Items	Ausprägung
Q1: Während der letzten zwei Tage (48 Stunden) waren meine körperlichen Symptome	[1 – 11] 1 =0 - kein Problem

Fragebogen-Items	Ausprägung
(wie zum Beispiel Schmerzen, Übelkeit, Müdigkeit und andere	2 = 1 3 = 2 4 = 3 5 = 4 6 = 5 7 = 6 8 = 7 9 = 8 10 = 9 11 = 10 - ein riesiges Problem
Q2: Während der letzten zwei Tage (48 Stunden) ging es mir	[1 – 11] 1 = körperlich schrecklich 2 = 1 3 = 2 4 = 3 5 = 4 6 = 5 7 = 6 8 = 7 9 = 8 10 = 9 11 = körperlich sehr gut
Q3: Körperlich nicht in der Lage zu sein, die Dinge zu tun, die ich gerne machen wollte, war während der letzten zwei Tage (48 Stunden)	[1 – 11] 1 = kein Problem 2 = 1 3 = 2 4 = 3 5 = 4 6 = 5 7 = 6 8 = 7 9 = 8 10 = 9 11 = ein riesiges Problem
Q4: Während der letzten zwei Tage (48 Stunden) war ich deprimiert	[1 – 11] 1 = gar nicht 2 = 1 3 = 2 4 = 3 5 = 4 6 = 5 7 = 6 8 = 7 9 = 8 10 = 9 11 = extrem

Fragebogen-Items	Ausprägung
Q5: Während der letzten zwei Tage (48 Stunden) war ich nervös oder beunruhigt	[1 – 11] 1 = gar nicht 2 = 1 3 = 2 4 = 3 5 = 4 6 = 5 7 = 6 8 = 7 9 = 8 10 = 9 11 = extrem
Q6: Wie oft waren Sie während der letzten zwei Tage (48 Stunden) traurig?	[1 – 11] 1 = nie 2 = 1 3 = 2 4 = 3 5 = 4 6 = 5 7 = 6 8 = 7 9 = 8 10 = 9 11 = immer
Q7: Wenn ich während der letzten zwei Tage (48 Stunden) an die Zukunft dachte, hatte ich	[1 – 11] 1 = keine Angst 2 = 1 3 = 2 4 = 3 5 = 4 6 = 5 7 = 6 8 = 7 9 = 8 10 = 9 11 = sehr große Angst
Q8: Während der letzten zwei Tage (48 Stunden) war mein Leben	[1 – 11] 1 = absolut sinnlos und ohne Ziel 2 = 1 3 = 2 4 = 3 5 = 4 6 = 5 7 = 6 8 = 7 9 = 8

Fragebogen-Items	Ausprägung
	10 = 9 11 = sehr sinnvoll und zielgerichtet
Q9: Wenn ich über mein ganzes Leben nachdenke, habe ich bezüglich der Erreichung meiner Lebensziele	[1 – 11] 1 = keinerlei Fortschritte gemacht 2 = 1 3 = 2 4 = 3 5 = 4 6 = 5 7 = 6 8 = 7 9 = 8 10 = 9 11 = sie vollständig erreicht
Q10: Während der letzten zwei Tage (48 Stunden) war das Ausmaß an Kontrolle, das ich über mein Leben hatte	[1 – 11] 1 = kein Problem 2 = 1 3 = 2 4 = 3 5 = 4 6 = 5 7 = 6 8 = 7 9 = 8 10 = 9 11 = ein riesiges Problem
Q11: Während der letzten zwei Tage (48 Stunden) war ich mit mir als Mensch zufrieden	[1 – 11] 1 = stimmt gar nicht 2 = 1 3 = 2 4 = 3 5 = 4 6 = 5 7 = 6 8 = 7 9 = 8 10 = 9 11 = stimmt völlig
Q12: Während der letzten zwei Tage (48 Stunden) war die Kommunikation mit den Menschen, die mir nahe stehen	[1 – 11] 1 = schwierig 2 = 1 3 = 2 4 = 3 5 = 4 6 = 5 7 = 6

Fragebogen-Items	Ausprägung
	8 = 7 9 = 8 10 = 9 11 = sehr einfach
Q13: Während der letzten zwei Tage (48 Stunden) waren meine Beziehungen zu den Menschen, die mir nahe stehen	[1 – 11] 1 = distanzierter als ich möchte 2 = 1 3 = 2 4 = 3 5 = 4 6 = 5 7 = 6 8 = 7 9 = 8 10 = 9 11 = sehr eng
Q14: Während der letzten zwei Tage (48 Stunden) fühlte ich mich unterstützt	[1 – 11] 1 = gar nicht 2 = 1 3 = 2 4 = 3 5 = 4 6 = 5 7 = 6 8 = 7 9 = 8 10 = 9 11 = voll und ganz

### 3.3.1.2.2 Abgeleitete Items

Die Berechnung der nachfolgenden Scores erfolgt nach [2].

Score [Range]	Berechnung
Für die Berechnung müssen die Items [0 - 10] kodiert sein: Qx_edit	$Qx\_edit = Qx - 1$ $x = [1 - 14]$
Umgekehrte Bewertung durch Subtraktion der Rohpunktzahl von 10 Qx_edit [0 - 10]	$Qx\_edit = 10 - Qx\_edit$ $x = [1,3,4,5,6,7,10]$
Mittelwert für Subskala 1	$mean\_1 = (Q1\_edit + Q2\_edit + Q3\_edit) / 3$
Mittelwert für Subskala 2	$mean\_2 = (Q4\_edit + Q5\_edit + Q6\_edit + Q7\_edit) / 4$
Mittelwert für Subskala 3	$mean\_3 = (Q8\_edit + Q9\_edit + Q10\_edit + Q11\_edit) / 4$

Score [Range]	Berechnung
Mittelwert für Subskala 4	$\text{mean\_4} = (\text{Q12\_edit} + \text{Q13\_edit} + \text{Q14\_edit}) / 3$
Wenn nicht mehr als ein Itemwert für eine Subskala fehlt, kann der Mittelwert für den fehlenden Itemwert der Subskala verwendet werden	If nmiss (Q1_edit, Q2_edit, Q3_edit) = 1 then Qx_edit = mean_1  x = [1,2,3]
Wenn nicht mehr als ein Itemwert für eine Subskala fehlt, kann der Mittelwert für den fehlenden Itemwert der Subskala verwendet werden	If nmiss (Q4_edit, Q5_edit, Q6_edit, Q7_edit) = 1 then Qx_edit = mean_2  x = [4,5,6,7]
Wenn nicht mehr als ein Itemwert für eine Subskala fehlt, kann der Mittelwert für den fehlenden Itemwert der Subskala verwendet werden	If nmiss (Q8_edit, Q9_edit, Q10_edit, Q11_edit) = 1 then Qx_edit = mean_3  x = [8,9,10,11]
Wenn nicht mehr als ein Itemwert für eine Subskala fehlt, kann der Mittelwert für den fehlenden Itemwert der Subskala verwendet werden	If nmiss (Q12_edit, Q13_edit, Q14_edit) = 1 then Qx_edit = mean_4  x = [12,13,14]
McGill Subskala 1 (Körperliche Subskala) [0 - 10]	McGill Subskala 1 = $(\text{Q1\_edit} + \text{Q2\_edit} + \text{Q3\_edit}) / 3$
McGill Subskala 2 (Psychologische Subskala) [0 -10]	McGill Subskala 2 = $(\text{Q4\_edit} + \text{Q5\_edit} + \text{Q6\_edit} + \text{Q7\_edit}) / 4$
McGill Subskala 3 (Existenzielle Subskala) [0 - 10]	McGill Subskala 3 = $(\text{Q8\_edit} + \text{Q9\_edit} + \text{Q10\_edit} + \text{Q11\_edit}) / 4$
McGill Subskala 4 (Soziale Subskala) [0 -10]	McGill Subskala 4 = $(\text{Q12\_edit} + \text{Q13\_edit} + \text{Q14\_edit}) / 3$
McGill Total Score [0 – 10]	McGill Total Score = $(\text{McGill Subskala 1} + \text{McGill Subskala 2} + \text{McGill Subskala 3} + \text{McGill Subskala 4}) / 4$

### 3.3.1.3 Teamarbeit - Team-Skala (TS-6)

#### 3.3.1.3.1 Erhobene Items

Fragebogen-Items	Ausprägung
Q1: In der Klinik herrscht insgesamt ein freundliches Klima Q2: Die Behandler arbeiten Hand in Hand Q3: Absprachen zwischen den Behandlern	[1,2,3,4,5] 1 = trifft überhaupt nicht zu 2 = trifft eher nicht zu 3 = trifft eher zu

untereinander funktionieren gut Q4: Die einzelnen Behandlungen sind gut aufeinander abgestimmt Q5: Die Kommunikation im Team funktioniert gut Q6: Die einzelnen Teammitglieder gehen respektvoll miteinander um	4 = trifft völlig zu 5 = kann ich nicht beurteilen  *Qx = 5 → Antwort wird bei der Berechnung des Scores nicht mit berücksichtigt
--	--

### 3.3.1.3.2 Abgeleitete Items

Die Berechnung der nachfolgenden Scores erfolgt nach [3].

Score [Range]	Berechnung
Für die Berechnung müssen die Items [0,1,2,3] kodiert sein: Qx_edit	If Qx in (1,2,3,4) then Qx_edit = Qx - 1  x = [1,2,3,4,5,6]
Mittelwert für fehlende Items [0 - 6]	mean = (Q1_edit + Q2_edit + Q3_edit + Q4_edit + Q5_edit + Q6_edit) / 6
Wenn nicht mehr als 2 Itemwerte für die Skala fehlen, kann der Mittelwert für die fehlenden Itemwerte verwendet werden	If nmiss (Q1_edit, Q2_edit, Q3_edit, Q4_edit, Q5_edit, Q6_edit) in (1, 2) then Qx_edit = mean  x = [1,2,3,4,5,6]
Team Skala (TS-6) [0 - 18]	[0 -18] Team Skala (TS-6) = Q1_edit + Q2_edit + Q3_edit + Q4_edit + Q5_edit + Q6_edit

### 3.3.1.4 Technikbereitschaft

#### 3.3.1.4.1 Erhobene Items

Fragebogen-Items	Ausprägung
Q1: Hinsichtlich technischer Neuentwicklungen bin ich sehr neugierig Q2: Ich finde schnell Gefallen an technischen Neuentwicklungen Q3: Ich bin stets daran interessiert, die neuesten technischen Geräte zu verwenden Q4: Wenn ich Gelegenheit dazu hätte, würde ich noch viel häufiger technische Produkte nutzen, als ich das gegenwärtig tue Q5: Im Umgang mit moderner Technik habe ich oft Angst, zu versagen Q6: Für mich stellt der Umgang mit technischen Neuerungen zumeist eine Überforderung dar Q7: Ich habe Angst, technische Neuentwicklungen eher kaputt zu machen, als dass ich sie richtig benutze Q8: Den Umgang mit neuer Technik finde ich schwierig – ich kann das meistens einfach nicht	[1,2,3,4,5] 1 = stimmt gar nicht 2 = stimmt wenig 3 = stimmt teilweise 4 = stimmt ziemlich 5 = stimmt völlig



Fragebogen-Items	Ausprägung
Q9: Ob ich erfolgreich in der Anwendung moderner Technik bin, hängt im Wesentlichen von mir ab Q10: Es liegt in meiner Hand, ob mir die Nutzung technischer Neuentwicklungen gelingt – mit Zufall oder Glück hat das wenig zu tun Q11: Wenn ich im Umgang mit Technik Schwierigkeiten habe, hängt es schlussendlich allein von mir ab, dass ich sie löse Q12: Das, was passiert, wenn ich mich mit technischen Neuentwicklungen beschäftige, obliegt letztlich meiner Kontrolle	

### 3.3.1.4.2 Abgeleitete Items

Die Berechnung der nachfolgenden Scores erfolgt nach [4].

Score [Range]	Berechnung
Umgekehrte Bewertung durch Subtraktion der Rohpunktzahl von 6 Qx_edit [1 - 5]	$Qx\_edit = 6 - Qx$  $x = [5,6,7,8]$
Technikakzeptanz Summe Subskala 1 [4-20] Technikakzeptanz Subskala 1 [1-5]	Technikakzeptanz Summe Subskala 1 = $Q1 + Q2 + Q3 + Q4$ Technikakzeptanz Subskala 1 = $(Q1 + Q2 + Q3 + Q4) / 4$
Technikkompetenzüberzeugungen Summe Subskala 2 [4-20] Technikkompetenzüberzeugungen Subskala 2 [1-5]	Technikkompetenzüberzeugungen Summe Subskala 2 = $Q5\_edit + Q6\_edit + Q7\_edit + Q8\_edit$ Technikkompetenzüberzeugungen Subskala 2 = $(Q5\_edit + Q6\_edit + Q7\_edit + Q8\_edit) / 4$
Technikkontrollüberzeugungen Summe Subskala 3 [4-20] Technikkontrollüberzeugungen Subskala 3 [1-5]	Technikkontrollüberzeugungen Summe Subskala 3 = $Q9 + Q10 + Q11 + Q12$ Technikkontrollüberzeugungen Subskala 3 = $(Q9 + Q10 + Q11 + Q12) / 4$
Technikbereitschaft Total Score [12-60]  Technikbereitschaft Total Score [1-5]	Technikbereitschaft Summe Total Score = $Q1 + Q2 + Q3 + Q4 + Q5\_edit + Q6\_edit + Q7\_edit + Q8\_edit + Q9 + Q10 + Q11 + Q12$  Technikbereitschaft Total Score = $(Q1 + Q2 + Q3 + Q4 + Q5\_edit + Q6\_edit + Q7\_edit + Q8\_edit + Q9 + Q10 + Q11 + Q12) / 12$

### 3.3.1.5 Telemedizinzufriedenheit - System Usability Scale (SUS)

#### 3.3.1.5.1 Erhobene Items

Fragebogen-Items	Ausprägung
Q1: Ich kann mir sehr gut vorstellen, das System regelmäßig zu nutzen Q2: Ich empfinde das System als unnötig komplex Q3: Ich empfinde das System als einfach zu nutzen Q4: Ich denke, dass ich technischen Support brauchen würde, um das System zu nutzen Q5: Ich finde, dass die verschiedenen Funktionen des Systems gut integriert sind Q6: Ich finde, dass es im System zu viele Inkonsistenzen gibt Q7: Ich kann mir vorstellen, dass die meisten Leute das System schnell zu beherrschen lernen Q8: Ich empfinde die Bedienung als sehr umständlich Q9: Ich habe mich bei der Nutzung des Systems sehr sicher gefühlt Q10: Ich musste eine Menge Dinge lernen, bevor ich mit dem System arbeiten konnte	[1,2,3,4,5] 1 = Stimme überhaupt nicht zu 5 = Stimme voll und ganz zu

#### 3.3.1.5.2 Abgeleitete Items

Die Berechnung der nachfolgenden Scores erfolgt nach [5].

Score [Range]	Berechnung
Für die Berechnung müssen die Items [0,1,2,3,4] kodiert sein: Qx_edit [0 - 4]	$Qx\_edit = Qx - 1$ $x = [1,3,5,7,9]$
Umgekehrte Bewertung durch Subtraktion der Rohpunktzahl von 5 Qx_edit [0 - 4]	$Qx\_edit = 5 - Q2$ $x = [2,4,6,8,10]$
System Usability Scale (SUS) [0-100]	$System\ Usability\ Scale = (Q1\_edit + Q2\_edit + Q3\_edit + Q4\_edit + Q5\_edit + Q6\_edit + Q7\_edit + Q8\_edit + Q9\_edit + Q10\_edit) * 2,5$
SUS Grading [1,2,3,4]  1 = 100 entsprechen einem perfekten System ohne Usability-Probleme	$if\ System\ Usability\ Scale\ (SUS) = 100$ $then\ SUS\ Grading = 1;$  $if\ 80 < System\ Usability\ Scale\ (SUS)$ $< 100\ then\ SUS\ Grading = 2;$

Score [Range]	Berechnung
2 = Werte über 80 deuten auf eine gute bis exzellente Usability hin	if 60 <= System Usability Scale (SUS) <= 80 then SUS Grading = 3;
3 = Werte zwischen 60 und 80 sind als grenzwertig bis gut zu interpretieren	if . < System Usability Scale (SUS) < 60 then SUS Grading = 4;
4 = Werte unter 60 sind Hinweise auf erhebliche Usability-Probleme	

### 3.3.1.6 Telemedizinzufriedenheit - Computer System Usability Questionnaire (CSUQ)

#### 3.3.1.6.1 Erhobene Items

Fragebogen-Items	Ausprägung
<p>Q1: Insgesamt bin ich zufrieden, wie einfach das System zu bedienen ist</p> <p>Q2: Es war einfach dieses System zu bedienen</p> <p>Q3: Ich konnte meine Arbeit mit dem System erfolgreich ausführen</p> <p>Q4: Ich konnte meine Arbeit mit dem System zügig bewältigen</p> <p>Q5: Ich konnte meine Arbeit mit dem System effizient ausführen</p> <p>Q6: Ich fühlte mich beim Verwenden dieses Systems wohl</p> <p>Q7: Es war einfach, die Bedienung des Systems zu erlernen</p> <p>Q8: Ich denke, dass ich das System schnell produktiv nutzen konnte</p> <p>Q9: Das System gab klare Fehlermeldungen aus, welche mir genau erklärten, wie ein Problem zu lösen ist</p> <p>Q10: Wann immer ich einen Fehler mit dem System machte, konnte ich ihn schnell und einfach beheben</p> <p>Q11: Die Informationen (z.B. Meldungen auf dem Bildschirm), welche das System ausgegeben hat, sind klar und verständlich</p> <p>Q12: Es war leicht, die Informationen zu finden, die ich benötigte</p> <p>Q13: Die vom System zur Verfügung gestellten Informationen waren leicht verständlich</p> <p>Q14: Die Informationen halfen mir erfolgreich dabei, die Arbeit zu machen</p> <p>Q15: Die Darstellung/Anordnung der Informationen auf dem System-Bildschirm war klar und verständlich</p> <p>Q16: Das Interface dieses Systems ist</p>	<p>[1,2,3,4,5,6,7,8]</p> <p>1 = trifft nicht zu*</p> <p>2 = stimme nicht zu</p> <p>8 = stimme vollkommen zu</p> <p>*Qx = 1 → Antwort wird bei der Berechnung der Scores nicht mit berücksichtigt</p>

Fragebogen-Items	Ausprägung
angenehm Q17: Ich habe das Interface des Systems gerne benutzt Q18: Das System bietet alle Funktionen und Möglichkeiten, die ich erwartet hätte Q19: Insgesamt bin ich mit diesem System zufrieden	

### 3.3.1.6.2 Abgeleitete Items

Die Berechnung der nachfolgenden Scores erfolgt nach [6].

Score [Range]	Berechnung
Umgekehrte Bewertung durch Subtraktion der Rohpunktzahl von 9 Qx_edit [1,2,3,4,5,6,7]	If Qx in (2,3,4,5,6,7,8) then Qx_edit = 9 – Qx  x = [1 - 19]
SysUse (system usefulness) [1 - 7]	SysUse = (Q1_edit + Q2_edit + Q3_edit + Q4_edit + Q5_edit + Q6_edit + Q7_edit + Q8_edit) / 8
InfoQual (information quality) [1 - 7]	InfoQual = (Q9_edit + Q10_edit + Q11_edit + Q12_edit + Q13_edit + Q14_edit + Q15_edit) / 7
IntQual (interface quality) [1 - 7]	IntQual = (Q16_edit + Q17_edit + Q18_edit) / 3
Overall CSUQ (Computer System Usability Scale) [1 - 7]	Computer System Usability Scale = (Q1_edit + Q2_edit + Q3_edit + Q4_edit + Q5_edit + Q6_edit + Q7_edit + Q8_edit + Q9_edit + Q10_edit + Q11_edit + Q12_edit + Q13_edit + Q14_edit + Q15_edit + Q16_edit + Q17_edit + Q18_edit + Q19_edit) / 19

## 3.3.2 Intraindividuelle Veränderungen

Zur Berechnung intraindividuelle Veränderungen bei mehrfach erhobenen Variablen bzw. Fragebögen werden die Differenzen zwischen zwei Zeitpunkten gebildet: Einerseits bei Event-unabhängigen Angaben zwischen Studienanfang und Studienende (tE-tA) sowie andererseits zwischen den Zeitpunkten „vor Konsil/Event“ und „nach Konsil/Event“ (t2-tV) bei Veränderungen durch die Lösung des Events. Dies betrifft die folgenden Variablen bzw. Fragebögen:

Event-unabhängige Differenzen (tE-tA):

- Total Score SUS (System Usability Scale)
- Team Skala (TS-6)
- Technikakzeptanz Subscale (Arzt)
- Technikkompetenzüberzeugungen Subscale (Arzt)
- Technikkontrollüberzeugungen Subscale (Arzt)
- Technikbereitschaft Total Score (Arzt)
- Technikakzeptanz Subscale (Konsiliaren)
- Technikkompetenzüberzeugungen Subscale (Konsiliaren)

- Technikkontrollüberzeugungen Subscale (Konsiliarien)
- Technikbereitschaft Total Score (Konsiliarien)
- CSUQ Subscale System Usefulness
- CSUQ Subscale Information Quality
- CSUQ Subscale Interface Quality
- Total Score CSUQ (Computer System Usability Questionnaire)

Event-abhängige Differenzen (t2-tV):

- iPOS (Arzt)
- iPOS (Patient)
- iPOS (Angehöriger)
- Quality of Life
- Gesundheitszustand
- McGill Physical Subscale
- McGill Psychological Subscale
- McGill Existential Subscale
- McGill Social Subscale
- McGill Quality of Life Total Score
- Karnofsky-Index
- ECOG-Index

### 3.4 Fehlwertersetzungen

Es erfolgt keine Fehlwertersetzung mit Ausnahme der für die beiden nachfolgenden Fragebögen beschriebenen Vorgehensweise entsprechend des jeweiligen Manuals.

#### 3.4.1 McGill Quality of Life

Fehlende Werte beim McGill Quality of Life-Fragebogen können mit Hilfe des Mittelwerts für eine Subskala verwendet werden. Dies sollte nur dann geschehen, wenn nicht mehr als ein Itemwert für eine Subskala fehlt (d. h. bei Subskalen, die aus 3 Items bestehen, muss eine Person Werte für mindestens 2 Items haben, während bei Subskalen, die aus 4 Items bestehen, eine Person Werte für mindestens 3 Items haben muss). Fehlt bei einer Subskala mehr als ein Item, kann der Wert der Subskala nicht berechnet werden [2].

#### 3.4.2 Teamarbeit (Team-Skala (TS-6))

Liegen mehr als zwei Fehlwerte beim Fragenbogen zur Teamarbeit (Team-Skala (TS-6)) vor, sollte kein Gesamtwert errechnet werden. Bei bis zu zwei fehlenden Werten kann jeder fehlende Wert durch den Mittelwert der ausgefüllten Items ersetzt werden [3].

#### 3.4.3 CSUQ

Liegt nur ein Fehlwert vor, kann der Mittelwert der übrigen Items verwendet werden [7].

## **4 Archivierung**

Die in Papierform erfassten Daten werden im am Studienort Agatharied gesammelt und nach Beendigung der Studie dort unzugänglich für zehn Jahre aufbewahrt.

Alle elektronischen Daten werden nach Beendigung der Auswertung passwortgeschützt nach Agatharied geschickt und dort ebenso für zehn Jahre aufbewahrt.

## 5 Referenzen

- [1] <https://medical-data-models.org/38981#model-info>, abgerufen am 25.01.2023
- [2] S. Robin Cohen - MCGILL QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE - Revised, Expanded, and original versions. (Verweis auf Cohen, S. R., Sawatzky, R., Russell, L. B., Shahidi, J., Heyland, D. K., & Gadermann, A. M. (2017). Measuring the quality of life of people at the end of life: The McGill Quality of Life Questionnaire–Revised. *Palliative Medicine*, 31(2), 120-129)
- [3] Körner, M. & Wirtz, M. Team Skala (TS-6) Kurzfragebogen zur Erfassung der interprofessionellen Teamarbeit
- [4] [https://zis.gesis.org/skala/Neyer-Felber-Gebhardt-Kurzskala-Technikbereitschaft-\(TB,-technology-commitment\)](https://zis.gesis.org/skala/Neyer-Felber-Gebhardt-Kurzskala-Technikbereitschaft-(TB,-technology-commitment)), abgerufen am 25.01.2023
- [5] <https://blog.seibert-media.net/blog/2011/04/11/usability-analysen-system-usability-scale-sus/>, abgerufen am 25.01.2023
- [6] Lewis, J. R. (1995). IBM computer usability satisfaction questionnaires: psychometric evaluation and instructions for use. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 7(1), 57-78
- [7] Lewis, J. R. (1995). *Computer System Usability Questionnaire (CSUQ)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t32698-000>

01NVF19004\_TANNE Anhang Nr.6 Output komprimiert

Telemedizinische Antworten auf Neuropalliative Nachfragen in Echtzeit

Final Analysis

Analysen gemäß SAP 1.0 (16. Oktober 2023)

\Beratungen\Tanne\Programms\Analyses\Statistical Output - kompr.sas

Data Export - Studiendaten: 05.12.2023

Data Export - Daten der Primärdokumentation: 20.12.2023

Derived Data: 19.03.2024



## Inhaltsverzeichnis

1 Studien- und Patientenübersicht.....	11
Tabelle 1.1: First Patient in / Last Patient out .....	11
Tabelle 1.6: Anzahl Patienten je Vergleichsgruppe und Studienarm.....	12
Tabelle 1.7: Anzahl Events je Vergleichsgruppe und Studienarm .....	13
Tabelle 1.12: Analysepopulationen .....	15
Tabelle 1.14: Subgruppe - Patienten mit neuro-degenerativer Grunderkrankung .....	16
Tabelle 1.17: Subgruppe - Region [Ländliche Region/Städtische Region] .....	18
2 Daten aus den Primärdokumentationssystemen .....	20
2.1 Analysepopulation FAS .....	20
2.1.1 Demographie und Baseline-Daten je Vergleichsgruppe und Studienarm .....	20
2.1.1.1 Basisdaten.....	20
Tabelle 2.1.1.1.1: Alter .....	20
Tabelle 2.1.1.1.2: Geschlecht .....	21
Tabelle 2.1.1.1.9: ECOG (erster Wert) .....	22
Tabelle 2.1.1.1.10: Versorgungstage .....	23
2.1.2 Verlaufsdaten je Vergleichsgruppe und Studienarm .....	25
2.1.2.2 Verordnungen (bei SAPV-Teams).....	25
Tabelle 2.1.2.2.6: Verordnung (Voll / Teil / Beratung / Koordination) .....	25
Tabelle 2.1.2.2.12: Neurologische / Psychiatrische / Psychische Symptomatik .....	27
2.2 Analysepopulation ES .....	28
2.2.1 Demographie und Baseline-Daten je Vergleichsgruppe und Studienarm .....	28
2.2.1.1 Basisdaten.....	28
Tabelle 2.2.1.1.1: Alter .....	28
Tabelle 2.2.1.1.2: Geschlecht .....	29
Tabelle 2.2.1.1.9: ECOG (erster Wert) .....	30
Tabelle 2.2.1.1.10: Versorgungstage .....	31
3 Demographische Daten .....	33
3.1 Patientendaten je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES).....	33
3.1.2 Soziodemografie (Angehörige) .....	33
Tabelle 3.1.2.1: Alter .....	33
Tabelle 3.1.2.2: Geschlecht .....	34
Tabelle 3.1.2.3: In welcher Verbindung stehen Sie zur Patientin oder zu dem Patienten? .....	35
Tabelle 3.1.2.4: Leben Sie im gleichen Haushalt wie die Patientin oder der Patient? .....	36
Tabelle 3.1.2.5: Inwiefern sind Sie in die Pflege der Patientin oder des Patienten involviert? .....	37
Tabelle 3.1.2.6: Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?.....	38

Tabelle 3.1.2.7: Welcher beruflichen Tätigkeit sind Sie die meiste Zeit nachgegangen? .....	39
Tabelle 3.1.2.8: Was ist der höchste Bildungsabschluss der Ihnen nahestehenden Person? .....	40
Tabelle 3.1.2.9: Welcher beruflichen Tätigkeit ist die Ihnen nahestehende Person die meiste Zeit nachgegangen? .....	42
3.2 Teamdaten je Vergleichsgruppe .....	43
3.2.1 Soziodemografie (Professionelle) .....	43
Tabelle 3.2.1.1: Alter .....	43
Tabelle 3.2.1.2: Geschlecht .....	44
Tabelle 3.2.1.5: Haben Sie Ihre Weiterbildung im Bereich Palliativmedizin abgeschlossen? .....	45
3.2.3 Soziodemografie (Team) .....	46
Tabelle 3.2.3.1: Wie viele Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen arbeiten in Ihrem Team der Palliativversorgung (Hospiz- oder SAPV)? .....	46
Tabelle 3.2.3.12: Wie lange arbeiten Sie schon in Ihrem Hospiz- oder SAPV-Team? .....	48
4 Primärer Endpunkt (ES) .....	50
4.1 iPOS (Professionelle) .....	50
Tabelle 4.1.1: Deskriptive Statistiken - iPOS (Professionelle) .....	50
Tabelle 4.1.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung - iPOS (Professionelle) .....	54
Tabelle 4.1.3: Statistische Analyse der Intervention für iPOS (Professionelle) .....	59
Tabelle 4.1.4: Sensitivitätsanalyse iPOS (Professionelle) inkl. verzögerter IG .....	60
Tabelle 4.1.5: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG .....	65
Tabelle 4.1.6: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG .....	66
Tabelle 4.1.7: Altersadjustierte statistische Analyse der Intervention .....	69
Tabelle 4.1.8: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG .....	70
Tabelle 4.1.9: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG .....	71
Tabelle 4.1.10: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG .....	72
4.2 iPOS (Patient) .....	73
Tabelle 4.2.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung - iPOS (Patient) .....	73
4.3 iPOS (Angehörige) .....	78
Tabelle 4.3.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung - iPOS (Angehörige) .....	78
5 Sekundäre Endpunkte (ES) .....	83
5.1 Einzelitems - iPOS .....	83
Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle) .....	83
Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle) .....	162
Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient) .....	267
Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige) .....	326
5.2 iPOS Subscales (Professionelle) .....	386
5.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome .....	386
Tabelle 5.2.1.1: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Körperliche Symptome .....	386
Tabelle 5.2.1.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung .....	390

Tabelle 5.2.1.3: Statistische Analyse der Intervention .....	395
Tabelle 5.2.1.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG .....	396
Tabelle 5.2.1.5: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG.....	401
Tabelle 5.2.1.6: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG .....	402
Tabelle 5.2.1.7: Altersadjustierte statistische Analyse der Intervention .....	405
Tabelle 5.2.1.8: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG.....	406
Tabelle 5.2.1.9: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG .....	407
Tabelle 5.2.1.10: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG .....	408
5.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme .....	409
Tabelle 5.2.3.1: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme.....	409
Tabelle 5.2.3.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung .....	413
Tabelle 5.2.3.3: Statistische Analyse der Intervention .....	418
Tabelle 5.2.3.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG .....	419
Tabelle 5.2.3.5: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG.....	424
Tabelle 5.2.3.6: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG .....	425
Tabelle 5.2.3.7: Altersadjustierte statistische Analyse der Intervention .....	428
Tabelle 5.2.3.8: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG.....	429
Tabelle 5.2.3.9: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG .....	430
Tabelle 5.2.3.10: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG .....	431
5.3 iPOS Subscales (Patient) .....	432
5.3.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome.....	432
Tabelle 5.3.2.3: Sensitivitätsanalyse der intraindividuellen Veränderung (Patient mit imputierten Daten der Angehörigen).....	432
5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient) .....	435
5.5.1 Quality of Life.....	435
Tabelle 5.5.1.1: Deskriptive Statistiken - Quality of Life .....	435
Tabelle 5.5.1.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung .....	438
Tabelle 5.5.1.3: Statistische Analyse der Intervention .....	443
Tabelle 5.5.1.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG .....	444
Tabelle 5.5.1.5: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG.....	449
Tabelle 5.5.1.6: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG .....	450
Tabelle 5.5.1.7: Altersadjustierte statistische Analyse der Intervention .....	453
Tabelle 5.5.1.8: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG.....	454
Tabelle 5.5.1.9: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG .....	455
Tabelle 5.5.1.10: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG .....	456
5.5.2 Gesundheit.....	457
Tabelle 5.5.2.1: Deskriptive Statistiken - Gesundheitszustand.....	457
Tabelle 5.5.2.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung .....	460

Tabelle 5.5.2.3: Statistische Analyse der Intervention .....	465
Tabelle 5.5.2.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG .....	466
Tabelle 5.5.2.5: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG.....	471
Tabelle 5.5.2.6: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG .....	472
Tabelle 5.5.2.7: Altersadjustierte statistische Analyse der Intervention .....	475
Tabelle 5.5.2.8: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG.....	476
Tabelle 5.5.2.9: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG .....	477
Tabelle 5.5.2.10: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG .....	478
5.7 Zufriedenheit .....	479
5.7.1 Einzelitems - Versorgungs- und Beratungszufriedenheit (Patient).....	479
Tabelle 5.7.1.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit.....	479
Tabelle 5.7.1.2: Einzelitems - Beratungszufriedenheit .....	490
5.7.2 Gesundheitszustand des Patienten (Patient) .....	495
Tabelle 5.7.2.1: Wie geht es Ihnen insgesamt seit Sie wegen dieses Problems Kontakt zu den Ärzten und Ärztinnen hatten? .....	495
Tabelle 5.7.2.2: Statistische Analyse der Intervention .....	496
5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle) .....	497
Tabelle 5.7.3.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit.....	497
Tabelle 5.7.3.2: Einzelitems - Palliativversorgung .....	511
Tabelle 5.7.3.3: Einzelitems - Konsilzufriedenheit .....	520
6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES) .....	549
6.1 ECOG (Professionelle) .....	549
Tabelle 6.1.1: Deskriptive Statistiken - ECOG .....	549
6.2 Neurosymptome (Konsilbüro) .....	552
6.2.1 Allgemeine Fragen .....	552
Tabelle 6.2.1.3: Wie überrascht wären die Ärztin oder der Arzt, falls die Patientin oder der Patient innerhalb der nächsten vier Wochen versterben würde? .....	552
6.2.2 Welche Symptome hat der Patient?.....	553
Tabelle 6.2.2.2: Symptom gemäß Neuro-iPOS (falls zuordenbar) .....	553
6.3 Palliativverlauf (Konsilbüro).....	556
6.3.1 Allgemeine Fragen .....	556
Tabelle 6.3.1.2: Bitte geben Sie das Krankheitsstadium des Patienten an .....	556
6.4 Neuroverlauf (Konsilbüro) .....	557
6.4.4 Zustand des Patienten .....	557
Tabelle 6.4.4.1: Der Zustand des Patienten hat sich im Hinblick speziell auf die neurologischen Symptome in der Zwischenzeit wie folgt verändert .....	557
Tabelle 6.4.4.3: Der Zustand des Patienten hat sich in der Zwischenzeit allgemein wie folgt verändert .....	560
6.7 Fragebogenbeantwortung .....	563
6.7.1 Konsilbüro.....	563
Tabelle 6.7.1.1: Organisatorische Angaben .....	563

6.8 Telemedizinzufriedenheit (SUS - System Usability Scale) (Professionelle) .....	572
6.8.1 SUS - System Usability Scale .....	572
Tabelle 6.8.1.2: Deskriptive Statistiken - Total Score SUS (System Usability Scale) .....	572
Tabelle 6.8.1.3: Grading SUS (System Usability Scale) .....	573
6.9 Zeitbedarf .....	574
6.9.1 Zeitbedarf (Professionelle) .....	574
6.9.1.1 Geschätzte Zeitbedarf .....	574
Tabelle 6.9.1.1.1: Deskriptive Statistiken - Was glauben Sie, wieviel Zeit Sie für die Vorbereitung des Konsils insgesamt benötigen werden? .....	574
Tabelle 6.9.1.1.2: Deskriptive Statistiken - Was glauben Sie, wie lange das Telekonsil, also das Gespräch per Video, dauern wird? .....	575
Tabelle 6.9.1.1.3: Deskriptive Statistiken - Was glauben Sie, wieviel Zeit Sie für die Nachbereitung des Konsils insgesamt benötigen werden? .....	576
6.9.1.2 Tatsächliche Zeitbedarf .....	577
Tabelle 6.9.1.2.1: Deskriptive Statistiken - Wieviel Zeit haben Sie für die Vorbereitung des Konsils insgesamt benötigt? .....	577
Tabelle 6.9.1.2.2: Deskriptive Statistiken - Wie lange hat das Telekonsil, also das Gespräch per Video, tatsächlich gedauert? .....	578
Tabelle 6.9.1.2.3: Deskriptive Statistiken - Wieviel Zeit haben Sie für die Nachbereitung des Konsils insgesamt benötigt? .....	579
6.9.2 Zeitbedarf (Konsiliarien) .....	580
6.9.2.1 Geschätzte Zeitbedarf .....	580
Tabelle 6.9.2.1.1: Deskriptive Statistiken - Was glauben Sie, wieviel Zeit Sie für die Vorbereitung des Konsils insgesamt benötigen werden? .....	580
Tabelle 6.9.2.1.2: Deskriptive Statistiken - Was glauben Sie, wie lange das Telekonsil, also das Gespräch per Video, dauern wird? .....	581
Tabelle 6.9.2.1.3: Deskriptive Statistiken - Was glauben Sie, wieviel Zeit Sie für die Nachbereitung des Konsils insgesamt benötigen werden? .....	582
6.9.2.2 Tatsächliche Zeitbedarf .....	583
Tabelle 6.9.2.2.1: Deskriptive Statistiken - Wieviel Zeit haben Sie für die Vorbereitung des Konsils insgesamt benötigt? .....	583
Tabelle 6.9.2.2.2: Deskriptive Statistiken - Wie lange hat das Telekonsil, also das Gespräch per Video, tatsächlich gedauert? .....	584
Tabelle 6.9.2.2.3: Deskriptive Statistiken - Wieviel Zeit haben Sie für die Nachbereitung des Konsils insgesamt benötigt? .....	585
6.10 Neurobeurteilung (Konsiliarien) .....	586
6.10.2 Welche Symptome hat der Patient? .....	586
Tabelle 6.10.2.2: Symptom gemäß Neuro-iPOS (falls zuordenbar) .....	586
9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES) .....	589
9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose .....	589
9.1.1 Demographie und Baseline-Daten je Vergleichsgruppe .....	589
Tabelle 9.1.1.1: Alter .....	589
Tabelle 9.1.1.2: Geschlecht .....	592
Tabelle 9.1.1.3: ECOG (erster Wert) .....	595
Tabelle 9.1.1.4: Entlassungsgrund (bei SAPV-Teams) .....	598
9.1.2 iPOS .....	601
Tabelle 9.1.2.1: Deskriptive Statistiken - iPOS (Professionelle) .....	601
Tabelle 9.1.2.2: Deskriptive Statistiken - iPOS (Patient) .....	607
Tabelle 9.1.2.3: Deskriptive Statistiken - iPOS (Angehörige) .....	613

Tabelle 9.1.2.4: Deskriptive Statistiken - iPOS (Patient mit imputierten Daten der Angehörigen) .....	618
9.1.3 iPOS Subscales .....	624
9.1.3.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome .....	624
Tabelle 9.1.3.1.1: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle) .....	624
Tabelle 9.1.3.1.2: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Patient).....	630
Tabelle 9.1.3.1.3: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Angehörige).....	636
Tabelle 9.1.3.1.4: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Patient mit imputierten Daten der Angehörigen).....	641
9.1.3.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome .....	647
Tabelle 9.1.3.2.1: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Professionelle) .....	647
Tabelle 9.1.3.2.2: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Patient) .....	653
Tabelle 9.1.3.2.3: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Angehörige) .....	659
Tabelle 9.1.3.2.4: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Patient mit imputierten Daten der Angehörigen) .....	664
9.1.3.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme .....	670
Tabelle 9.1.3.3.1: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Professionelle).....	670
Tabelle 9.1.3.3.2: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Patient).....	676
Tabelle 9.1.3.3.3: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Angehörige).....	682
Tabelle 9.1.3.3.4: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Patient mit imputierten Daten der Angehörigen).....	687
9.1.4 Quality of Life / Gesundheit (Patient) .....	693
9.1.4.1 Quality of Life.....	693
Tabelle 9.1.4.1.1: Deskriptive Statistiken - Quality of Life .....	693
9.1.4.2 Gesundheit.....	699
Tabelle 9.1.4.2.1: Deskriptive Statistiken - Gesundheitszustand .....	699
9.1.5 McGill Quality of Life (Patient).....	705
9.1.5.1 McGill Quality of Life Total Score.....	705
Tabelle 9.1.5.1.1: Deskriptive Statistiken - McGill Quality of Life Total Score .....	705
9.1.6 Gesundheitszustand des Patienten .....	711
Tabelle 9.1.6.1: Wie geht es Ihnen insgesamt seit Sie wegen dieses Problems Kontakt zu den Ärzten und Ärztinnen hatten? (Patient).....	711
Tabelle 9.1.6.2: Wie geht es dem Patienten oder der Patientin insgesamt im Vergleich zu der Situation vor dem Arztkontakt wegen des neurologischen Problems? (Professionelle) .....	714
9.1.7 Zufriedenheit mit der Behandlung des neurologischen Problems (Angehörige) .....	717
Tabelle 9.1.7.1: Zufriedenheit mit der Behandlung des neurologischen Problems.....	717
9.1.8 Neuroverlauf (Konsilbüro) .....	720
9.1.8.1 Welche Symptome hat der Patient?.....	720
Tabelle 9.1.8.1.1: Ungefährer Beginn .....	720
9.1.9 Pflegesituation (Angehörige) .....	732
Tabelle 9.1.9.1: Wie haben Sie die Pflege der Ihnen nahestehenden Person in den letzten zwei Tagen wahrgenommen? .....	732
9.1.10 Zeitbedarf (Konsiliaren) .....	757

9.1.10.1 Tatsächliche Zeitbedarf.....	757
Tabelle 9.1.10.1.1: Deskriptive Statistiken - Wieviel Zeit haben Sie für die Vorbereitung des Konsils insgesamt benötigt? .....	757
Tabelle 9.1.10.1.2: Deskriptive Statistiken - Wie lange hat das Telekonsil, also das Gespräch per Video, tatsächlich gedauert? .....	760
Tabelle 9.1.10.1.3: Deskriptive Statistiken - Wieviel Zeit haben Sie für die Nachbereitung des Konsils insgesamt benötigt? .....	763
9.1.11 Post-hoc Analysen.....	766
9.1.11.1 iPOS.....	766
Tabelle 9.1.11.1.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Professionelle) .....	766
Tabelle 9.1.11.1.2: Statistische Analyse der Intervention (Professionelle).....	772
Tabelle 9.1.11.1.3: Sensitivitätsanalyse iPOS (Professionelle) inkl. verzögerter IG .....	774
Tabelle 9.1.11.1.4: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Angehörige) .....	779
9.1.11.2 iPOS Subscales .....	781
9.1.11.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome .....	781
Tabelle 9.1.11.2.1.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Professionelle) .....	781
Tabelle 9.1.11.2.1.2: Statistische Analyse der Intervention (Professionelle).....	787
Tabelle 9.1.11.2.1.3: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Patient) .....	789
Tabelle 9.1.11.2.1.4: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Angehörige) .....	792
9.1.11.2.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome .....	795
Tabelle 9.1.11.2.2.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Professionelle) .....	795
Tabelle 9.1.11.2.2.2: Statistische Analyse der Intervention (Professionelle).....	801
Tabelle 9.1.11.2.2.3: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Patient) .....	803
Tabelle 9.1.11.2.2.4: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Angehörige) .....	805
9.1.11.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme .....	808
Tabelle 9.1.11.2.3.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Professionelle) .....	808
Tabelle 9.1.11.2.3.2: Statistische Analyse der Intervention (Professionelle).....	814
Tabelle 9.1.11.2.3.3: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Patient) .....	816
Tabelle 9.1.11.2.3.4: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Angehörige) .....	819
9.1.11.3 Quality of Life / Gesundheit (Patient) .....	822
9.1.11.3.1 Quality of Life.....	822
Tabelle 9.1.11.3.1.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung .....	822
Tabelle 9.1.11.3.1.2: Statistische Analyse der Intervention .....	825
9.1.11.3.2 Gesundheit.....	826
Tabelle 9.1.11.3.2.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung .....	826
Tabelle 9.1.11.3.2.2: Statistische Analyse der Intervention .....	829
9.1.11.4 McGill Quality of Life (Patient).....	830
9.1.11.4.1 McGill Quality of Life Total Score.....	830
Tabelle 9.1.11.4.1.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung .....	830
Tabelle 9.1.11.4.1.2: Statistische Analyse der Intervention .....	833

10 Fallbackstrategie .....	834
10.1 Primärdokumentation der Fallback-Patienten (FB) .....	834
10.1.1 Demographie und Baseline-Daten .....	834
10.1.1.1 Basisdaten .....	834
Tabelle 10.1.1.1.1: Alter .....	834
Tabelle 10.1.1.1.2: Geschlecht .....	835
Tabelle 10.1.1.1.9: ECOG (erster Wert) .....	836
Tabelle 10.1.1.1.10: Versorgungstage .....	837
10.1.1.3 Diagnosen .....	838
Tabelle 10.1.1.3.2: Diagnose zur Aufnahme (ICD10) für neurologische Grunderkrankungen .....	838
Tabelle 10.1.1.3.3: Diagnose zur Aufnahme (ICD10) für neuro-degenerative Grunderkrankungen .....	839
10.1.2 Verlaufsdaten .....	840
10.1.2.2 Verordnungen .....	840
Tabelle 10.1.2.2.6: Verordnung (Voll / Teil / Beratung / Koordination) .....	840
10.2 Balanciertheit der Kontroll-Patienten (ES) und Fallback-Patienten (FB) .....	842
Tabelle 10.2.1: Standardisierte Differenzen bzgl. Alter, Geschlecht, Pflegegrad bei Aufnahme und Aufenthaltsort bei Aufnahme .....	842
10.3 Datenerhebung der Fallback-Patienten (FB) .....	843
10.3.1 Allgemeine Angaben .....	843
Tabelle 10.3.1.4: Indikatoren für Schwere des Symptoms .....	843
Tabelle 10.3.1.5: Bewertung Schwere des Symptoms durch AGA .....	844
10.3.3 ECOG .....	845
Tabelle 10.3.3.1: Deskriptive Statistiken - ECOG .....	845
10.3.12 Verlauf 3-7 Tage nach EVENT - Zustand .....	846
Tabelle 10.3.12.1: Der Zustand des Patienten hat sich im Hinblick speziell auf die neurologischen Symptome in der Zwischenzeit wie folgt verändert .....	846
10.4 Auswertung der TANNE- und Fallback-Events durch den unabhängigen Rater je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES/FB) .....	847
Tabelle 10.4.1: Bewertung Schwere des Symptoms durch unabhängigen Rater .....	847
Tabelle 10.4.2: Leitliniengerechte Behandlung .....	848
Tabelle 10.4.3: Therapie aus Sicht des neuropalliativen Expertens geeignet? .....	849
Tabelle 10.4.4: Qualität der diagnostischen/therapeutischen Problemlösung .....	850
Tabelle 10.4.5: Krankenhauseinweisung wegen neurologischem Problem? .....	851
Tabelle 10.4.6: Wäre die Krankenhauseinweisung durch das hinzuziehen einer neurologischen Expertise verhinderbar gewesen? .....	852
11 Supplementary .....	852
11.1 Zufriedenheit .....	852
11.1.1 Einzelitems - Versorgungs- und Beratungszufriedenheit (Patient) .....	852
Abbildung 11.1.1.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit .....	852
Abbildung 11.1.1.2: Einzelitems - Beratungszufriedenheit (nur IG) .....	854
11.1.2 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle) .....	856



Abbildung 11.1.2.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit.....	856
Abbildung 11.1.2.2: Einzelitems - Palliativversorgung.....	858
11.2 Zustand des Patienten .....	861
Tabelle 11.2.1: Der Zustand des Patienten hat sich in der Zwischenzeit allgemein wie folgt verändert (Datenerhebung der Fallback-Patienten (HKG)) .....	861
Abbildung 11.2.1: Zustand des Patienten (ohne Fallback-Patienten (HKG)) .....	862
Abbildung 11.2.2: Zustand des Patienten (mit Fallback-Patienten (HKG)) .....	864
Abbildung 11.2.3: Zustand des Patienten (Kombination KG und Fallback-Patienten (HKG)) (andere Darstellung) .....	866
11.3 Qualität der diagnostischen/therapeutischen Problemlösung.....	868
Abbildung 11.3.1: Qualität der diagnostischen/therapeutischen Problemlösung (mit Fallback-Patienten (HKG)) .....	868
Abbildung 11.3.2: Qualität der diagnostischen/therapeutischen Problemlösung (mit Fallback-Patienten (HKG)) - inklusive Fehlwerte .....	869
Abbildung 11.3.3: Qualität der diagnostischen/therapeutischen Problemlösung (Kombination KG und Fallback-Patienten (HKG)) - inklusive Fehlwerte .....	870
11.4 Patientenzahlen je Zentrum .....	871
Tabelle 11.4.1: Patientenzahlen je Zentrum.....	871

**1 Studien- und Patientenübersicht****Tabelle 1.1: First Patient in / Last Patient out**

	<b>Randomisierungszuteilung</b>	<b>Datum</b>
First patient in	Interventionsgruppe (S 1,1; S 1,2)	10MAY2021
Last patient out	Interventionsgruppe (S 1,1; S 1,2)	26MAY2023

## Anmerkungen:

- First patient in: erstes Datum (Ausfülldatum bzw. Datum der Einverständniserklärung), das in der Studie erfasst wurde.
- Last patient out: letztes Datum (Datum des Konsils), das in der Studie erfasst wurde.

**1 Studien- und Patientenübersicht****Tabelle 1.6: Anzahl Patienten je Vergleichsgruppe und Studienarm**

<b>Randomisierungszuteilung</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Interventionsgruppe (S 1,1; S 1,2)	61	53.5
Kontrollgruppe (S 2,1; S 2,2)	53	46.5
Gesamt	114	100

<b>Vergleichsgruppe</b>	<b>Patienten je Studienarm</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
IG	S 1,1	32	28.1
	S 1,2	30	26.3
	Gesamt (S 1)	61	53.5
verz. IG	S 2,2	29	25.4
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	90	78.9
KG	S 2,1	24	21.1

Anmerkung: Es gibt einen Patienten mit mehreren Events in unterschiedlichen Studienarmen (S 1,1 und S 1,2). Dieser Patient ist in Gesamt (S 1) jedoch nur einmal enthalten.

**1 Studien- und Patientenübersicht****Tabelle 1.7: Anzahl Events je Vergleichsgruppe und Studienarm**

Randomisierungszuteilung	Gab es mindestens ein Event?					
	Ja		Nein		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Interventionsgruppe (S 1,1; S 1,2)	39	63.9	22	36.1	61	100
Kontrollgruppe (S 2,1; S 2,2)	29	54.7	24	45.3	53	100
Gesamt	68	59.6	46	40.4	114	100

Randomisierungszuteilung	Anzahl Events pro Patient										Gesamt	
	1		2		3		4		5		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Interventionsgruppe (S 1,1; S 1,2)	36	92.3	2	5.1	0	0	0	0	1	2.6	39	100
Kontrollgruppe (S 2,1; S 2,2)	26	89.7	3	10.3	0	0	0	0	0	0	29	100
Gesamt	62	91.2	5	7.4	0	0	0	0	1	1.5	68	100

	N
Anzahl der Events insgesamt	77
Anzahl der neurologischen Events	75
Anzahl der nicht-neurologischen Events	2

Anmerkung: Bei den 2 nicht-neurologischen Events handelt es sich ausschließlich um Krankenhausaufenthalte. Zu diesen beiden Events liegen keine weiteren Angaben (Fragebögen etc.) vor, daher werden in den nachfolgenden Tabellen 1.8, 1.15 und 1.19, die Informationen als 'Fehlend' dargestellt.

**1 Studien- und Patientenübersicht****Tabelle 1.7: Anzahl Events je Vergleichsgruppe und Studienarm**

Vergleichsgruppe und Studienarm		Gab es mindestens ein Event?					
		Ja		Nein		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	23	71.9	9	28.1	32	100
	S 1,2	17	56.7	13	43.3	30	100
	Gesamt (S 1)	39	63.9	22	36.1	61	100
verz. IG	S 2,2	15	51.7	14	48.3	29	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	54	60.0	36	40.0	90	100
KG	S 2,1	14	58.3	10	41.7	24	100

Anmerkung: Es gibt einen Patienten mit mehreren Events in unterschiedlichen Studienarmen (S 1,1 und S 1,2). Dieser Patient ist in Gesamt (S 1) jedoch nur einmal enthalten.

Anzahl der Events nach Studienarm:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Anzahl Events
		N
IG	S 1,1	25
	S 1,2	20
	Gesamt (S 1)	45
verz. IG	S 2,2	16
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	61
KG	S 2,1	16

**1 Studien- und Patientenübersicht****Tabelle 1.12: Analysepopulationen**

Analysepopulationen	Ja		Nein		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Full Analysis Set (FAS)	114	100	0	0	114	100
Evaluations-Set (ES)	68	59.6	46	40.4	114	100
Teil-Evaluations-Set (TES)	46	40.4	68	59.6	114	100

**1 Studien- und Patientenübersicht****Tabelle 1.14: Subgruppe - Patienten mit neuro-degenerativer Grunderkrankung**

Full Analysis Set (FAS):

Vergleichsgruppe und Studienarm		Neuro-degenerative Grunderkrankung				Gesamt	
		Ja		Nein			
		N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	20	62.5	12	37.5	32	100
	S 1,2	10	33.3	20	66.7	30	100
	Gesamt (S 1)	29	47.5	32	52.5	61	100
verz. IG	S 2,2	13	44.8	16	55.2	29	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	42	46.7	48	53.3	90	100
KG	S 2,1	5	21.7	18	78.3	23	100

Fehlende Werte für Neuro-degenerative Grunderkrankung:

Neuro-degenerative Grunderkrankung	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	32	100	30	100	29	100	23	95.8
Fehlend	0	0	0	0	0	0	1	4.2

Anmerkung: Es gibt einen Patienten mit mehreren Events in unterschiedlichen Studienarmen (S 1,1 und S 1,2). Dieser Patient ist in Gesamt (S 1) jedoch nur einmal enthalten.

**1 Studien- und Patientenübersicht****Tabelle 1.14: Subgruppe - Patienten mit neuro-degenerativer Grunderkrankung**

Evaluations-Set (ES):

Vergleichsgruppe und Studienarm		Neuro-degenerative Grunderkrankung				Gesamt	
		Ja		Nein			
		N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	15	65.2	8	34.8	23	100
	S 1,2	7	41.2	10	58.8	17	100
	Gesamt (S 1)	21	53.8	18	46.2	39	100
verz. IG	S 2,2	10	66.7	5	33.3	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	31	57.4	23	42.6	54	100
KG	S 2,1	3	21.4	11	78.6	14	100

Anmerkung: Es gibt einen Patienten mit mehreren Events in unterschiedlichen Studienarmen (S 1,1 und S 1,2). Dieser Patient ist in Gesamt (S 1) jedoch nur einmal enthalten.



**1 Studien- und Patientenübersicht****Tabelle 1.17: Subgruppe - Region [Ländliche Region/Städtische Region]**

Full Analysis Set (FAS):

Vergleichsgruppe und Studienarm		Subgruppe Region				Gesamt	
		Ländliche... <sup>1</sup>		Städtische... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	15	46.9	17	53.1	32	100
	S 1,2	19	63.3	11	36.7	30	100
	Gesamt (S 1)	34	55.7	27	44.3	61	100
verz. IG	S 2,2	17	58.6	12	41.4	29	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	51	56.7	39	43.3	90	100
KG	S 2,1	18	75.0	6	25.0	24	100

<sup>1</sup>Ländliche Region<sup>2</sup>Städtische Region

Anmerkung: Es gibt einen Patienten mit mehreren Events in unterschiedlichen Studienarmen (S 1,1 und S 1,2). Dieser Patient ist in Gesamt (S 1) jedoch nur einmal enthalten.

**1 Studien- und Patientenübersicht****Tabelle 1.17: Subgruppe - Region [Ländliche Region/Städtische Region]**

Evaluations-Set (ES):

Vergleichsgruppe und Studienarm		Subgruppe Region					
		Ländliche... <sup>1</sup>		Städtische... <sup>2</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	8	34.8	15	65.2	23	100
	S 1,2	7	41.2	10	58.8	17	100
	Gesamt (S 1)	15	38.5	24	61.5	39	100
verz. IG	S 2,2	14	93.3	1	6.7	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	29	53.7	25	46.3	54	100
KG	S 2,1	11	78.6	3	21.4	14	100

<sup>1</sup>Ländliche Region<sup>2</sup>Städtische Region

Anmerkung: Es gibt einen Patienten mit mehreren Events in unterschiedlichen Studienarmen (S 1,1 und S 1,2). Dieser Patient ist in Gesamt (S 1) jedoch nur einmal enthalten.

**2 Daten aus den Primärdokumentationssystemen****2.1 Analysepopulation FAS****2.1.1 Demographie und Baseline-Daten je Vergleichsgruppe und Studienarm****2.1.1.1 Basisdaten****Tabelle 2.1.1.1.1: Alter**

Vergleichsgruppe und Studienarm		Alter [Jahre] zu Beginn der Versorgung								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	32	0	70.9	14.1	24	63.0	72.5	82.5	92
	S 1,2	28	2	70.0	14.4	41	58.0	73.0	82.5	92
	Gesamt (S 1)	59	2	70.7	14.1	24	61.0	73.0	83.0	92
verz. IG	S 2,2	29	0	68.0	9.2	49	61.0	67.0	75.0	84
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	88	2	69.8	12.7	24	61.0	71.5	80.5	92
KG	S 2,1	23	1	61.5	12.5	39	51.0	61.0	71.0	86

**2 Daten aus den Primärdokumentationssystemen****2.1 Analysepopulation FAS****2.1.1 Demographie und Baseline-Daten je Vergleichsgruppe und Studienarm****2.1.1.1 Basisdaten****Tabelle 2.1.1.1.2: Geschlecht**

Vergleichsgruppe und Studienarm		Geschlecht					
		Männlich		Weiblich		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	13	40.6	19	59.4	32	100
	S 1,2	13	46.4	15	53.6	28	100
	Gesamt (S 1)	25	42.4	34	57.6	59	100
verz. IG	S 2,2	18	62.1	11	37.9	29	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	43	48.9	45	51.1	88	100
KG	S 2,1	11	47.8	12	52.2	23	100

Fehlende Werte für Geschlecht:

Geschlecht	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	32	100	28	93.3	29	100	23	95.8
Fehlend	0	0	2	6.7	0	0	1	4.2

**2 Daten aus den Primärdokumentationssystemen****2.1 Analysepopulation FAS****2.1.1 Demographie und Baseline-Daten je Vergleichsgruppe und Studienarm****2.1.1.1 Basisdaten****Tabelle 2.1.1.1.9: ECOG (erster Wert)**

Vergleichsgruppe und Studienarm		ECOG (erster Wert)										Gesamt	
		0		1		2		3		4			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	1	3.7	9	33.3	11	40.7	6	22.2	27	100
	S 1,2	0	0	0	0	8	40.0	9	45.0	3	15.0	20	100
	Gesamt (S 1)	0	0	1	2.2	16	34.8	20	43.5	9	19.6	46	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	6	54.5	5	45.5	11	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	1	1.8	16	28.1	26	45.6	14	24.6	57	100
KG	S 2,1	1	5.9	1	5.9	9	52.9	3	17.6	3	17.6	17	100

## Anmerkungen:

Der ECOG wird aus dem Karnofsky-Index abgeleitet.

Der erste erfasste Wert stammt vom Tag des Behandlungsbeginns oder früher.

Fehlende Werte für ECOG (erster Wert):

ECOG (erster Wert)	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	27	84.4	20	66.7	11	37.9	17	70.8
Fehlend	5	15.6	10	33.3	18	62.1	7	29.2

**2 Daten aus den Primärdokumentationssystemen****2.1 Analysepopulation FAS****2.1.1 Demographie und Baseline-Daten je Vergleichsgruppe und Studienarm****2.1.1.1 Basisdaten****Tabelle 2.1.1.1.10: Versorgungstage**

Vergleichsgruppe und Studienarm		Versorgungstage								
		N	N(fehrend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	32	0	144.9	213.3	8	29.0	66.5	170.5	991
	S 1,2	26	4	96.4	186.8	2	30.0	57.5	88.0	991
	Gesamt (S 1)	57	4	107.9	166.4	2	30.0	58.0	128.0	991
verz. IG	S 2,2	28	1	81.5	63.8	9	32.5	65.5	108.0	258
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	85	5	99.2	141.1	2	31.0	61.0	112.0	991
KG	S 2,1	23	1	107.9	108.4	18	35.0	69.0	118.0	441

**2 Daten aus den Primärdokumentationssystemen****2.1 Analysepopulation FAS****2.1.1 Demographie und Baseline-Daten je Vergleichsgruppe und Studienarm****2.1.1.1 Basisdaten****Tabelle 2.1.1.1.10: Versorgungstage****Klassen**

Versorgungstage	IG			verz. IG		KG
	S 1,1	S 1,2	Gesamt (S 1)	S 2,2	Gesamt (S 1 + S 2,2)	S 2,1
	N	N	N	N	N	N
0 - <30	8 (25.0 %)	6 (23.1 %)	14 (24.6 %)	4 (14.3 %)	18 (21.2 %)	4 (17.4 %)
30 - <60	8 (25.0 %)	8 (30.8 %)	16 (28.1 %)	8 (28.6 %)	24 (28.2 %)	5 (21.7 %)
60 - <90	2 (6.3 %)	6 (23.1 %)	8 (14.0 %)	7 (25.0 %)	15 (17.6 %)	5 (21.7 %)
90 - <120	2 (6.3 %)	2 (7.7 %)	4 (7.0 %)	4 (14.3 %)	8 (9.4 %)	4 (17.4 %)
120 - <150	1 (3.1 %)	2 (7.7 %)	3 (5.3 %)	1 (3.6 %)	4 (4.7 %)	0 (0 %)
150 - <180	4 (12.5 %)	1 (3.8 %)	5 (8.8 %)	2 (7.1 %)	7 (8.2 %)	0 (0 %)
≥ 180	7 (21.9 %)	1 (3.8 %)	7 (12.3 %)	2 (7.1 %)	9 (10.6 %)	5 (21.7 %)
Gesamt	32 (100 %)	26 (100 %)	57 (100 %)	28 (100 %)	85 (100 %)	23 (100 %)

**2 Daten aus den Primärdokumentationssystemen****2.1 Analysepopulation FAS****2.1.2 Verlaufsdaten je Vergleichsgruppe und Studienarm****2.1.2.2 Verordnungen (bei SAPV-Teams)****Tabelle 2.1.2.2.6: Verordnung (Voll / Teil / Beratung / Koordination)**

Verordnung (aggregiert)	IG				verz. IG				KG			
	S 1,1		S 1,2		Gesamt (S 1)		S 2,2		Gesamt (S 1 + S 2,2)		S 2,1	
	N <sub>e</sub>	N	N <sub>e</sub>	N	N <sub>e</sub>	N	N <sub>e</sub>	N	N <sub>e</sub>	N	N <sub>e</sub>	N
Gesamtanzahl an Patienten		29 (100%)		26 (100%)		54 (100%)		15 (100%)		69 (100%)		20 (100%)
Anzahl an Verordnungen (N <sub>e</sub> ) und Anzahl an Patienten mit mindestens einer Verordnung (N)	120	25 (86.2%)	66	21 (80.8%)	158	45 (83.3%)	47	15 (100%)	205	60 (87.0%)	64	17 (85.0%)
Voll	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Teil	82	24 (82.8%)	44	21 (80.8%)	120	44 (81.5%)	43	14 (93.3%)	163	58 (84.1%)	56	16 (80.0%)
Beratung	13	4 (13.8%)	-	-	13	4 (7.4%)	2	2 (13.3%)	15	6 (8.7%)	3	3 (15.0%)
Koordination	25	3 (10.3%)	22	1 (3.8%)	25	3 (5.6%)	2	2 (13.3%)	27	5 (7.2%)	5	5 (25.0%)

**Anmerkungen:**

In der Tabelle werden Verordnungen aggregiert. Hierbei wird aus den Kombinationen jeweils eine Verordnung abgeleitet. Dabei wird die höchste vorhandene Stufe der Verordnung (Voll, Teil, Beratung, Koordination) ausgewählt.



**2 Daten aus den Primärdokumentationssystemen****2.1 Analysepopulation FAS****2.1.2 Verlaufsdaten je Vergleichsgruppe und Studienarm****2.1.2.2 Verordnungen (bei SAPV-Teams)****Tabelle 2.1.2.2.6: Verordnung (Voll / Teil / Beratung / Koordination)****Kombinationen**

Verordnung (Kombinationen)	IG				verz. IG				KG			
	S 1,1		S 1,2		Gesamt (S 1)		S 2,2		Gesamt (S 1 + S 2,2)		S 2,1	
	N <sub>e</sub>	N	N <sub>e</sub>	N	N <sub>e</sub>	N	N <sub>e</sub>	N	N <sub>e</sub>	N	N <sub>e</sub>	N
Gesamtanzahl an Patienten		29 (100%)		26 (100%)		54 (100%)		15 (100%)		69 (100%)		20 (100%)
Anzahl an Verordnungen (N <sub>e</sub> ) und Anzahl an Patienten mit mindestens einer Verordnung (N)	120	25 (86.2%)	66	21 (80.8%)	158	45 (83.3%)	47	15 (100%)	205	60 (87.0%)	64	17 (85.0%)
--K	25	3 (10.3%)	22	1 (3.8%)	25	3 (5.6%)	2	2 (13.3%)	27	5 (7.2%)	5	5 (25.0%)
--B-	13	4 (13.8%)	-	-	13	4 (7.4%)	2	2 (13.3%)	15	6 (8.7%)	3	3 (15.0%)
-T--	74	22 (75.9%)	42	21 (80.8%)	110	42 (77.8%)	43	14 (93.3%)	153	56 (81.2%)	56	16 (80.0%)
-T-K	1	1 (3.4%)	-	-	1	1 (1.9%)	-	-	1	1 (1.4%)	-	-
-TB-	1	1 (3.4%)	2	1 (3.8%)	3	2 (3.7%)	-	-	3	2 (2.9%)	-	-
-TBK	6	1 (3.4%)	-	-	6	1 (1.9%)	-	-	6	1 (1.4%)	-	-

**Anmerkungen:**

Für die Darstellung der Kombinationen werden die folgenden Abkürzungen genutzt:

V - Voll, T - Teil, B - Beratung, K - Koordination.

**2 Daten aus den Primärdokumentationssystemen****2.1 Analysepopulation FAS****2.1.2 Verlaufsdaten je Vergleichsgruppe und Studienarm****2.1.2.2 Verordnungen (bei SAPV-Teams)****Tabelle 2.1.2.2.12: Neurologische / Psychiatrische / Psychische Symptomatik**

Neurologische / Psychiatrische / Psychische Symptomatik	IG				verz. IG				KG			
	S 1,1		S 1,2		Gesamt (S 1)		S 2,2		Gesamt (S 1 + S 2,2)		S 2,1	
	N <sub>e</sub>	N	N <sub>e</sub>	N	N <sub>e</sub>	N	N <sub>e</sub>	N	N <sub>e</sub>	N	N <sub>e</sub>	N
Gesamtanzahl an Patienten		29 (100%)		26 (100%)		54 (100%)		15 (100%)		69 (100%)		20 (100%)
Anzahl an Verordnungen mit Angaben zur Symptomatik (N <sub>e</sub> ) und Anzahl an Patienten mit mindestens einer Verordnung mit Angabe zur Symptomatik (N)	106	21 (72.4%)	64	20 (76.9%)	142	40 (74.1%)	33	10 (66.7%)	175	50 (72.5%)	44	13 (65.0%)
Ja	90	14 (48.3%)	63	20 (76.9%)	125	33 (61.1%)	25	7 (46.7%)	150	40 (58.0%)	40	12 (60.0%)
Nein	16	8 (27.6%)	1	1 (3.8%)	17	9 (16.7%)	8	4 (26.7%)	25	13 (18.8%)	4	3 (15.0%)

**2 Daten aus den Primärdokumentationssystemen****2.2 Analysepopulation ES****2.2.1 Demographie und Baseline-Daten je Vergleichsgruppe und Studienarm****2.2.1.1 Basisdaten****Tabelle 2.2.1.1.1: Alter**

Vergleichsgruppe und Studienarm		Alter [Jahre] zu Beginn der Versorgung								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	23	0	73.1	14.8	24	69.0	74.0	83.0	92
	S 1,2	17	0	69.6	15.2	47	58.0	71.0	84.0	92
	Gesamt (S 1)	39	0	72.1	14.9	24	62.0	74.0	84.0	92
verz. IG	S 2,2	15	0	68.0	7.7	56	63.0	67.0	72.0	83
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	54	0	70.9	13.3	24	62.0	72.0	82.0	92
KG	S 2,1	13	1	61.2	10.0	47	52.0	61.0	69.0	76

**2 Daten aus den Primärdokumentationssystemen****2.2 Analysepopulation ES****2.2.1 Demographie und Baseline-Daten je Vergleichsgruppe und Studienarm****2.2.1.1 Basisdaten****Tabelle 2.2.1.1.2: Geschlecht**

Vergleichsgruppe und Studienarm		Geschlecht					
		Männlich		Weiblich		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	9	39.1	14	60.9	23	100
	S 1,2	9	52.9	8	47.1	17	100
	Gesamt (S 1)	17	43.6	22	56.4	39	100
verz. IG	S 2,2	6	40.0	9	60.0	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	23	42.6	31	57.4	54	100
KG	S 2,1	6	46.2	7	53.8	13	100

Fehlende Werte für Geschlecht:

Geschlecht	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	23	100	17	100	15	100	13	92.9
Fehlend	0	0	0	0	0	0	1	7.1

**2 Daten aus den Primärdokumentationssystemen****2.2 Analysepopulation ES****2.2.1 Demographie und Baseline-Daten je Vergleichsgruppe und Studienarm****2.2.1.1 Basisdaten****Tabelle 2.2.1.1.9: ECOG (erster Wert)**

Vergleichsgruppe und Studienarm		ECOG (erster Wert)										Gesamt	
		0		1		2		3		4			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	0	0	7	35.0	9	45.0	4	20.0	20	100
	S 1,2	0	0	0	0	4	36.4	5	45.5	2	18.2	11	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	10	33.3	14	46.7	6	20.0	30	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	4	44.4	5	55.6	9	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	10	25.6	18	46.2	11	28.2	39	100
KG	S 2,1	1	9.1	1	9.1	8	72.7	1	9.1	0	0	11	100

## Anmerkungen:

Der ECOG wird aus dem Karnofsky-Index abgeleitet.

Der erste erfasste Wert stammt vom Tag des Behandlungsbeginns oder früher.

Fehlende Werte für ECOG (erster Wert):

ECOG (erster Wert)	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	20	87.0	11	64.7	9	60.0	11	78.6
Fehlend	3	13.0	6	35.3	6	40.0	3	21.4

**2 Daten aus den Primärdokumentationssystemen****2.2 Analysepopulation ES****2.2.1 Demographie und Baseline-Daten je Vergleichsgruppe und Studienarm****2.2.1.1 Basisdaten****Tabelle 2.2.1.1.10: Versorgungstage**

Vergleichsgruppe und Studienarm		Versorgungstage								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	23	0	163.4	238.3	8	44.0	93.0	175.0	991
	S 1,2	15	2	123.4	243.2	11	41.0	57.0	82.0	991
	Gesamt (S 1)	37	2	124.8	194.4	8	42.0	64.0	151.0	991
verz. IG	S 2,2	15	0	75.1	48.4	21	32.0	66.0	109.0	174
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	52	2	110.5	166.9	8	37.0	65.5	131.5	991
KG	S 2,1	13	1	104.5	110.9	18	46.0	71.0	117.0	441

**2 Daten aus den Primärdokumentationssystemen****2.2 Analysepopulation ES****2.2.1 Demographie und Baseline-Daten je Vergleichsgruppe und Studienarm****2.2.1.1 Basisdaten****Tabelle 2.2.1.1.10: Versorgungstage****Klassen**

Versorgungstage	IG		Gesamt (S 1)	verz. IG		KG
	S 1,1 N	S 1,2 N		S 2,2 N	Gesamt (S 1 + S 2,2) N	
0 - <30	5 (21.7 %)	3 (20.0 %)	8 (21.6 %)	2 (13.3 %)	10 (19.2 %)	2 (15.4 %)
30 - <60	4 (17.4 %)	5 (33.3 %)	9 (24.3 %)	4 (26.7 %)	13 (25.0 %)	2 (15.4 %)
60 - <90	2 (8.7 %)	4 (26.7 %)	6 (16.2 %)	4 (26.7 %)	10 (19.2 %)	4 (30.8 %)
90 - <120	2 (8.7 %)	0 (0 %)	2 (5.4 %)	2 (13.3 %)	4 (7.7 %)	3 (23.1 %)
120 - <150	1 (4.3 %)	1 (6.7 %)	2 (5.4 %)	1 (6.7 %)	3 (5.8 %)	0 (0 %)
150 - <180	4 (17.4 %)	1 (6.7 %)	5 (13.5 %)	2 (13.3 %)	7 (13.5 %)	0 (0 %)
≥ 180	5 (21.7 %)	1 (6.7 %)	5 (13.5 %)	0 (0 %)	5 (9.6 %)	2 (15.4 %)
Gesamt	23 (100 %)	15 (100 %)	37 (100 %)	15 (100 %)	52 (100 %)	13 (100 %)

**3 Demographische Daten****3.1 Patientendaten je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****3.1.2 Soziodemografie (Angehörige)****Tabelle 3.1.2.1: Alter**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie alt sind Sie?								
		N	N(fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	14	0	65.4	15.6	38	51.0	69.5	80.0	83
	S 1,2	5	1	55.6	17.4	31	54.0	55.0	58.0	80
	Gesamt (S 1)	19	1	62.8	16.2	31	51.0	59.0	80.0	83
verz. IG	S 2,2	11	1	53.1	19.5	30	36.0	56.0	72.0	85
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	30	2	59.2	17.8	30	46.0	58.0	77.0	85
KG	S 2,1	3	0	63.0	8.7	53	53.0	67.0	69.0	69



**3 Demographische Daten****3.1 Patientendaten je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****3.1.2 Soziodemografie (Angehörige)****Tabelle 3.1.2.2: Geschlecht**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Welchem Geschlecht ordnen Sie sich zu?									
		weiblich		männlich		divers		keine Angabe		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	10	71.4	4	28.6	0	0	0	0	14	100
	S 1,2	6	100	0	0	0	0	0	0	6	100
	Gesamt (S 1)	16	80.0	4	20.0	0	0	0	0	20	100
verz. IG	S 2,2	6	54.5	5	45.5	0	0	0	0	11	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	22	71.0	9	29.0	0	0	0	0	31	100
KG	S 2,1	3	100	0	0	0	0	0	0	3	100

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Welchem Geschlecht ordnen Sie sich zu?:

Welchem Geschlecht ordnen Sie sich zu?	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	14	100	6	100	11	91.7	3	100
Fehlend	0	0	0	0	1	8.3	0	0

**3 Demographische Daten****3.1 Patientendaten je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****3.1.2 Soziodemografie (Angehörige)****Tabelle 3.1.2.3: In welcher Verbindung stehen Sie zur Patientin oder zu dem Patienten?**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		In welcher Verbindung stehen Sie zur Patientin oder zum Patienten?										Gesamt	
		Ehepartner/... <sup>1</sup>		Kind/... <sup>2</sup>		Befreundet		Verwandt		Sonstiges			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	9	64.3	4	28.6	0	0	1	7.1	0	0	14	100
	S 1,2	1	16.7	3	50.0	0	0	0	0	2	33.3	6	100
	Gesamt (S 1)	10	50.0	7	35.0	0	0	1	5.0	2	10.0	20	100
verz. IG	S 2,2	4	33.3	6	50.0	0	0	2	16.7	0	0	12	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	14	43.8	13	40.6	0	0	3	9.4	2	6.3	32	100
KG	S 2,1	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100

<sup>1</sup>Ehepartner/Ehepartnerin<sup>2</sup>Kind/Schwiegersohn/Schwiegertochter

**3 Demographische Daten****3.1 Patientendaten je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****3.1.2 Soziodemografie (Angehörige)****Tabelle 3.1.2.4: Leben Sie im gleichen Haushalt wie die Patientin oder der Patient?**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Leben Sie im gleichen Haushalt wie die Patientin oder der Patient?				Gesamt	
		Ja		Nein		N	%
		N	%	N	%		
IG	S 1,1	12	85.7	2	14.3	14	100
	S 1,2	3	50.0	3	50.0	6	100
	Gesamt (S 1)	15	75.0	5	25.0	20	100
verz. IG	S 2,2	6	50.0	6	50.0	12	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	21	65.6	11	34.4	32	100
KG	S 2,1	3	100	0	0	3	100

**3 Demographische Daten****3.1 Patientendaten je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****3.1.2 Soziodemografie (Angehörige)****Tabelle 3.1.2.5: Inwiefern sind Sie in die Pflege der Patientin oder des Patienten involviert?**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Inwiefern sind Sie in die Pflege der Patientin oder des Patienten involviert?														Gesamt		
		Vollzeit... <sup>1</sup>		Vollzeit		Über 50%		25-50%		Unter 25%		Nur... <sup>2</sup>		Gar nicht				
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
IG	S 1,1	11	78.6	2	14.3	1	7.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	100
	S 1,2	0	0	3	50.0	1	16.7	0	0	1	16.7	1	16.7	0	0	0	6	100
	Gesamt (S 1)	11	55.0	5	25.0	2	10.0	0	0	1	5.0	1	5.0	0	0	0	20	100
verz. IG	S 2,2	5	41.7	1	8.3	2	16.7	0	0	1	8.3	2	16.7	1	8.3	1	12	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	16	50.0	6	18.8	4	12.5	0	0	2	6.3	3	9.4	1	3.1	1	32	100
KG	S 2,1	0	0	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100

<sup>1</sup>Vollzeit mit weiterer professioneller Unterstützung<sup>2</sup>Nur gelegentlich

**3 Demographische Daten****3.1 Patientendaten je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****3.1.2 Soziodemografie (Angehörige)****Tabelle 3.1.2.6: Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?													
		Kein Abschluss		Mittlere... <sup>1</sup>		Abgeschlossene s... <sup>2</sup>		Haupt-... <sup>3</sup>		Abitur/... <sup>4</sup>		Sonstiges		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	4	28.6	1	7.1	5	35.7	2	14.3	2	14.3	14	100
	S 1,2	0	0	1	16.7	1	16.7	2	33.3	2	33.3	0	0	6	100
	Gesamt (S 1)	0	0	5	25.0	2	10.0	7	35.0	4	20.0	2	10.0	20	100
verz. IG	S 2,2	0	0	5	41.7	5	41.7	2	16.7	0	0	0	0	12	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	10	31.3	7	21.9	9	28.1	4	12.5	2	6.3	32	100
KG	S 2,1	0	0	1	33.3	0	0	1	33.3	1	33.3	0	0	3	100

<sup>1</sup>Mittlere Reife/Realschulabschluss<sup>2</sup>Abgeschlossenes Studium (Diplom, Bachelor, Master, Doktor)<sup>3</sup>Haupt- oder Volksschulabschluss<sup>4</sup>Abitur/fachgebundene Hochschulreife

**3 Demographische Daten****3.1 Patientendaten je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****3.1.2 Soziodemografie (Angehörige)****Tabelle 3.1.2.7: Welcher beruflichen Tätigkeit sind Sie die meiste Zeit nachgegangen?**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Welcher beruflichen Tätigkeit sind Sie die meiste Zeit nachgegangen?												Gesamt	
		arbeitslos		Hausfrau/... <sup>1</sup>		selbständig		Arbeiterin/... <sup>2</sup>		Angestellte/... <sup>3</sup>		Beamtin/... <sup>4</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	2	14.3	4	28.6	1	7.1	7	50.0	0	0	14	100
	S 1,2	0	0	2	33.3	1	16.7	1	16.7	2	33.3	0	0	6	100
	Gesamt (S 1)	0	0	4	20.0	5	25.0	2	10.0	9	45.0	0	0	20	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	2	16.7	1	8.3	8	66.7	1	8.3	12	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	4	12.5	7	21.9	3	9.4	17	53.1	1	3.1	32	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	1	33.3	2	66.7	0	0	3	100

<sup>1</sup>Hausfrau/Hausmann<sup>2</sup>Arbeiterin/Arbeiter<sup>3</sup>Angestellte/Angestellter<sup>4</sup>Beamtin/Beamter

**3 Demographische Daten****3.1 Patientendaten je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****3.1.2 Soziodemografie (Angehörige)****Tabelle 3.1.2.8: Was ist der höchste Bildungsabschluss der Ihnen nahestehenden Person?**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Was ist der höchste Bildungsabschluss der Ihnen nahestehenden Person?													
		Kein Abschluss		Mittlere... <sup>1</sup>		Abgeschlossene s... <sup>2</sup>		Haupt-... <sup>3</sup>		Abitur/... <sup>4</sup>		Sonstiges		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	3	21.4	1	7.1	7	50.0	1	7.1	2	14.3	14	100
	S 1,2	1	20.0	0	0	2	40.0	2	40.0	0	0	0	0	5	100
	Gesamt (S 1)	1	5.3	3	15.8	3	15.8	9	47.4	1	5.3	2	10.5	19	100
verz. IG	S 2,2	0	0	4	33.3	3	25.0	5	41.7	0	0	0	0	12	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	3.2	7	22.6	6	19.4	14	45.2	1	3.2	2	6.5	31	100
KG	S 2,1	0	0	1	33.3	0	0	2	66.7	0	0	0	0	3	100

<sup>1</sup>Mittlere Reife/Realschulabschluss<sup>2</sup>Abgeschlossenes Studium (Diplom, Bachelor, Master, Doktor)<sup>3</sup>Haupt- oder Volksschulabschluss<sup>4</sup>Abitur/fachgebundene Hochschulreife

**3 Demographische Daten****3.1 Patientendaten je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****3.1.2 Soziodemografie (Angehörige)****Tabelle 3.1.2.8: Was ist der höchste Bildungsabschluss der Ihnen nahestehenden Person?**

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Was ist der höchste Bildungsabschluss der Ihnen nahestehenden Person?:

Was ist der höchste Bildungsabschluss der Ihnen nahestehenden Person?	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	14	100	5	83.3	12	100	3	100
Fehlend	0	0	1	16.7	0	0	0	0



**3 Demographische Daten****3.1 Patientendaten je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****3.1.2 Soziodemografie (Angehörige)****Tabelle 3.1.2.9: Welcher beruflichen Tätigkeit ist die Ihnen nahestehende Person die meiste Zeit nachgegangen?**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Welcher beruflichen Tätigkeit ist die Ihnen nahestehende Person die meiste Zeit nachgegangen?															
		arbeitslos		Hausfrau/... <sup>1</sup>		selbständig		Arbeiterin/... <sup>2</sup>		Angestellte/.. <sup>3</sup>		Beamtin/... <sup>4</sup>		Sonstiges		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	0	0	3	21.4	3	21.4	5	35.7	1	7.1	2	14.3	14	100
	S 1,2	0	0	1	16.7	0	0	1	16.7	1	16.7	1	16.7	2	33.3	6	100
	Gesamt (S 1)	0	0	1	5.0	3	15.0	4	20.0	6	30.0	2	10.0	4	20.0	20	100
verz. IG	S 2,2	0	0	2	16.7	3	25.0	1	8.3	4	33.3	1	8.3	1	8.3	12	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	3	9.4	6	18.8	5	15.6	10	31.3	3	9.4	5	15.6	32	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100	0	0	0	0	3	100

<sup>1</sup>Hausfrau/Hausmann<sup>2</sup>Arbeiterin/Arbeiter<sup>3</sup>Angestellte/Angestellter<sup>4</sup>Beamtin/Beamter

**3 Demographische Daten****3.2 Teamdaten je Vergleichsgruppe****3.2.1 Soziodemografie (Professionelle)****Tabelle 3.2.1.1: Alter**

tA - Studienanfang:

Randomisierungszuteilung	Wie alt sind Sie?													
	Jünger... <sup>1</sup>		21 - 30 Jahre		31 - 40 Jahre		41 - 50 Jahre		51 - 60 Jahre		61 - 70 Jahre		Älter... <sup>2</sup>	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Interventionsgruppe (S 1,1; S 1,2)	0	0	0	0	3	16.7	3	16.7	9	50.0	3	16.7	0	0
Kontrollgruppe (S 2,1; S 2,2)	0	0	0	0	1	4.2	10	41.7	7	29.2	5	20.8	1	4.2
Gesamt	0	0	0	0	4	9.5	13	31.0	16	38.1	8	19.0	1	2.4

Randomisierungszuteilung	Gesamt	
	N	%
Interventionsgruppe (S 1,1; S 1,2)	18	100
Kontrollgruppe (S 2,1; S 2,2)	24	100
Gesamt	42	100

<sup>1</sup>Jünger oder gleich 20 Jahre<sup>2</sup>Älter als 70 Jahre

**3 Demographische Daten****3.2 Teamdaten je Vergleichsgruppe****3.2.1 Soziodemografie (Professionelle)****Tabelle 3.2.1.2: Geschlecht**

tA - Studienanfang:

Randomisierungszuteilung	Welchem Geschlecht ordnen Sie sich zu?									
	weiblich		männlich		divers		keine Angabe		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Interventionsgruppe (S 1,1; S 1,2)	11	61.1	7	38.9	0	0	0	0	18	100
Kontrollgruppe (S 2,1; S 2,2)	17	70.8	7	29.2	0	0	0	0	24	100
Gesamt	28	66.7	14	33.3	0	0	0	0	42	100

**3 Demographische Daten****3.2 Teamdaten je Vergleichsgruppe****3.2.1 Soziodemografie (Professionelle)****Tabelle 3.2.1.5: Haben Sie Ihre Weiterbildung im Bereich Palliativmedizin abgeschlossen?**

tA - Studienanfang:

Randomisierungszuteilung	Haben Sie Ihre Weiterbildung im Bereich Palliativmedizin abgeschlossen?					
	Ja		Nein		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Interventionsgruppe (S 1,1; S 1,2)	15	83.3	3	16.7	18	100
Kontrollgruppe (S 2,1; S 2,2)	21	87.5	3	12.5	24	100
Gesamt	36	85.7	6	14.3	42	100

**3 Demographische Daten****3.2 Teamdaten je Vergleichsgruppe****3.2.3 Soziodemografie (Team)****Tabelle 3.2.3.1: Wie viele Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen arbeiten in Ihrem Team der Palliativversorgung (Hospiz- oder SAPV)?**

tA - Studienanfang:

Randomisierungszuteilung	Wie viele Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen arbeiten in Ihrem Team der Palliativversorgung (Hospiz- oder SAPV)?								
	N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
Interventionsgruppe (S 1,1; S 1,2)	10	2	22.2	12.3	8	13.0	19.0	28.0	46
Kontrollgruppe (S 2,1; S 2,2)	12	2	24.5	12.2	14	15.0	20.0	31.0	52
Gesamt	22	4	23.5	12.0	8	15.0	19.0	28.0	52

**3 Demographische Daten****3.2 Teamdaten je Vergleichsgruppe****3.2.3 Soziodemografie (Team)****Tabelle 3.2.3.1: Wie viele Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen arbeiten in Ihrem Team der Palliativversorgung (Hospiz- oder SAPV)?**

tE - Studienende:

Randomisierungszuteilung	Wie viele Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen arbeiten in Ihrem Team der Palliativversorgung (Hospiz- oder SAPV)?								
	N	N(fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
Interventionsgruppe (S 1,1; S 1,2)	8	0	16.8	10.2	6	11.5	14.5	18.0	40
Kontrollgruppe (S 2,1; S 2,2)	12	1	25.5	10.6	14	16.0	23.5	33.0	45
Gesamt	20	1	22.0	11.1	6	14.0	18.0	29.5	45

**3 Demographische Daten****3.2 Teamdaten je Vergleichsgruppe****3.2.3 Soziodemografie (Team)****Tabelle 3.2.3.12: Wie lange arbeiten Sie schon in Ihrem Hospiz- oder SAPV-Team?**

tA - Studienanfang:

Randomisierungszuteilung	Wie lange arbeiten Sie schon in Ihrem Hospiz- oder SAPV-Team?								
	N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
Interventionsgruppe (S 1,1; S 1,2)	12	0	7.4	5.6	1	3.0	6.5	11.0	20
Kontrollgruppe (S 2,1; S 2,2)	13	1	6.5	4.1	1	5.0	5.0	10.0	13
Gesamt	25	1	6.9	4.8	1	3.0	6.0	10.0	20

**3 Demographische Daten****3.2 Teamdaten je Vergleichsgruppe****3.2.3 Soziodemografie (Team)****Tabelle 3.2.3.12: Wie lange arbeiten Sie schon in Ihrem Hospiz- oder SAPV-Team?**

tE - Studienende:

Randomisierungszuteilung	Wie lange arbeiten Sie schon in Ihrem Hospiz- oder SAPV-Team?								
	N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
Interventionsgruppe (S 1,1; S 1,2)	8	0	8.0	4.4	1	4.5	9.0	11.0	14
Kontrollgruppe (S 2,1; S 2,2)	13	0	9.0	7.4	1	4.0	8.0	11.0	30
Gesamt	21	0	8.6	6.3	1	4.0	8.0	11.0	30



**4 Primärer Endpunkt (ES)****4.1 iPOS (Professionelle)****Tabelle 4.1.1: Deskriptive Statistiken - iPOS (Professionelle)****iPOS-Score (Professionelle)**

tR - Rekrutierung:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS-Score								
		N	N(fehlernd)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	1	3	16.0	-	16	16.0	16.0	16.0	16
	S 1,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1)	1	3	16.0	-	16	16.0	16.0	16.0	16
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	3	16.0	-	16	16.0	16.0	16.0	16
KG	S 2,1	3	1	22.0	0.0	22	22.0	22.0	22.0	22

**4 Primärer Endpunkt (ES)****4.1 iPOS (Professionelle)****Tabelle 4.1.1: Deskriptive Statistiken - iPOS (Professionelle)****iPOS-Score (Professionelle)**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS-Score								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	12	11	29.0	6.1	23	25.0	26.5	32.5	44
	S 1,2	13	5	27.8	8.1	15	23.0	26.0	37.0	39
	Gesamt (S 1)	25	16	28.4	7.1	15	24.0	26.0	33.0	44
verz. IG	S 2,2	9	6	27.0	7.7	14	24.0	26.0	30.0	40
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	34	22	28.0	7.1	14	24.0	26.0	33.0	44
KG	S 2,1	7	2	25.6	4.9	20	21.0	26.0	30.0	33

**4 Primärer Endpunkt (ES)****4.1 iPOS (Professionelle)****Tabelle 4.1.1: Deskriptive Statistiken - iPOS (Professionelle)****iPOS-Score (Professionelle)**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS-Score								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	13	9	26.5	7.6	14	23.0	25.0	32.0	43
	S 1,2	12	3	23.6	6.8	14	19.0	22.5	26.5	38
	Gesamt (S 1)	25	12	25.1	7.2	14	21.0	24.0	28.0	43
verz. IG	S 2,2	9	6	26.0	4.3	19	23.0	27.0	27.0	32
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	34	18	25.4	6.5	14	21.0	24.5	28.0	43
KG	S 2,1	8	1	28.4	9.1	18	21.5	26.5	33.5	46

**4 Primärer Endpunkt (ES)****4.1 iPOS (Professionelle)****Tabelle 4.1.1: Deskriptive Statistiken - iPOS (Professionelle)****iPOS-Score (Professionelle)**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS-Score								
		N	N(fehlernd)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	4	2	25.5	8.5	16	19.0	25.0	32.0	36
	S 1,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1)	4	2	25.5	8.5	16	19.0	25.0	32.0	36
verz. IG	S 2,2	3	1	22.7	0.6	22	22.0	23.0	23.0	23
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	7	3	24.3	6.2	16	22.0	23.0	28.0	36
KG	S 2,1	2	0	26.5	3.5	24	24.0	26.5	29.0	29

**4 Primärer Endpunkt (ES)****4.1 iPOS (Professionelle)****Tabelle 4.1.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung - iPOS (Professionelle)**

Eventweise:

iPOS (Professionelle)	tV		t2		t21	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG
	N = 25	N = 7	N = 25	N = 8	N = 4	N = 2
N(fehrend)	16	2	12	1	2	0
Mittelwert	28.4	25.6	25.1	28.4	25.5	26.5
STD	7.1	4.9	7.2	9.1	8.5	3.5
Min	15	20	14	18	16	24
Q1	24.0	21.0	21.0	21.5	19.0	24.0
Median	26.0	26.0	24.0	26.5	25.0	26.5
Q3	33.0	30.0	28.0	33.5	32.0	29.0
Max	44	33	43	46	36	29
Änderung zu tV	-	-	N = 16	N = 6	N = 2	N = 2
N(fehrend)			21	3	4	0
Mittelwert			-2.6	-1.3	-4.0	3.0
STD			4.1	8.4	8.5	1.4
Min			-14	-13	-10	2
Q1			-5.0	-9.0	-10.0	2.0
Median			-1.5	0.5	-4.0	3.0
Q3			-0.5	4.0	2.0	4.0
Max			3	9	2	4

**4 Primärer Endpunkt (ES)****4.1 iPOS (Professionelle)****Tabelle 4.1.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung - iPOS (Professionelle)**

Eventweise - Complete Cases:

iPOS (Professionelle)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 16	N = 6	N = 16	N = 6
N(fehlernd)	0	0	0	0
Mittelwert	27.8	26.2	25.1	24.8
STD	7.9	5.0	7.2	6.1
Min	15	20	14	18
Q1	23.0	21.0	20.5	20.0
Median	26.0	26.5	23.5	24.0
Q3	33.5	30.0	28.5	28.0
Max	44	33	43	35
Änderung zu tV	-	-	N = 16	N = 6
N(fehlernd)			0	0
Mittelwert			-2.6	-1.3
STD			4.1	8.4
Min			-14	-13
Q1			-5.0	-9.0
Median			-1.5	0.5
Q3			-0.5	4.0
Max			3	9

**4 Primärer Endpunkt (ES)****4.1 iPOS (Professionelle)****Tabelle 4.1.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung - iPOS (Professionelle)**

Patientenweise (erstes Event):

iPOS (Professionelle)	tV		t2		t21	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG
	N = 19	N = 7	N = 19	N = 8	N = 4	N = 2
N(fehlernd)	16	2	12	1	2	0
Mittelwert	29.9	25.6	25.9	28.4	25.5	26.5
STD	7.4	4.9	8.1	9.1	8.5	3.5
Min	15	20	14	18	16	24
Q1	26.0	21.0	20.0	21.5	19.0	24.0
Median	28.0	26.0	24.0	26.5	25.0	26.5
Q3	37.0	30.0	33.0	33.5	32.0	29.0
Max	44	33	43	46	36	29
Änderung zu tV	-	-	N = 10	N = 6	N = 2	N = 2
N(fehlernd)			21	3	4	0
Mittelwert			-3.7	-1.3	-4.0	3.0
STD			4.7	8.4	8.5	1.4
Min			-14	-13	-10	2
Q1			-6.0	-9.0	-10.0	2.0
Median			-3.5	0.5	-4.0	3.0
Q3			-1.0	4.0	2.0	4.0
Max			3	9	2	4

**4 Primärer Endpunkt (ES)****4.1 iPOS (Professionelle)****Tabelle 4.1.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung - iPOS (Professionelle)**

Patientenweise - Complete Cases (erstes Event):

iPOS (Professionelle)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 10	N = 6	N = 10	N = 6
N(fehlend)	0	0	0	0
Mittelwert	30.3	26.2	26.6	24.8
STD	9.1	5.0	8.8	6.1
Min	15	20	14	18
Q1	26.0	21.0	20.0	20.0
Median	30.5	26.5	24.5	24.0
Q3	38.0	30.0	33.0	28.0
Max	44	33	43	35
Änderung zu tV	-	-	N = 10	N = 6
N(fehlend)			0	0
Mittelwert			-3.7	-1.3
STD			4.7	8.4
Min			-14	-13
Q1			-6.0	-9.0
Median			-3.5	0.5
Q3			-1.0	4.0
Max			3	9



**4 Primärer Endpunkt (ES)****4.1 iPOS (Professionelle)****Tabelle 4.1.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung - iPOS (Professionelle)**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS (Professionelle)	Vergleichsgruppe	IG	16	-2.625	-5.694	0.444	0.086
		KG	6	-1.333	-6.345	3.678	0.566

**4 Primärer Endpunkt (ES)****4.1 iPOS (Professionelle)****Tabelle 4.1.3: Statistische Analyse der Intervention für iPOS (Professionelle)**

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS (Professionelle)	-1.292	-7.168	4.585	0.635

**4 Primärer Endpunkt (ES)****4.1 iPOS (Professionelle)****Tabelle 4.1.4: Sensitivitätsanalyse iPOS (Professionelle) inkl. verzögerter IG**

Eventweise:

iPOS (Professionelle)	tV		t2		t21	
	IG + verz. IG	KG	IG + verz. IG	KG	IG + verz. IG	KG
	N = 34	N = 7	N = 34	N = 8	N = 7	N = 2
N(fehrend)	22	2	18	1	3	0
Mittelwert	28.0	25.6	25.4	28.4	24.3	26.5
STD	7.1	4.9	6.5	9.1	6.2	3.5
Min	14	20	14	18	16	24
Q1	24.0	21.0	21.0	21.5	22.0	24.0
Median	26.0	26.0	24.5	26.5	23.0	26.5
Q3	33.0	30.0	28.0	33.5	28.0	29.0
Max	44	33	43	46	36	29
Änderung zu tV	-	-	N = 24	N = 6	N = 4	N = 2
N(fehrend)			28	3	6	0
Mittelwert			-1.8	-1.3	-6.8	3.0
STD			5.1	8.4	6.2	1.4
Min			-14	-13	-12	2
Q1			-5.0	-9.0	-11.0	2.0
Median			-1.5	0.5	-8.5	3.0
Q3			2.0	4.0	-2.5	4.0
Max			7	9	2	4

**4 Primärer Endpunkt (ES)****4.1 iPOS (Professionelle)****Tabelle 4.1.4: Sensitivitätsanalyse iPOS (Professionelle) inkl. verzögerter IG**

Eventweise - Complete Cases:

iPOS (Professionelle)	tV		t2	
	IG + verz. IG	KG	IG + verz. IG	KG
	N = 24	N = 6	N = 24	N = 6
N(fehlernd)	0	0	0	0
Mittelwert	27.0	26.2	25.2	24.8
STD	7.4	5.0	6.2	6.1
Min	14	20	14	18
Q1	23.0	21.0	21.0	20.0
Median	26.0	26.5	24.5	24.0
Q3	31.5	30.0	27.0	28.0
Max	44	33	43	35
Änderung zu tV	-	-	N = 24	N = 6
N(fehlernd)			0	0
Mittelwert			-1.8	-1.3
STD			5.1	8.4
Min			-14	-13
Q1			-5.0	-9.0
Median			-1.5	0.5
Q3			2.0	4.0
Max			7	9

**4 Primärer Endpunkt (ES)****4.1 iPOS (Professionelle)****Tabelle 4.1.4: Sensitivitätsanalyse iPOS (Professionelle) inkl. verzögerter IG**

Patientenweise (erstes Event):

iPOS (Professionelle)	tV		t2		t21	
	IG + verz. IG	KG	IG + verz. IG	KG	IG + verz. IG	KG
	N = 28	N = 7	N = 28	N = 8	N = 7	N = 2
N(fehlernd)	22	2	18	1	3	0
Mittelwert	29.0	25.6	25.9	28.4	24.3	26.5
STD	7.5	4.9	7.0	9.1	6.2	3.5
Min	14	20	14	18	16	24
Q1	24.5	21.0	21.0	21.5	22.0	24.0
Median	28.0	26.0	25.5	26.5	23.0	26.5
Q3	34.5	30.0	31.5	33.5	28.0	29.0
Max	44	33	43	46	36	29
Änderung zu tV	-	-	N = 18	N = 6	N = 4	N = 2
N(fehlernd)			28	3	6	0
Mittelwert			-2.1	-1.3	-6.8	3.0
STD			5.7	8.4	6.2	1.4
Min			-14	-13	-12	2
Q1			-6.0	-9.0	-11.0	2.0
Median			-2.0	0.5	-8.5	3.0
Q3			3.0	4.0	-2.5	4.0
Max			7	9	2	4

**4 Primärer Endpunkt (ES)****4.1 iPOS (Professionelle)****Tabelle 4.1.4: Sensitivitätsanalyse iPOS (Professionelle) inkl. verzögerter IG**

Patientenweise - Complete Cases (erstes Event):

iPOS (Professionelle)	tV		t2	
	IG + verz. IG	KG	IG + verz. IG	KG
	N = 18	N = 6	N = 18	N = 6
N(fehlernd)	0	0	0	0
Mittelwert	28.1	26.2	26.0	24.8
STD	8.2	5.0	6.9	6.1
Min	14	20	14	18
Q1	24.0	21.0	21.0	20.0
Median	27.5	26.5	26.0	24.0
Q3	34.0	30.0	31.0	28.0
Max	44	33	43	35
Änderung zu tV	-	-	N = 18	N = 6
N(fehlernd)			0	0
Mittelwert			-2.1	-1.3
STD			5.7	8.4
Min			-14	-13
Q1			-6.0	-9.0
Median			-2.0	0.5
Q3			3.0	4.0
Max			7	9

**4 Primärer Endpunkt (ES)****4.1 iPOS (Professionelle)****Tabelle 4.1.4: Sensitivitätsanalyse iPOS (Professionelle) inkl. verzögerter IG**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS (Professionelle)	Vergleichsgruppe	IG + verz. IG	24	-1.792	-4.341	0.758	0.154
		KG	6	-1.333	-6.432	3.765	0.584

Unterschiede IG + verz. IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS (Professionelle)	-0.458	-6.158	5.242	0.866

**4 Primärer Endpunkt (ES)****4.1 iPOS (Professionelle)****Tabelle 4.1.5: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS (Professionelle)	Vergleichsgruppe	IG	7	-1.286	-7.492	4.921	0.596
		KG	6	-1.333	-8.037	5.370	0.610

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS (Professionelle)	0.048	-9.088	9.183	0.989



**4 Primärer Endpunkt (ES)****4.1 iPOS (Professionelle)****Tabelle 4.1.6: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS-Score								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	7	7	27.6	4.3	23	24.0	26.0	33.0	34
	S 1,2	7	2	25.0	7.6	15	19.0	24.0	28.0	39
	Gesamt (S 1)	14	9	26.3	6.1	15	24.0	26.0	28.0	39
verz. IG	S 2,2	5	2	28.0	4.5	24	25.0	26.0	30.0	35
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	19	11	26.7	5.6	15	24.0	26.0	30.0	39
KG	S 2,1	7	2	25.6	4.9	20	21.0	26.0	30.0	33

**4 Primärer Endpunkt (ES)****4.1 iPOS (Professionelle)****Tabelle 4.1.6: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS-Score								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	10	4	24.4	5.7	14	21.0	24.5	26.0	34
	S 1,2	7	1	22.7	6.3	14	18.0	22.0	28.0	33
	Gesamt (S 1)	17	5	23.7	5.8	14	21.0	23.0	26.0	34
verz. IG	S 2,2	5	2	27.0	2.8	23	27.0	27.0	27.0	31
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	22	7	24.5	5.4	14	21.0	24.5	27.0	34
KG	S 2,1	8	1	28.4	9.1	18	21.5	26.5	33.5	46

**4 Primärer Endpunkt (ES)****4.1 iPOS (Professionelle)****Tabelle 4.1.6: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS (Professionelle)	Vergleichsgruppe	IG + verz. IG	17	-1.941	-4.737	0.855	0.153
		KG	6	-1.333	-6.040	3.374	0.542

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS (Professionelle)	-0.608	-6.083	4.867	0.810

**4 Primärer Endpunkt (ES)****4.1 iPOS (Professionelle)****Tabelle 4.1.7: Altersadjustierte statistische Analyse der Intervention**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS (Professionelle)	Vergleichsgruppe	IG	16	-2.442	-5.251	0.366	0.080
		KG	6	-1.821	-6.419	2.778	0.388

		<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS (Professionelle)	iPOS-Score (tV)	-0.494	-0.907	-0.082	0.025
	Alter [Jahre] zu Beginn der Versorgung	-0.174	-0.418	0.070	0.138

Anmerkung: Bei einem Patienten der Vergleichsgruppe KG, wurde für die altersadjustierte statistische Analyse, das Alter hardcoded hinzugefügt, da zu diesem Patienten keine Primärdokumentationsdaten vorliegen. Dies betrifft auch alle nachfolgenden altersadjustierten statistischen Analysen.

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS (Professionelle)	-0.622	-6.022	4.779	0.797

**4 Primärer Endpunkt (ES)****4.1 iPOS (Professionelle)****Tabelle 4.1.8: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS (Professionelle)	Vergleichsgruppe	IG + verz. IG	24	-1.664	-3.836	0.508	0.121
		KG	6	-1.843	-6.200	2.515	0.375

		<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS (Professionelle)	iPOS-Score (tV)	-0.566	-0.902	-0.230	0.003
	Alter [Jahre] zu Beginn der Versorgung	-0.126	-0.328	0.077	0.201

Unterschiede IG + verz. IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS (Professionelle)	0.178	-4.699	5.055	0.938

**4 Primärer Endpunkt (ES)****4.1 iPOS (Professionelle)****Tabelle 4.1.9: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS (Professionelle)	Vergleichsgruppe	IG	7	-0.542	-10.019	8.934	0.828
		KG	6	-2.200	-12.482	8.081	0.454

		<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS (Professionelle)	iPOS-Score (tV)	-0.636	-2.230	0.957	0.228
	Alter [Jahre] zu Beginn der Versorgung	-0.223	-0.968	0.521	0.326

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS (Professionelle)	1.658	-12.717	16.033	0.669

**4 Primärer Endpunkt (ES)****4.1 iPOS (Professionelle)****Tabelle 4.1.10: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS (Professionelle)	Vergleichsgruppe	IG + verz. IG	17	-1.765	-4.440	0.909	0.166
		KG	6	-1.831	-6.399	2.736	0.382

		<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS (Professionelle)	iPOS-Score (tV)	-0.473	-0.921	-0.025	0.041
	Alter [Jahre] zu Beginn der Versorgung	-0.075	-0.352	0.202	0.550

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS (Professionelle)	0.066	-5.289	5.421	0.978

**4 Primärer Endpunkt (ES)****4.2 iPOS (Patient)****Tabelle 4.2.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung - iPOS (Patient)**

Eventweise:

iPOS (Patient)	tV		t2		t21	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG
	N = 12	N = 4	N = 11	N = 4	N = 3	N = 0
N(fehrend)	5	2	2	2	0	1
Mittelwert	25.1	22.5	25.5	29.0	23.3	
STD	6.3	1.0	6.7	10.6	8.1	
Min	13	21	15	18	14	
Q1	22.0	22.0	19.0	21.5	14.0	
Median	24.5	23.0	27.0	27.5	27.0	
Q3	29.5	23.0	31.0	36.5	29.0	
Max	36	23	35	43	29	
Änderung zu tV	-	-	N = 7	N = 2	N = 3	N = 0
N(fehrend)			6	4	0	1
Mittelwert			1.4	-0.5	-2.7	
STD			3.6	3.5	10.3	
Min			-4	-3	-14	
Q1			-1.0	-3.0	-14.0	
Median			2.0	-0.5	0.0	
Q3			5.0	2.0	6.0	
Max			6	2	6	



**4 Primärer Endpunkt (ES)****4.2 iPOS (Patient)****Tabelle 4.2.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung - iPOS (Patient)**

Eventweise - Complete Cases:

iPOS (Patient)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 7	N = 2	N = 7	N = 2
N(fehlernd)	0	0	0	0
Mittelwert	26.1	22.0	27.6	21.5
STD	7.4	1.4	5.9	4.9
Min	13	21	16	18
Q1	21.0	21.0	26.0	18.0
Median	28.0	22.0	28.0	21.5
Q3	31.0	23.0	31.0	25.0
Max	36	23	35	25
Änderung zu tV	-	-	N = 7	N = 2
N(fehlernd)			0	0
Mittelwert			1.4	-0.5
STD			3.6	3.5
Min			-4	-3
Q1			-1.0	-3.0
Median			2.0	-0.5
Q3			5.0	2.0
Max			6	2

**4 Primärer Endpunkt (ES)****4.2 iPOS (Patient)****Tabelle 4.2.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung - iPOS (Patient)**

Patientenweise (erstes Event):

iPOS (Patient)	tV		t2		t21	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG
	N = 10	N = 4	N = 11	N = 4	N = 3	N = 0
N(fehlernd)	5	2	2	2	0	1
Mittelwert	25.3	22.5	25.5	29.0	23.3	
STD	6.9	1.0	6.7	10.6	8.1	
Min	13	21	15	18	14	
Q1	21.0	22.0	19.0	21.5	14.0	
Median	26.5	23.0	27.0	27.5	27.0	
Q3	30.0	23.0	31.0	36.5	29.0	
Max	36	23	35	43	29	
Änderung zu tV	-	-	N = 7	N = 2	N = 3	N = 0
N(fehlernd)			6	4	0	1
Mittelwert			1.4	-0.5	-2.7	
STD			3.6	3.5	10.3	
Min			-4	-3	-14	
Q1			-1.0	-3.0	-14.0	
Median			2.0	-0.5	0.0	
Q3			5.0	2.0	6.0	
Max			6	2	6	

**4 Primärer Endpunkt (ES)****4.2 iPOS (Patient)****Tabelle 4.2.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung - iPOS (Patient)**

Patientenweise - Complete Cases (erstes Event):

iPOS (Patient)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 7	N = 2	N = 7	N = 2
N(fehlernd)	0	0	0	0
Mittelwert	26.1	22.0	27.6	21.5
STD	7.4	1.4	5.9	4.9
Min	13	21	16	18
Q1	21.0	21.0	26.0	18.0
Median	28.0	22.0	28.0	21.5
Q3	31.0	23.0	31.0	25.0
Max	36	23	35	25
Änderung zu tV	-	-	N = 7	N = 2
N(fehlernd)			0	0
Mittelwert			1.4	-0.5
STD			3.6	3.5
Min			-4	-3
Q1			-1.0	-3.0
Median			2.0	-0.5
Q3			5.0	2.0
Max			6	2

**4 Primärer Endpunkt (ES)****4.2 iPOS (Patient)****Tabelle 4.2.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung - iPOS (Patient)**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS (Patient)	Vergleichsgruppe	IG	7	1.429	-4.410	7.267	0.403
		KG	2	-0.500	-11.422	10.422	0.862

**4 Primärer Endpunkt (ES)****4.3 iPOS (Angehörige)****Tabelle 4.3.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung - iPOS (Angehörige)**

Eventweise:

iPOS (Angehörige)	tV		t2		t21	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG
	N = 9	N = 1	N = 12	N = 1	N = 2	N = 1
N(fehlernd)	11	2	7	1	2	0
Mittelwert	30.7	27.0	26.2	29.0	23.5	39.0
STD	8.8	-	12.0	-	4.9	-
Min	16	27	11	29	20	39
Q1	25.0	27.0	16.5	29.0	20.0	39.0
Median	32.0	27.0	27.5	29.0	23.5	39.0
Q3	35.0	27.0	32.5	29.0	27.0	39.0
Max	45	27	54	29	27	39
Änderung zu tV	-	-	N = 8	N = 1	N = 1	N = 1
N(fehlernd)			11	1	3	0
Mittelwert			-2.5	2.0	-6.0	12.0
STD			5.0	-	-	-
Min			-6	2	-6	12
Q1			-5.5	2.0	-6.0	12.0
Median			-4.5	2.0	-6.0	12.0
Q3			-1.5	2.0	-6.0	12.0
Max			9	2	-6	12

**4 Primärer Endpunkt (ES)****4.3 iPOS (Angehörige)****Tabelle 4.3.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung - iPOS (Angehörige)**

Eventweise - Complete Cases:

iPOS (Angehörige)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 8	N = 1	N = 8	N = 1
N(fehlernd)	0	0	0	0
Mittelwert	31.4	27.0	28.9	29.0
STD	9.2	-	13.1	-
Min	16	27	11	29
Q1	26.0	27.0	21.0	29.0
Median	32.5	27.0	28.5	29.0
Q3	36.5	27.0	33.5	29.0
Max	45	27	54	29
Änderung zu tV	-	-	N = 8	N = 1
N(fehlernd)			0	0
Mittelwert			-2.5	2.0
STD			5.0	-
Min			-6	2
Q1			-5.5	2.0
Median			-4.5	2.0
Q3			-1.5	2.0
Max			9	2

**4 Primärer Endpunkt (ES)****4.3 iPOS (Angehörige)****Tabelle 4.3.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung - iPOS (Angehörige)**

Patientenweise (erstes Event):

iPOS (Angehörige)	tV		t2		t21	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG
	N = 9	N = 1	N = 12	N = 1	N = 2	N = 1
N(fehlernd)	11	2	7	1	2	0
Mittelwert	30.7	27.0	26.2	29.0	23.5	39.0
STD	8.8	-	12.0	-	4.9	-
Min	16	27	11	29	20	39
Q1	25.0	27.0	16.5	29.0	20.0	39.0
Median	32.0	27.0	27.5	29.0	23.5	39.0
Q3	35.0	27.0	32.5	29.0	27.0	39.0
Max	45	27	54	29	27	39
Änderung zu tV	-	-	N = 8	N = 1	N = 1	N = 1
N(fehlernd)			11	1	3	0
Mittelwert			-2.5	2.0	-6.0	12.0
STD			5.0	-	-	-
Min			-6	2	-6	12
Q1			-5.5	2.0	-6.0	12.0
Median			-4.5	2.0	-6.0	12.0
Q3			-1.5	2.0	-6.0	12.0
Max			9	2	-6	12

**4 Primärer Endpunkt (ES)****4.3 iPOS (Angehörige)****Tabelle 4.3.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung - iPOS (Angehörige)**

Patientenweise - Complete Cases (erstes Event):

iPOS (Angehörige)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 8	N = 1	N = 8	N = 1
N(fehlernd)	0	0	0	0
Mittelwert	31.4	27.0	28.9	29.0
STD	9.2	-	13.1	-
Min	16	27	11	29
Q1	26.0	27.0	21.0	29.0
Median	32.5	27.0	28.5	29.0
Q3	36.5	27.0	33.5	29.0
Max	45	27	54	29
Änderung zu tV	-	-	N = 8	N = 1
N(fehlernd)			0	0
Mittelwert			-2.5	2.0
STD			5.0	-
Min			-6	2
Q1			-5.5	2.0
Median			-4.5	2.0
Q3			-1.5	2.0
Max			9	2



**4 Primärer Endpunkt (ES)****4.3 iPOS (Angehörige)****Tabelle 4.3.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung - iPOS (Angehörige)**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS (Angehörige)	Vergleichsgruppe	IG	8	-1.228	-9.922	7.465	0.683
		KG	1	2.000	-17.522	21.522	0.766

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

tR - Rekrutierung:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Schmerzen												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	2	50.0	1	25.0	0	0	1	25.0	0	0	0	0	4	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	2	50.0	1	25.0	0	0	1	25.0	0	0	0	0	4	100
verz. IG	S 2,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	2	50.0	1	25.0	0	0	1	25.0	0	0	0	0	4	100
KG	S 2,1	2	50.0	0	0	1	25.0	1	25.0	0	0	0	0	4	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Schmerzen												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	5	21.7	3	13.0	7	30.4	4	17.4	3	13.0	1	4.3	23	100
	S 1,2	2	11.8	7	41.2	6	35.3	2	11.8	0	0	0	0	17	100
	Gesamt (S 1)	7	17.5	10	25.0	13	32.5	6	15.0	3	7.5	1	2.5	40	100
verz. IG	S 2,2	2	14.3	0	0	5	35.7	4	28.6	2	14.3	1	7.1	14	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	9	16.7	10	18.5	18	33.3	10	18.5	5	9.3	2	3.7	54	100
KG	S 2,1	1	11.1	3	33.3	4	44.4	1	11.1	0	0	0	0	9	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Schmerzen:

Schmerzen	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	23	100	17	94.4	14	93.3	9	100
Fehlend	0	0	1	5.6	1	6.7	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Schmerzen												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	8	36.4	3	13.6	5	22.7	2	9.1	4	18.2	0	0	22	100
	S 1,2	2	13.3	9	60.0	2	13.3	1	6.7	0	0	1	6.7	15	100
	Gesamt (S 1)	10	27.0	12	32.4	7	18.9	3	8.1	4	10.8	1	2.7	37	100
verz. IG	S 2,2	2	13.3	4	26.7	5	33.3	3	20.0	1	6.7	0	0	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	12	23.1	16	30.8	12	23.1	6	11.5	5	9.6	1	1.9	52	100
KG	S 2,1	2	22.2	4	44.4	1	11.1	1	11.1	1	11.1	0	0	9	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Schmerzen												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	16.7	2	33.3	2	33.3	0	0	0	0	1	16.7	6	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	1	16.7	2	33.3	2	33.3	0	0	0	0	1	16.7	6	100
verz. IG	S 2,2	1	25.0	2	50.0	1	25.0	0	0	0	0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	2	20.0	4	40.0	3	30.0	0	0	0	0	1	10.0	10	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

tR - Rekrutierung:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Atemnot												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	25.0	1	25.0	1	25.0	0	0	0	0	1	25.0	4	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	1	25.0	1	25.0	1	25.0	0	0	0	0	1	25.0	4	100
verz. IG	S 2,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	25.0	1	25.0	1	25.0	0	0	0	0	1	25.0	4	100
KG	S 2,1	1	25.0	2	50.0	0	0	0	0	1	25.0	0	0	4	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Atemnot												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	10	43.5	8	34.8	2	8.7	2	8.7	1	4.3	0	0	23	100
	S 1,2	5	29.4	5	29.4	5	29.4	1	5.9	1	5.9	0	0	17	100
	Gesamt (S 1)	15	37.5	13	32.5	7	17.5	3	7.5	2	5.0	0	0	40	100
verz. IG	S 2,2	9	64.3	2	14.3	0	0	1	7.1	1	7.1	1	7.1	14	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	24	44.4	15	27.8	7	13.0	4	7.4	3	5.6	1	1.9	54	100
KG	S 2,1	5	55.6	2	22.2	1	11.1	0	0	1	11.1	0	0	9	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Atemnot:

Atemnot	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	23	100	17	94.4	14	93.3	9	100
Fehlend	0	0	1	5.6	1	6.7	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Atemnot												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	12	54.5	5	22.7	2	9.1	2	9.1	1	4.5	0	0	22	100
	S 1,2	5	33.3	7	46.7	1	6.7	1	6.7	0	0	1	6.7	15	100
	Gesamt (S 1)	17	45.9	12	32.4	3	8.1	3	8.1	1	2.7	1	2.7	37	100
verz. IG	S 2,2	9	60.0	2	13.3	0	0	2	13.3	1	6.7	1	6.7	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	26	50.0	14	26.9	3	5.8	5	9.6	2	3.8	2	3.8	52	100
KG	S 2,1	7	77.8	1	11.1	1	11.1	0	0	0	0	0	0	9	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Atemnot												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	2	33.3	3	50.0	1	16.7	0	0	0	0	0	0	6	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	2	33.3	3	50.0	1	16.7	0	0	0	0	0	0	6	100
verz. IG	S 2,2	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	6	60.0	3	30.0	1	10.0	0	0	0	0	0	0	10	100
KG	S 2,1	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

tR - Rekrutierung:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Schwäche oder fehlende Energie												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	2	50.0	1	25.0	1	25.0	0	0	4	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	2	50.0	1	25.0	1	25.0	0	0	4	100
verz. IG	S 2,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	2	50.0	1	25.0	1	25.0	0	0	4	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	2	50.0	1	25.0	1	25.0	0	0	4	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Schwäche oder fehlende Energie												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	2	8.7	3	13.0	8	34.8	10	43.5	0	0	23	100
	S 1,2	0	0	1	5.9	4	23.5	6	35.3	6	35.3	0	0	17	100
	Gesamt (S 1)	0	0	3	7.5	7	17.5	14	35.0	16	40.0	0	0	40	100
verz. IG	S 2,2	0	0	1	7.1	5	35.7	6	42.9	1	7.1	1	7.1	14	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	4	7.4	12	22.2	20	37.0	17	31.5	1	1.9	54	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	3	33.3	5	55.6	1	11.1	0	0	9	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Schwäche oder fehlende Energie:

Schwäche oder fehlende Energie	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	23	100	17	94.4	14	93.3	9	100
Fehlend	0	0	1	5.6	1	6.7	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Schwäche oder fehlende Energie												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	1	4.8	2	9.5	10	47.6	8	38.1	0	0	21	100
	S 1,2	0	0	0	0	5	33.3	5	33.3	4	26.7	1	6.7	15	100
	Gesamt (S 1)	0	0	1	2.8	7	19.4	15	41.7	12	33.3	1	2.8	36	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	2	13.3	8	53.3	3	20.0	2	13.3	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	1	2.0	9	17.6	23	45.1	15	29.4	3	5.9	51	100
KG	S 2,1	0	0	1	11.1	2	22.2	4	44.4	2	22.2	0	0	9	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Schwäche oder fehlende Energie:

Schwäche oder fehlende Energie	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	21	95.5	15	100	15	100	9	100
Fehlend	1	4.5	0	0	0	0	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Schwäche oder fehlende Energie												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	16.7	0	0	0	0	1	16.7	4	66.7	0	0	6	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	1	16.7	0	0	0	0	1	16.7	4	66.7	0	0	6	100
verz. IG	S 2,2	1	25.0	0	0	1	25.0	2	50.0	0	0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	2	20.0	0	0	1	10.0	3	30.0	4	40.0	0	0	10	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

tR - Rekrutierung:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Übelkeit (das Gefühl erbrechen zu müssen)												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100
verz. IG	S 2,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100
KG	S 2,1	3	75.0	0	0	1	25.0	0	0	0	0	0	0	4	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Übelkeit (das Gefühl erbrechen zu müssen)												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	19	82.6	2	8.7	1	4.3	1	4.3	0	0	0	0	23	100
	S 1,2	10	58.8	3	17.6	0	0	3	17.6	0	0	1	5.9	17	100
	Gesamt (S 1)	29	72.5	5	12.5	1	2.5	4	10.0	0	0	1	2.5	40	100
verz. IG	S 2,2	9	60.0	3	20.0	2	13.3	0	0	0	0	1	6.7	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	38	69.1	8	14.5	3	5.5	4	7.3	0	0	2	3.6	55	100
KG	S 2,1	7	77.8	2	22.2	0	0	0	0	0	0	0	0	9	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Übelkeit (das Gefühl erbrechen zu müssen):

Übelkeit (das Gefühl erbrechen zu müssen)	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	23	100	17	94.4	15	100	9	100
Fehlend	0	0	1	5.6	0	0	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Übelkeit (das Gefühl erbrechen zu müssen)												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	17	77.3	3	13.6	1	4.5	0	0	0	0	1	4.5	22	100
	S 1,2	8	53.3	3	20.0	1	6.7	1	6.7	0	0	2	13.3	15	100
	Gesamt (S 1)	25	67.6	6	16.2	2	5.4	1	2.7	0	0	3	8.1	37	100
verz. IG	S 2,2	14	93.3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6.7	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	39	75.0	6	11.5	2	3.8	1	1.9	0	0	4	7.7	52	100
KG	S 2,1	9	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Übelkeit (das Gefühl erbrechen zu müssen)												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	4	66.7	0	0	1	16.7	1	16.7	0	0	0	0	6	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	4	66.7	0	0	1	16.7	1	16.7	0	0	0	0	6	100
verz. IG	S 2,2	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	8	80.0	0	0	1	10.0	1	10.0	0	0	0	0	10	100
KG	S 2,1	1	50.0	1	50.0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

tR - Rekrutierung:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Erbrechen												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100
verz. IG	S 2,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100
KG	S 2,1	3	75.0	0	0	1	25.0	0	0	0	0	0	0	4	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Erbrechen												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	22	95.7	0	0	0	0	0	0	1	4.3	0	0	23	100
	S 1,2	14	87.5	0	0	0	0	2	12.5	0	0	0	0	16	100
	Gesamt (S 1)	36	92.3	0	0	0	0	2	5.1	1	2.6	0	0	39	100
verz. IG	S 2,2	12	80.0	0	0	2	13.3	0	0	0	0	1	6.7	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	48	88.9	0	0	2	3.7	2	3.7	1	1.9	1	1.9	54	100
KG	S 2,1	9	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Erbrechen:

Erbrechen	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	23	100	16	88.9	15	100	9	100
Fehlend	0	0	2	11.1	0	0	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Erbrechen												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	21	95.5	0	0	1	4.5	0	0	0	0	0	0	22	100
	S 1,2	13	86.7	1	6.7	1	6.7	0	0	0	0	0	0	15	100
	Gesamt (S 1)	34	91.9	1	2.7	2	5.4	0	0	0	0	0	0	37	100
verz. IG	S 2,2	15	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	49	94.2	1	1.9	2	3.8	0	0	0	0	0	0	52	100
KG	S 2,1	9	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Erbrechen												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	4	66.7	1	16.7	0	0	1	16.7	0	0	0	0	6	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	4	66.7	1	16.7	0	0	1	16.7	0	0	0	0	6	100
verz. IG	S 2,2	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	8	80.0	1	10.0	0	0	1	10.0	0	0	0	0	10	100
KG	S 2,1	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

tR - Rekrutierung:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Appetitlosigkeit												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	25.0	0	0	2	50.0	0	0	1	25.0	0	0	4	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	1	25.0	0	0	2	50.0	0	0	1	25.0	0	0	4	100
verz. IG	S 2,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	25.0	0	0	2	50.0	0	0	1	25.0	0	0	4	100
KG	S 2,1	1	25.0	1	25.0	0	0	0	0	2	50.0	0	0	4	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Appetitlosigkeit												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	10	43.5	1	4.3	6	26.1	4	17.4	2	8.7	0	0	23	100
	S 1,2	8	53.3	2	13.3	3	20.0	2	13.3	0	0	0	0	15	100
	Gesamt (S 1)	18	47.4	3	7.9	9	23.7	6	15.8	2	5.3	0	0	38	100
verz. IG	S 2,2	6	40.0	2	13.3	3	20.0	2	13.3	0	0	2	13.3	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	24	45.3	5	9.4	12	22.6	8	15.1	2	3.8	2	3.8	53	100
KG	S 2,1	2	22.2	1	11.1	3	33.3	2	22.2	0	0	1	11.1	9	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Appetitlosigkeit:

Appetitlosigkeit	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	23	100	15	83.3	15	100	9	100
Fehlend	0	0	3	16.7	0	0	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Appetitlosigkeit												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	6	27.3	3	13.6	7	31.8	3	13.6	3	13.6	0	0	22	100
	S 1,2	9	60.0	2	13.3	2	13.3	0	0	1	6.7	1	6.7	15	100
	Gesamt (S 1)	15	40.5	5	13.5	9	24.3	3	8.1	4	10.8	1	2.7	37	100
verz. IG	S 2,2	2	14.3	6	42.9	1	7.1	3	21.4	1	7.1	1	7.1	14	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	17	33.3	11	21.6	10	19.6	6	11.8	5	9.8	2	3.9	51	100
KG	S 2,1	2	22.2	2	22.2	3	33.3	1	11.1	1	11.1	0	0	9	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Appetitlosigkeit:

Appetitlosigkeit	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	22	100	15	100	14	93.3	9	100
Fehlend	0	0	0	0	1	6.7	0	0



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Appetitlosigkeit												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	1	16.7	2	33.3	1	16.7	2	33.3	0	0	6	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	1	16.7	2	33.3	1	16.7	2	33.3	0	0	6	100
verz. IG	S 2,2	0	0	3	75.0	1	25.0	0	0	0	0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	4	40.0	3	30.0	1	10.0	2	20.0	0	0	10	100
KG	S 2,1	0	0	1	50.0	1	50.0	0	0	0	0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

tR - Rekrutierung:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Verstopfung												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	3	75.0	1	25.0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	3	75.0	1	25.0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100
verz. IG	S 2,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	3	75.0	1	25.0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100
KG	S 2,1	2	50.0	0	0	1	25.0	1	25.0	0	0	0	0	4	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Verstopfung												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	10	43.5	4	17.4	6	26.1	1	4.3	1	4.3	1	4.3	23	100
	S 1,2	5	29.4	2	11.8	4	23.5	4	23.5	2	11.8	0	0	17	100
	Gesamt (S 1)	15	37.5	6	15.0	10	25.0	5	12.5	3	7.5	1	2.5	40	100
verz. IG	S 2,2	4	26.7	6	40.0	3	20.0	0	0	0	0	2	13.3	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	19	34.5	12	21.8	13	23.6	5	9.1	3	5.5	3	5.5	55	100
KG	S 2,1	5	55.6	1	11.1	3	33.3	0	0	0	0	0	0	9	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Verstopfung:

Verstopfung	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	23	100	17	94.4	15	100	9	100
Fehlend	0	0	1	5.6	0	0	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Verstopfung												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	12	54.5	3	13.6	7	31.8	0	0	0	0	0	0	22	100
	S 1,2	6	40.0	2	13.3	3	20.0	2	13.3	2	13.3	0	0	15	100
	Gesamt (S 1)	18	48.6	5	13.5	10	27.0	2	5.4	2	5.4	0	0	37	100
verz. IG	S 2,2	7	50.0	3	21.4	0	0	2	14.3	0	0	2	14.3	14	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	25	49.0	8	15.7	10	19.6	4	7.8	2	3.9	2	3.9	51	100
KG	S 2,1	1	11.1	3	33.3	3	33.3	1	11.1	1	11.1	0	0	9	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Verstopfung:

Verstopfung	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	22	100	15	100	14	93.3	9	100
Fehlend	0	0	0	0	1	6.7	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Verstopfung												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	2	33.3	0	0	4	66.7	0	0	0	0	0	0	6	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	2	33.3	0	0	4	66.7	0	0	0	0	0	0	6	100
verz. IG	S 2,2	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	2	20.0	4	40.0	4	40.0	0	0	0	0	0	0	10	100
KG	S 2,1	1	50.0	1	50.0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

tR - Rekrutierung:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund													
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	1	25.0	2	50.0	0	0	0	0	0	0	1	25.0	4	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	1	25.0	2	50.0	0	0	0	0	0	0	1	25.0	4	100
verz. IG	S 2,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	25.0	2	50.0	0	0	0	0	0	0	1	25.0	4	100
KG	S 2,1	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	9	39.1	4	17.4	3	13.0	5	21.7	1	4.3	1	4.3	23	100
	S 1,2	8	47.1	3	17.6	1	5.9	2	11.8	3	17.6	0	0	17	100
	Gesamt (S 1)	17	42.5	7	17.5	4	10.0	7	17.5	4	10.0	1	2.5	40	100
verz. IG	S 2,2	10	66.7	1	6.7	3	20.0	0	0	0	0	1	6.7	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	27	49.1	8	14.5	7	12.7	7	12.7	4	7.3	2	3.6	55	100
KG	S 2,1	5	55.6	3	33.3	1	11.1	0	0	0	0	0	0	9	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund:

Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	23	100	17	94.4	15	100	9	100
Fehlend	0	0	1	5.6	0	0	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	8	36.4	2	9.1	5	22.7	2	9.1	3	13.6	2	9.1	22	100
	S 1,2	8	53.3	3	20.0	1	6.7	2	13.3	1	6.7	0	0	15	100
	Gesamt (S 1)	16	43.2	5	13.5	6	16.2	4	10.8	4	10.8	2	5.4	37	100
verz. IG	S 2,2	7	46.7	2	13.3	3	20.0	2	13.3	0	0	1	6.7	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	23	44.2	7	13.5	9	17.3	6	11.5	4	7.7	3	5.8	52	100
KG	S 2,1	5	55.6	3	33.3	0	0	0	0	1	11.1	0	0	9	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	16.7	0	0	1	16.7	2	33.3	1	16.7	1	16.7	6	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	1	16.7	0	0	1	16.7	2	33.3	1	16.7	1	16.7	6	100
verz. IG	S 2,2	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	5	50.0	0	0	1	10.0	2	20.0	1	10.0	1	10.0	10	100
KG	S 2,1	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

tR - Rekrutierung:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Schläfrigkeit												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	2	50.0	0	0	2	50.0	0	0	0	0	4	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	2	50.0	0	0	2	50.0	0	0	0	0	4	100
verz. IG	S 2,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	2	50.0	0	0	2	50.0	0	0	0	0	4	100
KG	S 2,1	1	25.0	2	50.0	0	0	1	25.0	0	0	0	0	4	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Schläfrigkeit												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	4	17.4	3	13.0	7	30.4	8	34.8	0	0	1	4.3	23	100
	S 1,2	3	17.6	2	11.8	6	35.3	4	23.5	2	11.8	0	0	17	100
	Gesamt (S 1)	7	17.5	5	12.5	13	32.5	12	30.0	2	5.0	1	2.5	40	100
verz. IG	S 2,2	7	46.7	2	13.3	4	26.7	0	0	1	6.7	1	6.7	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	14	25.5	7	12.7	17	30.9	12	21.8	3	5.5	2	3.6	55	100
KG	S 2,1	1	11.1	6	66.7	1	11.1	1	11.1	0	0	0	0	9	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Schläfrigkeit:

Schläfrigkeit	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	23	100	17	94.4	15	100	9	100
Fehlend	0	0	1	5.6	0	0	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Schläfrigkeit												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	2	9.1	3	13.6	6	27.3	7	31.8	4	18.2	0	0	22	100
	S 1,2	3	20.0	4	26.7	3	20.0	4	26.7	0	0	1	6.7	15	100
	Gesamt (S 1)	5	13.5	7	18.9	9	24.3	11	29.7	4	10.8	1	2.7	37	100
verz. IG	S 2,2	5	35.7	1	7.1	4	28.6	1	7.1	2	14.3	1	7.1	14	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	10	19.6	8	15.7	13	25.5	12	23.5	6	11.8	2	3.9	51	100
KG	S 2,1	2	22.2	1	11.1	4	44.4	1	11.1	1	11.1	0	0	9	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Schläfrigkeit:

Schläfrigkeit	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	22	100	15	100	14	93.3	9	100
Fehlend	0	0	0	0	1	6.7	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Schläfrigkeit												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	1	16.7	2	33.3	3	50.0	0	0	6	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	1	16.7	2	33.3	3	50.0	0	0	6	100
verz. IG	S 2,2	2	50.0	0	0	2	50.0	0	0	0	0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	2	20.0	0	0	3	30.0	2	20.0	3	30.0	0	0	10	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

tR - Rekrutierung:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Eingeschränkte Mobilität												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0	4	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0	4	100
verz. IG	S 2,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0	4	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	3	75.0	1	25.0	0	0	0	0	4	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Eingeschränkte Mobilität												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	1	4.3	1	4.3	6	26.1	15	65.2	0	0	23	100
	S 1,2	0	0	0	0	4	23.5	4	23.5	9	52.9	0	0	17	100
	Gesamt (S 1)	0	0	1	2.5	5	12.5	10	25.0	24	60.0	0	0	40	100
verz. IG	S 2,2	1	6.7	0	0	2	13.3	4	26.7	7	46.7	1	6.7	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	1.8	1	1.8	7	12.7	14	25.5	31	56.4	1	1.8	55	100
KG	S 2,1	0	0	1	11.1	2	22.2	5	55.6	1	11.1	0	0	9	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Eingeschränkte Mobilität:

Eingeschränkte Mobilität	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	23	100	17	94.4	15	100	9	100
Fehlend	0	0	1	5.6	0	0	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Eingeschränkte Mobilität												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	6	27.3	16	72.7	0	0	22	100
	S 1,2	0	0	0	0	1	6.7	7	46.7	7	46.7	0	0	15	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	1	2.7	13	35.1	23	62.2	0	0	37	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	2	13.3	5	33.3	7	46.7	1	6.7	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	3	5.8	18	34.6	30	57.7	1	1.9	52	100
KG	S 2,1	0	0	1	11.1	0	0	4	44.4	4	44.4	0	0	9	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Eingeschränkte Mobilität												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	2	33.3	4	66.7	0	0	6	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	2	33.3	4	66.7	0	0	6	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	6	60.0	4	40.0	0	0	10	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	1	50.0	1	50.0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****Beeinträchtigung der weiteren Symptome:**

tR - Rekrutierung:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Beeinträchtigung der weiteren Symptome												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	2	40.0	3	60.0	0	0	0	0	5	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	2	40.0	3	60.0	0	0	0	0	5	100
verz. IG	S 2,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	2	40.0	3	60.0	0	0	0	0	5	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	2	66.7	1	33.3	0	0	0	0	3	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Anmerkung: die Beeinträchtigung wird über alle weiteren Symptome dargestellt. Patienten können mehrfach auftreten.

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****Beeinträchtigung der weiteren Symptome:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Beeinträchtigung der weiteren Symptome												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	1	2.7	6	16.2	19	51.4	11	29.7	0	0	37	100
	S 1,2	1	5.3	2	10.5	4	21.1	7	36.8	5	26.3	0	0	19	100
	Gesamt (S 1)	1	1.8	3	5.4	10	17.9	26	46.4	16	28.6	0	0	56	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	2	16.7	2	16.7	8	66.7	0	0	12	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	1.5	3	4.4	12	17.6	28	41.2	24	35.3	0	0	68	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	3	37.5	4	50.0	1	12.5	0	0	8	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Anmerkung: die Beeinträchtigung wird über alle weiteren Symptome dargestellt. Patienten können mehrfach auftreten.

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Beeinträchtigung der weiteren Symptome:

Beeinträchtigung der weiteren Symptome	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	37	97.4	19	90.5	12	100	8	100
Fehlend	1	2.6	2	9.5	0	0	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****Beeinträchtigung der weiteren Symptome:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Beeinträchtigung der weiteren Symptome												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	4.5	1	4.5	4	18.2	9	40.9	7	31.8	0	0	22	100
	S 1,2	0	0	3	37.5	4	50.0	1	12.5	0	0	0	0	8	100
	Gesamt (S 1)	1	3.3	4	13.3	8	26.7	10	33.3	7	23.3	0	0	30	100
verz. IG	S 2,2	0	0	1	6.7	2	13.3	8	53.3	4	26.7	0	0	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	2.2	5	11.1	10	22.2	18	40.0	11	24.4	0	0	45	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	2	66.7	0	0	1	33.3	0	0	3	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Anmerkung: die Beeinträchtigung wird über alle weiteren Symptome dargestellt. Patienten können mehrfach auftreten.

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****Beeinträchtigung der weiteren Symptome:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Beeinträchtigung der weiteren Symptome													
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	1	20.0	0	0	1	20.0	2	40.0	1	20.0	5	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	1	20.0	0	0	1	20.0	2	40.0	1	20.0	5	100
verz. IG	S 2,2	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	2	33.3	0	0	1	16.7	2	33.3	1	16.7	6	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Anmerkung: die Beeinträchtigung wird über alle weiteren Symptome dargestellt. Patienten können mehrfach auftreten.

## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## F3. In den letzten 3 Tagen:

tR - Rekrutierung:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F3. War der Patient wegen seiner Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?												Gesamt	
		Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	25.0	0	0	1	25.0	0	0	0	0	2	50.0	4	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	1	25.0	0	0	1	25.0	0	0	0	0	2	50.0	4	100
verz. IG	S 2,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	25.0	0	0	1	25.0	0	0	0	0	2	50.0	4	100
KG	S 2,1	0	0	1	25.0	1	25.0	2	50.0	0	0	0	0	4	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F3. In den letzten 3 Tagen:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F3. War der Patient wegen seiner Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?												Gesamt	
		Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	4.3	4	17.4	4	17.4	8	34.8	3	13.0	3	13.0	23	100
	S 1,2	1	5.6	2	11.1	7	38.9	4	22.2	2	11.1	2	11.1	18	100
	Gesamt (S 1)	2	4.9	6	14.6	11	26.8	12	29.3	5	12.2	5	12.2	41	100
verz. IG	S 2,2	0	0	1	6.7	4	26.7	8	53.3	1	6.7	1	6.7	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	2	3.6	7	12.5	15	26.8	20	35.7	6	10.7	6	10.7	56	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	4	44.4	2	22.2	3	33.3	0	0	9	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F3. In den letzten 3 Tagen:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F3. War der Patient wegen seiner Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?												Gesamt	
		Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	5	22.7	3	13.6	4	18.2	6	27.3	1	4.5	3	13.6	22	100
	S 1,2	2	14.3	2	14.3	6	42.9	2	14.3	0	0	2	14.3	14	100
	Gesamt (S 1)	7	19.4	5	13.9	10	27.8	8	22.2	1	2.8	5	13.9	36	100
verz. IG	S 2,2	0	0	1	7.1	3	21.4	5	35.7	4	28.6	1	7.1	14	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	7	14.0	6	12.0	13	26.0	13	26.0	5	10.0	6	12.0	50	100
KG	S 2,1	0	0	1	11.1	4	44.4	2	22.2	2	22.2	0	0	9	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für F3. War der Patient wegen seiner Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?:

F3. War der Patient wegen seiner Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	22	100	14	93.3	14	93.3	9	100
Fehlend	0	0	1	6.7	1	6.7	0	0



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F3. In den letzten 3 Tagen:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F3. War der Patient wegen seiner Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?												Gesamt	
		Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	2	33.3	2	33.3	1	16.7	0	0	0	0	1	16.7	6	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	2	33.3	2	33.3	1	16.7	0	0	0	0	1	16.7	6	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	1	25.0	3	75.0	0	0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	2	20.0	2	20.0	2	20.0	3	30.0	0	0	1	10.0	10	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F4. In den letzten 3 Tagen:**

tR - Rekrutierung:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F4. Waren die Familie/ Freunde des Patienten seinetwegen besorgt oder beunruhigt?												Gesamt	
		Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	1	25.0	1	25.0	2	50.0	0	0	4	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	1	25.0	1	25.0	2	50.0	0	0	4	100
verz. IG	S 2,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	1	25.0	1	25.0	2	50.0	0	0	4	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	1	25.0	2	50.0	1	25.0	4	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F4. In den letzten 3 Tagen:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F4. Waren die Familie/ Freunde des Patienten seinetwegen besorgt oder beunruhigt?												Gesamt	
		Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	3	13.0	6	26.1	7	30.4	7	30.4	0	0	23	100
	S 1,2	0	0	1	5.6	8	44.4	6	33.3	3	16.7	0	0	18	100
	Gesamt (S 1)	0	0	4	9.8	14	34.1	13	31.7	10	24.4	0	0	41	100
verz. IG	S 2,2	0	0	3	20.0	1	6.7	4	26.7	7	46.7	0	0	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	7	12.5	15	26.8	17	30.4	17	30.4	0	0	56	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	1	11.1	3	33.3	5	55.6	0	0	9	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F4. In den letzten 3 Tagen:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F4. Waren die Familie/ Freunde des Patienten seinetwegen besorgt oder beunruhigt?												Gesamt	
		Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	4	18.2	8	36.4	4	18.2	5	22.7	1	4.5	22	100
	S 1,2	0	0	3	21.4	8	57.1	1	7.1	2	14.3	0	0	14	100
	Gesamt (S 1)	0	0	7	19.4	16	44.4	5	13.9	7	19.4	1	2.8	36	100
verz. IG	S 2,2	1	6.7	2	13.3	0	0	5	33.3	7	46.7	0	0	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	2.0	9	17.6	16	31.4	10	19.6	14	27.5	1	2.0	51	100
KG	S 2,1	0	0	1	11.1	1	11.1	4	44.4	3	33.3	0	0	9	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für F4. Waren die Familie/ Freunde des Patienten seinetwegen besorgt oder beunruhigt?:

F4. Waren die Familie/ Freunde des Patienten seinetwegen besorgt oder beunruhigt?	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	22	100	14	93.3	15	100	9	100
Fehlend	0	0	1	6.7	0	0	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F4. In den letzten 3 Tagen:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F4. Waren die Familie/ Freunde des Patienten seinetwegen besorgt oder beunruhigt?												Gesamt	
		Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	16.7	1	16.7	1	16.7	1	16.7	2	33.3	0	0	6	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	1	16.7	1	16.7	1	16.7	1	16.7	2	33.3	0	0	6	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	2	50.0	2	50.0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	10.0	1	10.0	1	10.0	3	30.0	4	40.0	0	0	10	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	1	50.0	0	0	1	50.0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F5. In den letzten 3 Tagen:**

tR - Rekrutierung:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F5. Denken Sie, dass er traurig bedrückt war?												Gesamt	
		Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	25.0	1	25.0	0	0	0	0	0	0	2	50.0	4	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	1	25.0	1	25.0	0	0	0	0	0	0	2	50.0	4	100
verz. IG	S 2,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	25.0	1	25.0	0	0	0	0	0	0	2	50.0	4	100
KG	S 2,1	0	0	1	25.0	3	75.0	0	0	0	0	0	0	4	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F5. In den letzten 3 Tagen:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F5. Denken Sie, dass er traurig bedrückt war?												Gesamt	
		Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	4.3	5	21.7	5	21.7	5	21.7	6	26.1	1	4.3	23	100
	S 1,2	0	0	1	5.6	8	44.4	5	27.8	3	16.7	1	5.6	18	100
	Gesamt (S 1)	1	2.4	6	14.6	13	31.7	10	24.4	9	22.0	2	4.9	41	100
verz. IG	S 2,2	1	6.7	1	6.7	6	40.0	2	13.3	5	33.3	0	0	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	2	3.6	7	12.5	19	33.9	12	21.4	14	25.0	2	3.6	56	100
KG	S 2,1	0	0	1	11.1	3	33.3	3	33.3	2	22.2	0	0	9	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## F5. In den letzten 3 Tagen:

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F5. Denken Sie, dass er traurig bedrückt war?												Gesamt	
		Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	3	13.6	4	18.2	8	36.4	3	13.6	1	4.5	3	13.6	22	100
	S 1,2	1	7.1	2	14.3	6	42.9	4	28.6	0	0	1	7.1	14	100
	Gesamt (S 1)	4	11.1	6	16.7	14	38.9	7	19.4	1	2.8	4	11.1	36	100
verz. IG	S 2,2	0	0	1	7.1	4	28.6	4	28.6	4	28.6	1	7.1	14	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	4	8.0	7	14.0	18	36.0	11	22.0	5	10.0	5	10.0	50	100
KG	S 2,1	0	0	1	11.1	4	44.4	3	33.3	1	11.1	0	0	9	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für F5. Denken Sie, dass er traurig bedrückt war?:

F5. Denken Sie, dass er traurig bedrückt war?	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	22	100	14	93.3	14	93.3	9	100
Fehlend	0	0	1	6.7	1	6.7	0	0



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F5. In den letzten 3 Tagen:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F5. Denken Sie, dass er traurig bedrückt war?												Gesamt	
		Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	3	50.0	3	50.0	0	0	0	0	0	0	6	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	3	50.0	3	50.0	0	0	0	0	0	0	6	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	3	75.0	1	25.0	0	0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	3	30.0	6	60.0	1	10.0	0	0	0	0	10	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	1	50.0	1	50.0	0	0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## F6. In den letzten 3 Tagen:

tR - Rekrutierung:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F6. Denken Sie, dass er im Frieden mit sich selbst war?												Gesamt	
		Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	25.0	0	0	2	50.0	0	0	0	0	1	25.0	4	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	1	25.0	0	0	2	50.0	0	0	0	0	1	25.0	4	100
verz. IG	S 2,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	25.0	0	0	2	50.0	0	0	0	0	1	25.0	4	100
KG	S 2,1	1	25.0	2	50.0	1	25.0	0	0	0	0	0	0	4	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## F6. In den letzten 3 Tagen:

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F6. Denken Sie, dass er im Frieden mit sich selbst war?												Gesamt	
		Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	2	8.7	8	34.8	5	21.7	5	21.7	2	8.7	1	4.3	23	100
	S 1,2	2	11.8	6	35.3	4	23.5	4	23.5	1	5.9	0	0	17	100
	Gesamt (S 1)	4	10.0	14	35.0	9	22.5	9	22.5	3	7.5	1	2.5	40	100
verz. IG	S 2,2	1	6.7	8	53.3	0	0	3	20.0	2	13.3	1	6.7	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	5	9.1	22	40.0	9	16.4	12	21.8	5	9.1	2	3.6	55	100
KG	S 2,1	1	11.1	1	11.1	2	22.2	5	55.6	0	0	0	0	9	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für F6. Denken Sie, dass er im Frieden mit sich selbst war?:

F6. Denken Sie, dass er im Frieden mit sich selbst war?	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	23	100	17	94.4	15	100	9	100
Fehlend	0	0	1	5.6	0	0	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F6. In den letzten 3 Tagen:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F6. Denken Sie, dass er im Frieden mit sich selbst war?												Gesamt	
		Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	9	40.9	4	18.2	5	22.7	1	4.5	3	13.6	22	100
	S 1,2	2	14.3	7	50.0	3	21.4	1	7.1	0	0	1	7.1	14	100
	Gesamt (S 1)	2	5.6	16	44.4	7	19.4	6	16.7	1	2.8	4	11.1	36	100
verz. IG	S 2,2	1	7.7	6	46.2	3	23.1	1	7.7	1	7.7	1	7.7	13	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	3	6.1	22	44.9	10	20.4	7	14.3	2	4.1	5	10.2	49	100
KG	S 2,1	0	0	3	33.3	3	33.3	3	33.3	0	0	0	0	9	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für F6. Denken Sie, dass er im Frieden mit sich selbst war?:

F6. Denken Sie, dass er im Frieden mit sich selbst war?	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	22	100	14	93.3	13	86.7	9	100
Fehlend	0	0	1	6.7	2	13.3	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F6. In den letzten 3 Tagen:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F6. Denken Sie, dass er im Frieden mit sich selbst war?												Gesamt	
		Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	16.7	5	83.3	0	0	0	0	0	0	0	0	6	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	1	16.7	5	83.3	0	0	0	0	0	0	0	0	6	100
verz. IG	S 2,2	0	0	3	75.0	1	25.0	0	0	0	0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	10.0	8	80.0	1	10.0	0	0	0	0	0	0	10	100
KG	S 2,1	0	0	1	50.0	0	0	1	50.0	0	0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F7. In den letzten 3 Tagen:**

tR - Rekrutierung:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F7. Konnte der Patient seine Gefühle mit seiner Familie oder seinen Freunden teilen, so viel wie er wollte?												Gesamt	
		Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	2	50.0	0	0	0	0	0	0	1	25.0	1	25.0	4	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	2	50.0	0	0	0	0	0	0	1	25.0	1	25.0	4	100
verz. IG	S 2,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	2	50.0	0	0	0	0	0	0	1	25.0	1	25.0	4	100
KG	S 2,1	1	25.0	2	50.0	0	0	1	25.0	0	0	0	0	4	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)

F7. In den letzten 3 Tagen:

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F7. Konnte der Patient seine Gefühle mit seiner Familie oder seinen Freunden teilen, so viel wie er wollte?												Gesamt	
		Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	2	8.7	6	26.1	5	21.7	8	34.8	2	8.7	0	0	23	100
	S 1,2	3	17.6	5	29.4	4	23.5	3	17.6	1	5.9	1	5.9	17	100
	Gesamt (S 1)	5	12.5	11	27.5	9	22.5	11	27.5	3	7.5	1	2.5	40	100
verz. IG	S 2,2	2	13.3	4	26.7	3	20.0	3	20.0	3	20.0	0	0	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	7	12.7	15	27.3	12	21.8	14	25.5	6	10.9	1	1.8	55	100
KG	S 2,1	1	11.1	4	44.4	2	22.2	2	22.2	0	0	0	0	9	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für F7. Konnte der Patient seine Gefühle mit seiner Familie oder seinen Freunden teilen, so viel wie er wollte?:

F7. Konnte der Patient seine Gefühle mit seiner Familie oder seinen Freunden teilen, so viel wie er wollte?	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	23	100	17	94.4	15	100	9	100
Fehlend	0	0	1	5.6	0	0	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F7. In den letzten 3 Tagen:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F7. Konnte der Patient seine Gefühle mit seiner Familie oder seinen Freunden teilen, so viel wie er wollte?												Gesamt	
		Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	4	18.2	4	18.2	5	22.7	4	18.2	3	13.6	2	9.1	22	100
	S 1,2	1	7.1	2	14.3	9	64.3	1	7.1	0	0	1	7.1	14	100
	Gesamt (S 1)	5	13.9	6	16.7	14	38.9	5	13.9	3	8.3	3	8.3	36	100
verz. IG	S 2,2	2	15.4	3	23.1	2	15.4	4	30.8	0	0	2	15.4	13	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	7	14.3	9	18.4	16	32.7	9	18.4	3	6.1	5	10.2	49	100
KG	S 2,1	0	0	3	33.3	3	33.3	3	33.3	0	0	0	0	9	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für F7. Konnte der Patient seine Gefühle mit seiner Familie oder seinen Freunden teilen, so viel wie er wollte?:

F7. Konnte der Patient seine Gefühle mit seiner Familie oder seinen Freunden teilen, so viel wie er wollte?	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	22	100	14	93.3	13	86.7	9	100
Fehlend	0	0	1	6.7	2	13.3	0	0



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F7. In den letzten 3 Tagen:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F7. Konnte der Patient seine Gefühle mit seiner Familie oder seinen Freunden teilen, so viel wie er wollte?												Gesamt	
		Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	3	50.0	0	0	0	0	3	50.0	0	0	0	0	6	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	3	50.0	0	0	0	0	3	50.0	0	0	0	0	6	100
verz. IG	S 2,2	0	0	1	25.0	3	75.0	0	0	0	0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	3	30.0	1	10.0	3	30.0	3	30.0	0	0	0	0	10	100
KG	S 2,1	0	0	1	50.0	1	50.0	0	0	0	0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F8. In den letzten 3 Tagen:**

tR - Rekrutierung:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F8. Hat der Patient so viele Informationen erhalten, wie er wollte?													
		Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Nicht... <sup>1</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	2	50.0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	50.0	4	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	2	50.0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	50.0	4	100
verz. IG	S 2,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	2	50.0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	50.0	4	100
KG	S 2,1	1	25.0	2	50.0	1	25.0	0	0	0	0	0	0	4	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## F8. In den letzten 3 Tagen:

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F8. Hat der Patient so viele Informationen erhalten, wie er wollte?												Gesamt	
		Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	8	34.8	7	30.4	1	4.3	1	4.3	0	0	6	26.1	23	100
	S 1,2	5	29.4	10	58.8	0	0	0	0	0	0	2	11.8	17	100
	Gesamt (S 1)	13	32.5	17	42.5	1	2.5	1	2.5	0	0	8	20.0	40	100
verz. IG	S 2,2	6	42.9	2	14.3	2	14.3	2	14.3	1	7.1	1	7.1	14	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	19	35.2	19	35.2	3	5.6	3	5.6	1	1.9	9	16.7	54	100
KG	S 2,1	5	55.6	3	33.3	0	0	0	0	0	0	1	11.1	9	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für F8. Hat der Patient so viele Informationen erhalten, wie er wollte?:

F8. Hat der Patient so viele Informationen erhalten, wie er wollte?	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	23	100	17	94.4	14	93.3	9	100
Fehlend	0	0	1	5.6	1	6.7	0	0

## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## F8. In den letzten 3 Tagen:

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F8. Hat der Patient so viele Informationen erhalten, wie er wollte?												Gesamt	
		Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	11	50.0	7	31.8	0	0	0	0	0	0	4	18.2	22	100
	S 1,2	3	21.4	9	64.3	0	0	0	0	0	0	2	14.3	14	100
	Gesamt (S 1)	14	38.9	16	44.4	0	0	0	0	0	0	6	16.7	36	100
verz. IG	S 2,2	8	61.5	3	23.1	0	0	0	0	0	0	2	15.4	13	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	22	44.9	19	38.8	0	0	0	0	0	0	8	16.3	49	100
KG	S 2,1	2	22.2	6	66.7	0	0	0	0	0	0	1	11.1	9	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für F8. Hat der Patient so viele Informationen erhalten, wie er wollte?:

F8. Hat der Patient so viele Informationen erhalten, wie er wollte?	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	22	100	14	93.3	13	86.7	9	100
Fehlend	0	0	1	6.7	2	13.3	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F8. In den letzten 3 Tagen:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F8. Hat der Patient so viele Informationen erhalten, wie er wollte?												Gesamt	
		Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	5	83.3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	16.7	6	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	5	83.3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	16.7	6	100
verz. IG	S 2,2	2	50.0	2	50.0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	7	70.0	2	20.0	0	0	0	0	0	0	1	10.0	10	100
KG	S 2,1	1	50.0	1	50.0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F9. In den letzten 3 Tagen:**

tR - Rekrutierung:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge seiner Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?												Gesamt	
		Probleme... <sup>1</sup>		Probleme... <sup>2</sup>		Probleme... <sup>3</sup>		Probleme... <sup>4</sup>		Probleme... <sup>5</sup>		Nicht... <sup>6</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	2	50.0	0	0	1	25.0	0	0	0	0	1	25.0	4	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	2	50.0	0	0	1	25.0	0	0	0	0	1	25.0	4	100
verz. IG	S 2,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	2	50.0	0	0	1	25.0	0	0	0	0	1	25.0	4	100
KG	S 2,1	2	66.7	1	33.3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100

<sup>1</sup>Probleme angegangen/ Keine Probleme<sup>2</sup>Probleme größtenteils angegangen<sup>3</sup>Probleme teilweise angegangen<sup>4</sup>Probleme kaum angegangen<sup>5</sup>Probleme nicht angegangen<sup>6</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F9. In den letzten 3 Tagen:**

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge seiner Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?:

	<b>IG</b>		<b>KG</b>	
	<b>S 1,1</b>		<b>S 2,1</b>	
<b>F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge seiner Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nicht-Fehlend	4	100	3	75.0
Fehlend	0	0	1	25.0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F9. In den letzten 3 Tagen:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge seiner Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?												Gesamt	
		Probleme... <sup>1</sup>		Probleme... <sup>2</sup>		Probleme... <sup>3</sup>		Probleme... <sup>4</sup>		Probleme... <sup>5</sup>		Nicht... <sup>6</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	10	45.5	8	36.4	4	18.2	0	0	0	0	0	0	22	100
	S 1,2	7	41.2	7	41.2	2	11.8	0	0	0	0	1	5.9	17	100
	Gesamt (S 1)	17	43.6	15	38.5	6	15.4	0	0	0	0	1	2.6	39	100
verz. IG	S 2,2	3	20.0	7	46.7	3	20.0	0	0	1	6.7	1	6.7	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	20	37.0	22	40.7	9	16.7	0	0	1	1.9	2	3.7	54	100
KG	S 2,1	3	33.3	4	44.4	2	22.2	0	0	0	0	0	0	9	100

<sup>1</sup>Probleme angegangen/ Keine Probleme<sup>2</sup>Probleme größtenteils angegangen<sup>3</sup>Probleme teilweise angegangen<sup>4</sup>Probleme kaum angegangen<sup>5</sup>Probleme nicht angegangen<sup>6</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F9. In den letzten 3 Tagen:**

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge seiner Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?:

F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge seiner Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	22	95.7	17	94.4	15	100	9	100
Fehlend	1	4.3	1	5.6	0	0	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F9. In den letzten 3 Tagen:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge seiner Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?													
		Probleme... <sup>1</sup>		Probleme... <sup>2</sup>		Probleme... <sup>3</sup>		Probleme... <sup>4</sup>		Probleme... <sup>5</sup>		Nicht... <sup>6</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	10	45.5	7	31.8	1	4.5	1	4.5	1	4.5	2	9.1	22	100
	S 1,2	8	57.1	5	35.7	1	7.1	0	0	0	0	0	0	14	100
	Gesamt (S 1)	18	50.0	12	33.3	2	5.6	1	2.8	1	2.8	2	5.6	36	100
verz. IG	S 2,2	10	71.4	2	14.3	1	7.1	0	0	0	0	1	7.1	14	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	28	56.0	14	28.0	3	6.0	1	2.0	1	2.0	3	6.0	50	100
KG	S 2,1	0	0	5	55.6	2	22.2	1	11.1	0	0	1	11.1	9	100

<sup>1</sup>Probleme angegangen/ Keine Probleme<sup>2</sup>Probleme größtenteils angegangen<sup>3</sup>Probleme teilweise angegangen<sup>4</sup>Probleme kaum angegangen<sup>5</sup>Probleme nicht angegangen<sup>6</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F9. In den letzten 3 Tagen:**

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge seiner Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?:

	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1	S 1,2	S 2,2	S 2,1				
<b>F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge seiner Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nicht-Fehlend	22	100	14	93.3	14	93.3	9	100
Fehlend	0	0	1	6.7	1	6.7	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****F9. In den letzten 3 Tagen:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge seiner Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?													
		Probleme... <sup>1</sup>		Probleme... <sup>2</sup>		Probleme... <sup>3</sup>		Probleme... <sup>4</sup>		Probleme... <sup>5</sup>		Nicht... <sup>6</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	6	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	6	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	100
verz. IG	S 2,2	1	25.0	2	50.0	0	0	0	0	0	0	1	25.0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	7	70.0	2	20.0	0	0	0	0	0	0	1	10.0	10	100
KG	S 2,1	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Probleme angegangen/ Keine Probleme<sup>2</sup>Probleme größtenteils angegangen<sup>3</sup>Probleme teilweise angegangen<sup>4</sup>Probleme kaum angegangen<sup>5</sup>Probleme nicht angegangen<sup>6</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt? (iPOS)**

tR - Rekrutierung:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt? (iPOS)					
		Arzt... <sup>1</sup>		Mitarbeiter... <sup>2</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	3	75.0	1	25.0	4	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	3	75.0	1	25.0	4	100
verz. IG	S 2,2	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	3	75.0	1	25.0	4	100
KG	S 2,1	4	100	0	0	4	100

<sup>1</sup>Arzt oder Ärztin<sup>2</sup>Mitarbeiter oder Mitarbeiterin in der Pflege

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt? (iPOS)**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt? (iPOS)					
		Arzt... <sup>1</sup>		Mitarbeiter... <sup>2</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	15	65.2	8	34.8	23	100
	S 1,2	8	44.4	10	55.6	18	100
	Gesamt (S 1)	23	56.1	18	43.9	41	100
verz. IG	S 2,2	12	80.0	3	20.0	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	35	62.5	21	37.5	56	100
KG	S 2,1	9	100	0	0	9	100

<sup>1</sup>Arzt oder Ärztin<sup>2</sup>Mitarbeiter oder Mitarbeiterin in der Pflege

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt? (iPOS)**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt? (iPOS)					
		Arzt... <sup>1</sup>		Mitarbeiter... <sup>2</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	14	66.7	7	33.3	21	100
	S 1,2	5	33.3	10	66.7	15	100
	Gesamt (S 1)	19	52.8	17	47.2	36	100
verz. IG	S 2,2	9	64.3	5	35.7	14	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	28	56.0	22	44.0	50	100
KG	S 2,1	9	100	0	0	9	100

<sup>1</sup>Arzt oder Ärztin<sup>2</sup>Mitarbeiter oder Mitarbeiterin in der Pflege

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt? (iPOS):

Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt? (iPOS)	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	21	95.5	15	100	14	93.3	9	100
Fehlend	1	4.5	0	0	1	6.7	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.1: Einzelitems - iPOS (Professionelle)****Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt? (iPOS)**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt? (iPOS)					
		Arzt... <sup>1</sup>		Mitarbeiter... <sup>2</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	5	83.3	1	16.7	6	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	5	83.3	1	16.7	6	100
verz. IG	S 2,2	4	100	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	9	90.0	1	10.0	10	100
KG	S 2,1	2	100	0	0	2	100

<sup>1</sup>Arzt oder Ärztin<sup>2</sup>Mitarbeiter oder Mitarbeiterin in der Pflege



## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## Schmerzen

Vergleichsgruppe IG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: IG	t2											
	Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tV												
Gar nicht	4	11.8	1	2.9	0	0	1	2.9	0	0	6	17.6
Ein wenig	2	5.9	5	14.7	2	5.9	0	0	0	0	9	26.5
Mäßig	2	5.9	4	11.8	3	8.8	1	2.9	1	2.9	11	32.4
Stark	2	5.9	1	2.9	1	2.9	0	0	1	2.9	5	14.7
Extrem Stark	0	0	0	0	0	0	1	2.9	2	5.9	3	8.8
Gesamt	10	29.4	11	32.4	6	17.6	3	8.8	4	11.8	34	100

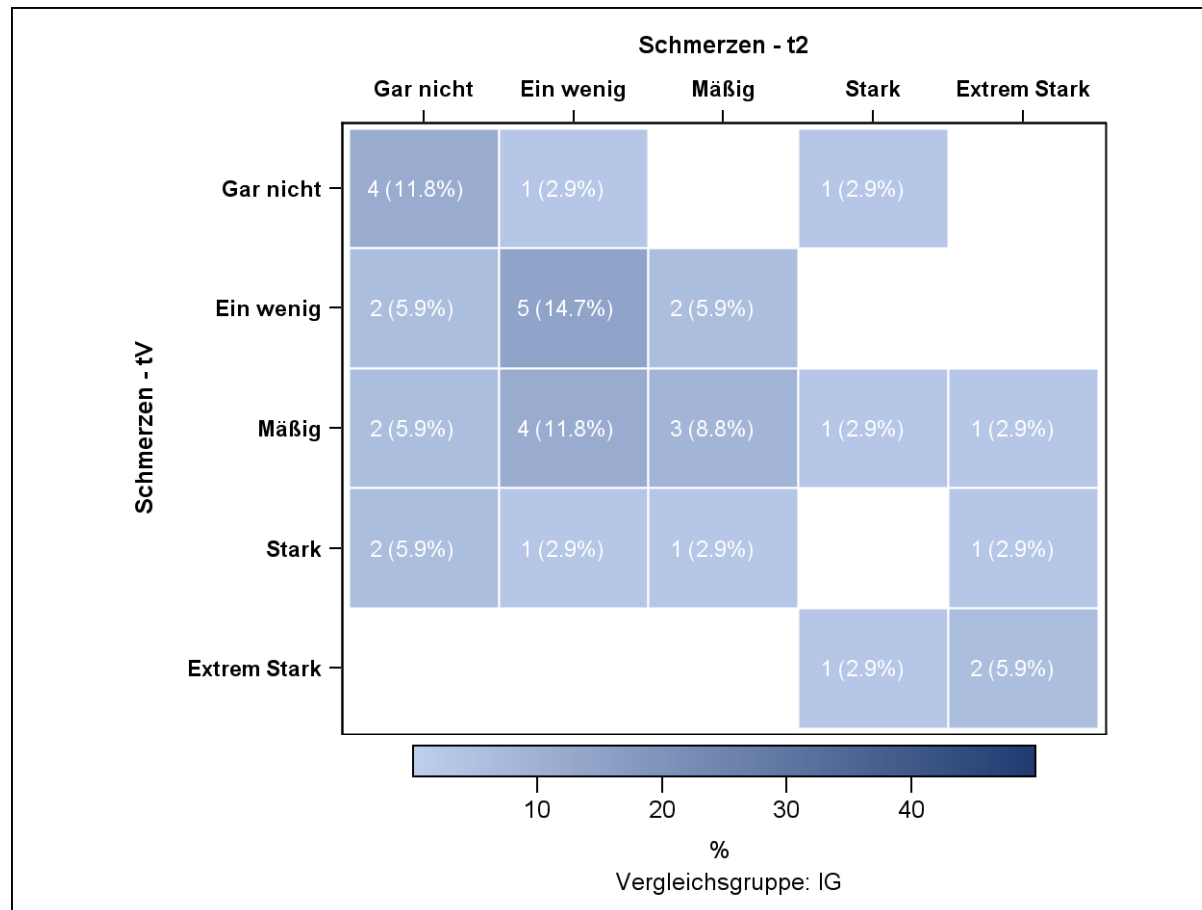
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Schmerzen

Vergleichsgruppe IG - Veränderung tV zu t2:



## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## Schmerzen

Vergleichsgruppe KG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: KG	t2													
	Schmerzen		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tV														
Gar nicht	1	12.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	12.5	
Ein wenig	1	12.5	2	25.0	0	0	0	0	0	0	0	3	37.5	
Mäßig	0	0	1	12.5	1	12.5	1	12.5	0	0	0	3	37.5	
Stark	0	0	1	12.5	0	0	0	0	0	0	0	1	12.5	
Extrem Stark	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Gesamt	2	25.0	4	50.0	1	12.5	1	12.5	0	0	0	8	100	

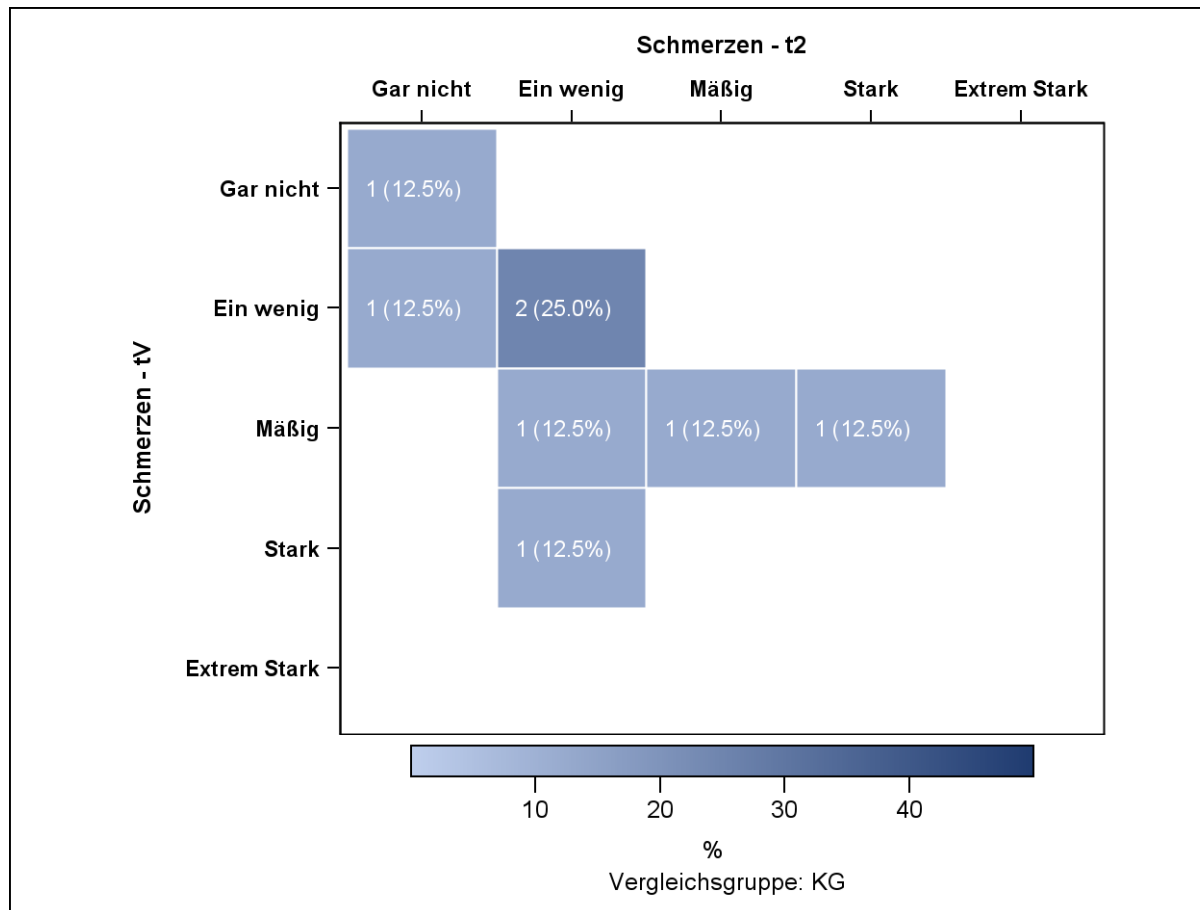
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Schmerzen

Vergleichsgruppe KG - Veränderung tV zu t2:



## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## Schmerzen

Vergleichsgruppe IG + verz. IG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: IG + verz. IG	t2											
	Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tV												
Gar nicht	5	10.6	1	2.1	1	2.1	1	2.1	0	0	8	17.0
Ein wenig	2	4.3	5	10.6	2	4.3	0	0	0	0	9	19.1
Mäßig	3	6.4	5	10.6	6	12.8	1	2.1	1	2.1	16	34.0
Stark	2	4.3	2	4.3	2	4.3	2	4.3	1	2.1	9	19.1
Extrem Stark	0	0	1	2.1	0	0	1	2.1	3	6.4	5	10.6
Gesamt	12	25.5	14	29.8	11	23.4	5	10.6	5	10.6	47	100

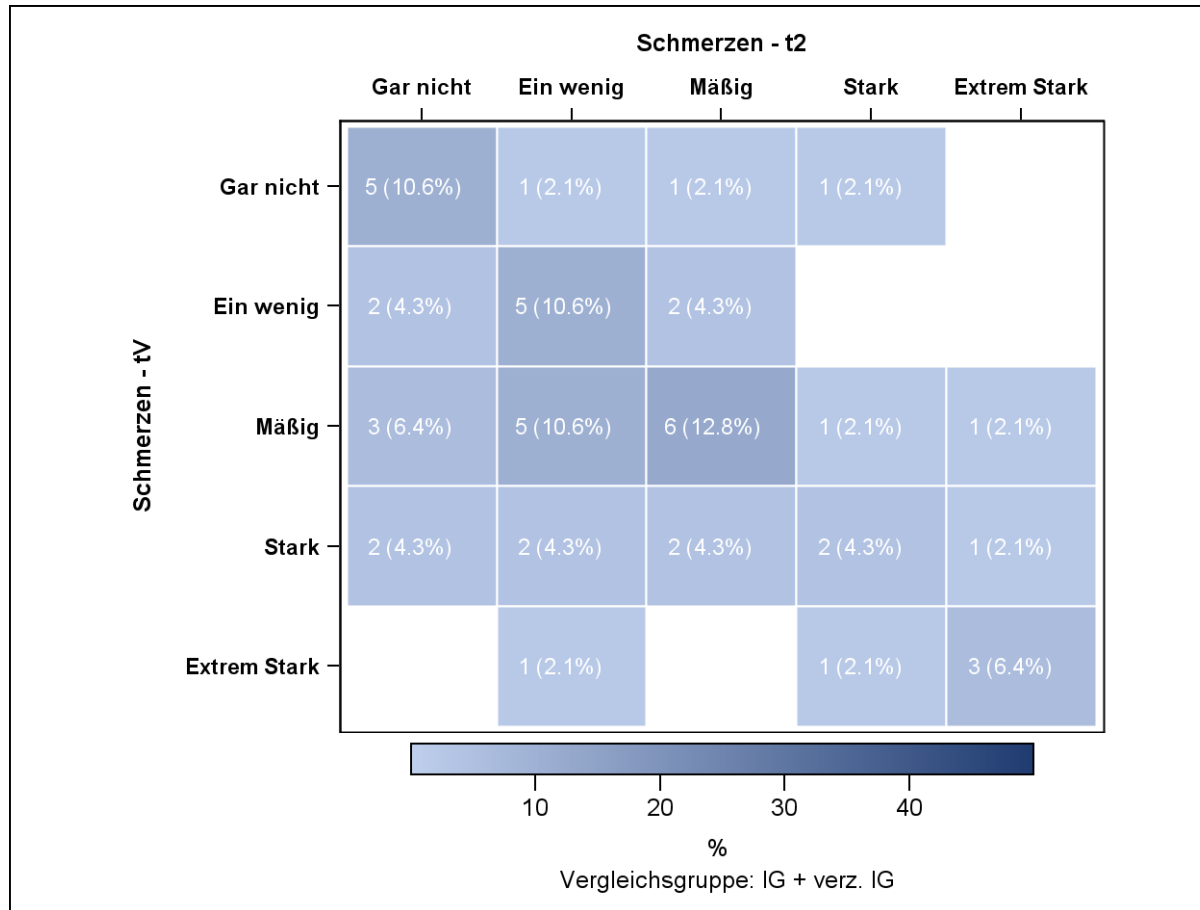
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Schmerzen

Vergleichsgruppe IG + verz. IG - Veränderung tV zu t2:



## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## Atemnot

Vergleichsgruppe IG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: IG	t2													
	Atemnot		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>tV</b>														
<b>Gar nicht</b>	9	25.7	3	8.6	0	0	1	2.9	0	0	13	37.1		
<b>Ein wenig</b>	6	17.1	4	11.4	2	5.7	0	0	0	0	12	34.3		
<b>Mäßig</b>	1	2.9	5	14.3	1	2.9	0	0	0	0	7	20.0		
<b>Stark</b>	0	0	0	0	0	0	1	2.9	1	2.9	2	5.7		
<b>Extrem Stark</b>	0	0	0	0	0	0	1	2.9	0	0	1	2.9		
<b>Gesamt</b>	16	45.7	12	34.3	3	8.6	3	8.6	1	2.9	35	100		

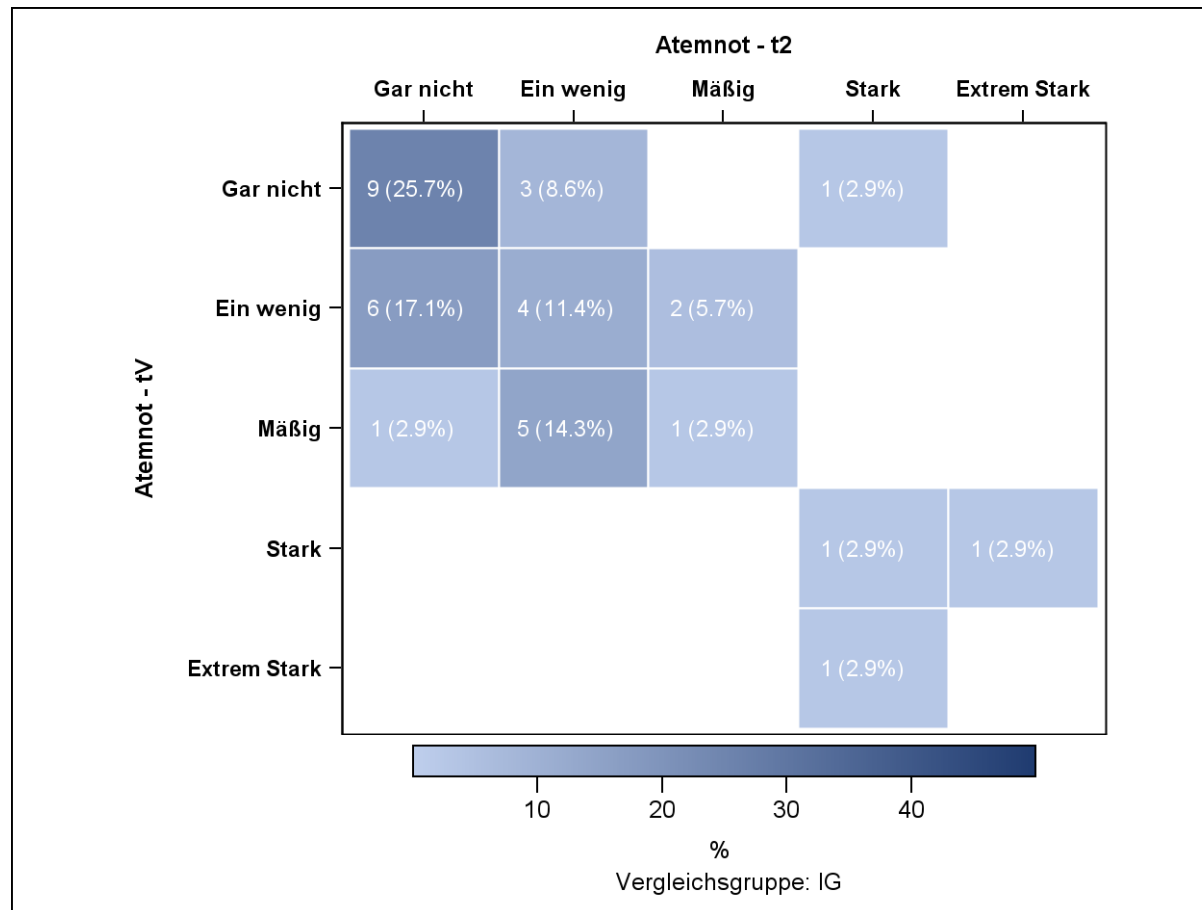
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Atemnot

Vergleichsgruppe IG - Veränderung tV zu t2:





## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## Atemnot

Vergleichsgruppe KG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: KG	t2												
	Atemnot	Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tV													
Gar nicht	5	62.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	62.5
Ein wenig	1	12.5	1	12.5	0	0	0	0	0	0	0	2	25.0
Mäßig	0	0	0	0	1	12.5	0	0	0	0	0	1	12.5
Stark	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Extrem Stark	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	6	75.0	1	12.5	1	12.5	0	0	0	0	0	8	100

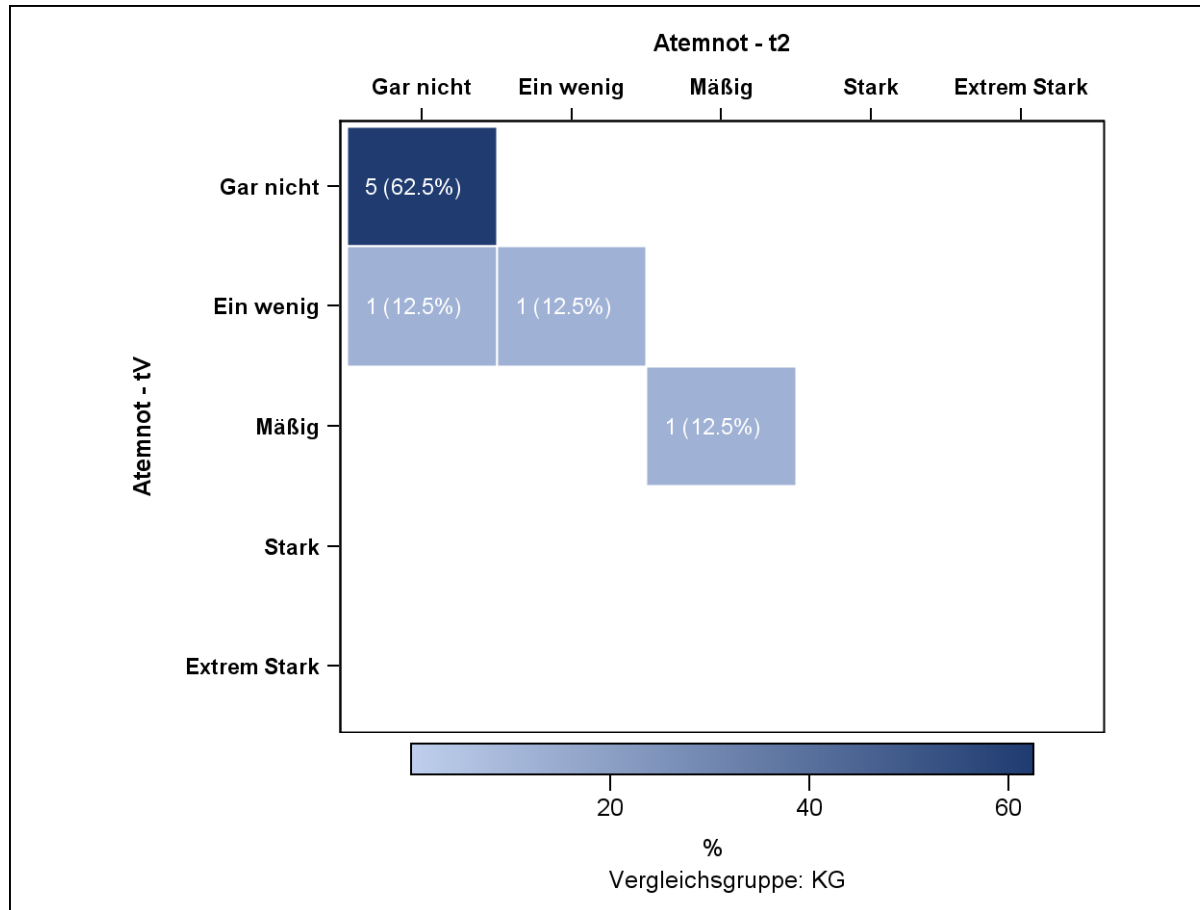
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Atemnot

Vergleichsgruppe KG - Veränderung tV zu t2:



## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## Atemnot

Vergleichsgruppe IG + verz. IG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: IG + verz. IG	t2												
	Atemnot	Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tV													
Gar nicht	17	35.4	4	8.3	0	0	1	2.1	0	0	22	45.8	
Ein wenig	7	14.6	4	8.3	2	4.2	1	2.1	0	0	14	29.2	
Mäßig	1	2.1	5	10.4	1	2.1	0	0	0	0	7	14.6	
Stark	0	0	0	0	0	0	1	2.1	2	4.2	3	6.3	
Extrem Stark	0	0	1	2.1	0	0	1	2.1	0	0	2	4.2	
Gesamt	25	52.1	14	29.2	3	6.3	4	8.3	2	4.2	48	100	

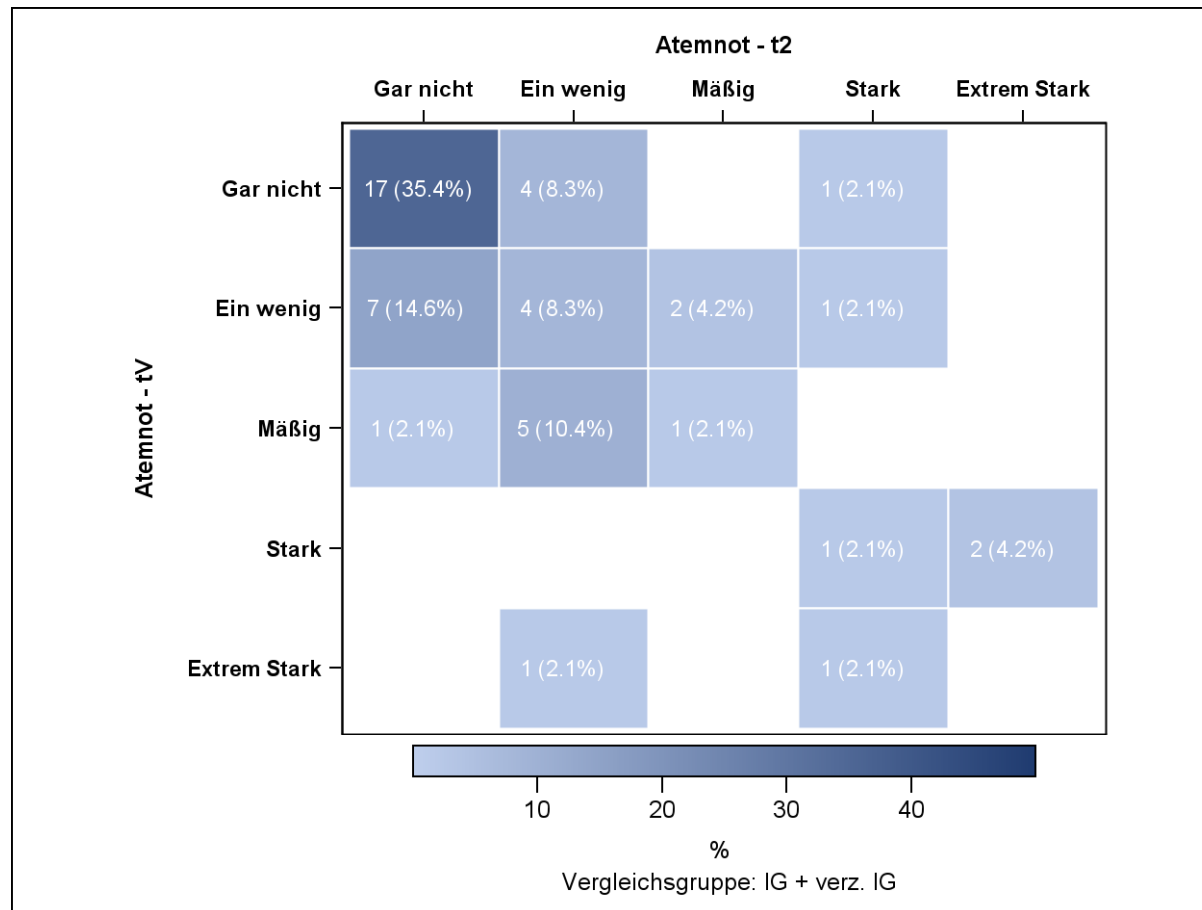
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Atemnot

Vergleichsgruppe IG + verz. IG - Veränderung tV zu t2:



## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## Schwäche oder fehlende Energie

Vergleichsgruppe IG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: IG	t2													
	Schwäche oder fehlende Energie		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tV														
Gar nicht	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ein wenig	0	0	0	0	1	2.9	1	2.9	0	0	0	0	2	5.9
Mäßig	0	0	0	0	5	14.7	1	2.9	1	2.9	1	2.9	7	20.6
Stark	0	0	0	0	1	2.9	7	20.6	3	8.8	3	8.8	11	32.4
Extrem Stark	0	0	0	0	0	0	6	17.6	8	23.5	8	23.5	14	41.2
Gesamt	0	0	0	0	7	20.6	15	44.1	12	35.3	12	35.3	34	100

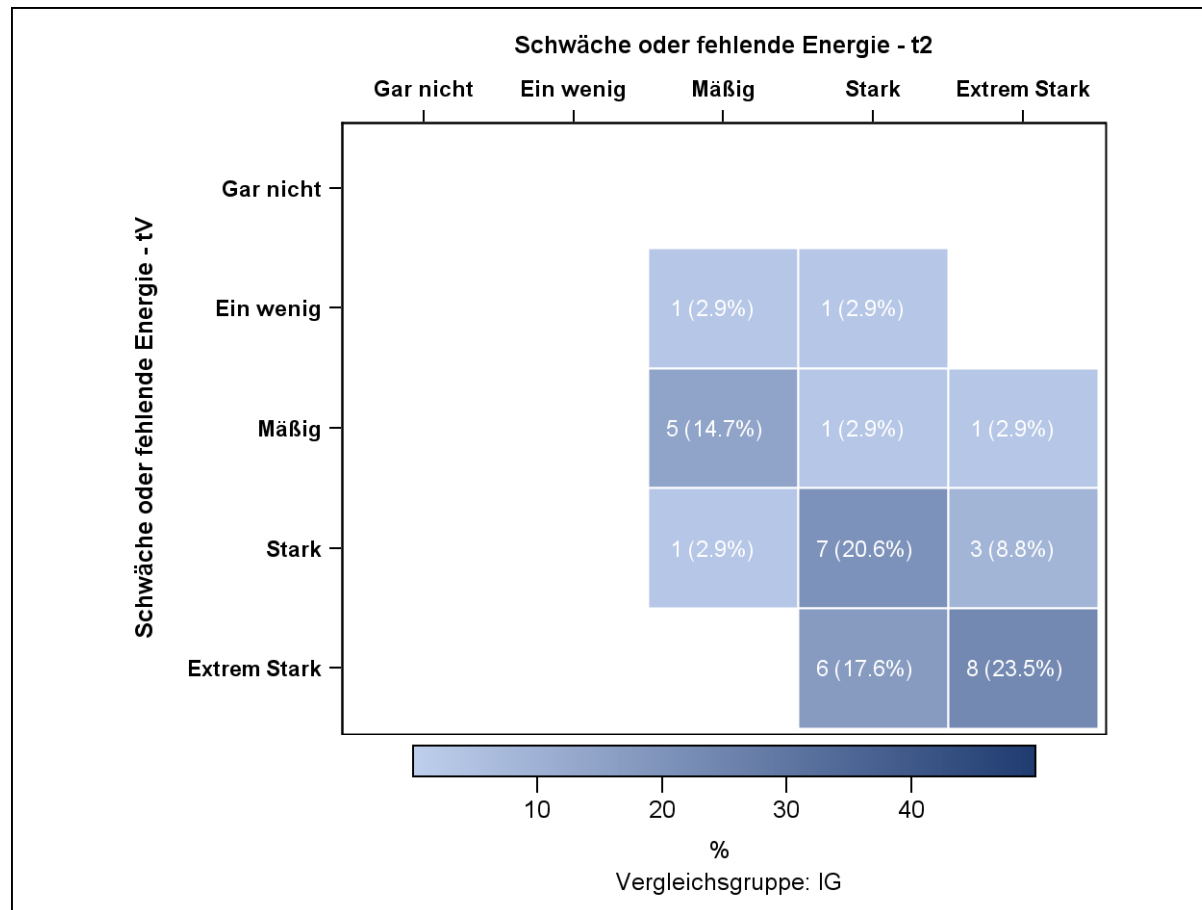
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Schwäche oder fehlende Energie

Vergleichsgruppe IG - Veränderung tV zu t2:



## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## Schwäche oder fehlende Energie

Vergleichsgruppe KG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: KG	t2													
	Schwäche oder fehlende Energie		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tV														
Gar nicht	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ein wenig	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mäßig	0	0	0	0	0	0	2	25.0	1	12.5	3	37.5		
Stark	0	0	1	12.5	2	25.0	2	25.0	0	0	5	62.5		
Extrem Stark	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Gesamt	0	0	1	12.5	2	25.0	4	50.0	1	12.5	8	100		

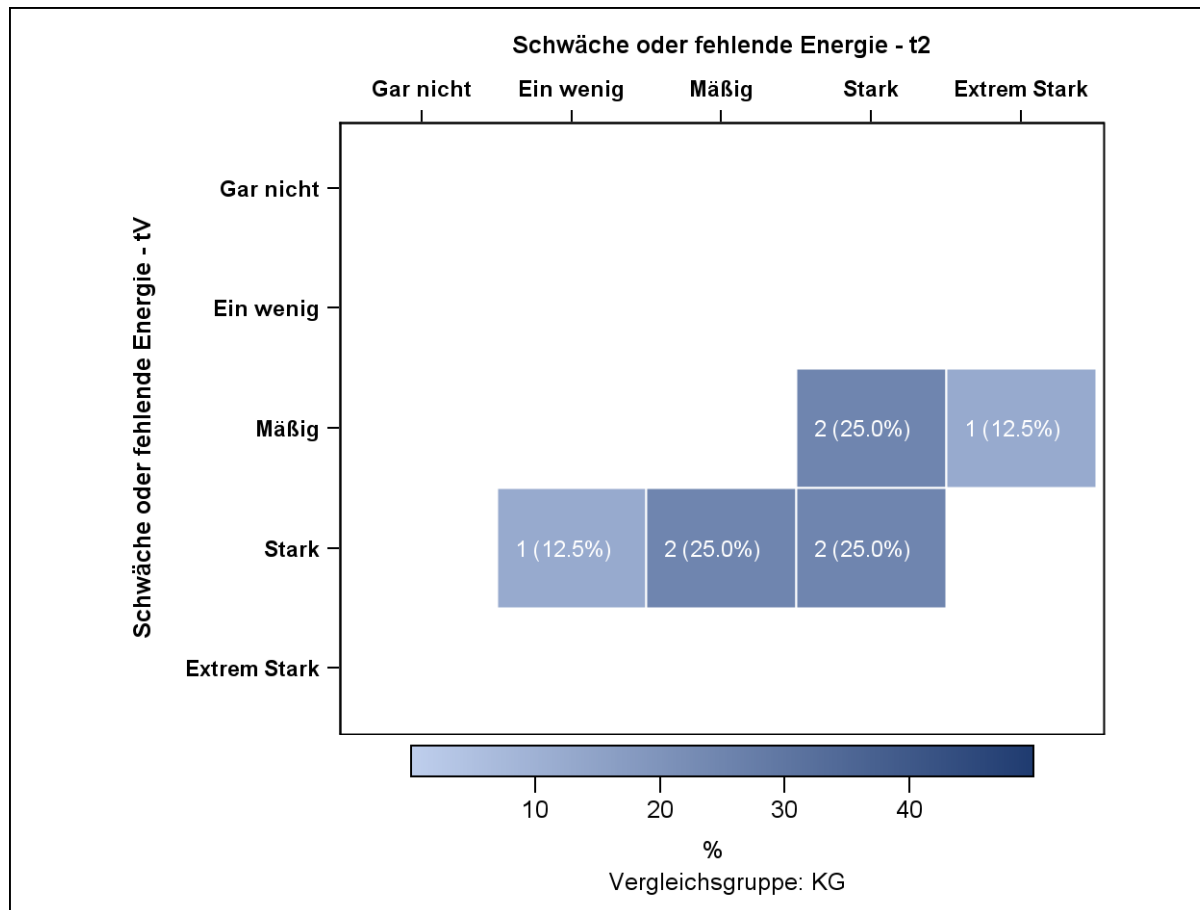
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Schwäche oder fehlende Energie

Vergleichsgruppe KG - Veränderung tV zu t2:





## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## Schwäche oder fehlende Energie

Vergleichsgruppe IG + verz. IG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: IG + verz. IG	t2													
	Schwäche oder fehlende Energie		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tV														
Gar nicht	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ein wenig	0	0	0	0	1	2.1	2	4.3	0	0	3	6.4		
Mäßig	0	0	0	0	5	10.6	5	10.6	2	4.3	12	25.5		
Stark	0	0	0	0	2	4.3	10	21.3	5	10.6	17	36.2		
Extrem Stark	0	0	0	0	1	2.1	6	12.8	8	17.0	15	31.9		
Gesamt	0	0	0	0	9	19.1	23	48.9	15	31.9	47	100		

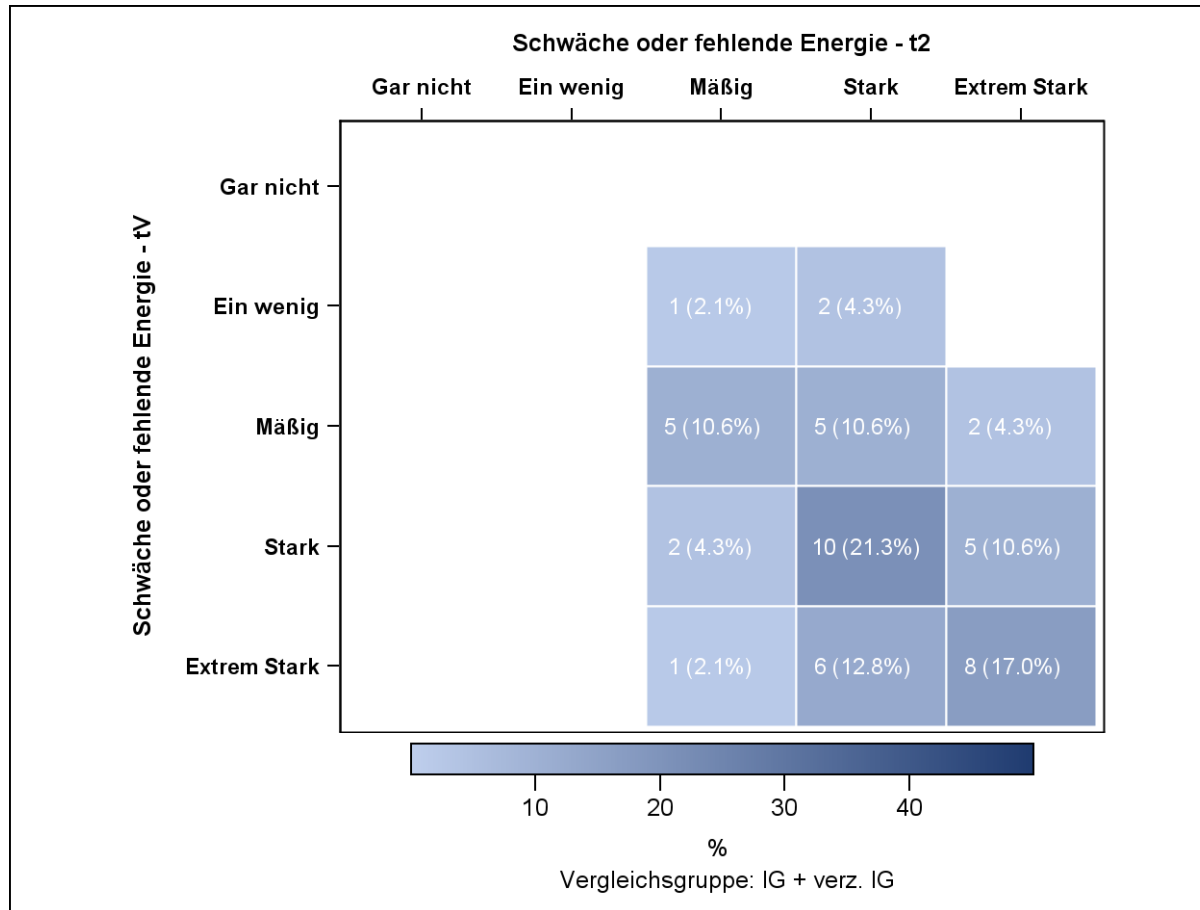
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Schwäche oder fehlende Energie

Vergleichsgruppe IG + verz. IG - Veränderung tV zu t2:



## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## Übelkeit

Vergleichsgruppe IG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: IG Übelkeit	t2												
	Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>tV</b>													
<b>Gar nicht</b>	23	69.7	1	3.0	0	0	0	0	0	0	0	24	72.7
<b>Ein wenig</b>	2	6.1	3	9.1	0	0	0	0	0	0	0	5	15.2
<b>Mäßig</b>	0	0	1	3.0	0	0	0	0	0	0	0	1	3.0
<b>Stark</b>	0	0	0	0	2	6.1	1	3.0	0	0	0	3	9.1
<b>Extrem Stark</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Gesamt</b>	25	75.8	5	15.2	2	6.1	1	3.0	0	0	0	33	100

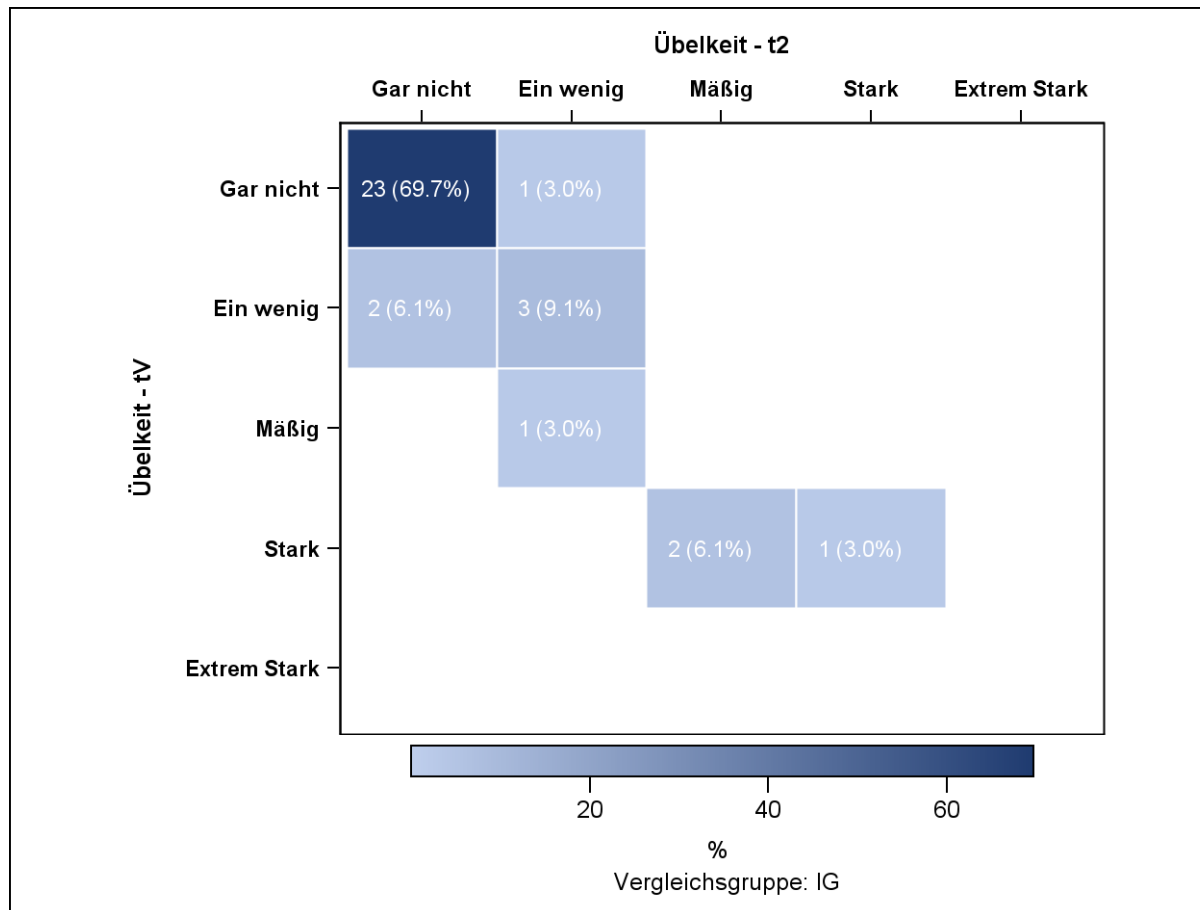
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Übelkeit

Vergleichsgruppe IG - Veränderung tV zu t2:



## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## Übelkeit

Vergleichsgruppe KG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: KG	t2													
	Übelkeit		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tV														
Gar nicht	6	75.0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	75.0	
Ein wenig	2	25.0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	25.0	
Mäßig	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Stark	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Extrem Stark	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Gesamt	8	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	100	

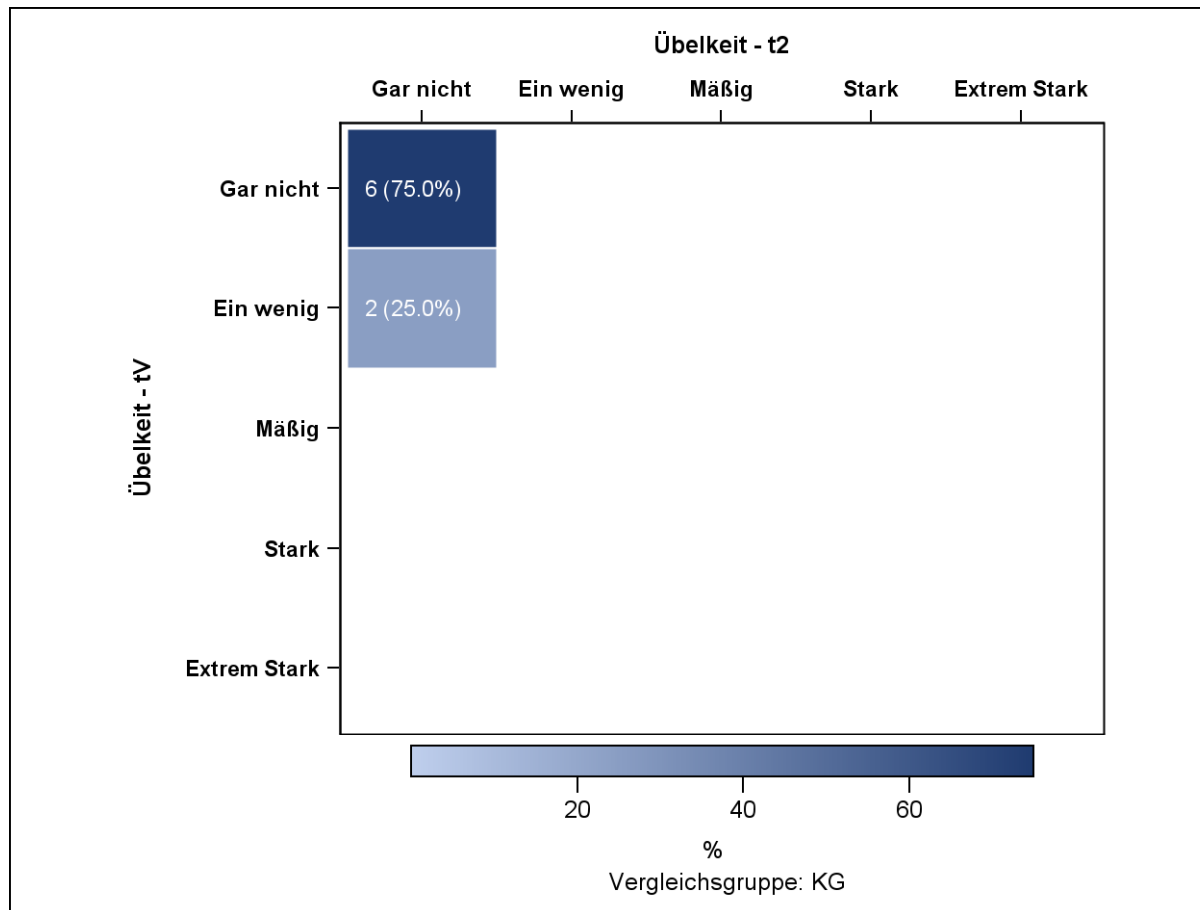
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Übelkeit

Vergleichsgruppe KG - Veränderung tV zu t2:



## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## Übelkeit

Vergleichsgruppe IG + verz. IG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: IG + verz. IG	t2													
	Übelkeit		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tV														
Gar nicht	32	68.1	1	2.1	0	0	0	0	0	0	0	33	70.2	
Ein wenig	5	10.6	3	6.4	0	0	0	0	0	0	0	8	17.0	
Mäßig	2	4.3	1	2.1	0	0	0	0	0	0	0	3	6.4	
Stark	0	0	0	0	2	4.3	1	2.1	0	0	0	3	6.4	
Extrem Stark	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Gesamt	39	83.0	5	10.6	2	4.3	1	2.1	0	0	0	47	100	

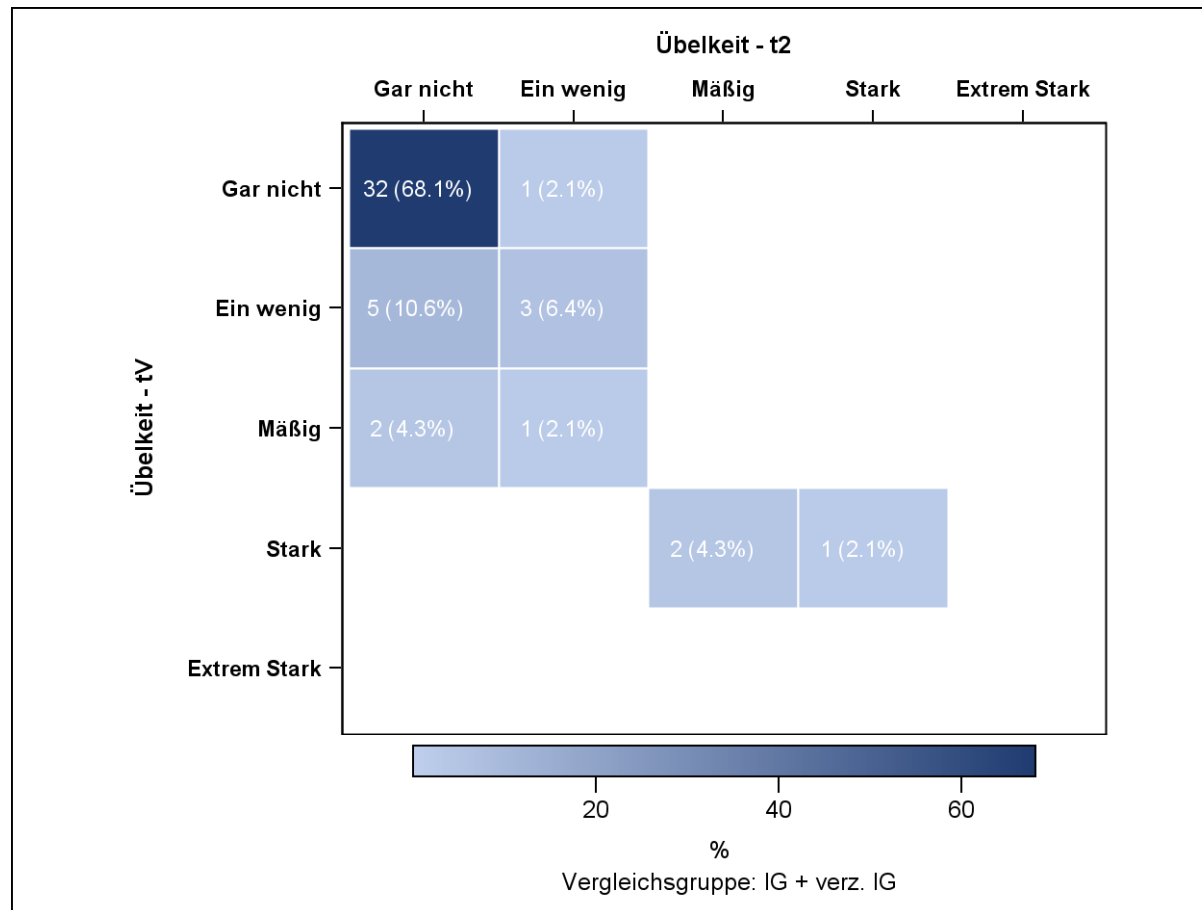
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Übelkeit

Vergleichsgruppe IG + verz. IG - Veränderung tV zu t2:





## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## Erbrechen

Vergleichsgruppe IG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: IG	t2													
	Erbrechen		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>tV</b>														
<b>Gar nicht</b>	33	94.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	33	94.3	
<b>Ein wenig</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
<b>Mäßig</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
<b>Stark</b>	0	0	0	0	1	2.9	0	0	0	0	0	1	2.9	
<b>Extrem Stark</b>	0	0	0	0	1	2.9	0	0	0	0	0	1	2.9	
<b>Gesamt</b>	33	94.3	0	0	2	5.7	0	0	0	0	0	35	100	

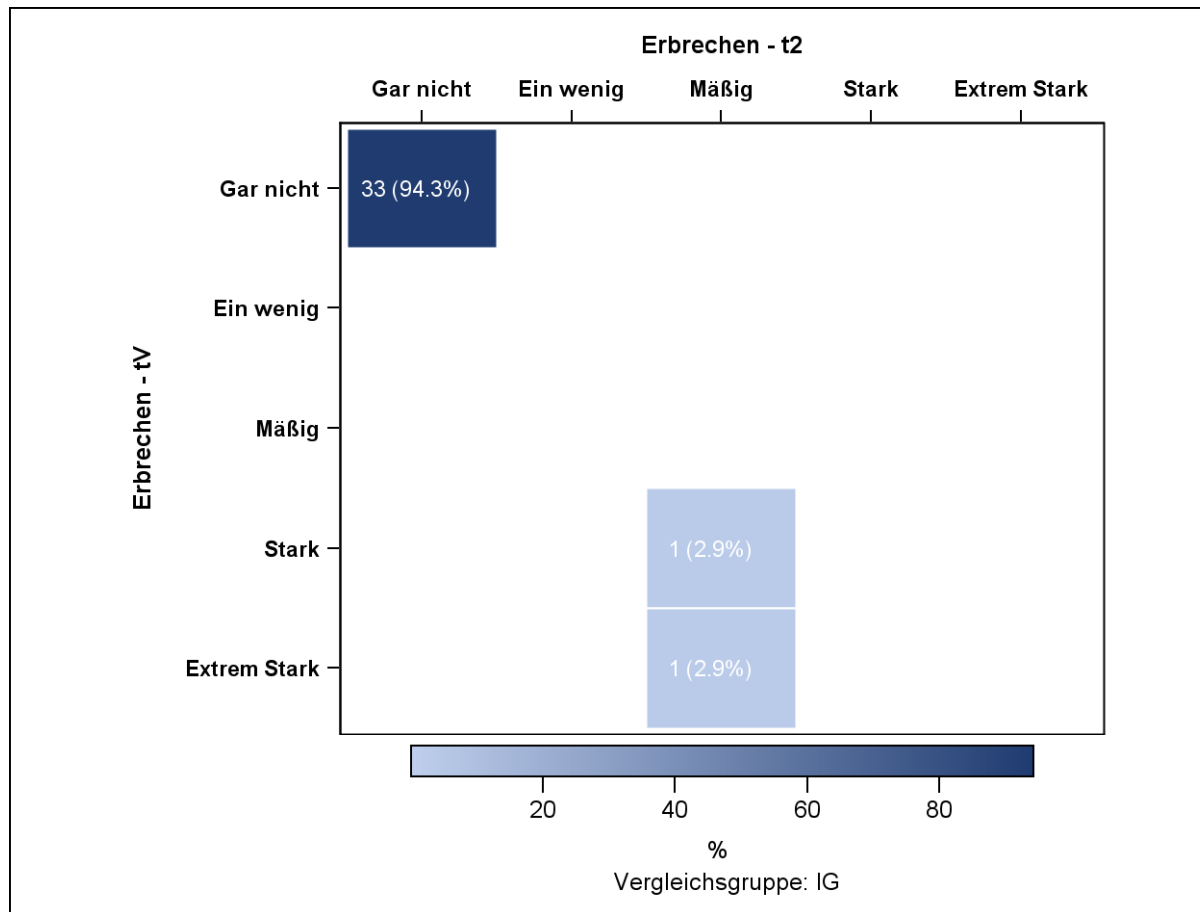
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Erbrechen

Vergleichsgruppe IG - Veränderung tV zu t2:



## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## Erbrechen

Vergleichsgruppe KG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: KG	t2													
	Erbrechen		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tV														
Gar nicht	8	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	100	
Ein wenig	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Mäßig	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Stark	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Extrem Stark	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Gesamt	8	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	100	

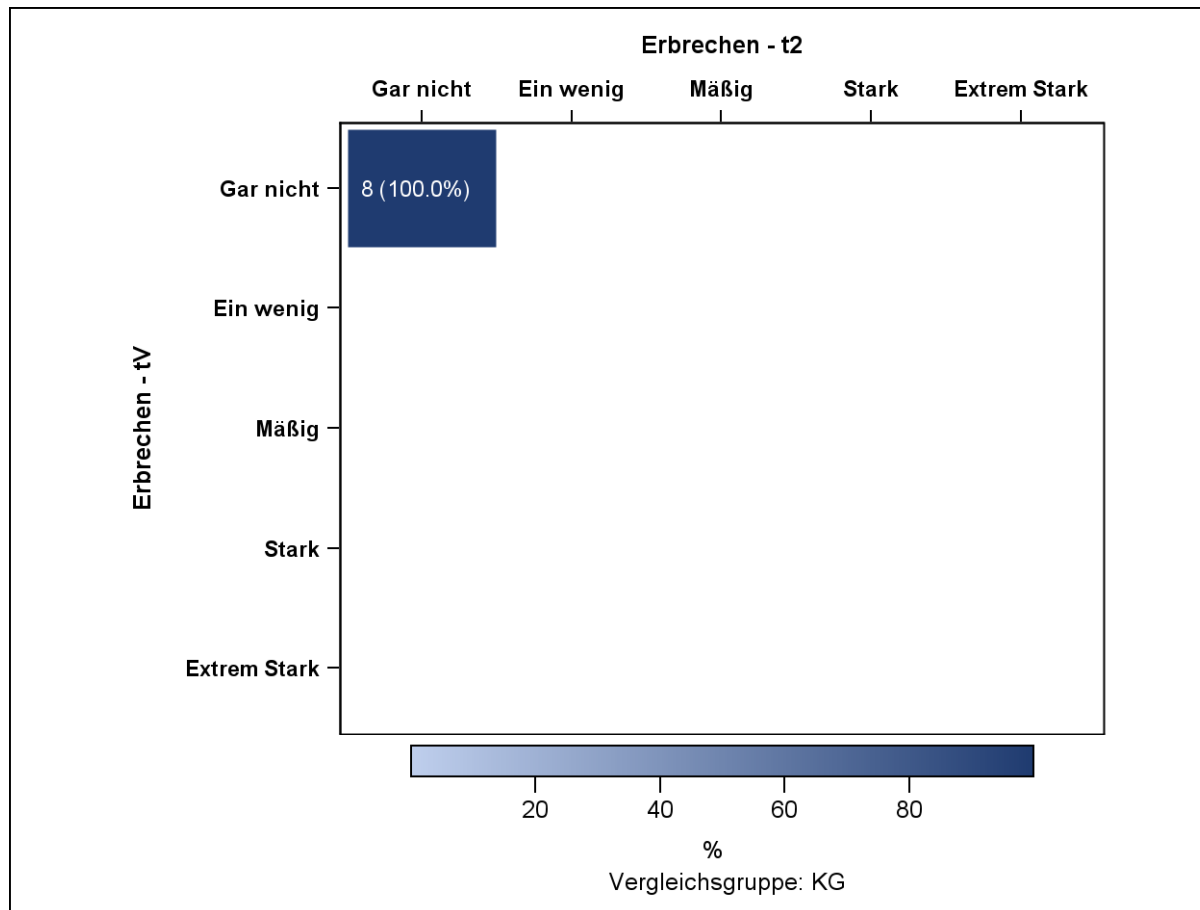
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Erbrechen

Vergleichsgruppe KG - Veränderung tV zu t2:



## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## Erbrechen

Vergleichsgruppe IG + verz. IG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: IG + verz. IG	t2													
	Erbrechen		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tV														
Gar nicht	45	91.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	45	91.8	
Ein wenig	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Mäßig	2	4.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4.1	
Stark	0	0	0	0	1	2.0	0	0	0	0	0	1	2.0	
Extrem Stark	0	0	0	0	1	2.0	0	0	0	0	0	1	2.0	
Gesamt	47	95.9	0	0	2	4.1	0	0	0	0	0	49	100	

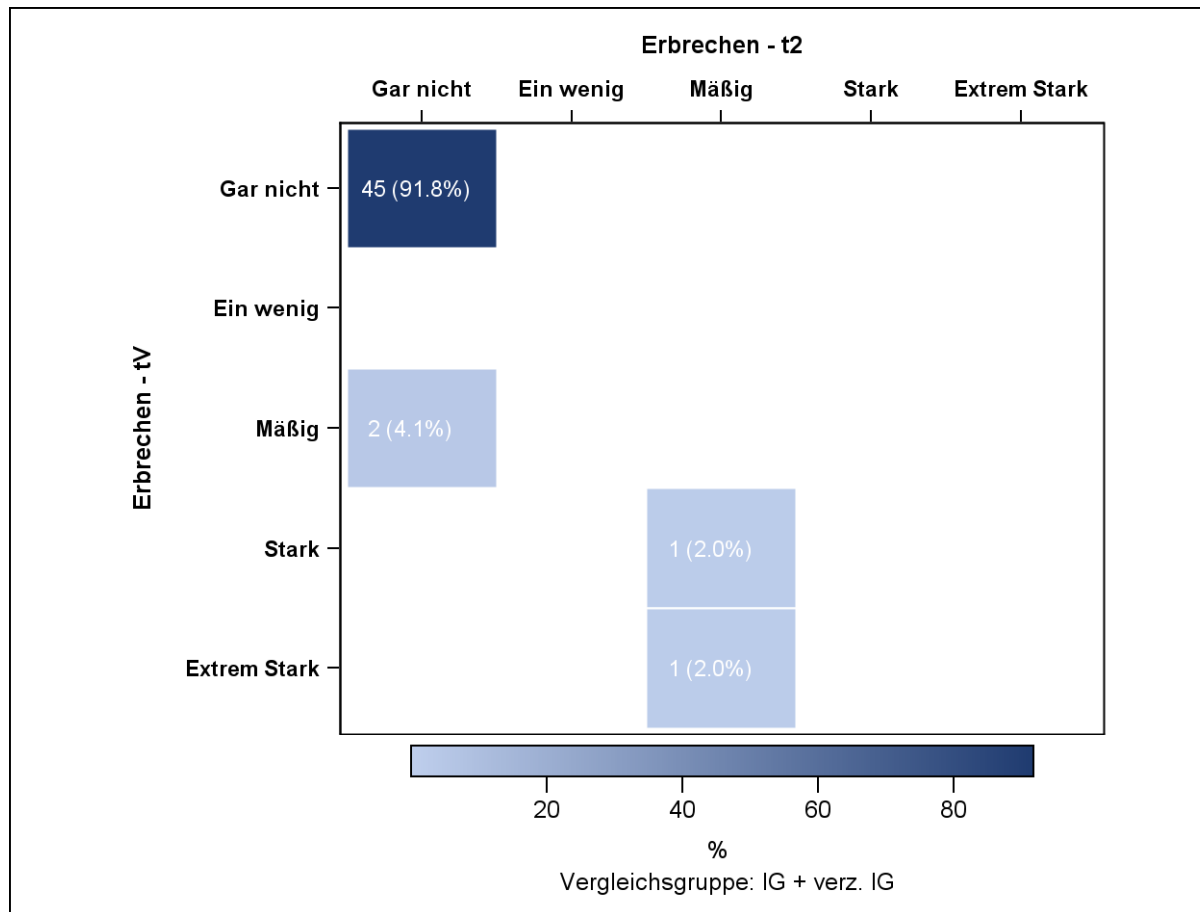
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Erbrechen

Vergleichsgruppe IG + verz. IG - Veränderung tV zu t2:



## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## Appetitlosigkeit

Vergleichsgruppe IG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: IG	t2											
	Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tV												
Gar nicht	13	39.4	2	6.1	1	3.0	0	0	0	0	16	48.5
Ein wenig	0	0	1	3.0	2	6.1	0	0	0	0	3	9.1
Mäßig	1	3.0	0	0	4	12.1	2	6.1	1	3.0	8	24.2
Stark	1	3.0	0	0	1	3.0	1	3.0	1	3.0	4	12.1
Extrem Stark	0	0	0	0	1	3.0	0	0	1	3.0	2	6.1
Gesamt	15	45.5	3	9.1	9	27.3	3	9.1	3	9.1	33	100

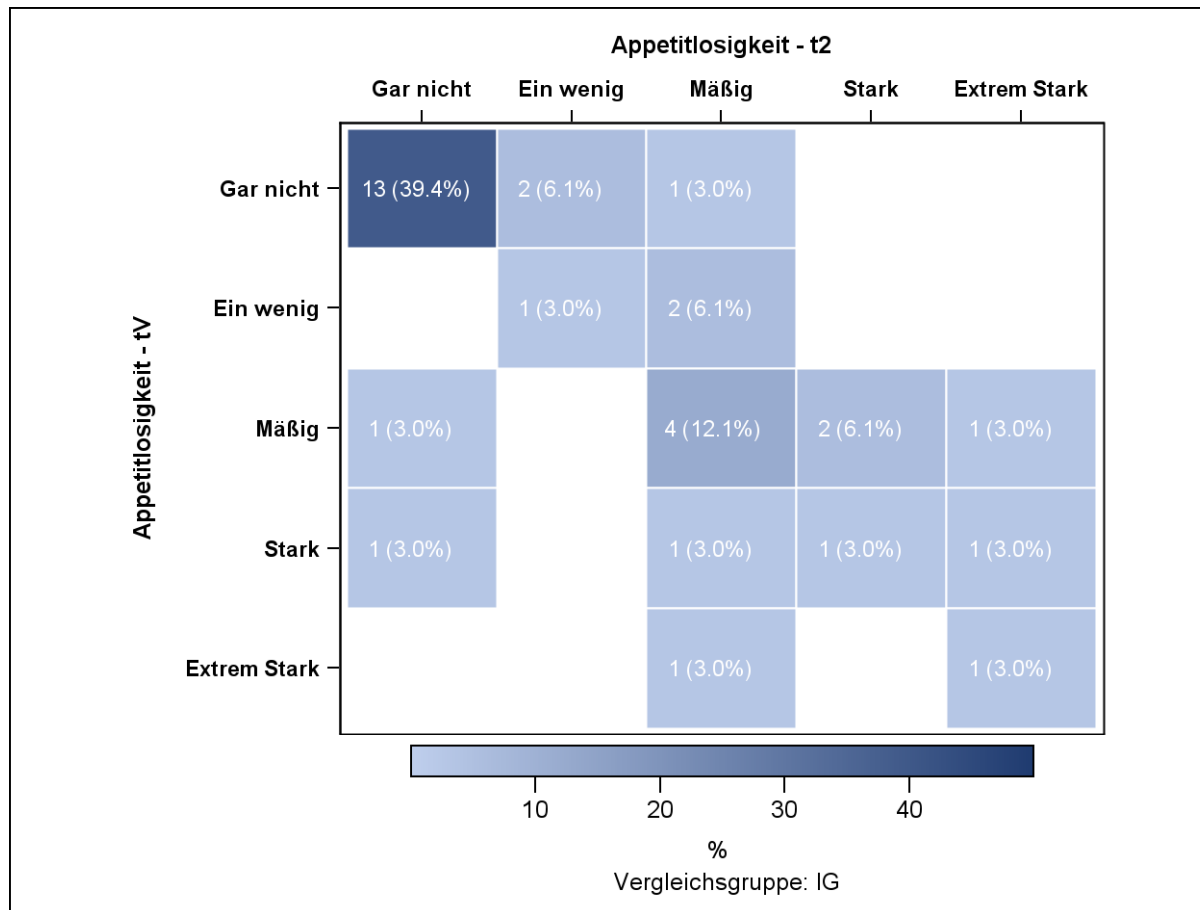
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Appetitlosigkeit

Vergleichsgruppe IG - Veränderung tV zu t2:





## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## Appetitlosigkeit

Vergleichsgruppe KG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: KG	t2													
	Appetitlosigkeit		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tV														
Gar nicht	1	14.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14.3	
Ein wenig	0	0	0	0	1	14.3	0	0	0	0	1	14.3		
Mäßig	1	14.3	1	14.3	1	14.3	0	0	0	0	3	42.9		
Stark	0	0	1	14.3	0	0	1	14.3	0	0	2	28.6		
Extrem Stark	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Gesamt	2	28.6	2	28.6	2	28.6	1	14.3	0	0	7	100		

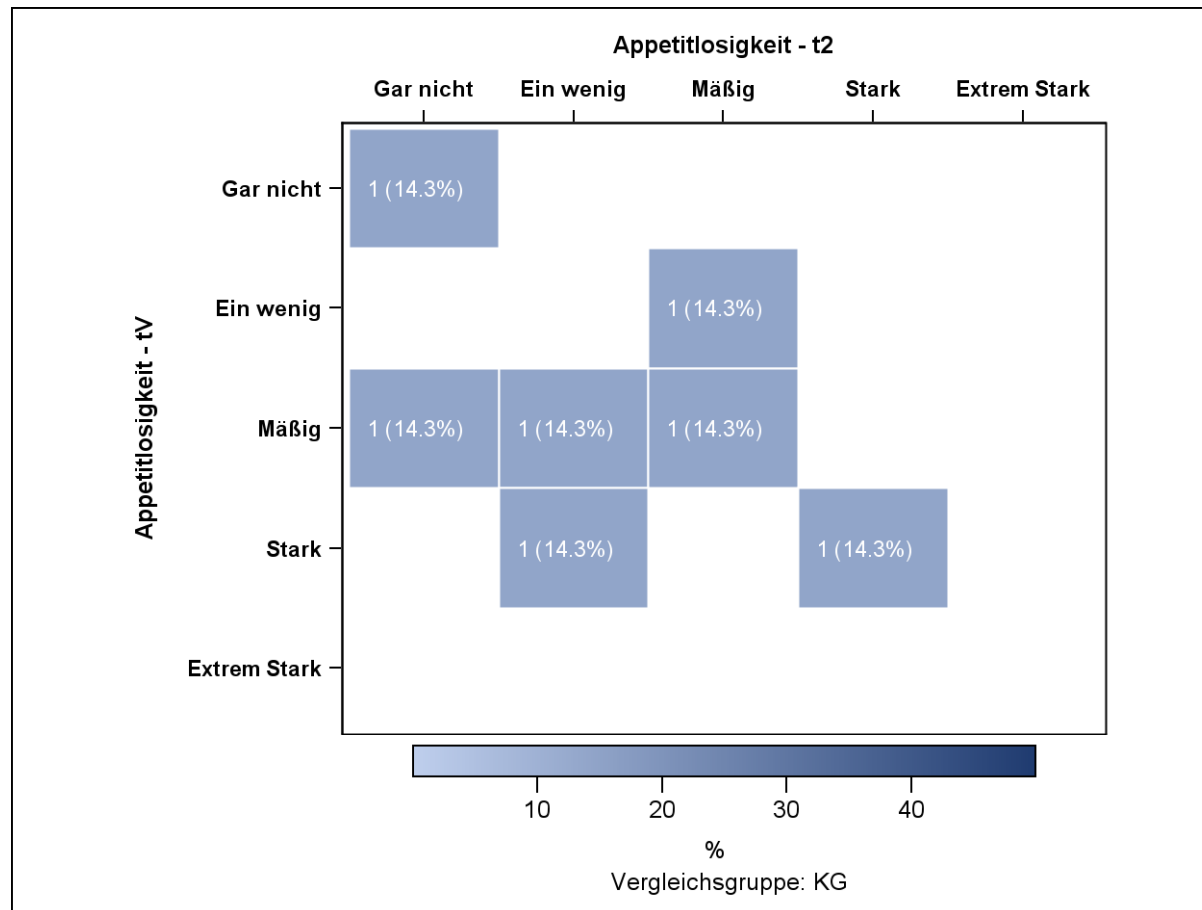
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Appetitlosigkeit

Vergleichsgruppe KG - Veränderung tV zu t2:



## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## Appetitlosigkeit

Vergleichsgruppe IG + verz. IG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: IG + verz. IG	t2											
	Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tV												
Gar nicht	14	31.1	5	11.1	2	4.4	0	0	0	0	21	46.7
Ein wenig	0	0	2	4.4	2	4.4	1	2.2	0	0	5	11.1
Mäßig	1	2.2	1	2.2	4	8.9	3	6.7	2	4.4	11	24.4
Stark	1	2.2	1	2.2	1	2.2	2	4.4	1	2.2	6	13.3
Extrem Stark	0	0	0	0	1	2.2	0	0	1	2.2	2	4.4
Gesamt	16	35.6	9	20.0	10	22.2	6	13.3	4	8.9	45	100

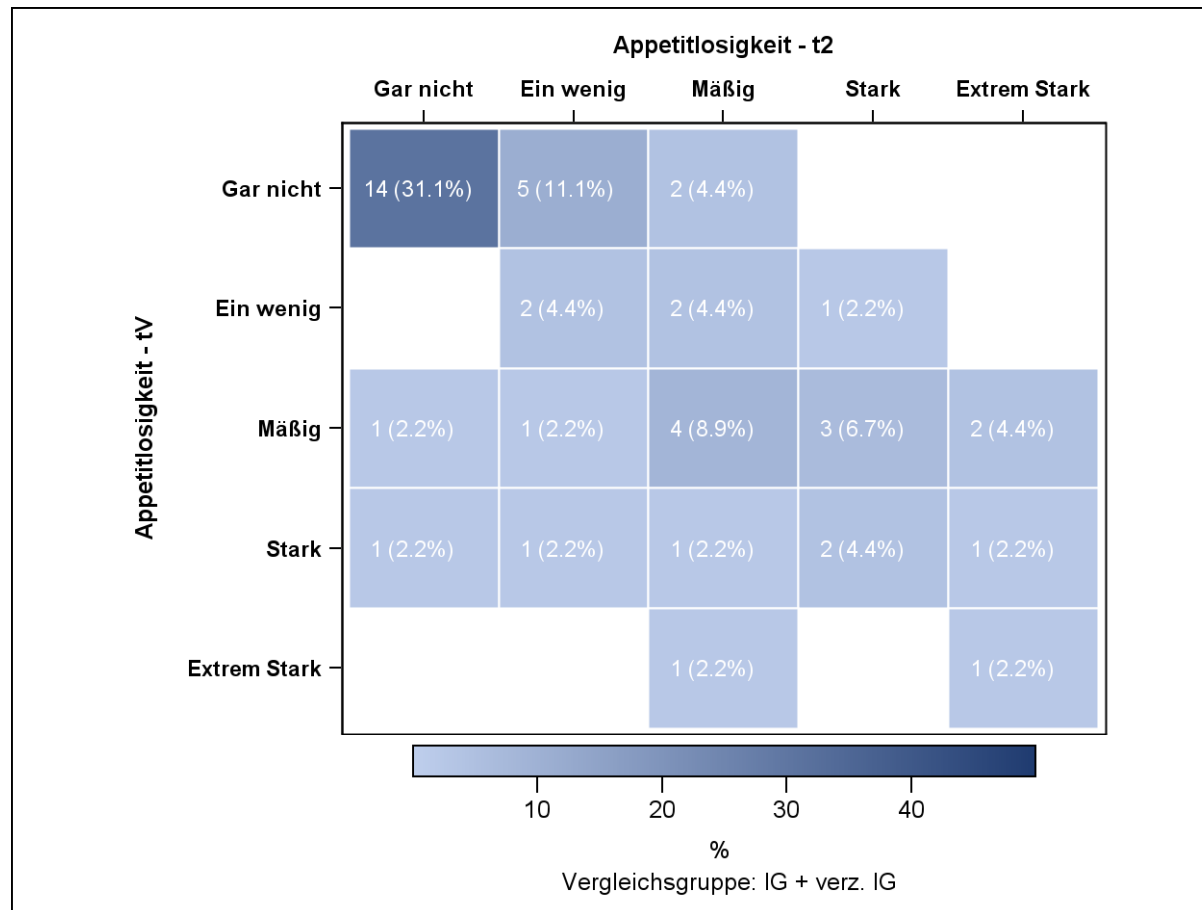
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Appetitlosigkeit

Vergleichsgruppe IG + verz. IG - Veränderung tV zu t2:



## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## Verstopfung

Vergleichsgruppe IG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: IG	t2											
	Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>tV</b>												
<b>Gar nicht</b>	13	37.1	0	0	1	2.9	0	0	0	0	14	40.0
<b>Ein wenig</b>	2	5.7	1	2.9	1	2.9	0	0	0	0	4	11.4
<b>Mäßig</b>	1	2.9	2	5.7	5	14.3	1	2.9	0	0	9	25.7
<b>Stark</b>	0	0	2	5.7	1	2.9	1	2.9	1	2.9	5	14.3
<b>Extrem Stark</b>	1	2.9	0	0	1	2.9	0	0	1	2.9	3	8.6
<b>Gesamt</b>	17	48.6	5	14.3	9	25.7	2	5.7	2	5.7	35	100

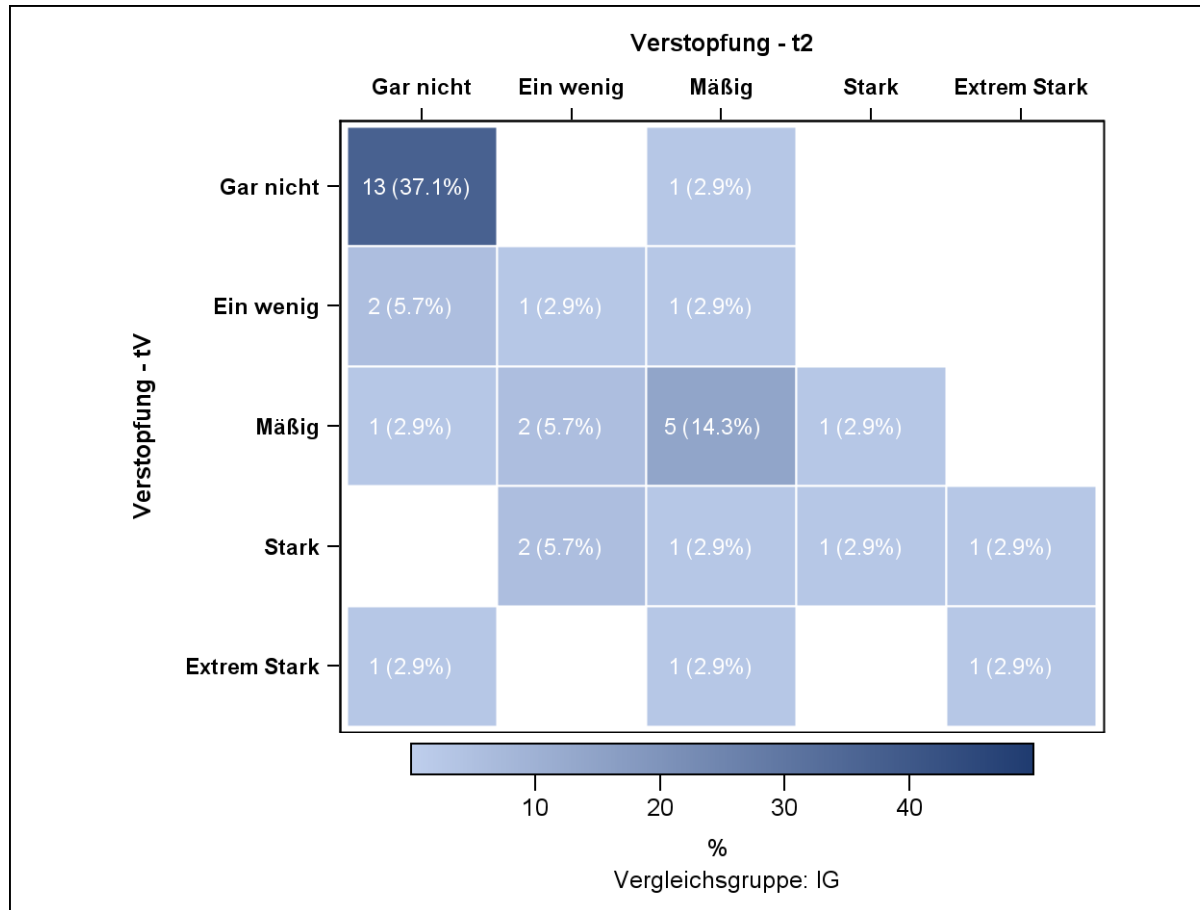
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Verstopfung

Vergleichsgruppe IG - Veränderung tV zu t2:



## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## Verstopfung

Vergleichsgruppe KG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: KG	t2											
	Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tV												
Gar nicht	1	12.5	1	12.5	2	25.0	0	0	0	0	4	50.0
Ein wenig	0	0	1	12.5	0	0	0	0	0	0	1	12.5
Mäßig	0	0	1	12.5	1	12.5	1	12.5	0	0	3	37.5
Stark	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Extrem Stark	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	1	12.5	3	37.5	3	37.5	1	12.5	0	0	8	100

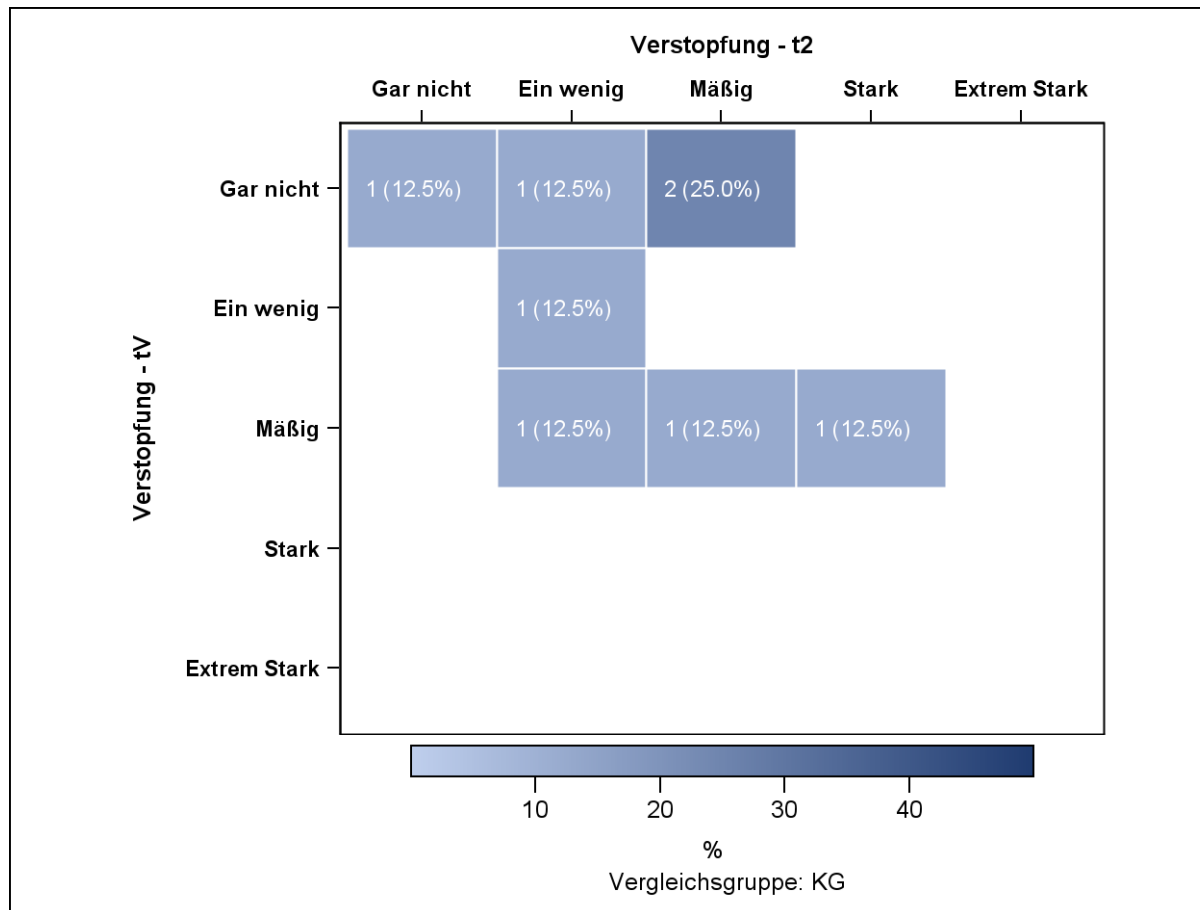
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Verstopfung

Vergleichsgruppe KG - Veränderung tV zu t2:





## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## Verstopfung

Vergleichsgruppe IG + verz. IG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: IG + verz. IG	t2											
	Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tV												
Gar nicht	14	29.8	1	2.1	1	2.1	1	2.1	0	0	17	36.2
Ein wenig	6	12.8	2	4.3	1	2.1	1	2.1	0	0	10	21.3
Mäßig	3	6.4	3	6.4	5	10.6	1	2.1	0	0	12	25.5
Stark	0	0	2	4.3	1	2.1	1	2.1	1	2.1	5	10.6
Extrem Stark	1	2.1	0	0	1	2.1	0	0	1	2.1	3	6.4
Gesamt	24	51.1	8	17.0	9	19.1	4	8.5	2	4.3	47	100

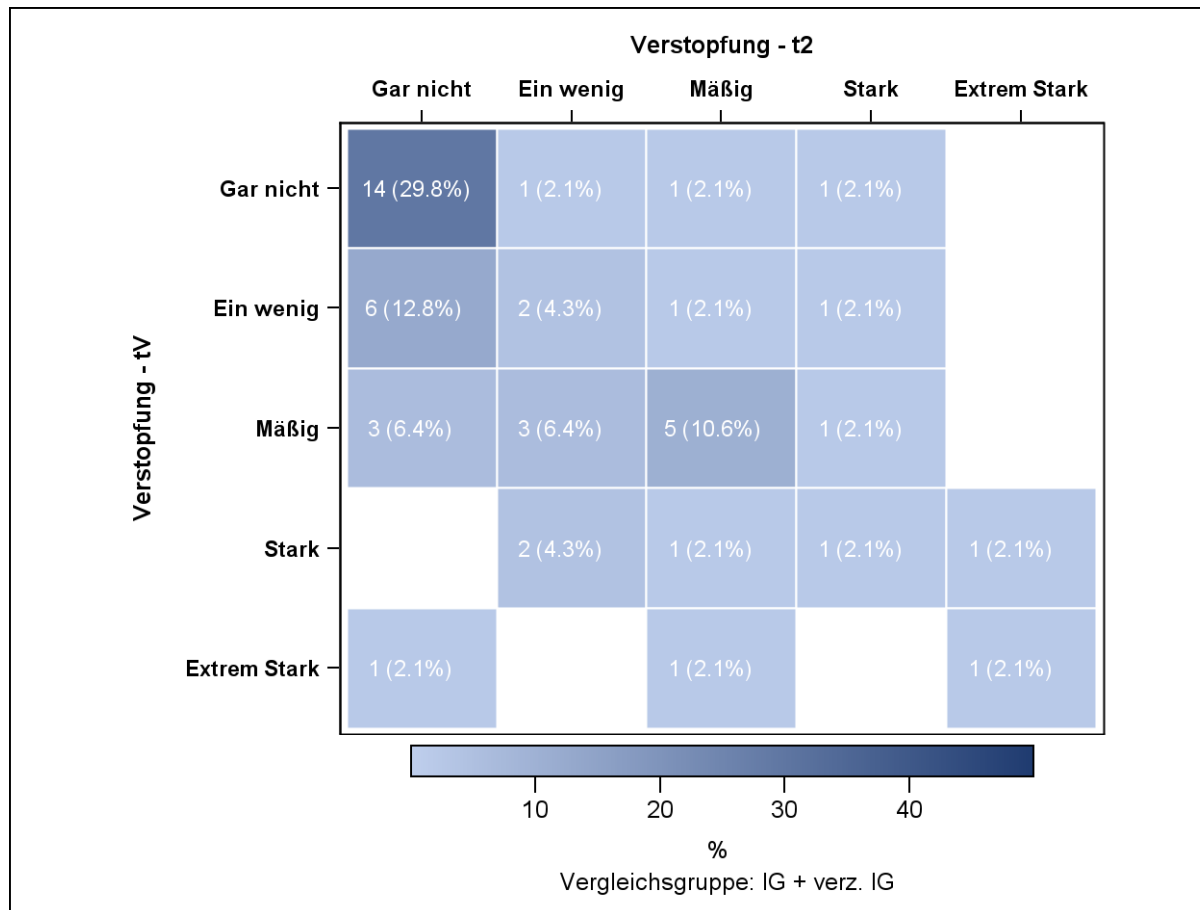
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Verstopfung

Vergleichsgruppe IG + verz. IG - Veränderung tV zu t2:



## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund

Vergleichsgruppe IG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: IG	t2													
	Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tV														
Gar nicht	11	32.4	0	0	1	2.9	1	2.9	2	5.9	15	44.1		
Ein wenig	2	5.9	3	8.8	1	2.9	0	0	0	0	6	17.6		
Mäßig	1	2.9	1	2.9	1	2.9	0	0	1	2.9	4	11.8		
Stark	1	2.9	1	2.9	2	5.9	1	2.9	1	2.9	6	17.6		
Extrem Stark	0	0	0	0	1	2.9	2	5.9	0	0	3	8.8		
Gesamt	15	44.1	5	14.7	6	17.6	4	11.8	4	11.8	34	100		

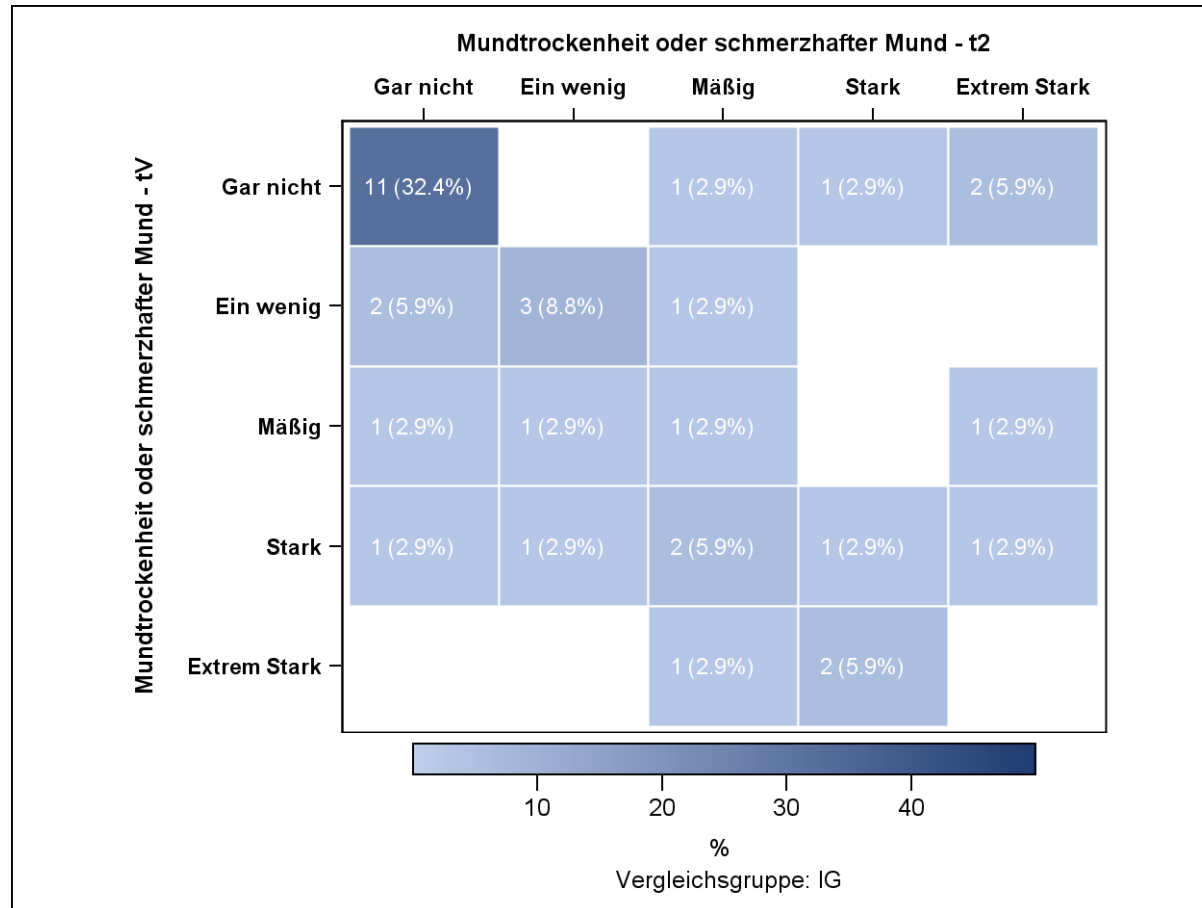
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund

Vergleichsgruppe IG - Veränderung tV zu t2:



## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund

Vergleichsgruppe KG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: KG	t2													
	Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tV														
Gar nicht	2	25.0	2	25.0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	50.0
Ein wenig	2	25.0	1	12.5	0	0	0	0	0	0	0	0	3	37.5
Mäßig	1	12.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	12.5
Stark	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Extrem Stark	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	5	62.5	3	37.5	0	0	0	0	0	0	0	0	8	100

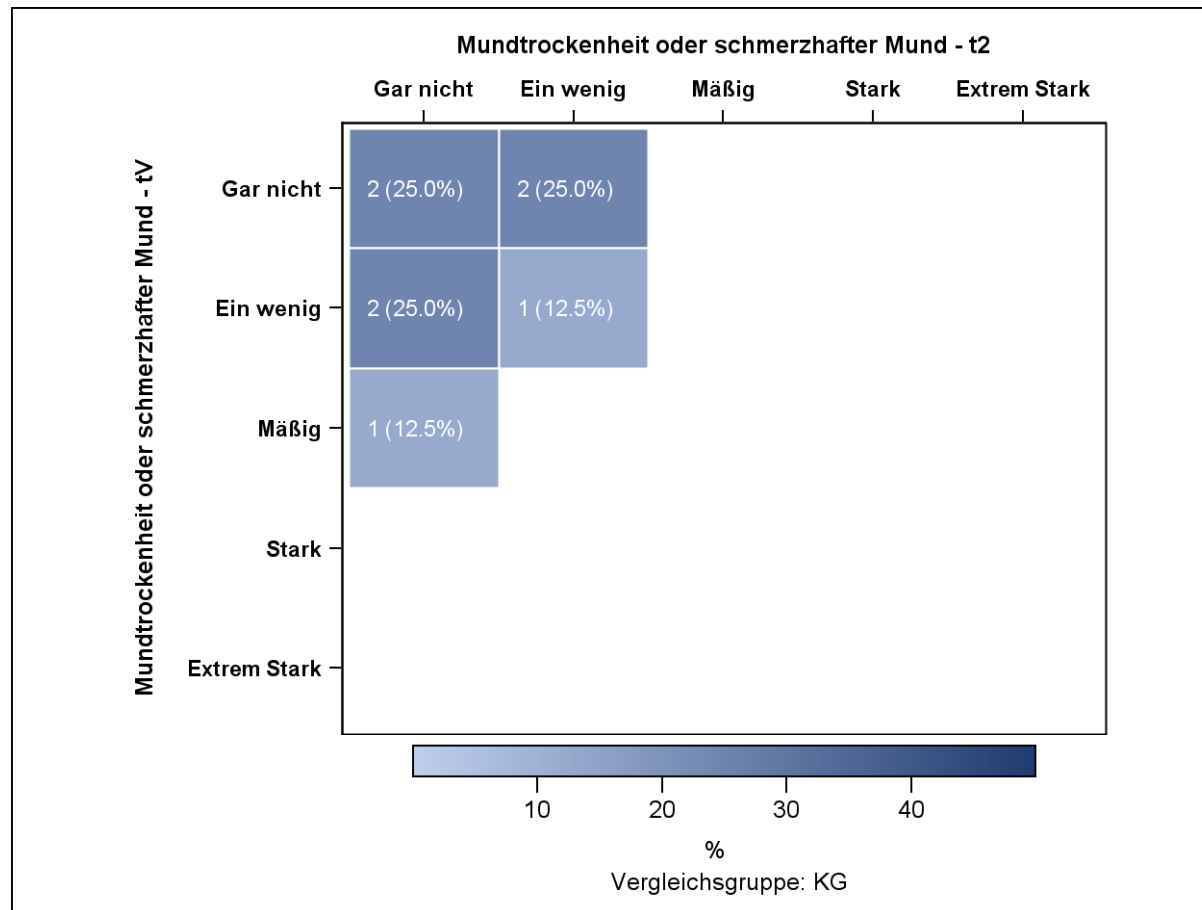
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund

Vergleichsgruppe KG - Veränderung tV zu t2:



## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund

Vergleichsgruppe IG + verz. IG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: IG + verz. IG	t2													
	Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tV														
Gar nicht	16	33.3	1	2.1	3	6.3	3	6.3	2	4.2	25	52.1		
Ein wenig	2	4.2	4	8.3	1	2.1	0	0	0	0	7	14.6		
Mäßig	3	6.3	1	2.1	2	4.2	0	0	1	2.1	7	14.6		
Stark	1	2.1	1	2.1	2	4.2	1	2.1	1	2.1	6	12.5		
Extrem Stark	0	0	0	0	1	2.1	2	4.2	0	0	3	6.3		
Gesamt	22	45.8	7	14.6	9	18.8	6	12.5	4	8.3	48	100		

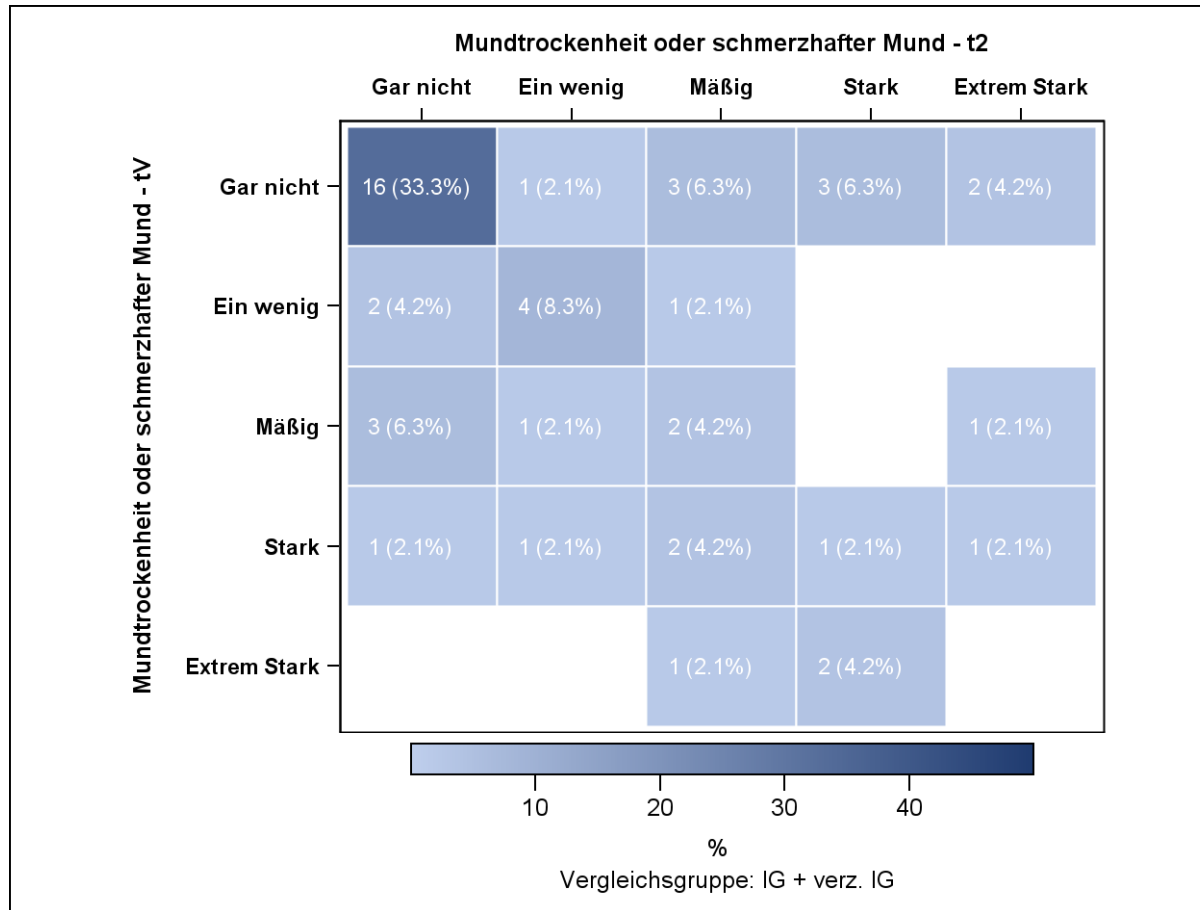
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund

Vergleichsgruppe IG + verz. IG - Veränderung tV zu t2:





## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## Schläfrigkeit

Vergleichsgruppe IG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: IG	t2													
	Schläfrigkeit		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>tV</b>														
<b>Gar nicht</b>	5	14.3	0	0	2	5.7	0	0	0	0	7	20.0		
<b>Ein wenig</b>	0	0	2	5.7	1	2.9	1	2.9	1	2.9	5	14.3		
<b>Mäßig</b>	0	0	2	5.7	4	11.4	5	14.3	1	2.9	12	34.3		
<b>Stark</b>	0	0	2	5.7	1	2.9	5	14.3	2	5.7	10	28.6		
<b>Extrem Stark</b>	0	0	0	0	1	2.9	0	0	0	0	1	2.9		
<b>Gesamt</b>	5	14.3	6	17.1	9	25.7	11	31.4	4	11.4	35	100		

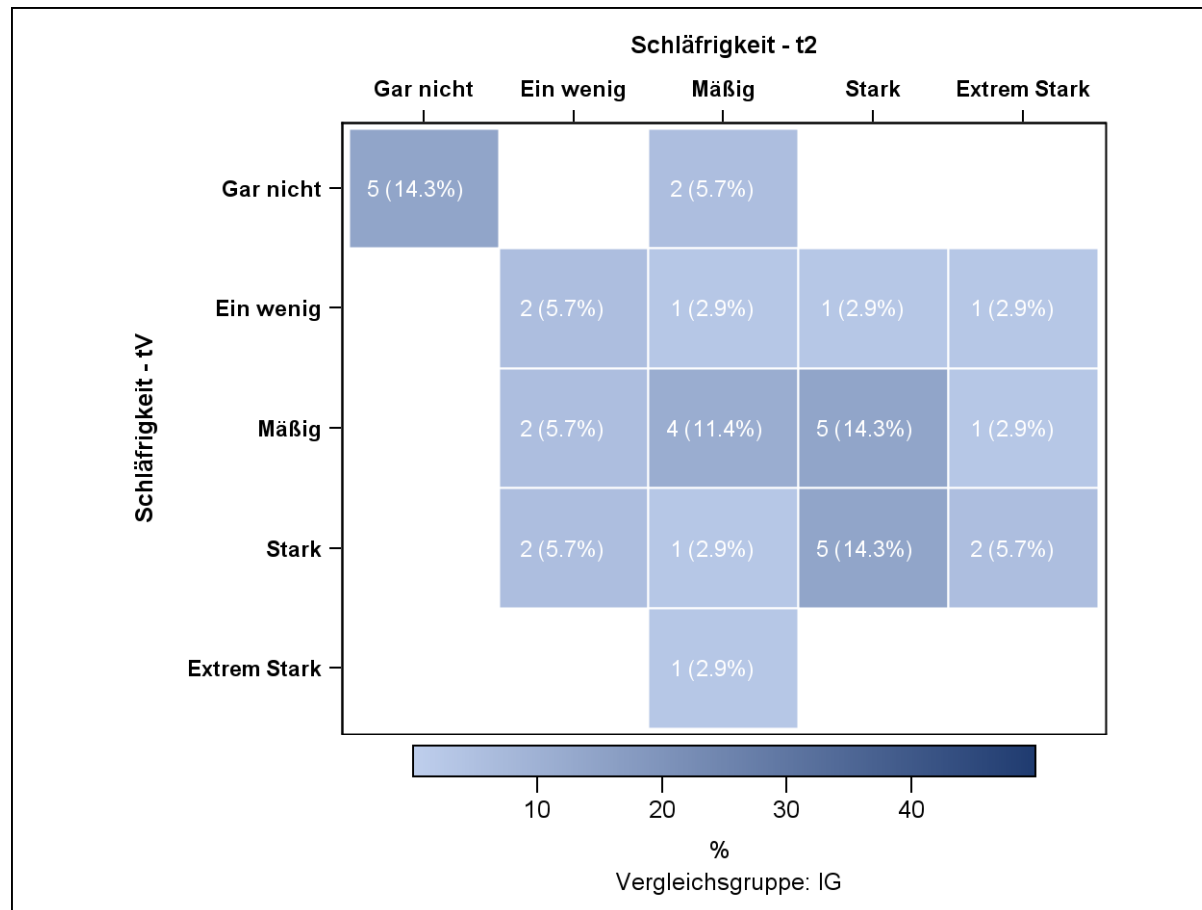
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Schläfrigkeit

Vergleichsgruppe IG - Veränderung tV zu t2:



## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## Schläfrigkeit

Vergleichsgruppe KG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: KG	t2													
	Schläfrigkeit		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tV														
Gar nicht	0	0	0	0	1	12.5	0	0	0	0	0	0	1	12.5
Ein wenig	1	12.5	1	12.5	2	25.0	1	12.5	0	0	0	0	5	62.5
Mäßig	1	12.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	12.5
Stark	0	0	0	0	1	12.5	0	0	0	0	0	0	1	12.5
Extrem Stark	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	2	25.0	1	12.5	4	50.0	1	12.5	0	0	0	0	8	100

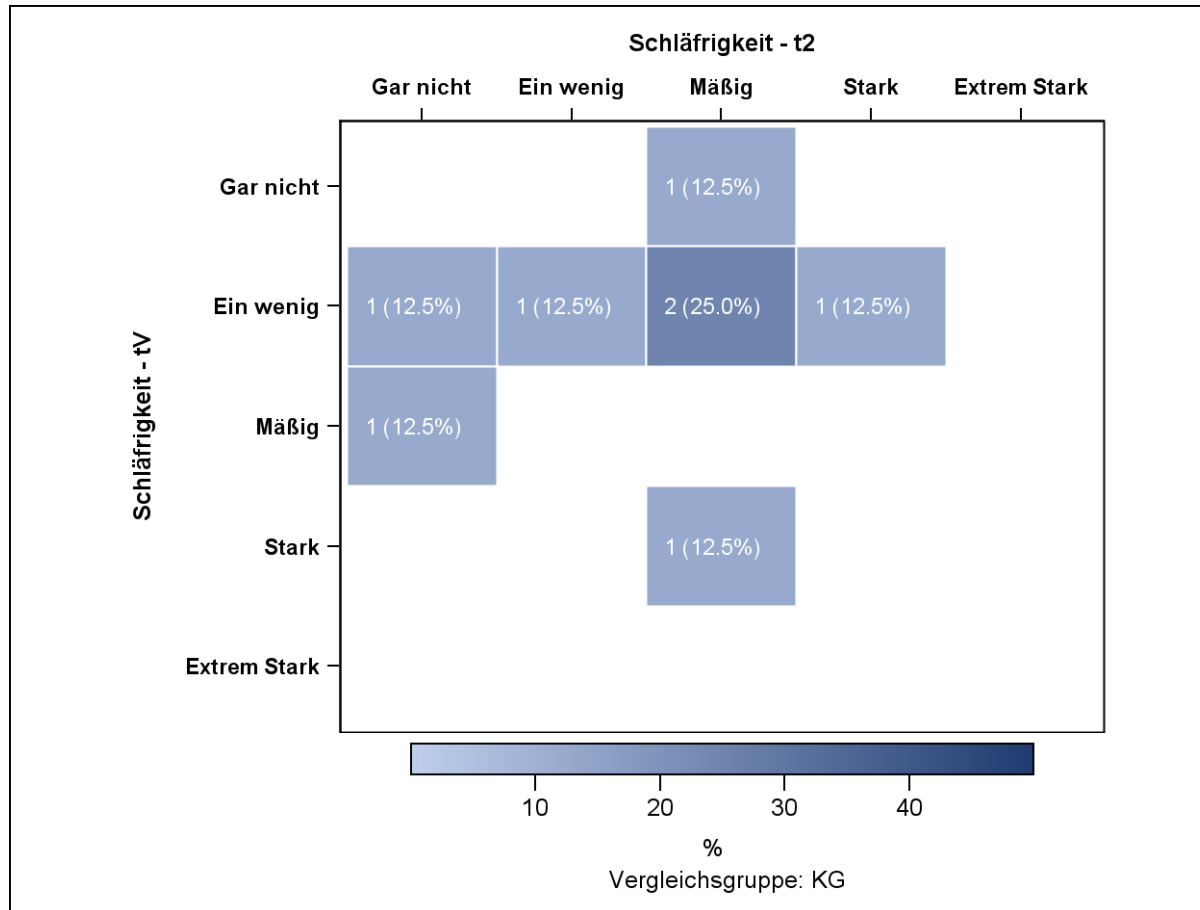
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Schläfrigkeit

Vergleichsgruppe KG - Veränderung tV zu t2:



## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## Schläfrigkeit

Vergleichsgruppe IG + verz. IG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: IG + verz. IG	t2													
	Schläfrigkeit		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tV														
Gar nicht	9	18.8	1	2.1	3	6.3	1	2.1	0	0	14	29.2		
Ein wenig	0	0	2	4.2	1	2.1	1	2.1	3	6.3	7	14.6		
Mäßig	1	2.1	2	4.2	7	14.6	5	10.4	1	2.1	16	33.3		
Stark	0	0	2	4.2	1	2.1	5	10.4	2	4.2	10	20.8		
Extrem Stark	0	0	0	0	1	2.1	0	0	0	0	1	2.1		
Gesamt	10	20.8	7	14.6	13	27.1	12	25.0	6	12.5	48	100		

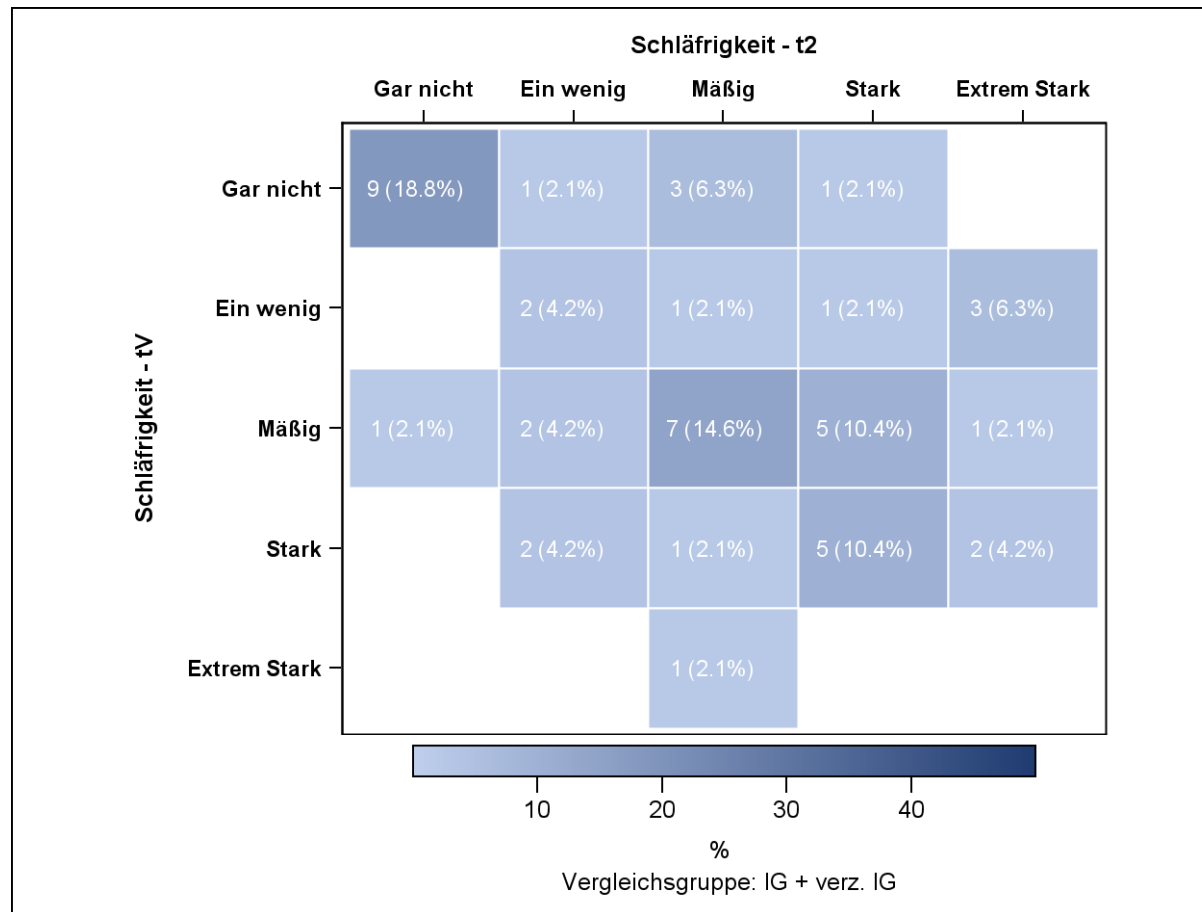
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Schläfrigkeit

Vergleichsgruppe IG + verz. IG - Veränderung tV zu t2:



## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## Eingeschränkte Mobilität

Vergleichsgruppe IG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: IG Eingeschränkte Mobilität	t2												
	Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>tV</b>													
Gar nicht	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ein wenig	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mäßig	0	0	0	0	1	2.8	4	11.1	0	0	5	13.9	
Stark	0	0	0	0	0	0	6	16.7	3	8.3	9	25.0	
Extrem Stark	0	0	0	0	0	0	3	8.3	19	52.8	22	61.1	
<b>Gesamt</b>	0	0	0	0	1	2.8	13	36.1	22	61.1	36	100	

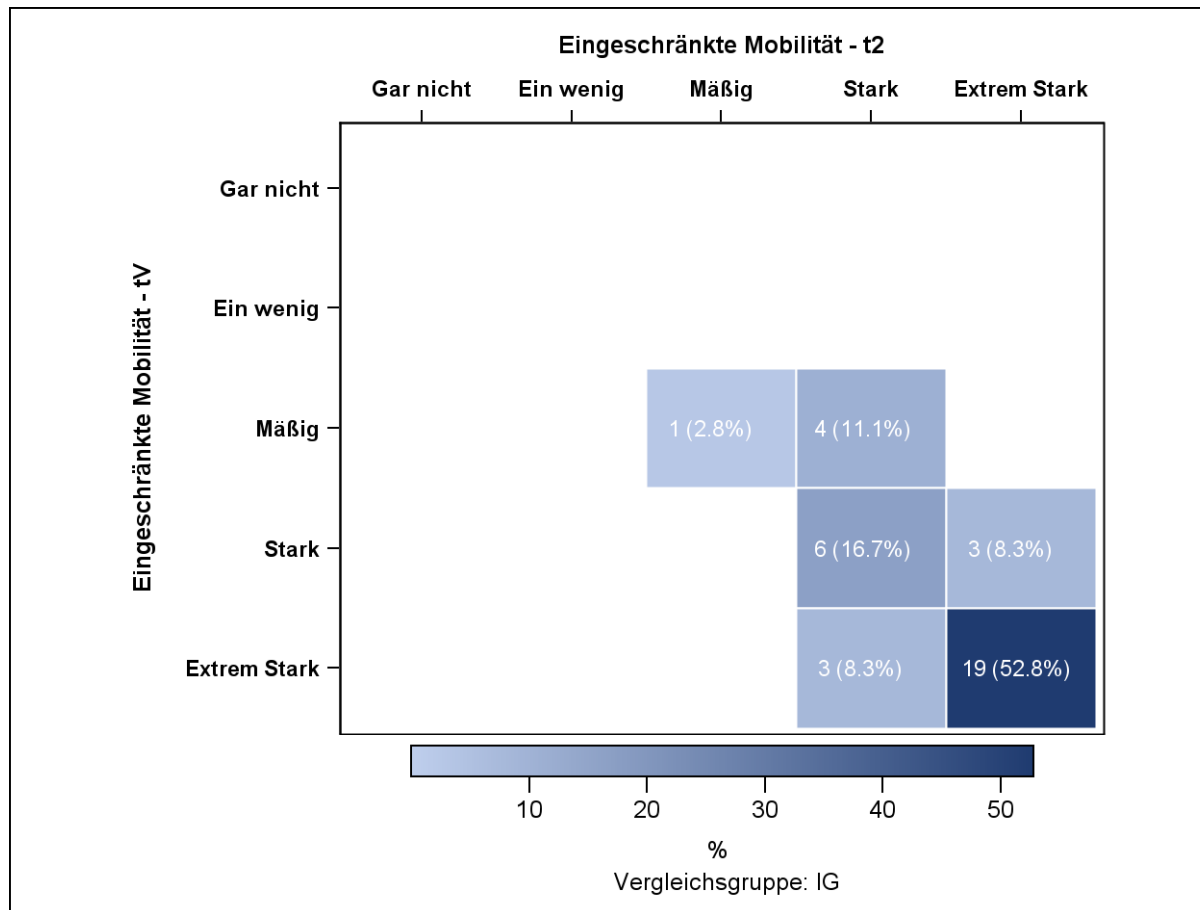
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Eingeschränkte Mobilität

Vergleichsgruppe IG - Veränderung tV zu t2:





## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## Eingeschränkte Mobilität

Vergleichsgruppe KG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: KG Eingeschränkte Mobilität	t2												
	Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
tV													
Gar nicht	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ein wenig	0	0	1	12.5	0	0	0	0	0	0	1	12.5	
Mäßig	0	0	0	0	0	0	2	25.0	0	0	2	25.0	
Stark	0	0	0	0	0	0	2	25.0	2	25.0	4	50.0	
Extrem Stark	0	0	0	0	0	0	0	0	1	12.5	1	12.5	
Gesamt	0	0	1	12.5	0	0	4	50.0	3	37.5	8	100	

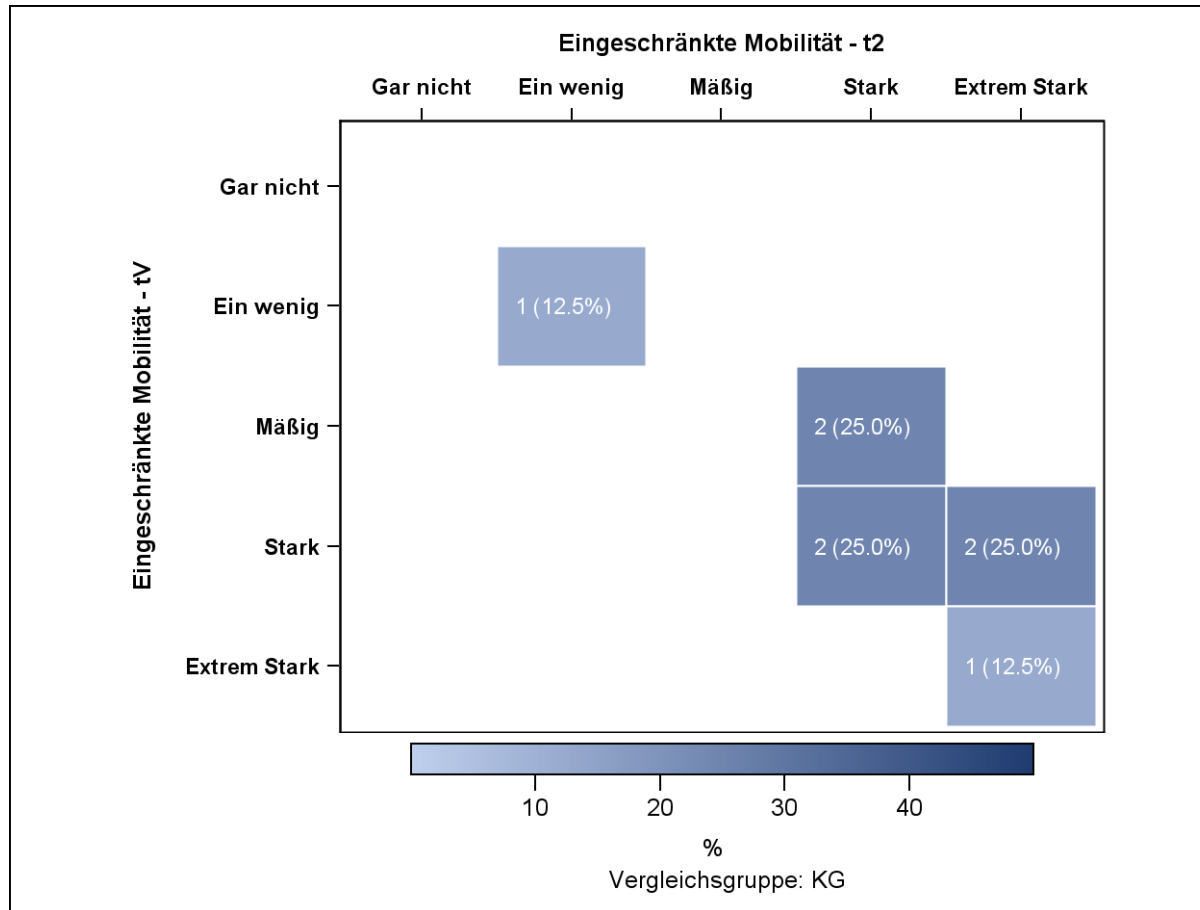
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Eingeschränkte Mobilität

Vergleichsgruppe KG - Veränderung tV zu t2:



## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## Eingeschränkte Mobilität

Vergleichsgruppe IG + verz. IG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: IG + verz. IG	t2												
	Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
tV													
Gar nicht	0	0	0	0	0	0	1	2.0	0	0	1	2.0	
Ein wenig	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Mäßig	0	0	0	0	1	2.0	5	10.0	1	2.0	7	14.0	
Stark	0	0	0	0	0	0	8	16.0	5	10.0	13	26.0	
Extrem Stark	0	0	0	0	2	4.0	4	8.0	23	46.0	29	58.0	
Gesamt	0	0	0	0	3	6.0	18	36.0	29	58.0	50	100	

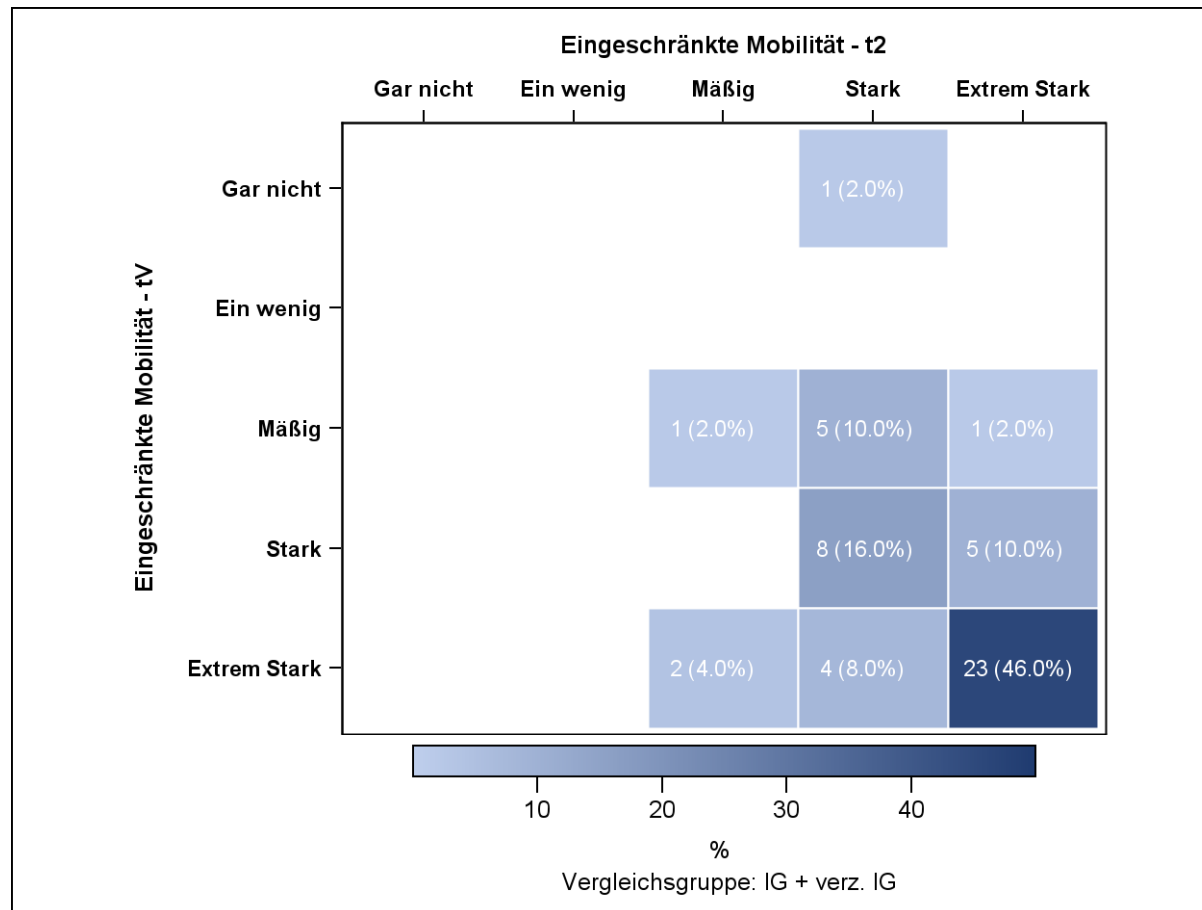
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Eingeschränkte Mobilität

Vergleichsgruppe IG + verz. IG - Veränderung tV zu t2:



## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## War der Patient wegen seiner Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?

Vergleichsgruppe IG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: IG Besorgt oder beunruhigt?	t2											
	Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tV												
Gar nicht	2	7.4	0	0	0	0	0	0	0	0	2	7.4
Selten	1	3.7	1	3.7	0	0	0	0	0	0	2	7.4
Manchmal	0	0	3	11.1	5	18.5	1	3.7	0	0	9	33.3
Meistens	1	3.7	0	0	5	18.5	4	14.8	0	0	10	37.0
Immer	0	0	1	3.7	0	0	2	7.4	1	3.7	4	14.8
Gesamt	4	14.8	5	18.5	10	37.0	7	25.9	1	3.7	27	100

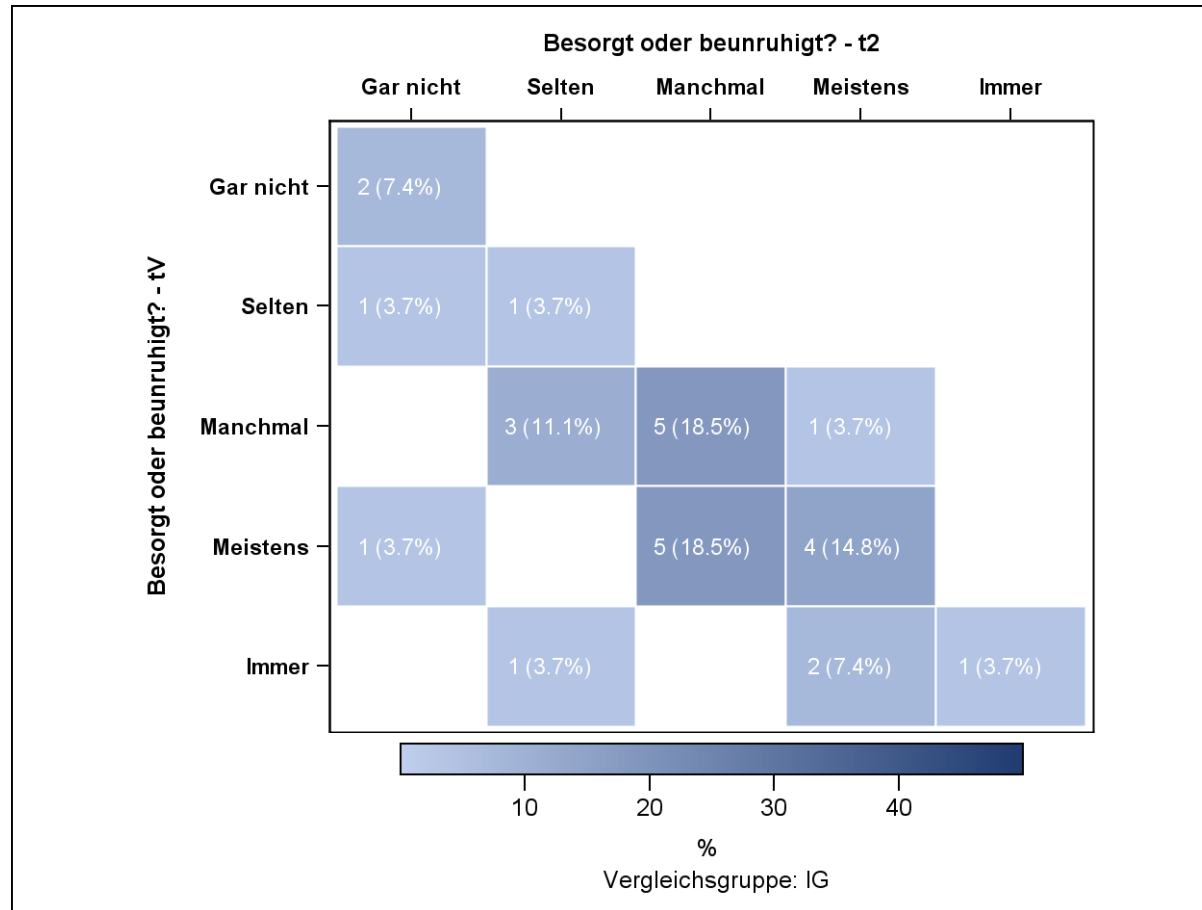
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

War der Patient wegen seiner Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?

Vergleichsgruppe IG - Veränderung tV zu t2:



## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## War der Patient wegen seiner Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?

Vergleichsgruppe KG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: KG	t2													
	Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Gesamt			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
tV														
Gar nicht	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Selten	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Manchmal	0	0	1	12.5	2	25.0	0	0	0	0	3	37.5	3	37.5
Meistens	0	0	0	0	0	0	1	12.5	1	12.5	2	25.0	2	25.0
Immer	0	0	0	0	2	25.0	1	12.5	0	0	3	37.5	3	37.5
Gesamt	0	0	1	12.5	4	50.0	2	25.0	1	12.5	8	100	8	100

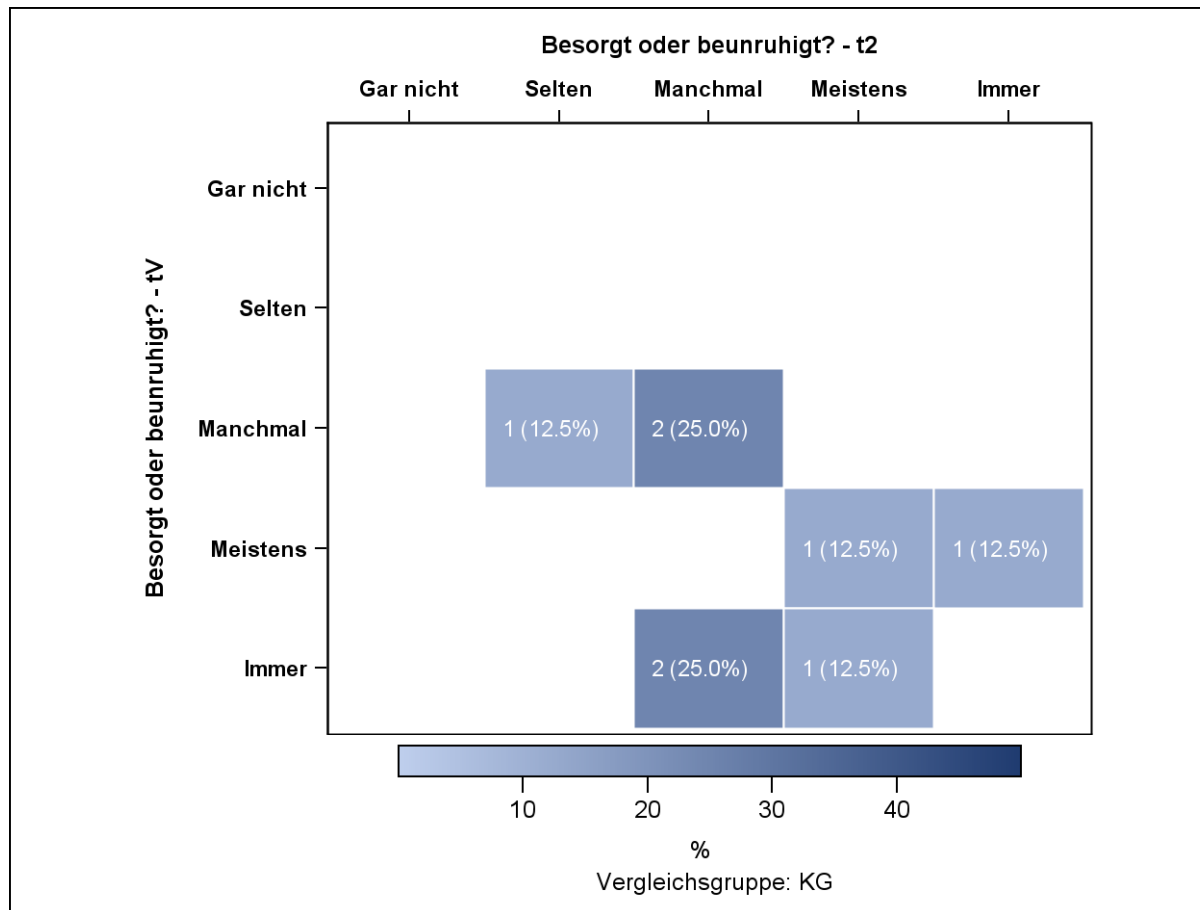
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

War der Patient wegen seiner Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?

Vergleichsgruppe KG - Veränderung tV zu t2:





**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)****War der Patient wegen seiner Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?**

Vergleichsgruppe IG + verz. IG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: IG + verz. IG	t2											
	Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tV												
Gar nicht	2	5.0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5.0
Selten	1	2.5	1	2.5	1	2.5	0	0	0	0	3	7.5
Manchmal	0	0	3	7.5	7	17.5	2	5.0	1	2.5	13	32.5
Meistens	1	2.5	1	2.5	5	12.5	7	17.5	3	7.5	17	42.5
Immer	0	0	1	2.5	0	0	3	7.5	1	2.5	5	12.5
Gesamt	4	10.0	6	15.0	13	32.5	12	30.0	5	12.5	40	100

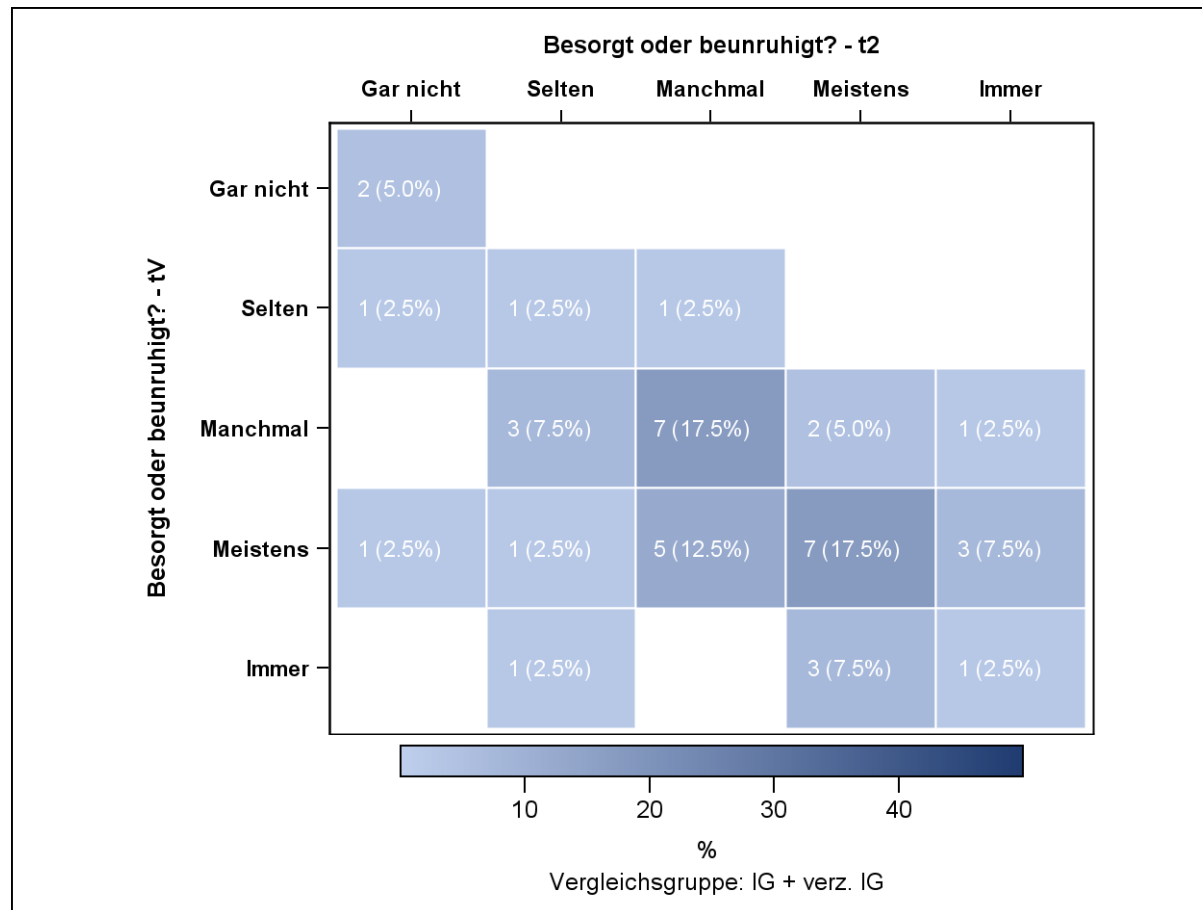
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

War der Patient wegen seiner Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?

Vergleichsgruppe IG + verz. IG - Veränderung tV zu t2:



## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## Waren die Familie/Freunde des Patienten seinetwegen besorgt oder beunruhigt?

Vergleichsgruppe IG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: IG Familie/Freunde besorgt oder beunruhigt?	t2													
	Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Gesamt			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
tV														
Gar nicht	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Selten	0	0	1	2.9	2	5.9	1	2.9	0	0	4	11.8		
Manchmal	0	0	3	8.8	10	29.4	0	0	0	0	13	38.2		
Meistens	0	0	3	8.8	3	8.8	3	8.8	1	2.9	10	29.4		
Immer	0	0	0	0	1	2.9	1	2.9	5	14.7	7	20.6		
Gesamt	0	0	7	20.6	16	47.1	5	14.7	6	17.6	34	100		

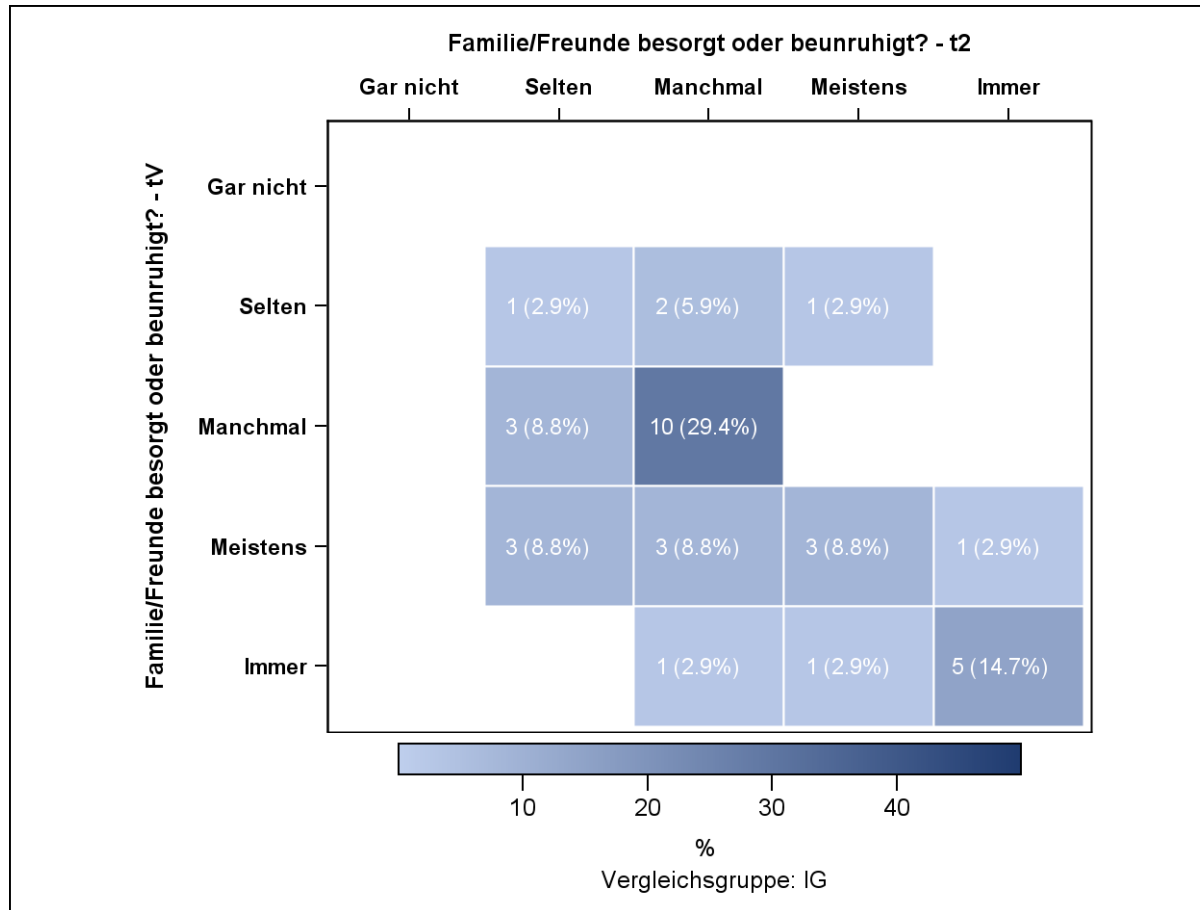
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Waren die Familie/Freunde des Patienten seinetwegen besorgt oder beunruhigt?

Vergleichsgruppe IG - Veränderung tV zu t2:



## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## Waren die Familie/Freunde des Patienten seinetwegen besorgt oder beunruhigt?

Vergleichsgruppe KG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: KG Familie/Freunde besorgt oder beunruhigt?	t2													
	Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Gesamt			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
tV														
Gar nicht	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Selten	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Manchmal	0	0	1	12.5	0	0	0	0	0	0	1	12.5	1	12.5
Meistens	0	0	0	0	0	0	2	25.0	1	12.5	3	37.5	3	37.5
Immer	0	0	0	0	1	12.5	2	25.0	1	12.5	4	50.0	4	50.0
Gesamt	0	0	1	12.5	1	12.5	4	50.0	2	25.0	8	100	8	100

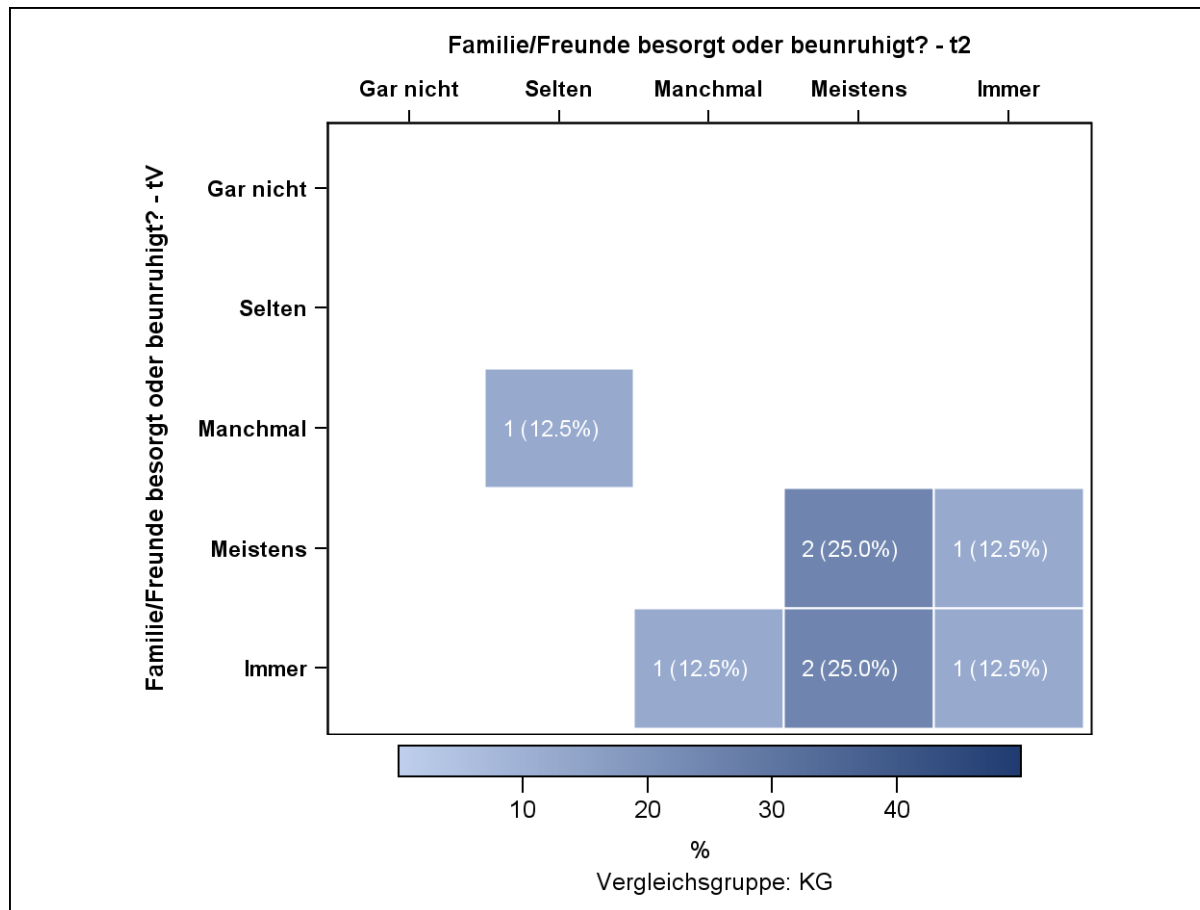
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Waren die Familie/Freunde des Patienten seinetwegen besorgt oder beunruhigt?

Vergleichsgruppe KG - Veränderung tV zu t2:



## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

## Waren die Familie/Freunde des Patienten seinetwegen besorgt oder beunruhigt?

Vergleichsgruppe IG + verz. IG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: IG + verz. IG	t2												
	Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Gesamt		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
tV													
Gar nicht	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Selten	1	2.0	1	2.0	2	4.1	2	4.1	1	2.0	7	14.3	
Manchmal	0	0	3	6.1	10	20.4	1	2.0	0	0	14	28.6	
Meistens	0	0	4	8.2	3	6.1	6	12.2	1	2.0	14	28.6	
Immer	0	0	1	2.0	1	2.0	1	2.0	11	22.4	14	28.6	
Gesamt	1	2.0	9	18.4	16	32.7	10	20.4	13	26.5	49	100	

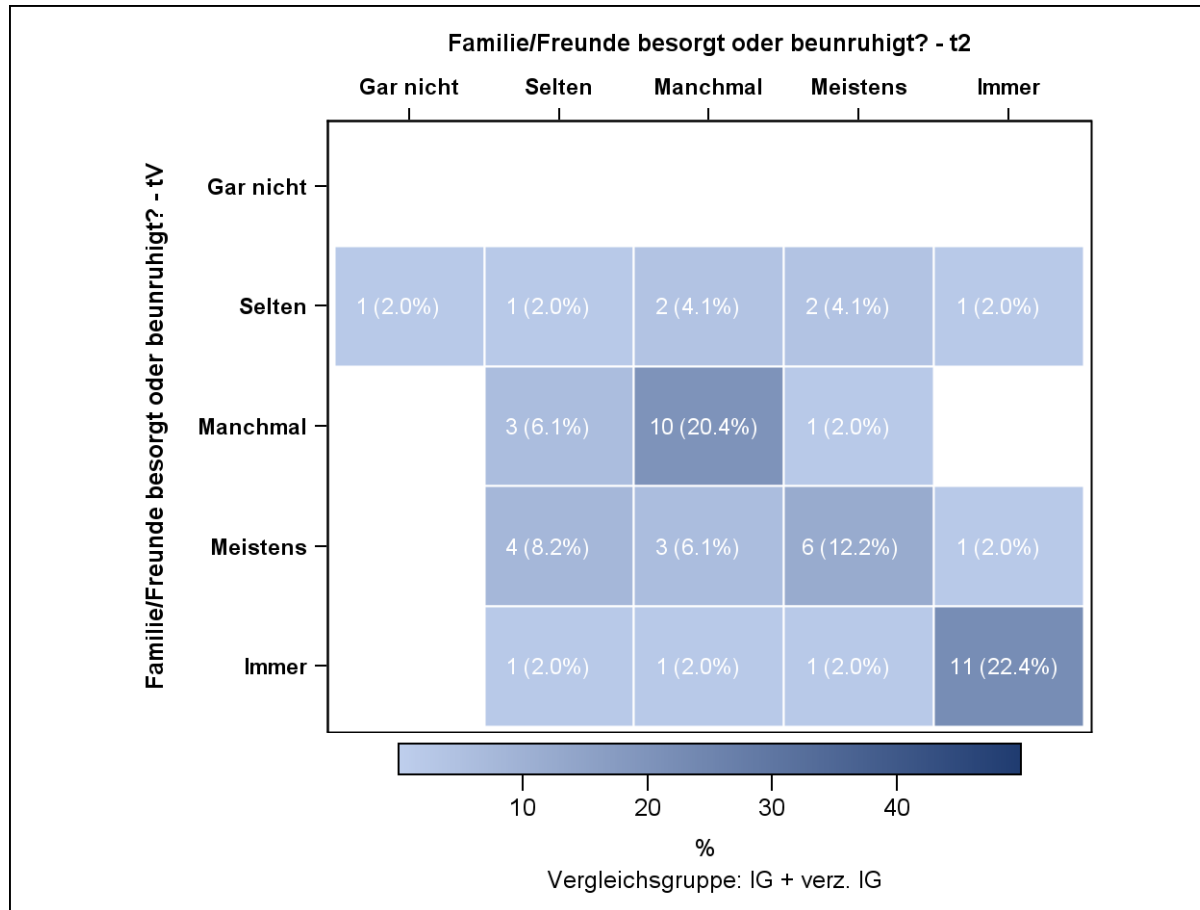
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Waren die Familie/Freunde des Patienten seinetwegen besorgt oder beunruhigt?

Vergleichsgruppe IG + verz. IG - Veränderung tV zu t2:





## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Denken Sie, dass er traurig bedrückt war?

Vergleichsgruppe IG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: IG Traurig bedrückt?	t2											
	Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tV												
Gar nicht	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Selten	0	0	2	6.9	1	3.4	0	0	0	0	3	10.3
Manchmal	0	0	2	6.9	6	20.7	2	6.9	0	0	10	34.5
Meistens	1	3.4	1	3.4	3	10.3	3	10.3	0	0	8	27.6
Immer	1	3.4	0	0	4	13.8	2	6.9	1	3.4	8	27.6
Gesamt	2	6.9	5	17.2	14	48.3	7	24.1	1	3.4	29	100

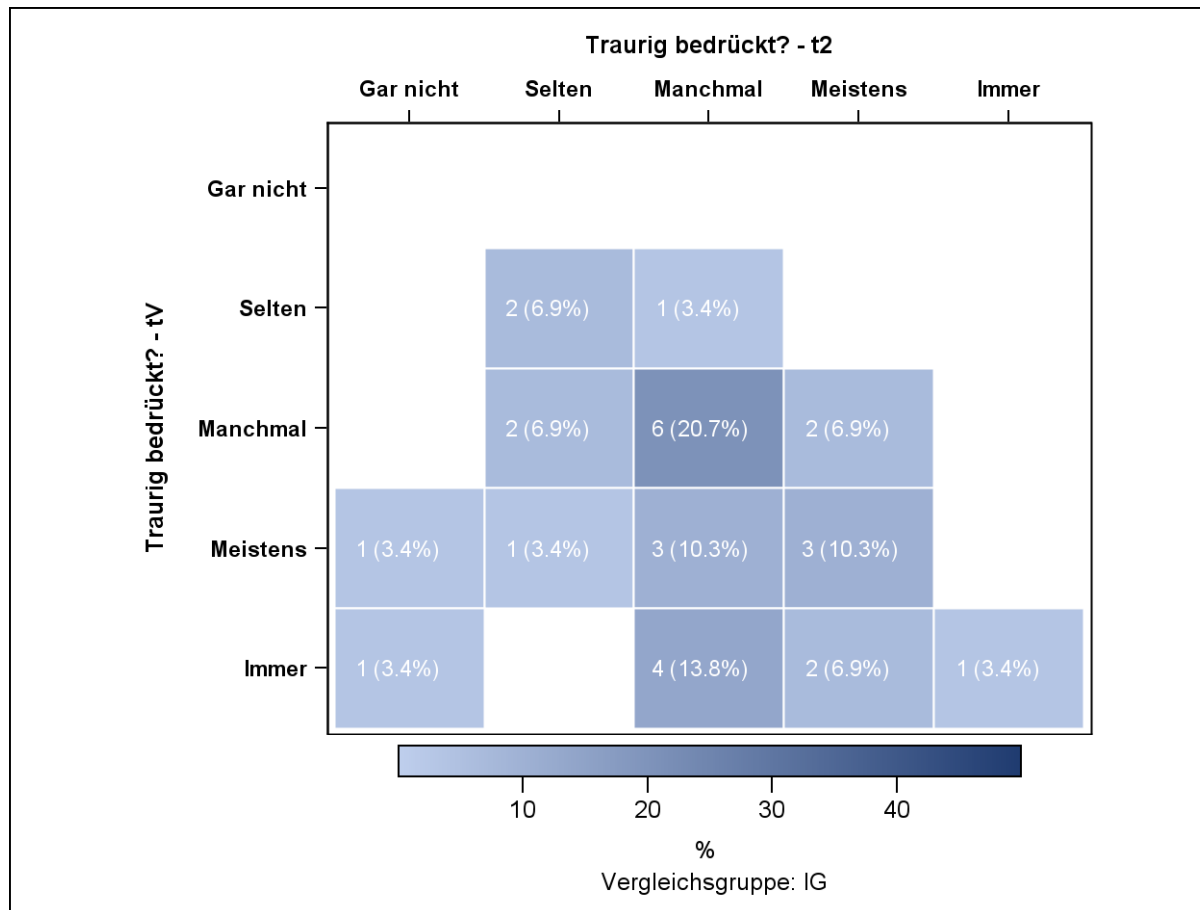
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Denken Sie, dass er traurig bedrückt war?

Vergleichsgruppe IG - Veränderung tV zu t2:



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)****Denken Sie, dass er traurig bedrückt war?**

Vergleichsgruppe KG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: KG Traurig bedrückt?	t2											
	Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tV												
Gar nicht	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Selten	0	0	0	0	1	12.5	0	0	0	0	1	12.5
Manchmal	0	0	1	12.5	1	12.5	0	0	0	0	2	25.0
Meistens	0	0	0	0	1	12.5	2	25.0	0	0	3	37.5
Immer	0	0	0	0	1	12.5	1	12.5	0	0	2	25.0
Gesamt	0	0	1	12.5	4	50.0	3	37.5	0	0	8	100

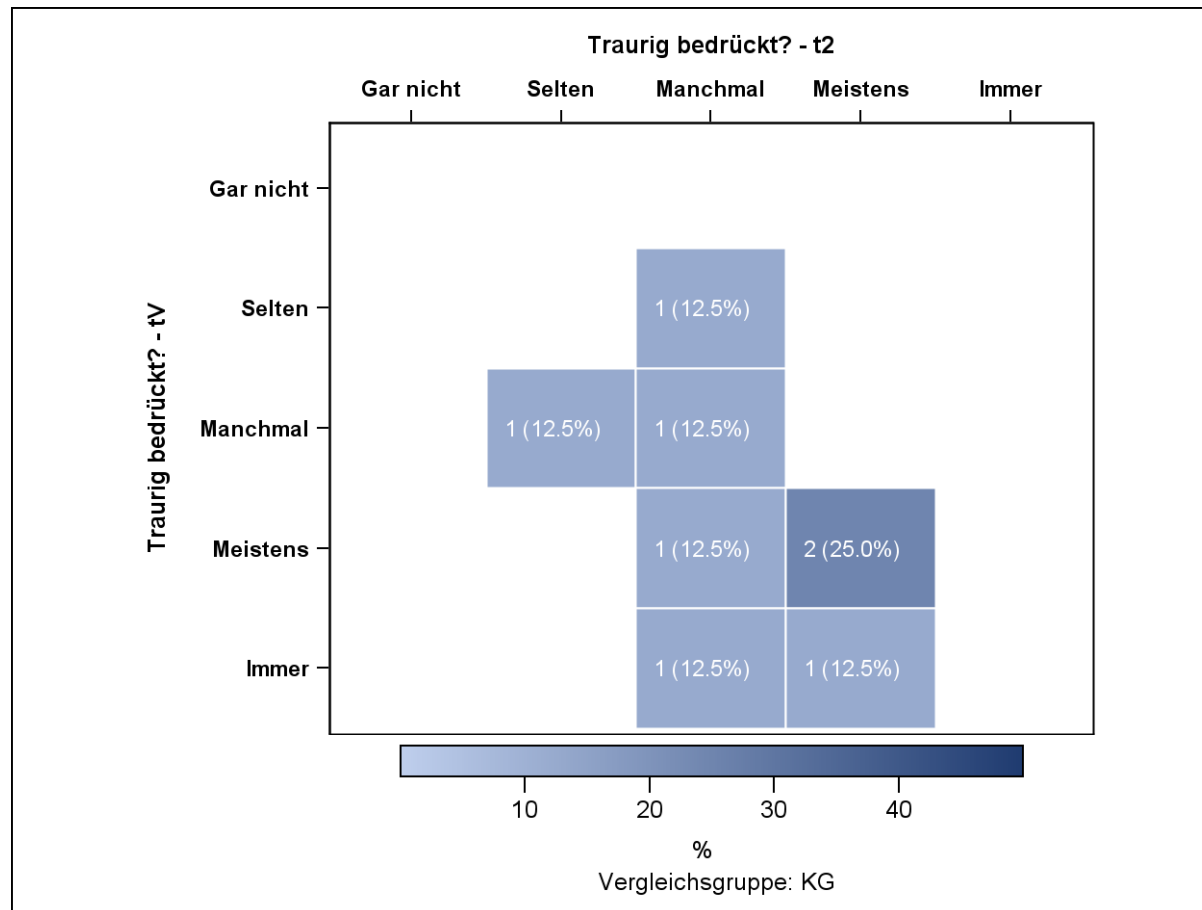
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Denken Sie, dass er traurig bedrückt war?

Vergleichsgruppe KG - Veränderung tV zu t2:



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)**

Denken Sie, dass er traurig bedrückt war?

Vergleichsgruppe IG + verz. IG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: IG + verz. IG Traurig bedrückt?	t2												
	Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Gesamt		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
tV													
Gar nicht	0	0	0	0	0	0	1	2.4	0	0	1	2.4	
Selten	0	0	2	4.8	1	2.4	0	0	1	2.4	4	9.5	
Manchmal	0	0	3	7.1	8	19.0	3	7.1	2	4.8	16	38.1	
Meistens	1	2.4	1	2.4	4	9.5	4	9.5	0	0	10	23.8	
Immer	1	2.4	0	0	5	11.9	3	7.1	2	4.8	11	26.2	
Gesamt	2	4.8	6	14.3	18	42.9	11	26.2	5	11.9	42	100	

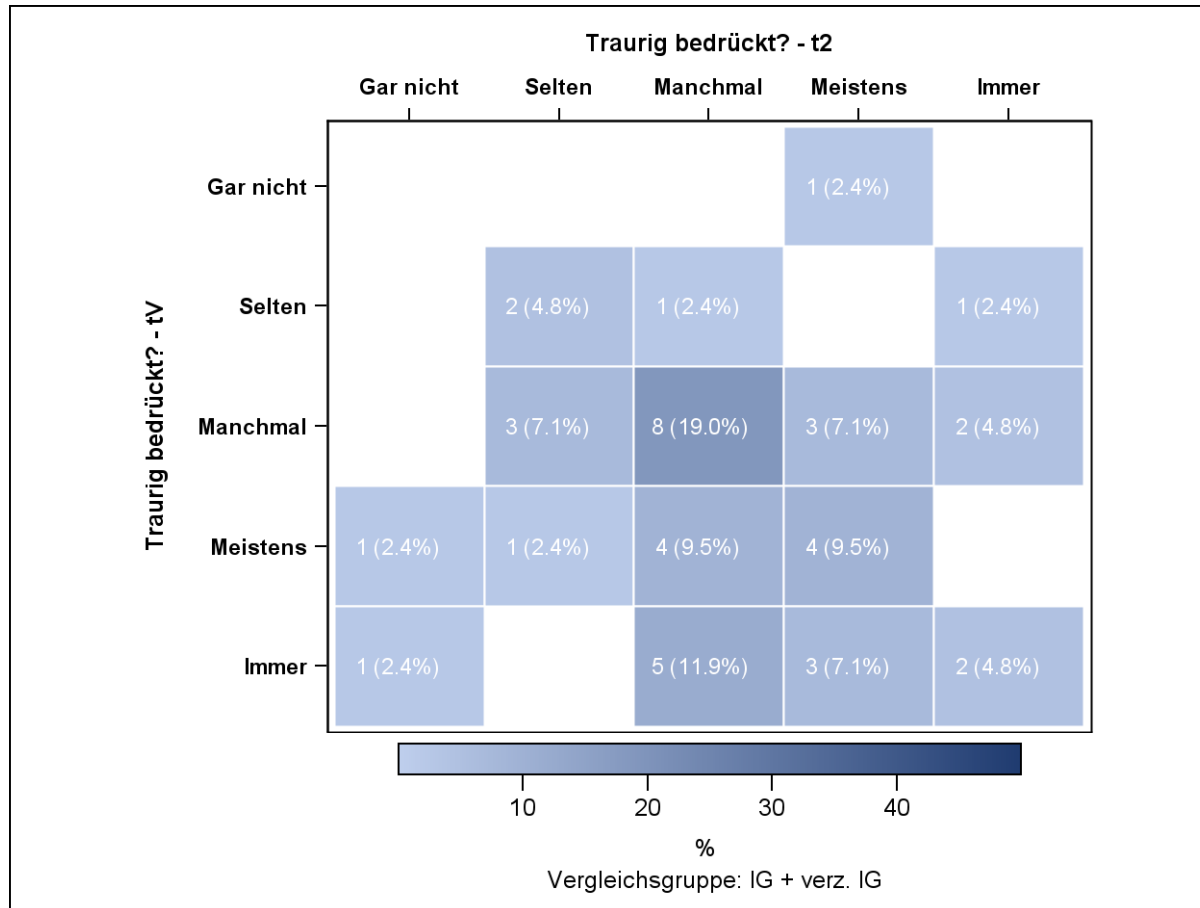
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Denken Sie, dass er traurig bedrückt war?

Vergleichsgruppe IG + verz. IG - Veränderung tV zu t2:



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)**

Denken Sie, dass er im Frieden mit sich selbst war?

Vergleichsgruppe IG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: IG	t2											
	Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Gesamt	
Im Frieden mit sich selbst?	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>tV</b>												
<b>Immer</b>	1	3.2	2	6.5	0	0	0	0	0	0	3	9.7
<b>Meistens</b>	0	0	9	29.0	1	3.2	1	3.2	0	0	11	35.5
<b>Manchmal</b>	0	0	3	9.7	4	12.9	0	0	0	0	7	22.6
<b>Selten</b>	1	3.2	2	6.5	1	3.2	2	6.5	1	3.2	7	22.6
<b>Gar nicht</b>	0	0	0	0	1	3.2	2	6.5	0	0	3	9.7
<b>Gesamt</b>	2	6.5	16	51.6	7	22.6	5	16.1	1	3.2	31	100

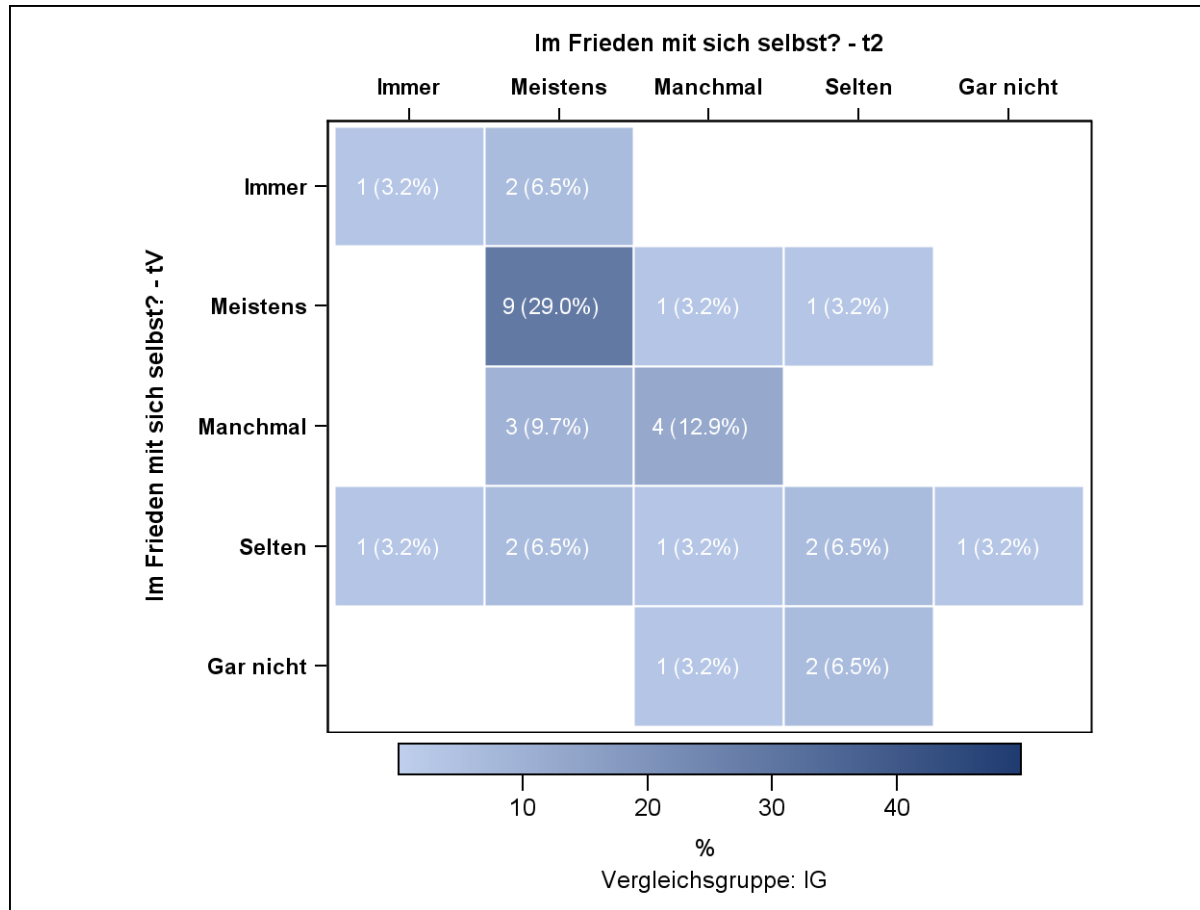
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Denken Sie, dass er im Frieden mit sich selbst war?

Vergleichsgruppe IG - Veränderung tV zu t2:





**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)****Denken Sie, dass er im Frieden mit sich selbst war?**

Vergleichsgruppe KG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: KG	t2												
	Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Gesamt		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
tV													
Immer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Meistens	0	0	1	12.5	0	0	0	0	0	0	1	12.5	
Manchmal	0	0	1	12.5	1	12.5	0	0	0	0	2	25.0	
Selten	0	0	1	12.5	1	12.5	3	37.5	0	0	5	62.5	
Gar nicht	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Gesamt	0	0	3	37.5	2	25.0	3	37.5	0	0	8	100	

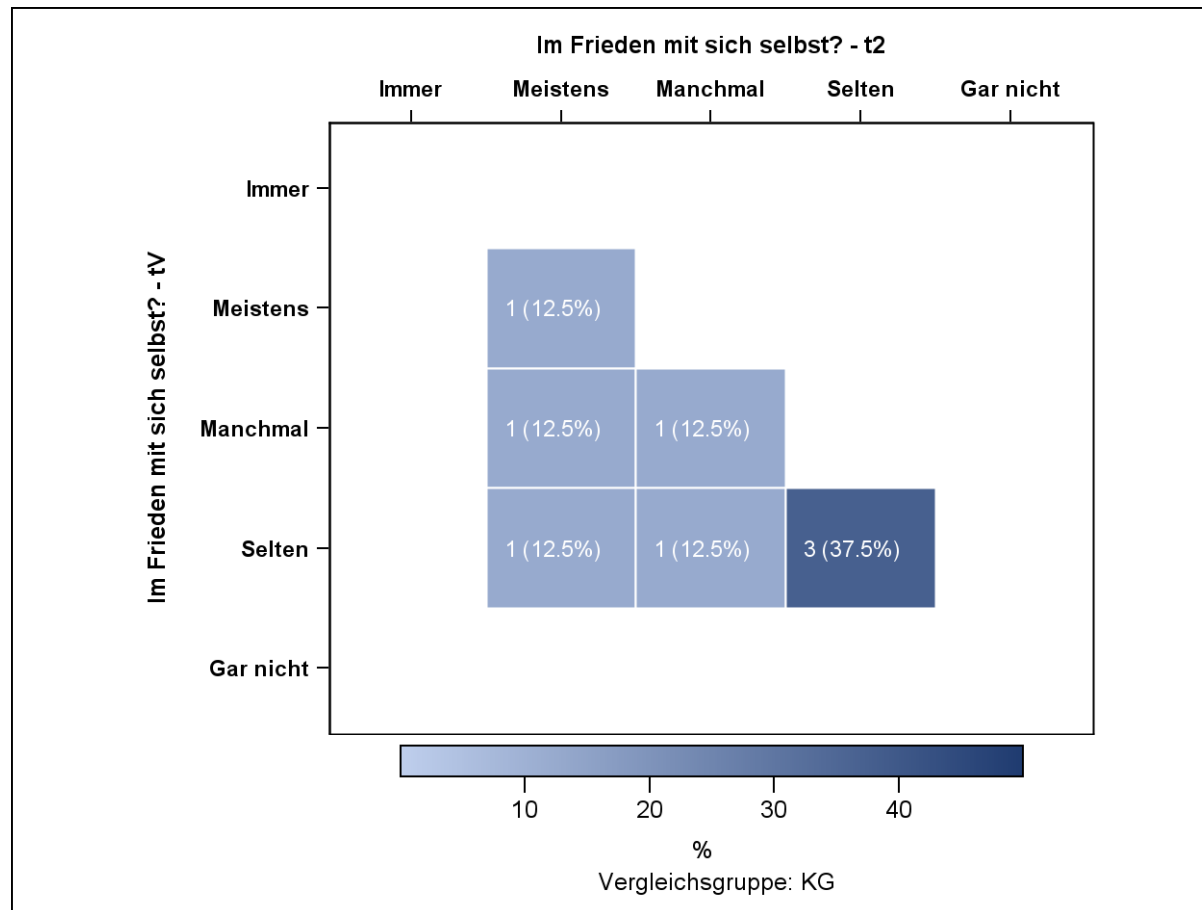
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Denken Sie, dass er im Frieden mit sich selbst war?

Vergleichsgruppe KG - Veränderung tV zu t2:



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)****Denken Sie, dass er im Frieden mit sich selbst war?**

Vergleichsgruppe IG + verz. IG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: IG + verz. IG	t2											
	Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Gesamt	
Im Frieden mit sich selbst?	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>tV</b>												
<b>Immer</b>	1	2.4	2	4.8	1	2.4	0	0	0	0	4	9.5
<b>Meistens</b>	1	2.4	14	33.3	2	4.8	2	4.8	0	0	19	45.2
<b>Manchmal</b>	0	0	3	7.1	4	9.5	0	0	0	0	7	16.7
<b>Selten</b>	1	2.4	3	7.1	2	4.8	2	4.8	1	2.4	9	21.4
<b>Gar nicht</b>	0	0	0	0	1	2.4	2	4.8	0	0	3	7.1
<b>Gesamt</b>	3	7.1	22	52.4	10	23.8	6	14.3	1	2.4	42	100

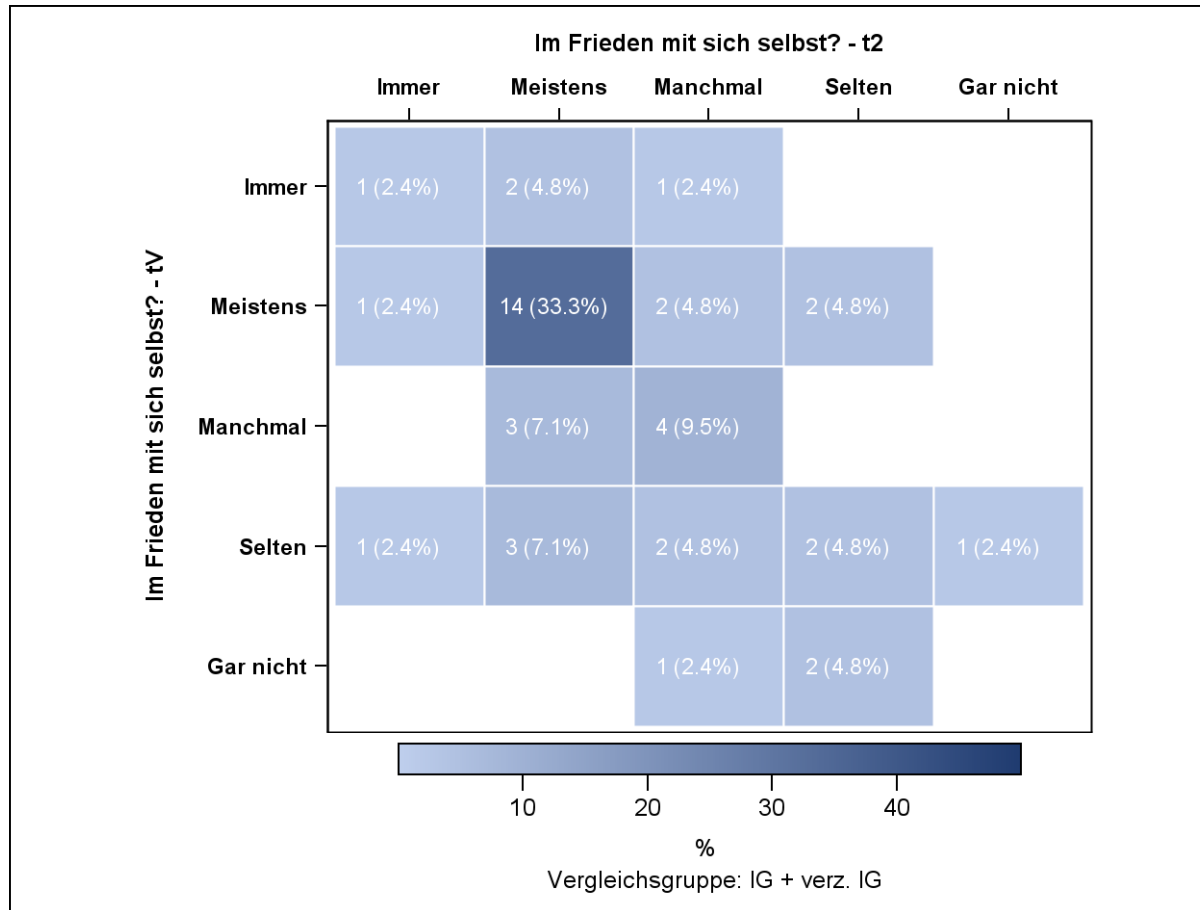
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Denken Sie, dass er im Frieden mit sich selbst war?

Vergleichsgruppe IG + verz. IG - Veränderung tV zu t2:



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)****Konnte der Patient seine Gefühle mit seiner Familie oder seinen Freunden teilen, so viel wie er wollte?**

Vergleichsgruppe IG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: IG	t2											
	Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>tV</b>												
<b>Immer</b>	3	9.7	0	0	1	3.2	0	0	0	0	4	12.9
<b>Meistens</b>	1	3.2	4	12.9	4	12.9	0	0	0	0	9	29.0
<b>Manchmal</b>	1	3.2	2	6.5	6	19.4	0	0	0	0	9	29.0
<b>Selten</b>	0	0	0	0	2	6.5	3	9.7	3	9.7	8	25.8
<b>Gar nicht</b>	0	0	0	0	0	0	1	3.2	0	0	1	3.2
<b>Gesamt</b>	5	16.1	6	19.4	13	41.9	4	12.9	3	9.7	31	100

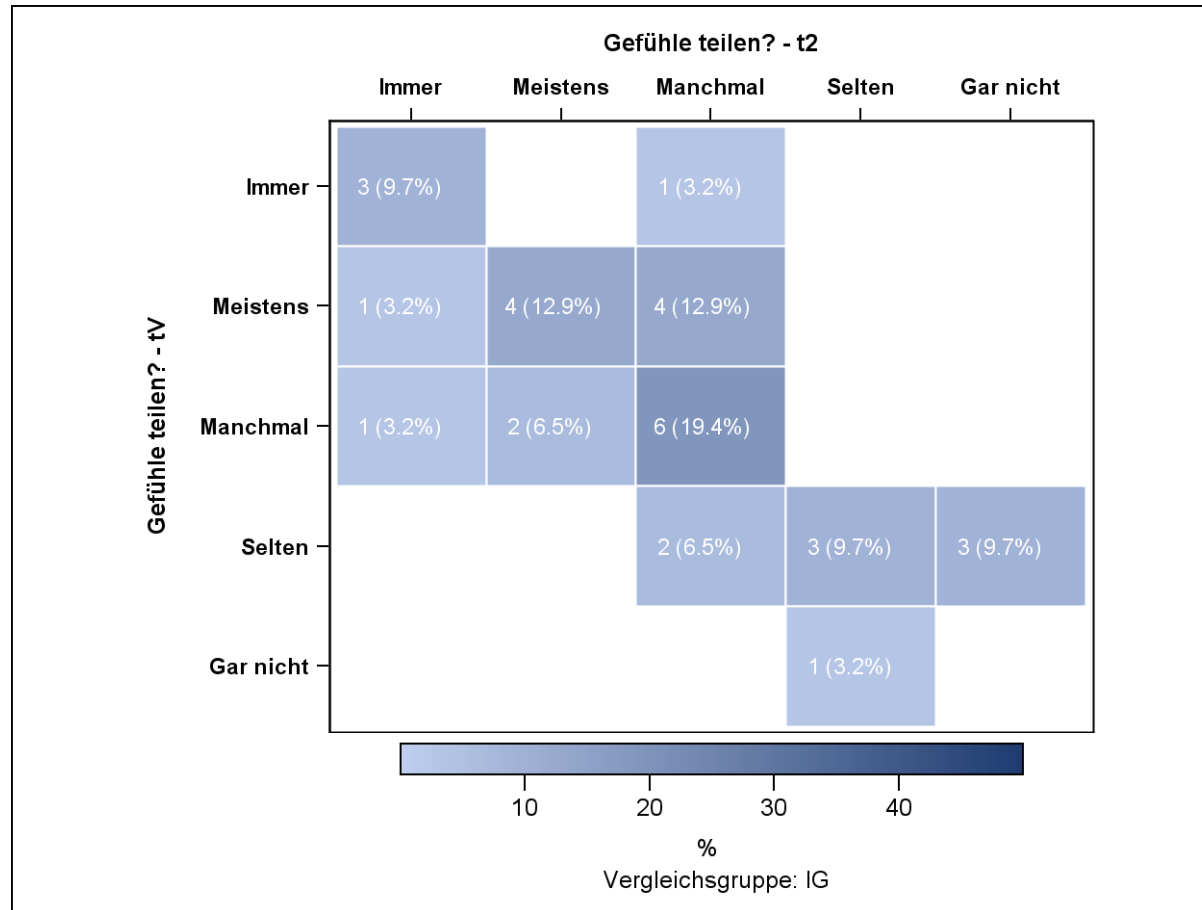
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Konnte der Patient seine Gefühle mit seiner Familie oder seinen Freunden teilen, so viel wie er wollte?

Vergleichsgruppe IG - Veränderung tV zu t2:



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)****Konnte der Patient seine Gefühle mit seiner Familie oder seinen Freunden teilen, so viel wie er wollte?**

Vergleichsgruppe KG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: KG	t2												
	Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Gesamt		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
tV													
Immer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Meistens	0	0	2	25.0	2	25.0	0	0	0	0	4	50.0	
Manchmal	0	0	0	0	1	12.5	1	12.5	0	0	2	25.0	
Selten	0	0	0	0	0	0	2	25.0	0	0	2	25.0	
Gar nicht	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Gesamt	0	0	2	25.0	3	37.5	3	37.5	0	0	8	100	

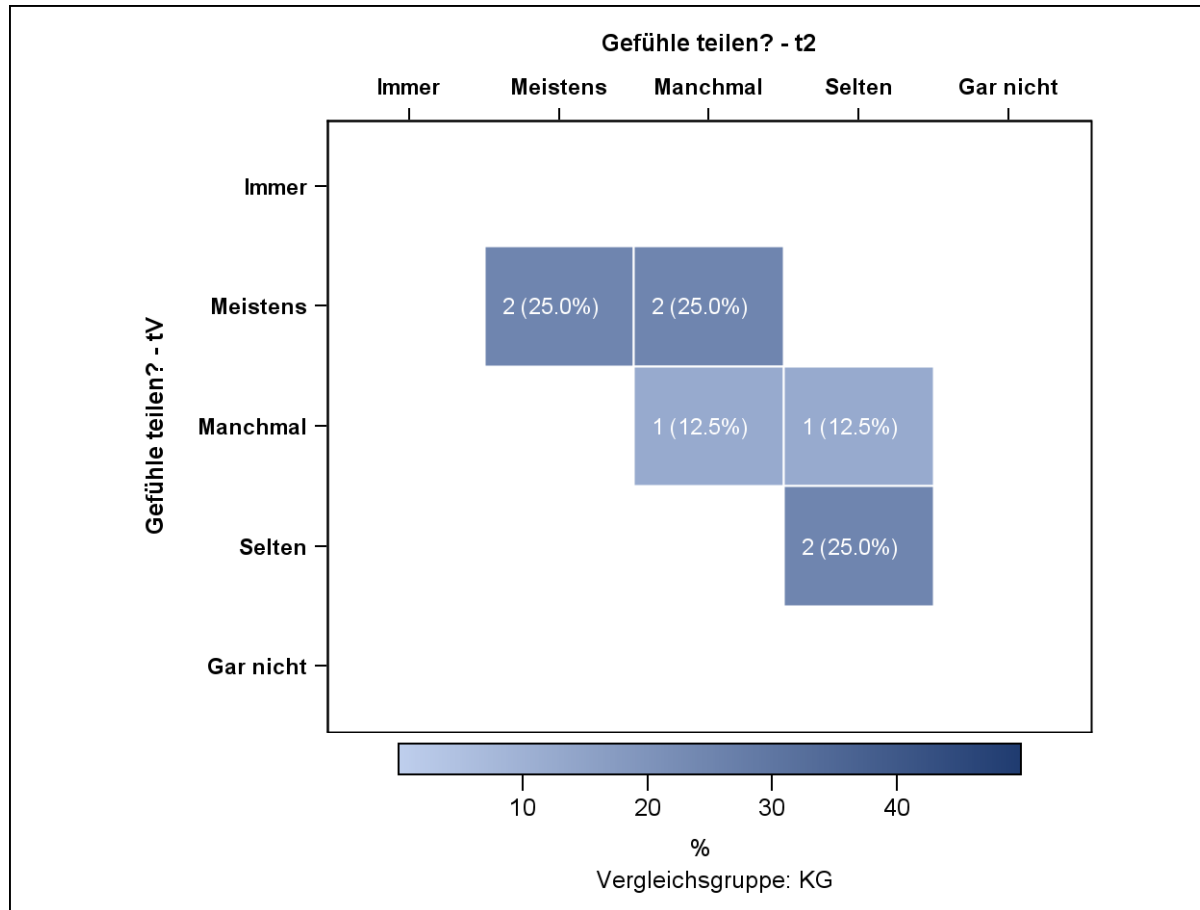
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Konnte der Patient seine Gefühle mit seiner Familie oder seinen Freunden teilen, so viel wie er wollte?

Vergleichsgruppe KG - Veränderung tV zu t2:





**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)****Konnte der Patient seine Gefühle mit seiner Familie oder seinen Freunden teilen, so viel wie er wollte?**

Vergleichsgruppe IG + verz. IG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: IG + verz. IG	t2											
	Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tV												
Immer	4	9.5	0	0	1	2.4	0	0	0	0	5	11.9
Meistens	1	2.4	6	14.3	4	9.5	2	4.8	0	0	13	31.0
Manchmal	2	4.8	3	7.1	6	14.3	1	2.4	0	0	12	28.6
Selten	0	0	0	0	4	9.5	4	9.5	3	7.1	11	26.2
Gar nicht	0	0	0	0	0	0	1	2.4	0	0	1	2.4
Gesamt	7	16.7	9	21.4	15	35.7	8	19.0	3	7.1	42	100

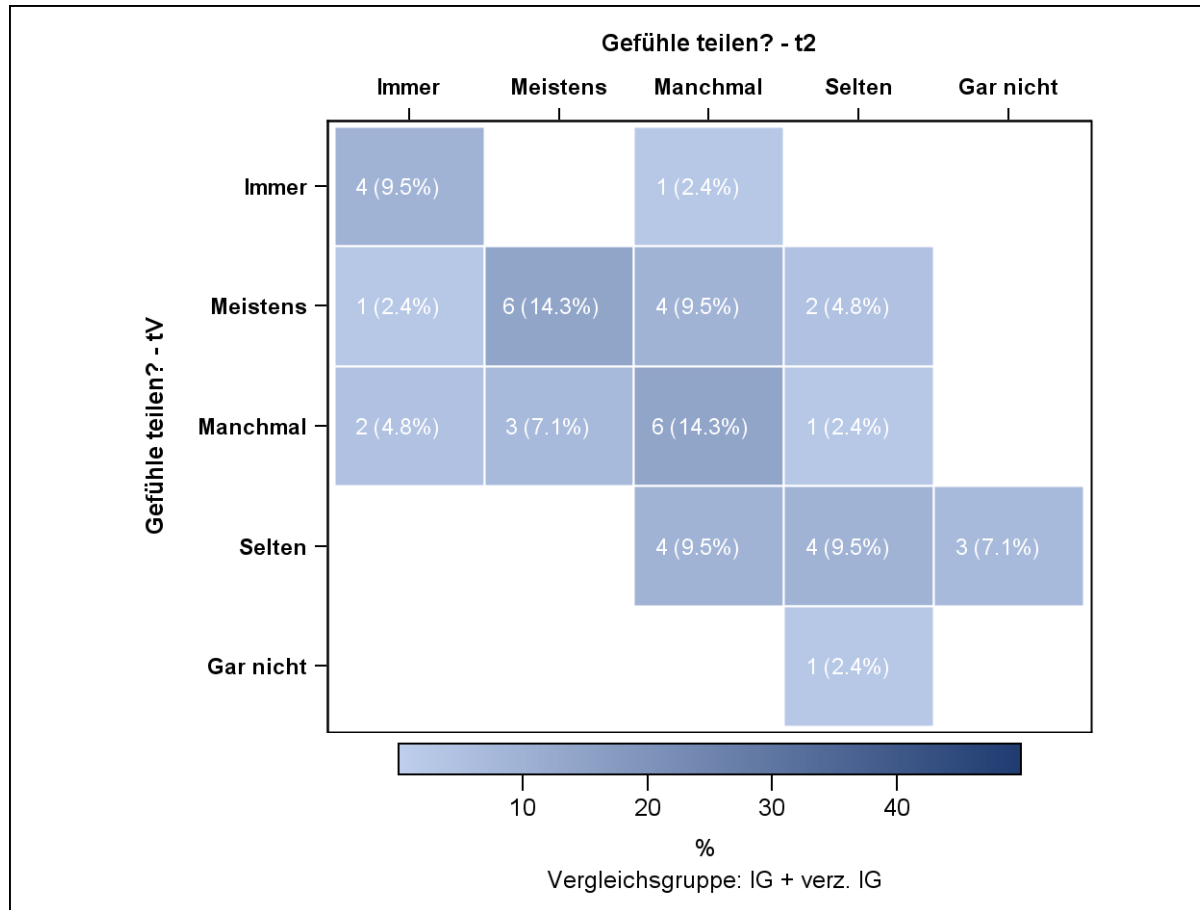
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Konnte der Patient seine Gefühle mit seiner Familie oder seinen Freunden teilen, so viel wie er wollte?

Vergleichsgruppe IG + verz. IG - Veränderung tV zu t2:



## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Hat der Patient so viele Informationen erhalten, wie er wollte?

Vergleichsgruppe IG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: IG Informationen erhalten?	t2											
	Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tV												
Immer	7	28.0	3	12.0	0	0	0	0	0	0	10	40.0
Meistens	3	12.0	11	44.0	0	0	0	0	0	0	14	56.0
Manchmal	1	4.0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4.0
Selten	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gar nicht	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	11	44.0	14	56.0	0	0	0	0	0	0	25	100

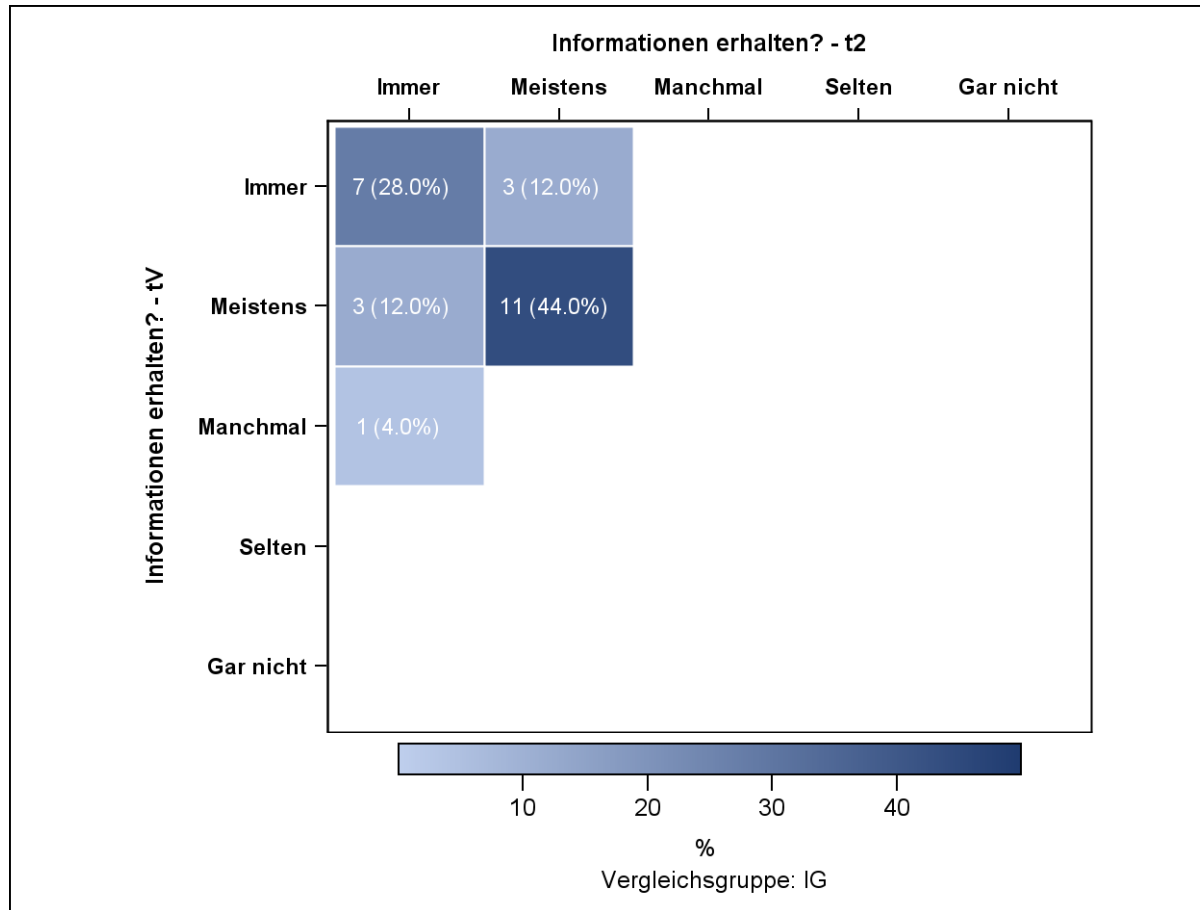
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Hat der Patient so viele Informationen erhalten, wie er wollte?

Vergleichsgruppe IG - Veränderung tV zu t2:



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)****Hat der Patient so viele Informationen erhalten, wie er wollte?**

Vergleichsgruppe KG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: KG Informationen erhalten?	t2												
	Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Gesamt		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
tV													
Immer	2	28.6	2	28.6	0	0	0	0	0	0	4	57.1	
Meistens	0	0	3	42.9	0	0	0	0	0	0	3	42.9	
Manchmal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Selten	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Gar nicht	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Gesamt	2	28.6	5	71.4	0	0	0	0	0	0	7	100	

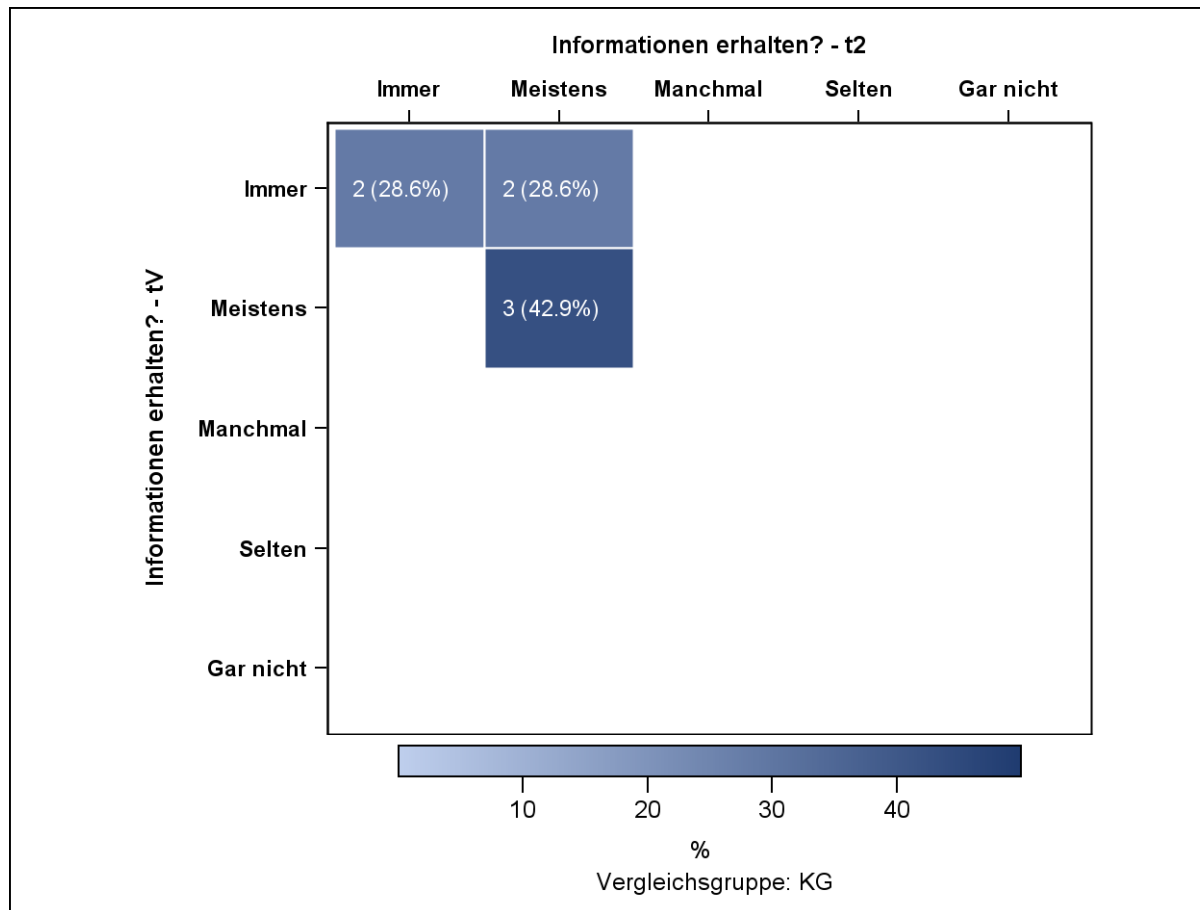
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Hat der Patient so viele Informationen erhalten, wie er wollte?

Vergleichsgruppe KG - Veränderung tV zu t2:



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)****Hat der Patient so viele Informationen erhalten, wie er wollte?**

Vergleichsgruppe IG + verz. IG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: IG + verz. IG	t2											
	Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Gesamt	
Informationen erhalten?	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tV												
Immer	12	33.3	3	8.3	0	0	0	0	0	0	15	41.7
Meistens	3	8.3	13	36.1	0	0	0	0	0	0	16	44.4
Manchmal	3	8.3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	8.3
Selten	1	2.8	1	2.8	0	0	0	0	0	0	2	5.6
Gar nicht	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	19	52.8	17	47.2	0	0	0	0	0	0	36	100

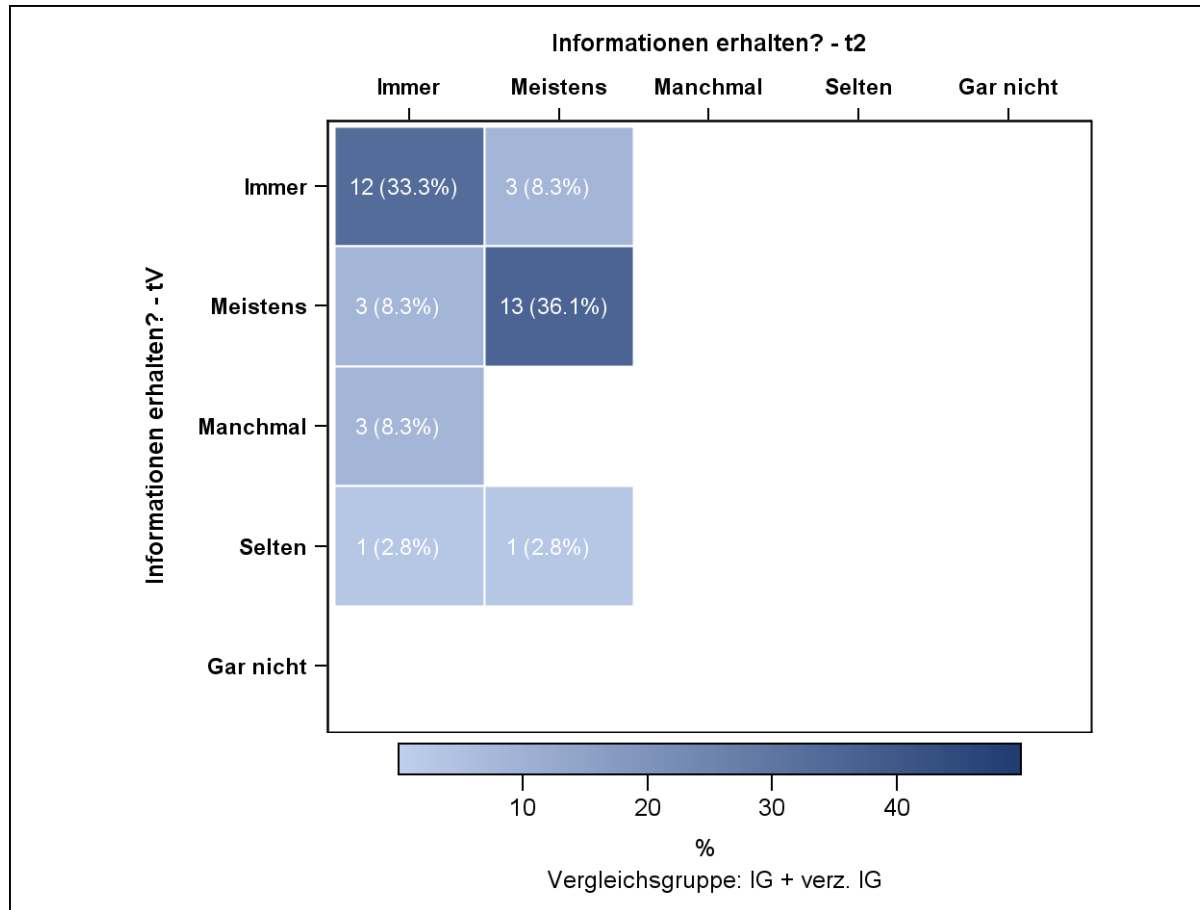
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Hat der Patient so viele Informationen erhalten, wie er wollte?

Vergleichsgruppe IG + verz. IG - Veränderung tV zu t2:





## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge seiner Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?

Vergleichsgruppe IG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: IG	t2												
	Praktische Probleme angegangen?	Probleme... <sup>1</sup>		Probleme... <sup>2</sup>		Probleme... <sup>3</sup>		Probleme... <sup>4</sup>		Probleme... <sup>5</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tV													
Probleme... <sup>1</sup>	12	38.7	2	6.5	0	0	0	0	0	0	14	45.2	
Probleme... <sup>2</sup>	2	6.5	9	29.0	1	3.2	0	0	0	0	12	38.7	
Probleme... <sup>3</sup>	2	6.5	1	3.2	1	3.2	0	0	1	3.2	5	16.1	
Probleme... <sup>4</sup>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Probleme... <sup>5</sup>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
<b>Gesamt</b>	<b>16</b>	<b>51.6</b>	<b>12</b>	<b>38.7</b>	<b>2</b>	<b>6.5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>3.2</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	

<sup>1</sup>Probleme angegangen/Keine Probleme

<sup>2</sup>Probleme größtenteils angegangen

<sup>3</sup>Probleme teilweise angegangen

<sup>4</sup>Probleme kaum angegangen

<sup>5</sup>Probleme nicht angegangen

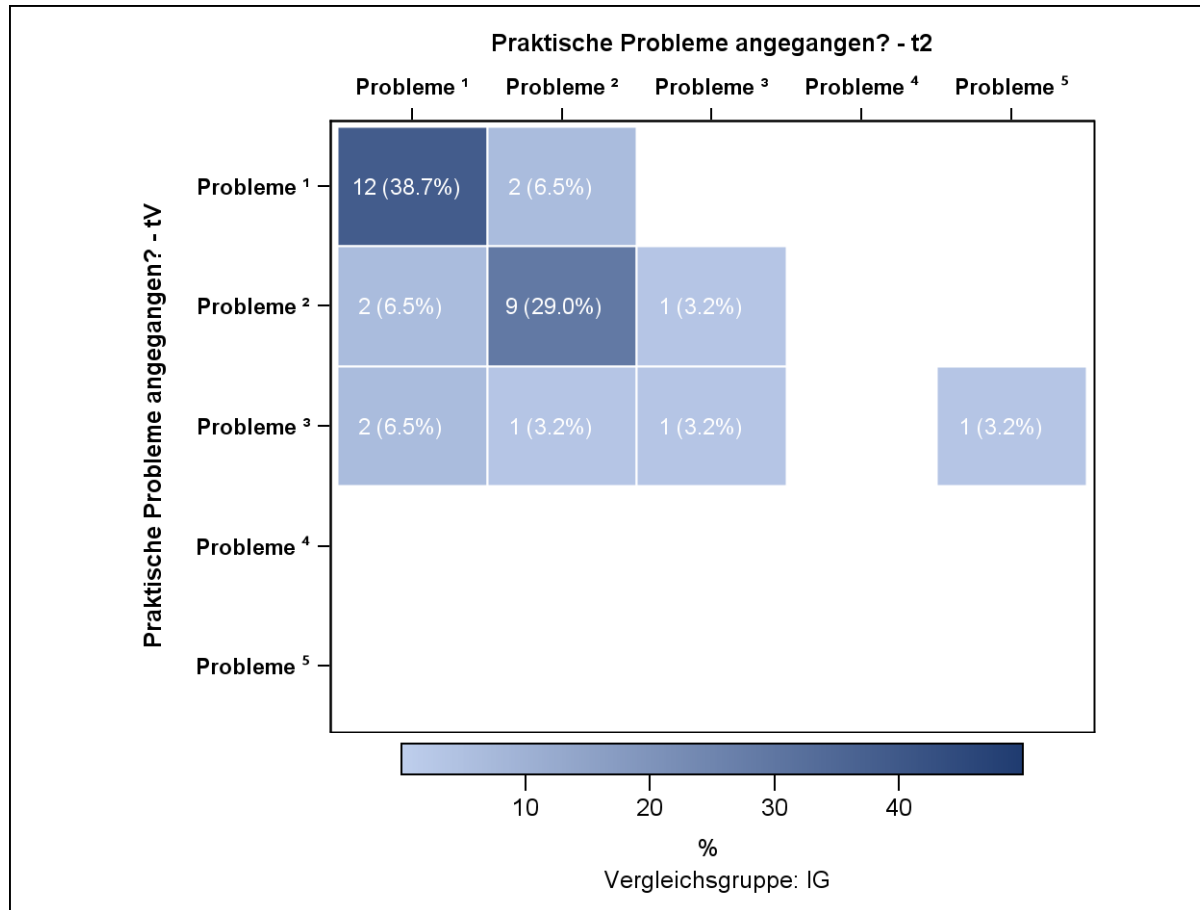
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge seiner Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?

Vergleichsgruppe IG - Veränderung tV zu t2:



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)**

**5.1 Einzelitems - iPOS**

**Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)**

**Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge seiner Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?**

<sup>1</sup>Probleme angegangen/Keine Probleme

<sup>2</sup>Probleme größtenteils angegangen

<sup>3</sup>Probleme teilweise angegangen

<sup>4</sup>Probleme kaum angegangen

<sup>5</sup>Probleme nicht angegangen

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)****Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge seiner Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?**

Vergleichsgruppe KG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: KG	t2											
	Probleme... <sup>1</sup>		Probleme... <sup>2</sup>		Probleme... <sup>3</sup>		Probleme... <sup>4</sup>		Probleme... <sup>5</sup>		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>tV</b>												
Probleme... <sup>1</sup>	0	0	2	28.6	0	0	0	0	0	0	2	28.6
Probleme... <sup>2</sup>	0	0	3	42.9	0	0	1	14.3	0	0	4	57.1
Probleme... <sup>3</sup>	0	0	0	0	1	14.3	0	0	0	0	1	14.3
Probleme... <sup>4</sup>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Probleme... <sup>5</sup>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Gesamt</b>	0	0	5	71.4	1	14.3	1	14.3	0	0	7	100

<sup>1</sup>Probleme angegangen/Keine Probleme<sup>2</sup>Probleme größtenteils angegangen<sup>3</sup>Probleme teilweise angegangen<sup>4</sup>Probleme kaum angegangen<sup>5</sup>Probleme nicht angegangen

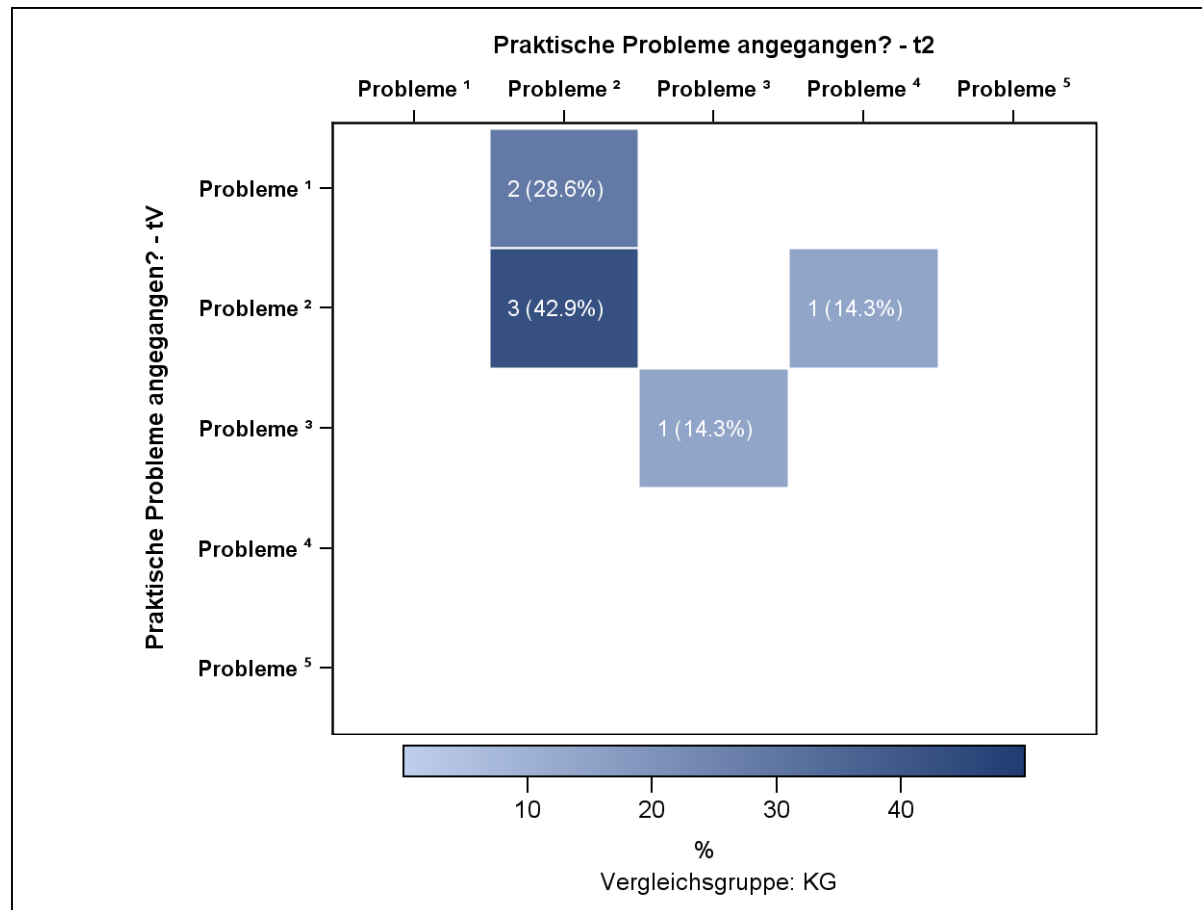
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge seiner Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?

Vergleichsgruppe KG - Veränderung tV zu t2:



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)**

**5.1 Einzelitems - iPOS**

**Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)**

**Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge seiner Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?**

<sup>1</sup>Probleme angegangen/Keine Probleme

<sup>2</sup>Probleme größtenteils angegangen

<sup>3</sup>Probleme teilweise angegangen

<sup>4</sup>Probleme kaum angegangen

<sup>5</sup>Probleme nicht angegangen

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)****Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge seiner Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?**

Vergleichsgruppe IG + verz. IG - Veränderung tV zu t2:

Vergleichsgruppe: IG + verz. IG	t2											
	Probleme... <sup>1</sup>		Probleme... <sup>2</sup>		Probleme... <sup>3</sup>		Probleme... <sup>4</sup>		Probleme... <sup>5</sup>		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>tV</b>												
Probleme... <sup>1</sup>	14	31.8	3	6.8	0	0	0	0	0	0	17	38.6
Probleme... <sup>2</sup>	7	15.9	10	22.7	1	2.3	0	0	0	0	18	40.9
Probleme... <sup>3</sup>	4	9.1	1	2.3	2	4.5	0	0	1	2.3	8	18.2
Probleme... <sup>4</sup>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Probleme... <sup>5</sup>	1	2.3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.3
<b>Gesamt</b>	<b>26</b>	<b>59.1</b>	<b>14</b>	<b>31.8</b>	<b>3</b>	<b>6.8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2.3</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

<sup>1</sup>Probleme angegangen/Keine Probleme<sup>2</sup>Probleme größtenteils angegangen<sup>3</sup>Probleme teilweise angegangen<sup>4</sup>Probleme kaum angegangen<sup>5</sup>Probleme nicht angegangen

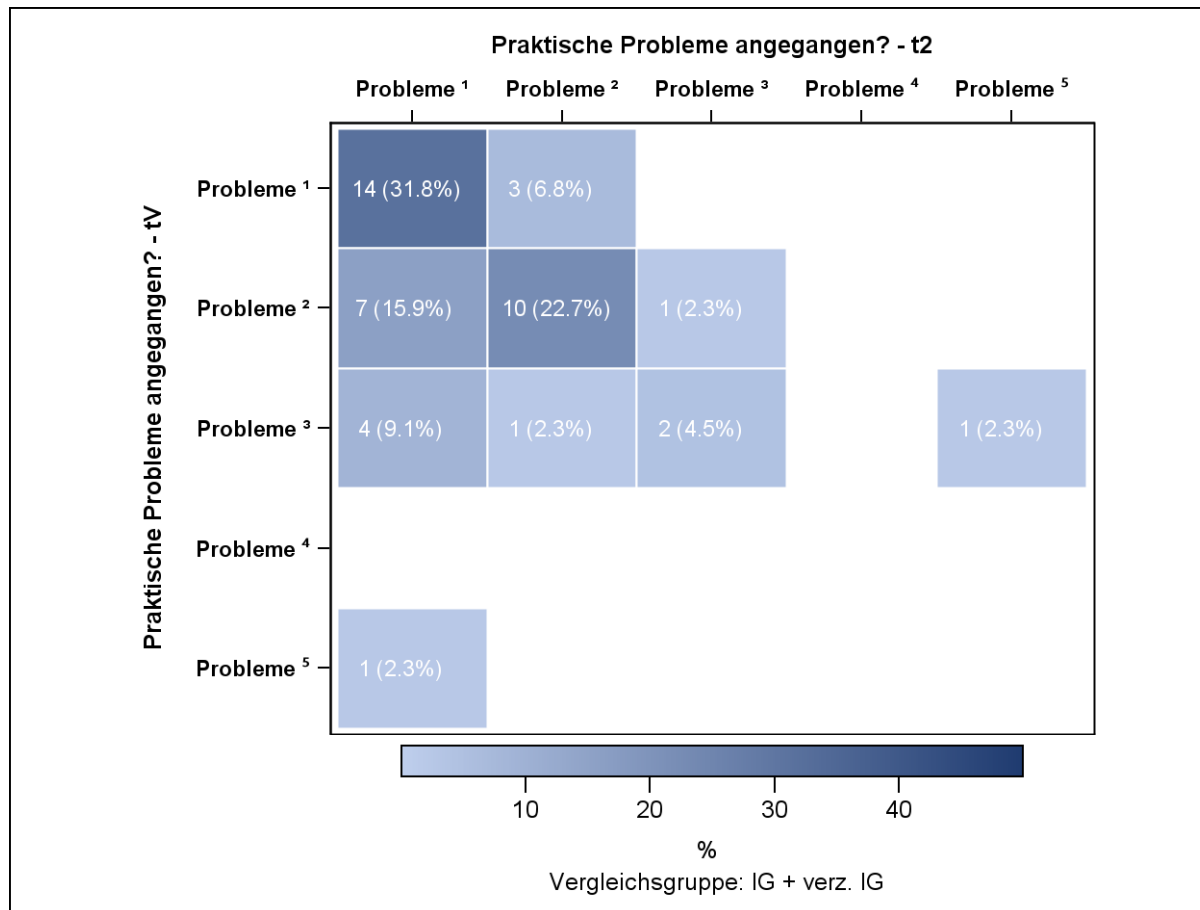
5 Sekundäre Endpunkte (ES)

5.1 Einzelitems - iPOS

Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)

Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge seiner Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?

Vergleichsgruppe IG + verz. IG - Veränderung tV zu t2:





**5 Sekundäre Endpunkte (ES)**

**5.1 Einzelitems - iPOS**

**Tabelle 5.1.2: Intraindividuelle Veränderung der Einzelitems - iPOS (Professionelle)**

**Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge seiner Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?**

<sup>1</sup>Probleme angegangen/Keine Probleme

<sup>2</sup>Probleme größtenteils angegangen

<sup>3</sup>Probleme teilweise angegangen

<sup>4</sup>Probleme kaum angegangen

<sup>5</sup>Probleme nicht angegangen

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Schmerzen											
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	3	25.0	4	33.3	3	25.0	1	8.3	1	8.3	12	100
	S 1,2	0	0	1	20.0	2	40.0	1	20.0	1	20.0	5	100
	Gesamt (S 1)	3	17.6	5	29.4	5	29.4	2	11.8	2	11.8	17	100
verz. IG	S 2,2	0	0	1	9.1	3	27.3	4	36.4	3	27.3	11	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	3	10.7	6	21.4	8	28.6	6	21.4	5	17.9	28	100
KG	S 2,1	2	33.3	0	0	3	50.0	0	0	1	16.7	6	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Schmerzen										Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	3	30.0	2	20.0	2	20.0	2	20.0	1	10.0	10	100
	S 1,2	2	66.7	0	0	0	0	1	33.3	0	0	3	100
	Gesamt (S 1)	5	38.5	2	15.4	2	15.4	3	23.1	1	7.7	13	100
verz. IG	S 2,2	1	14.3	2	28.6	1	14.3	1	14.3	2	28.6	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	6	30.0	4	20.0	3	15.0	4	20.0	3	15.0	20	100
KG	S 2,1	3	50.0	1	16.7	1	16.7	0	0	1	16.7	6	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Schmerzen										Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	33.3	0	0	1	33.3	1	33.3	0	0	3	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	1	33.3	0	0	1	33.3	1	33.3	0	0	3	100
verz. IG	S 2,2	1	25.0	2	50.0	0	0	1	25.0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	2	28.6	2	28.6	1	14.3	2	28.6	0	0	7	100
KG	S 2,1	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Atemnot										Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	6	50.0	2	16.7	3	25.0	0	0	1	8.3	12	100
	S 1,2	3	60.0	1	20.0	0	0	1	20.0	0	0	5	100
	Gesamt (S 1)	9	52.9	3	17.6	3	17.6	1	5.9	1	5.9	17	100
verz. IG	S 2,2	5	45.5	4	36.4	0	0	1	9.1	1	9.1	11	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	14	50.0	7	25.0	3	10.7	2	7.1	2	7.1	28	100
KG	S 2,1	2	33.3	2	33.3	1	16.7	1	16.7	0	0	6	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Atemnot										Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	6	60.0	0	0	3	30.0	1	10.0	0	0	10	100
	S 1,2	1	33.3	1	33.3	0	0	1	33.3	0	0	3	100
	Gesamt (S 1)	7	53.8	1	7.7	3	23.1	2	15.4	0	0	13	100
verz. IG	S 2,2	3	42.9	2	28.6	0	0	1	14.3	1	14.3	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	10	50.0	3	15.0	3	15.0	3	15.0	1	5.0	20	100
KG	S 2,1	3	50.0	3	50.0	0	0	0	0	0	0	6	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Atemnot										Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	33.3	1	33.3	1	33.3	0	0	0	0	3	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	1	33.3	1	33.3	1	33.3	0	0	0	0	3	100
verz. IG	S 2,2	3	75.0	0	0	1	25.0	0	0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	4	57.1	1	14.3	2	28.6	0	0	0	0	7	100
KG	S 2,1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Atemnot:

Atemnot	IG		verz. IG		KG	
	S 1,1		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	3	100	4	100	0	0
Fehlend	0	0	0	0	1	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Schwäche oder fehlende Energie										Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	1	8.3	3	25.0	4	33.3	4	33.3	12	100
	S 1,2	0	0	0	0	1	25.0	1	25.0	2	50.0	4	100
	Gesamt (S 1)	0	0	1	6.3	4	25.0	5	31.3	6	37.5	16	100
verz. IG	S 2,2	0	0	2	18.2	3	27.3	5	45.5	1	9.1	11	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	3	11.1	7	25.9	10	37.0	7	25.9	27	100
KG	S 2,1	0	0	1	16.7	2	33.3	1	16.7	2	33.3	6	100

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Schwäche oder fehlende Energie:

Schwäche oder fehlende Energie	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	12	100	4	80.0	11	100	6	100
Fehlend	0	0	1	20.0	0	0	0	0



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Schwäche oder fehlende Energie										Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	10.0	1	10.0	1	10.0	3	30.0	4	40.0	10	100
	S 1,2	0	0	1	50.0	0	0	0	0	1	50.0	2	100
	Gesamt (S 1)	1	8.3	2	16.7	1	8.3	3	25.0	5	41.7	12	100
verz. IG	S 2,2	0	0	1	14.3	1	14.3	4	57.1	1	14.3	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	5.3	3	15.8	2	10.5	7	36.8	6	31.6	19	100
KG	S 2,1	0	0	1	16.7	2	33.3	1	16.7	2	33.3	6	100

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Schwäche oder fehlende Energie:

Schwäche oder fehlende Energie	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	10	100	2	66.7	7	100	6	100
Fehlend	0	0	1	33.3	0	0	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Schwäche oder fehlende Energie										Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	1	33.3	2	66.7	0	0	3	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	1	33.3	2	66.7	0	0	3	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	2	50.0	2	50.0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	1	14.3	4	57.1	2	28.6	7	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Übelkeit (das Gefühl erbrechen zu müssen)										Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	10	83.3	1	8.3	1	8.3	0	0	0	0	12	100
	S 1,2	4	80.0	0	0	1	20.0	0	0	0	0	5	100
	Gesamt (S 1)	14	82.4	1	5.9	2	11.8	0	0	0	0	17	100
verz. IG	S 2,2	5	45.5	2	18.2	3	27.3	1	9.1	0	0	11	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	19	67.9	3	10.7	5	17.9	1	3.6	0	0	28	100
KG	S 2,1	5	100	0	0	0	0	0	0	0	0	5	100

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Übelkeit (das Gefühl erbrechen zu müssen):

Übelkeit (das Gefühl erbrechen zu müssen)	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	12	100	5	100	11	100	5	83.3
Fehlend	0	0	0	0	0	0	1	16.7

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Übelkeit (das Gefühl erbrechen zu müssen)										Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	7	70.0	1	10.0	2	20.0	0	0	0	0	10	100
	S 1,2	2	66.7	1	33.3	0	0	0	0	0	0	3	100
	Gesamt (S 1)	9	69.2	2	15.4	2	15.4	0	0	0	0	13	100
verz. IG	S 2,2	3	42.9	3	42.9	1	14.3	0	0	0	0	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	12	60.0	5	25.0	3	15.0	0	0	0	0	20	100
KG	S 2,1	5	83.3	0	0	1	16.7	0	0	0	0	6	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Übelkeit (das Gefühl erbrechen zu müssen)										Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	33.3	1	33.3	1	33.3	0	0	0	0	3	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	1	33.3	1	33.3	1	33.3	0	0	0	0	3	100
verz. IG	S 2,2	2	50.0	1	25.0	1	25.0	0	0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	3	42.9	2	28.6	2	28.6	0	0	0	0	7	100
KG	S 2,1	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Erbrechen											
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	11	91.7	0	0	1	8.3	0	0	0	0	12	100
	S 1,2	5	100	0	0	0	0	0	0	0	0	5	100
	Gesamt (S 1)	16	94.1	0	0	1	5.9	0	0	0	0	17	100
verz. IG	S 2,2	9	81.8	0	0	1	9.1	1	9.1	0	0	11	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	25	89.3	0	0	2	7.1	1	3.6	0	0	28	100
KG	S 2,1	6	100	0	0	0	0	0	0	0	0	6	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Erbrechen											
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	9	90.0	0	0	1	10.0	0	0	0	0	10	100
	S 1,2	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100
	Gesamt (S 1)	11	91.7	0	0	1	8.3	0	0	0	0	12	100
verz. IG	S 2,2	6	85.7	0	0	1	14.3	0	0	0	0	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	17	89.5	0	0	2	10.5	0	0	0	0	19	100
KG	S 2,1	5	83.3	0	0	1	16.7	0	0	0	0	6	100

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Erbrechen:

Erbrechen	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	10	100	2	66.7	7	100	6	100
Fehlend	0	0	1	33.3	0	0	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Erbrechen											
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100
verz. IG	S 2,2	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	7	100	0	0	0	0	0	0	0	0	7	100
KG	S 2,1	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Appetitlosigkeit										Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	7	70.0	2	20.0	1	10.0	0	0	0	0	10	100
	S 1,2	4	80.0	1	20.0	0	0	0	0	0	0	5	100
	Gesamt (S 1)	11	73.3	3	20.0	1	6.7	0	0	0	0	15	100
verz. IG	S 2,2	4	36.4	0	0	5	45.5	0	0	2	18.2	11	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	15	57.7	3	11.5	6	23.1	0	0	2	7.7	26	100
KG	S 2,1	2	33.3	2	33.3	0	0	2	33.3	0	0	6	100

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Appetitlosigkeit:

Appetitlosigkeit	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	10	83.3	5	100	11	100	6	100
Fehlend	2	16.7	0	0	0	0	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Appetitlosigkeit										Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	7	70.0	2	20.0	0	0	1	10.0	0	0	10	100
	S 1,2	2	66.7	1	33.3	0	0	0	0	0	0	3	100
	Gesamt (S 1)	9	69.2	3	23.1	0	0	1	7.7	0	0	13	100
verz. IG	S 2,2	4	57.1	0	0	2	28.6	0	0	1	14.3	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	13	65.0	3	15.0	2	10.0	1	5.0	1	5.0	20	100
KG	S 2,1	2	33.3	1	16.7	3	50.0	0	0	0	0	6	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Appetitlosigkeit										Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	33.3	1	33.3	0	0	1	33.3	0	0	3	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	1	33.3	1	33.3	0	0	1	33.3	0	0	3	100
verz. IG	S 2,2	1	25.0	2	50.0	1	25.0	0	0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	2	28.6	3	42.9	1	14.3	1	14.3	0	0	7	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Verstopfung										Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	5	41.7	3	25.0	3	25.0	1	8.3	0	0	12	100
	S 1,2	3	60.0	0	0	2	40.0	0	0	0	0	5	100
	Gesamt (S 1)	8	47.1	3	17.6	5	29.4	1	5.9	0	0	17	100
verz. IG	S 2,2	3	30.0	1	10.0	1	10.0	3	30.0	2	20.0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	11	40.7	4	14.8	6	22.2	4	14.8	2	7.4	27	100
KG	S 2,1	3	50.0	2	33.3	1	16.7	0	0	0	0	6	100

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Verstopfung:

Verstopfung	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	12	100	5	100	10	90.9	6	100
Fehlend	0	0	0	0	1	9.1	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Verstopfung										Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	6	60.0	2	20.0	2	20.0	0	0	0	0	10	100
	S 1,2	1	50.0	0	0	0	0	1	50.0	0	0	2	100
	Gesamt (S 1)	7	58.3	2	16.7	2	16.7	1	8.3	0	0	12	100
verz. IG	S 2,2	1	14.3	1	14.3	2	28.6	3	42.9	0	0	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	8	42.1	3	15.8	4	21.1	4	21.1	0	0	19	100
KG	S 2,1	2	40.0	1	20.0	1	20.0	0	0	1	20.0	5	100

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Verstopfung:

Verstopfung	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	10	100	2	66.7	7	100	5	83.3
Fehlend	0	0	1	33.3	0	0	1	16.7

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Verstopfung										Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100
verz. IG	S 2,2	1	25.0	1	25.0	1	25.0	0	0	1	25.0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	4	57.1	1	14.3	1	14.3	0	0	1	14.3	7	100
KG	S 2,1	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund										Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	2	16.7	2	16.7	0	0	6	50.0	2	16.7	12	100
	S 1,2	1	20.0	2	40.0	1	20.0	1	20.0	0	0	5	100
	Gesamt (S 1)	3	17.6	4	23.5	1	5.9	7	41.2	2	11.8	17	100
verz. IG	S 2,2	3	27.3	2	18.2	1	9.1	4	36.4	1	9.1	11	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	6	21.4	6	21.4	2	7.1	11	39.3	3	10.7	28	100
KG	S 2,1	3	50.0	0	0	2	33.3	1	16.7	0	0	6	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund										Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	10.0	3	30.0	2	20.0	3	30.0	1	10.0	10	100
	S 1,2	1	33.3	1	33.3	0	0	1	33.3	0	0	3	100
	Gesamt (S 1)	2	15.4	4	30.8	2	15.4	4	30.8	1	7.7	13	100
verz. IG	S 2,2	2	28.6	2	28.6	0	0	1	14.3	2	28.6	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	4	20.0	6	30.0	2	10.0	5	25.0	3	15.0	20	100
KG	S 2,1	2	40.0	2	40.0	0	0	0	0	1	20.0	5	100

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund:

Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	10	100	3	100	7	100	5	83.3
Fehlend	0	0	0	0	0	0	1	16.7



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund										Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	1	33.3	1	33.3	1	33.3	3	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	1	33.3	1	33.3	1	33.3	3	100
verz. IG	S 2,2	2	50.0	1	25.0	1	25.0	0	0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	2	28.6	1	14.3	2	28.6	1	14.3	1	14.3	7	100
KG	S 2,1	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Schläfrigkeit										Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	8.3	2	16.7	2	16.7	6	50.0	1	8.3	12	100
	S 1,2	1	20.0	2	40.0	0	0	0	0	2	40.0	5	100
	Gesamt (S 1)	2	11.8	4	23.5	2	11.8	6	35.3	3	17.6	17	100
verz. IG	S 2,2	1	9.1	1	9.1	3	27.3	5	45.5	1	9.1	11	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	3	10.7	5	17.9	5	17.9	11	39.3	4	14.3	28	100
KG	S 2,1	0	0	2	33.3	4	66.7	0	0	0	0	6	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Schläfrigkeit										Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	10.0	1	10.0	2	20.0	6	60.0	0	0	10	100
	S 1,2	1	33.3	1	33.3	0	0	0	0	1	33.3	3	100
	Gesamt (S 1)	2	15.4	2	15.4	2	15.4	6	46.2	1	7.7	13	100
verz. IG	S 2,2	1	14.3	0	0	2	28.6	2	28.6	2	28.6	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	3	15.0	2	10.0	4	20.0	8	40.0	3	15.0	20	100
KG	S 2,1	1	20.0	0	0	2	40.0	1	20.0	1	20.0	5	100

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Schläfrigkeit:

Schläfrigkeit	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	10	100	3	100	7	100	5	83.3
Fehlend	0	0	0	0	0	0	1	16.7

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Schläfrigkeit										Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	33.3	0	0	0	0	2	66.7	0	0	3	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	1	33.3	0	0	0	0	2	66.7	0	0	3	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	3	75.0	1	25.0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	14.3	0	0	0	0	5	71.4	1	14.3	7	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Eingeschränkte Mobilität										Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	2	16.7	1	8.3	4	33.3	5	41.7	12	100
	S 1,2	0	0	0	0	0	0	2	40.0	3	60.0	5	100
	Gesamt (S 1)	0	0	2	11.8	1	5.9	6	35.3	8	47.1	17	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	1	9.1	3	27.3	7	63.6	11	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	2	7.1	2	7.1	9	32.1	15	53.6	28	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	2	33.3	2	33.3	2	33.3	6	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Eingeschränkte Mobilität										Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	1	10.0	3	30.0	6	60.0	10	100
	S 1,2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100	3	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	1	7.7	3	23.1	9	69.2	13	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	1	14.3	3	42.9	3	42.9	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	2	10.0	6	30.0	12	60.0	20	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	1	16.7	4	66.7	1	16.7	6	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Eingeschränkte Mobilität										Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	1	33.3	1	33.3	1	33.3	3	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	1	33.3	1	33.3	1	33.3	3	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	2	50.0	2	50.0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	1	14.3	3	42.9	3	42.9	7	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****Beeinträchtigung der weiteren Symptome:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Beeinträchtigung der weiteren Symptome											
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	3	42.9	4	57.1	7	100
	S 1,2	0	0	0	0	0	0	5	62.5	3	37.5	8	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	8	53.3	7	46.7	15	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	3	21.4	4	28.6	7	50.0	14	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	3	10.3	12	41.4	14	48.3	29	100
KG	S 2,1	0	0	1	25.0	0	0	2	50.0	1	25.0	4	100

Anmerkung: die Beeinträchtigung wird über alle weiteren Symptome dargestellt. Patienten können mehrfach auftreten.



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****Beeinträchtigung der weiteren Symptome:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Beeinträchtigung der weiteren Symptome										Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	3	27.3	4	36.4	4	36.4	11	100
	S 1,2	0	0	0	0	1	33.3	0	0	2	66.7	3	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	4	28.6	4	28.6	6	42.9	14	100
verz. IG	S 2,2	0	0	1	9.1	1	9.1	6	54.5	3	27.3	11	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	1	4.0	5	20.0	10	40.0	9	36.0	25	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	2	66.7	0	0	1	33.3	3	100

Anmerkung: die Beeinträchtigung wird über alle weiteren Symptome dargestellt. Patienten können mehrfach auftreten.

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****Beeinträchtigung der weiteren Symptome:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Beeinträchtigung der weiteren Symptome										Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	2	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	2	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	7	100	0	0	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	7	77.8	2	22.2	9	100
KG	S 2,1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-

Anmerkung: die Beeinträchtigung wird über alle weiteren Symptome dargestellt. Patienten können mehrfach auftreten.

## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)

## F3. In den letzten 3 Tagen:

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F3. Waren Sie wegen Ihrer Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?										Gesamt	
		Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	3	27.3	1	9.1	1	9.1	3	27.3	3	27.3	11	100
	S 1,2	0	0	1	20.0	3	60.0	0	0	1	20.0	5	100
	Gesamt (S 1)	3	18.8	2	12.5	4	25.0	3	18.8	4	25.0	16	100
verz. IG	S 2,2	0	0	4	40.0	2	20.0	3	30.0	1	10.0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	3	11.5	6	23.1	6	23.1	6	23.1	5	19.2	26	100
KG	S 2,1	0	0	3	50.0	1	16.7	0	0	2	33.3	6	100

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für F3. Waren Sie wegen Ihrer Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?:

F3. Waren Sie wegen Ihrer Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	11	91.7	5	100	10	90.9	6	100
Fehlend	1	8.3	0	0	1	9.1	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F3. In den letzten 3 Tagen:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F3. Waren Sie wegen Ihrer Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?											
		Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	1	10.0	3	30.0	5	50.0	1	10.0	10	100
	S 1,2	2	66.7	1	33.3	0	0	0	0	0	0	3	100
	Gesamt (S 1)	2	15.4	2	15.4	3	23.1	5	38.5	1	7.7	13	100
verz. IG	S 2,2	2	28.6	1	14.3	1	14.3	3	42.9	0	0	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	4	20.0	3	15.0	4	20.0	8	40.0	1	5.0	20	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	4	66.7	0	0	2	33.3	6	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F3. In den letzten 3 Tagen:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F3. Waren Sie wegen Ihrer Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?											
		Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	1	33.3	0	0	2	66.7	0	0	0	0	3	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	1	33.3	0	0	2	66.7	0	0	0	0	3	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	2	50.0	1	25.0	1	25.0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	14.3	0	0	4	57.1	1	14.3	1	14.3	7	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F4. In den letzten 3 Tagen:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F4. Waren Ihre Familie oder Freunde Ihretwegen besorgt oder beunruhigt?										Gesamt	
		Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	10.0	1	10.0	2	20.0	4	40.0	2	20.0	10	100
	S 1,2	0	0	0	0	2	40.0	1	20.0	2	40.0	5	100
	Gesamt (S 1)	1	6.7	1	6.7	4	26.7	5	33.3	4	26.7	15	100
verz. IG	S 2,2	0	0	1	10.0	2	20.0	6	60.0	1	10.0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	4.0	2	8.0	6	24.0	11	44.0	5	20.0	25	100
KG	S 2,1	0	0	1	16.7	0	0	1	16.7	4	66.7	6	100

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für F4. Waren Ihre Familie oder Freunde Ihretwegen besorgt oder beunruhigt?:

F4. Waren Ihre Familie oder Freunde Ihretwegen besorgt oder beunruhigt?	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	10	83.3	5	100	10	90.9	6	100
Fehlend	2	16.7	0	0	1	9.1	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F4. In den letzten 3 Tagen:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F4. Waren Ihre Familie oder Freunde Ihretwegen besorgt oder beunruhigt?											
		Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	1	10.0	6	60.0	1	10.0	2	20.0	10	100
	S 1,2	1	33.3	0	0	1	33.3	1	33.3	0	0	3	100
	Gesamt (S 1)	1	7.7	1	7.7	7	53.8	2	15.4	2	15.4	13	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	1	14.3	4	57.1	2	28.6	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	5.0	1	5.0	8	40.0	6	30.0	4	20.0	20	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	3	50.0	1	16.7	2	33.3	6	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F4. In den letzten 3 Tagen:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F4. Waren Ihre Familie oder Freunde Ihretwegen besorgt oder beunruhigt?											
		Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	1	33.3	0	0	1	33.3	0	0	1	33.3	3	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	1	33.3	0	0	1	33.3	0	0	1	33.3	3	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	1	25.0	2	50.0	1	25.0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	14.3	0	0	2	28.6	2	28.6	2	28.6	7	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F5. In den letzten 3 Tagen:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F5. Waren Sie traurig bedrückt?										Gesamt	
		Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	3	27.3	6	54.5	2	18.2	0	0	11	100
	S 1,2	0	0	1	20.0	3	60.0	1	20.0	0	0	5	100
	Gesamt (S 1)	0	0	4	25.0	9	56.3	3	18.8	0	0	16	100
verz. IG	S 2,2	1	10.0	2	20.0	4	40.0	2	20.0	1	10.0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	3.8	6	23.1	13	50.0	5	19.2	1	3.8	26	100
KG	S 2,1	0	0	1	16.7	4	66.7	0	0	1	16.7	6	100

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für F5. Waren Sie traurig bedrückt?:

F5. Waren Sie traurig bedrückt?	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	11	91.7	5	100	10	90.9	6	100
Fehlend	1	8.3	0	0	1	9.1	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F5. In den letzten 3 Tagen:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F5. Waren Sie traurig bedrückt?											
		Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	1	10.0	1	10.0	7	70.0	1	10.0	0	0	10	100
	S 1,2	1	33.3	0	0	2	66.7	0	0	0	0	3	100
	Gesamt (S 1)	2	15.4	1	7.7	9	69.2	1	7.7	0	0	13	100
verz. IG	S 2,2	1	14.3	0	0	3	42.9	2	28.6	1	14.3	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	3	15.0	1	5.0	12	60.0	3	15.0	1	5.0	20	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	3	60.0	1	20.0	1	20.0	5	100

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für F5. Waren Sie traurig bedrückt?:

F5. Waren Sie traurig bedrückt?	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	10	100	3	100	7	100	5	83.3
Fehlend	0	0	0	0	0	0	1	16.7

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F5. In den letzten 3 Tagen:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F5. Waren Sie traurig bedrückt?											
		Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	1	33.3	0	0	2	66.7	0	0	0	0	3	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	1	33.3	0	0	2	66.7	0	0	0	0	3	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	2	50.0	1	25.0	1	25.0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	14.3	0	0	4	57.1	1	14.3	1	14.3	7	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F6. In den letzten 3 Tagen:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F6. Waren Sie im Frieden mit sich selbst?										Gesamt	
		Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	3	27.3	4	36.4	1	9.1	2	18.2	1	9.1	11	100
	S 1,2	1	20.0	2	40.0	2	40.0	0	0	0	0	5	100
	Gesamt (S 1)	4	25.0	6	37.5	3	18.8	2	12.5	1	6.3	16	100
verz. IG	S 2,2	4	40.0	4	40.0	1	10.0	0	0	1	10.0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	8	30.8	10	38.5	4	15.4	2	7.7	2	7.7	26	100
KG	S 2,1	1	16.7	1	16.7	3	50.0	0	0	1	16.7	6	100

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für F6. Waren Sie im Frieden mit sich selbst?:

F6. Waren Sie im Frieden mit sich selbst?	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	11	91.7	5	100	10	90.9	6	100
Fehlend	1	8.3	0	0	1	9.1	0	0

## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)

## F6. In den letzten 3 Tagen:

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F6. Waren Sie im Frieden mit sich selbst?										Gesamt	
		Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	11.1	4	44.4	2	22.2	1	11.1	1	11.1	9	100
	S 1,2	1	33.3	1	33.3	1	33.3	0	0	0	0	3	100
	Gesamt (S 1)	2	16.7	5	41.7	3	25.0	1	8.3	1	8.3	12	100
verz. IG	S 2,2	1	14.3	3	42.9	2	28.6	1	14.3	0	0	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	3	15.8	8	42.1	5	26.3	2	10.5	1	5.3	19	100
KG	S 2,1	0	0	2	33.3	2	33.3	2	33.3	0	0	6	100

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für F6. Waren Sie im Frieden mit sich selbst?:

F6. Waren Sie im Frieden mit sich selbst?	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	9	90.0	3	100	7	100	6	100
Fehlend	1	10.0	0	0	0	0	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F6. In den letzten 3 Tagen:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F6. Waren Sie im Frieden mit sich selbst?										Gesamt	
		Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	2	66.7	1	33.3	0	0	0	0	3	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	2	66.7	1	33.3	0	0	0	0	3	100
verz. IG	S 2,2	0	0	1	25.0	2	50.0	1	25.0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	3	42.9	3	42.9	1	14.3	0	0	7	100
KG	S 2,1	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100

## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)

## F7. In den letzten 3 Tagen:

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F7. Konnten Sie Ihre Gefühle mit Ihrer Familie oder Ihren Freunden teilen, so viel wie sie wollten?											
		Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	1	10.0	4	40.0	2	20.0	2	20.0	1	10.0	10	100
	S 1,2	1	20.0	1	20.0	1	20.0	2	40.0	0	0	5	100
	Gesamt (S 1)	2	13.3	5	33.3	3	20.0	4	26.7	1	6.7	15	100
verz. IG	S 2,2	6	60.0	2	20.0	0	0	1	10.0	1	10.0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	8	32.0	7	28.0	3	12.0	5	20.0	2	8.0	25	100
KG	S 2,1	2	33.3	1	16.7	1	16.7	2	33.3	0	0	6	100

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für F7. Konnten Sie Ihre Gefühle mit Ihrer Familie oder Ihren Freunden teilen, so viel wie sie wollten?:

F7. Konnten Sie Ihre Gefühle mit Ihrer Familie oder Ihren Freunden teilen, so viel wie sie wollten?	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	10	83.3	5	100	10	90.9	6	100
Fehlend	2	16.7	0	0	1	9.1	0	0

## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)

## F7. In den letzten 3 Tagen:

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F7. Konnten Sie Ihre Gefühle mit Ihrer Familie oder Ihren Freunden teilen, so viel wie sie wollten?											
		Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	3	33.3	1	11.1	0	0	3	33.3	2	22.2	9	100
	S 1,2	2	66.7	0	0	0	0	1	33.3	0	0	3	100
	Gesamt (S 1)	5	41.7	1	8.3	0	0	4	33.3	2	16.7	12	100
verz. IG	S 2,2	3	42.9	3	42.9	1	14.3	0	0	0	0	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	8	42.1	4	21.1	1	5.3	4	21.1	2	10.5	19	100
KG	S 2,1	2	50.0	1	25.0	0	0	1	25.0	0	0	4	100

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für F7. Konnten Sie Ihre Gefühle mit Ihrer Familie oder Ihren Freunden teilen, so viel wie sie wollten?:

F7. Konnten Sie Ihre Gefühle mit Ihrer Familie oder Ihren Freunden teilen, so viel wie sie wollten?	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	9	90.0	3	100	7	100	4	66.7
Fehlend	1	10.0	0	0	0	0	2	33.3



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F7. In den letzten 3 Tagen:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F7. Konnten Sie Ihre Gefühle mit Ihrer Familie oder Ihren Freunden teilen, so viel wie sie wollten?											
		Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	2	66.7	0	0	1	33.3	0	0	0	0	3	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	2	66.7	0	0	1	33.3	0	0	0	0	3	100
verz. IG	S 2,2	0	0	2	50.0	2	50.0	0	0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	2	28.6	2	28.6	3	42.9	0	0	0	0	7	100
KG	S 2,1	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F8. In den letzten 3 Tagen:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F8. Haben Sie so viele Informationen erhalten, wie Sie wollten?										Gesamt	
		Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	4	44.4	4	44.4	1	11.1	0	0	0	0	9	100
	S 1,2	2	40.0	2	40.0	0	0	0	0	1	20.0	5	100
	Gesamt (S 1)	6	42.9	6	42.9	1	7.1	0	0	1	7.1	14	100
verz. IG	S 2,2	6	60.0	3	30.0	0	0	1	10.0	0	0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	12	50.0	9	37.5	1	4.2	1	4.2	1	4.2	24	100
KG	S 2,1	2	33.3	4	66.7	0	0	0	0	0	0	6	100

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für F8. Haben Sie so viele Informationen erhalten, wie Sie wollten?:

F8. Haben Sie so viele Informationen erhalten, wie Sie wollten?	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	9	75.0	5	100	10	90.9	6	100
Fehlend	3	25.0	0	0	1	9.1	0	0

## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)

## F8. In den letzten 3 Tagen:

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F8. Haben Sie so viele Informationen erhalten, wie Sie wollten?											
		Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	6	60.0	3	30.0	1	10.0	0	0	0	0	10	100
	S 1,2	2	66.7	1	33.3	0	0	0	0	0	0	3	100
	Gesamt (S 1)	8	61.5	4	30.8	1	7.7	0	0	0	0	13	100
verz. IG	S 2,2	2	28.6	5	71.4	0	0	0	0	0	0	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	10	50.0	9	45.0	1	5.0	0	0	0	0	20	100
KG	S 2,1	1	20.0	2	40.0	2	40.0	0	0	0	0	5	100

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für F8. Haben Sie so viele Informationen erhalten, wie Sie wollten?:

F8. Haben Sie so viele Informationen erhalten, wie Sie wollten?	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	10	100	3	100	7	100	5	83.3
Fehlend	0	0	0	0	0	0	1	16.7

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F8. In den letzten 3 Tagen:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F8. Haben Sie so viele Informationen erhalten, wie Sie wollten?											
		Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	2	66.7	0	0	0	0	1	33.3	0	0	3	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	2	66.7	0	0	0	0	1	33.3	0	0	3	100
verz. IG	S 2,2	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	2	28.6	4	57.1	0	0	1	14.3	0	0	7	100
KG	S 2,1	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F9. In den letzten 3 Tagen:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge Ihrer Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?										Gesamt	
		Probleme... <sup>1</sup>		Probleme... <sup>2</sup>		Probleme... <sup>3</sup>		Probleme... <sup>4</sup>		Probleme... <sup>5</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	8	72.7	3	27.3	0	0	0	0	0	0	11	100
	S 1,2	4	80.0	1	20.0	0	0	0	0	0	0	5	100
	Gesamt (S 1)	12	75.0	4	25.0	0	0	0	0	0	0	16	100
verz. IG	S 2,2	6	66.7	2	22.2	0	0	1	11.1	0	0	9	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	18	72.0	6	24.0	0	0	1	4.0	0	0	25	100
KG	S 2,1	2	40.0	3	60.0	0	0	0	0	0	0	5	100

<sup>1</sup>Probleme angegangen/Keine Probleme<sup>2</sup>Probleme größtenteils angegangen<sup>3</sup>Probleme teilweise angegangen<sup>4</sup>Probleme kaum angegangen<sup>5</sup>Probleme nicht angegangen

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F9. In den letzten 3 Tagen:**

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge Ihrer Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?:

	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1	S 1,2	S 2,2	S 2,1				
<b>F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge Ihrer Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nicht-Fehlend	11	91.7	5	100	9	81.8	5	83.3
Fehlend	1	8.3	0	0	2	18.2	1	16.7

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F9. In den letzten 3 Tagen:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge Ihrer Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?											
		Probleme... <sup>1</sup>		Probleme... <sup>2</sup>		Probleme... <sup>3</sup>		Probleme... <sup>4</sup>		Probleme... <sup>5</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	6	60.0	4	40.0	0	0	0	0	0	0	10	100
	S 1,2	1	33.3	1	33.3	1	33.3	0	0	0	0	3	100
	Gesamt (S 1)	7	53.8	5	38.5	1	7.7	0	0	0	0	13	100
verz. IG	S 2,2	4	57.1	3	42.9	0	0	0	0	0	0	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	11	55.0	8	40.0	1	5.0	0	0	0	0	20	100
KG	S 2,1	1	20.0	4	80.0	0	0	0	0	0	0	5	100

<sup>1</sup>Probleme angegangen/Keine Probleme<sup>2</sup>Probleme größtenteils angegangen<sup>3</sup>Probleme teilweise angegangen<sup>4</sup>Probleme kaum angegangen<sup>5</sup>Probleme nicht angegangen

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F9. In den letzten 3 Tagen:**

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge Ihrer Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?:

	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1	S 1,2	S 2,2	S 2,1				
<b>F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge Ihrer Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nicht-Fehlend	10	100	3	100	7	100	5	83.3
Fehlend	0	0	0	0	0	0	1	16.7



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****F9. In den letzten 3 Tagen:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge Ihrer Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?											
		Probleme... <sup>1</sup>		Probleme... <sup>2</sup>		Probleme... <sup>3</sup>		Probleme... <sup>4</sup>		Probleme... <sup>5</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100
verz. IG	S 2,2	3	75.0	1	25.0	0	0	0	0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	6	85.7	1	14.3	0	0	0	0	0	0	7	100
KG	S 2,1	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100

<sup>1</sup>Probleme angegangen/Keine Probleme<sup>2</sup>Probleme größtenteils angegangen<sup>3</sup>Probleme teilweise angegangen<sup>4</sup>Probleme kaum angegangen<sup>5</sup>Probleme nicht angegangen

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****Wie haben Sie den Fragebogen ausgefüllt? (iPOS)**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F10. Wie haben Sie den Fragebogen ausgefüllt?							
		Ich allein		Mit... <sup>1</sup>		Mit... <sup>2</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	1	9.1	2	18.2	8	72.7	11	100
	S 1,2	1	20.0	3	60.0	1	20.0	5	100
	Gesamt (S 1)	2	12.5	5	31.3	9	56.3	16	100
verz. IG	S 2,2	2	20.0	7	70.0	1	10.0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	4	15.4	12	46.2	10	38.5	26	100
KG	S 2,1	0	0	1	16.7	5	83.3	6	100

<sup>1</sup>Mit der Hilfe eines Angehörigen oder Freundes<sup>2</sup>Mit der Hilfe eines Mitarbeiters

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für F10. Wie haben Sie den Fragebogen ausgefüllt?:

F10. Wie haben Sie den Fragebogen ausgefüllt?	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	11	91.7	5	100	10	90.9	6	100
Fehlend	1	8.3	0	0	1	9.1	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****Wie haben Sie den Fragebogen ausgefüllt? (iPOS)**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F10. Wie haben Sie den Fragebogen ausgefüllt?							
		Ich allein		Mit... <sup>1</sup>		Mit... <sup>2</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	1	10.0	4	40.0	5	50.0	10	100
	S 1,2	0	0	2	66.7	1	33.3	3	100
	Gesamt (S 1)	1	7.7	6	46.2	6	46.2	13	100
verz. IG	S 2,2	0	0	6	85.7	1	14.3	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	5.0	12	60.0	7	35.0	20	100
KG	S 2,1	1	16.7	1	16.7	4	66.7	6	100

<sup>1</sup>Mit der Hilfe eines Angehörigen oder Freundes<sup>2</sup>Mit der Hilfe eines Mitarbeiters

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.3: Einzelitems - iPOS (Patient)****Wie haben Sie den Fragebogen ausgefüllt? (iPOS)**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F10. Wie haben Sie den Fragebogen ausgefüllt?							
		Ich allein		Mit... <sup>1</sup>		Mit... <sup>2</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	2	66.7	1	33.3	3	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	2	66.7	1	33.3	3	100
verz. IG	S 2,2	0	0	3	75.0	1	25.0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	5	71.4	2	28.6	7	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	1	100	1	100

<sup>1</sup>Mit der Hilfe eines Angehörigen oder Freundes<sup>2</sup>Mit der Hilfe eines Mitarbeiters

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr er oder sie in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Schmerzen												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	2	15.4	3	23.1	5	38.5	1	7.7	1	7.7	1	7.7	13	100
	S 1,2	2	33.3	0	0	1	16.7	1	16.7	1	16.7	1	16.7	6	100
	Gesamt (S 1)	4	21.1	3	15.8	6	31.6	2	10.5	2	10.5	2	10.5	19	100
verz. IG	S 2,2	0	0	1	9.1	5	45.5	2	18.2	3	27.3	0	0	11	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	4	13.3	4	13.3	11	36.7	4	13.3	5	16.7	2	6.7	30	100
KG	S 2,1	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Schmerzen:

Schmerzen	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	13	92.9	6	100	11	91.7	3	100
Fehlend	1	7.1	0	0	1	8.3	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr er oder sie in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Schmerzen												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	3	23.1	5	38.5	3	23.1	1	7.7	1	7.7	0	0	13	100
	S 1,2	2	33.3	1	16.7	0	0	1	16.7	1	16.7	1	16.7	6	100
	Gesamt (S 1)	5	26.3	6	31.6	3	15.8	2	10.5	2	10.5	1	5.3	19	100
verz. IG	S 2,2	1	10.0	1	10.0	3	30.0	1	10.0	2	20.0	2	20.0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	6	20.7	7	24.1	6	20.7	3	10.3	4	13.8	3	10.3	29	100
KG	S 2,1	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr er oder sie in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Schmerzen												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	3	75.0	1	25.0	0	0	0	0	4	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	3	75.0	1	25.0	0	0	0	0	4	100
verz. IG	S 2,2	1	25.0	1	25.0	1	25.0	1	25.0	0	0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	12.5	1	12.5	4	50.0	2	25.0	0	0	0	0	8	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)

F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr er oder sie in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Atemnot												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	4	36.4	4	36.4	2	18.2	1	9.1	0	0	0	0	11	100
	S 1,2	4	66.7	1	16.7	0	0	1	16.7	0	0	0	0	6	100
	Gesamt (S 1)	8	47.1	5	29.4	2	11.8	2	11.8	0	0	0	0	17	100
verz. IG	S 2,2	5	45.5	2	18.2	2	18.2	0	0	2	18.2	0	0	11	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	13	46.4	7	25.0	4	14.3	2	7.1	2	7.1	0	0	28	100
KG	S 2,1	1	33.3	0	0	2	66.7	0	0	0	0	0	0	3	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Atemnot:

Atemnot	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	11	78.6	6	100	11	91.7	3	100
Fehlend	3	21.4	0	0	1	8.3	0	0



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr er oder sie in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Atemnot												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	6	46.2	3	23.1	3	23.1	1	7.7	0	0	0	0	13	100
	S 1,2	3	50.0	2	33.3	0	0	1	16.7	0	0	0	0	6	100
	Gesamt (S 1)	9	47.4	5	26.3	3	15.8	2	10.5	0	0	0	0	19	100
verz. IG	S 2,2	5	50.0	2	20.0	0	0	0	0	1	10.0	2	20.0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	14	48.3	7	24.1	3	10.3	2	6.9	1	3.4	2	6.9	29	100
KG	S 2,1	1	50.0	0	0	1	50.0	0	0	0	0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr er oder sie in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Atemnot												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	25.0	2	50.0	1	25.0	0	0	0	0	0	0	4	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	1	25.0	2	50.0	1	25.0	0	0	0	0	0	0	4	100
verz. IG	S 2,2	3	75.0	1	25.0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	4	50.0	3	37.5	1	12.5	0	0	0	0	0	0	8	100
KG	S 2,1	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr er oder sie in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Schwäche oder fehlende Energie												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	2	15.4	4	30.8	7	53.8	0	0	13	100
	S 1,2	1	16.7	0	0	2	33.3	1	16.7	2	33.3	0	0	6	100
	Gesamt (S 1)	1	5.3	0	0	4	21.1	5	26.3	9	47.4	0	0	19	100
verz. IG	S 2,2	0	0	1	9.1	0	0	5	45.5	5	45.5	0	0	11	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	3.3	1	3.3	4	13.3	10	33.3	14	46.7	0	0	30	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	1	33.3	1	33.3	1	33.3	3	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Schwäche oder fehlende Energie:

Schwäche oder fehlende Energie	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	13	92.9	6	100	11	91.7	3	100
Fehlend	1	7.1	0	0	1	8.3	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr er oder sie in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Schwäche oder fehlende Energie												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	1	7.7	1	7.7	6	46.2	4	30.8	1	7.7	13	100
	S 1,2	0	0	0	0	3	50.0	1	16.7	2	33.3	0	0	6	100
	Gesamt (S 1)	0	0	1	5.3	4	21.1	7	36.8	6	31.6	1	5.3	19	100
verz. IG	S 2,2	2	20.0	0	0	0	0	3	30.0	3	30.0	2	20.0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	2	6.9	1	3.4	4	13.8	10	34.5	9	31.0	3	10.3	29	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	1	50.0	0	0	1	50.0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr er oder sie in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Schwäche oder fehlende Energie												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	2	50.0	2	50.0	0	0	4	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	2	50.0	2	50.0	0	0	4	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	1	25.0	3	75.0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	3	37.5	5	62.5	0	0	8	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr er oder sie in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Übelkeit (das Gefühl erbrechen zu müssen)												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	8	61.5	4	30.8	1	7.7	0	0	0	0	0	0	13	100
	S 1,2	4	80.0	0	0	0	0	1	20.0	0	0	0	0	5	100
	Gesamt (S 1)	12	66.7	4	22.2	1	5.6	1	5.6	0	0	0	0	18	100
verz. IG	S 2,2	7	63.6	0	0	3	27.3	1	9.1	0	0	0	0	11	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	19	65.5	4	13.8	4	13.8	2	6.9	0	0	0	0	29	100
KG	S 2,1	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Übelkeit (das Gefühl erbrechen zu müssen):

Übelkeit (das Gefühl erbrechen zu müssen)	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	13	92.9	5	83.3	11	91.7	3	100
Fehlend	1	7.1	1	16.7	1	8.3	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr er oder sie in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Übelkeit (das Gefühl erbrechen zu müssen)												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	11	84.6	0	0	1	7.7	0	0	0	0	1	7.7	13	100
	S 1,2	5	83.3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	16.7	6	100
	Gesamt (S 1)	16	84.2	0	0	1	5.3	0	0	0	0	2	10.5	19	100
verz. IG	S 2,2	6	60.0	1	10.0	1	10.0	0	0	0	0	2	20.0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	22	75.9	1	3.4	2	6.9	0	0	0	0	4	13.8	29	100
KG	S 2,1	1	50.0	0	0	0	0	1	50.0	0	0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr er oder sie in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Übelkeit (das Gefühl erbrechen zu müssen)												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	2	50.0	2	50.0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	2	50.0	2	50.0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100
verz. IG	S 2,2	3	75.0	0	0	1	25.0	0	0	0	0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	5	62.5	2	25.0	1	12.5	0	0	0	0	0	0	8	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr er oder sie in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Erbrechen												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	13	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	100
	S 1,2	6	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	100
	Gesamt (S 1)	19	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	100
verz. IG	S 2,2	10	90.9	0	0	0	0	1	9.1	0	0	0	0	11	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	29	96.7	0	0	0	0	1	3.3	0	0	0	0	30	100
KG	S 2,1	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Erbrechen:

Erbrechen	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	13	92.9	6	100	11	91.7	3	100
Fehlend	1	7.1	0	0	1	8.3	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr er oder sie in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Erbrechen												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	13	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	100
	S 1,2	6	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	100
	Gesamt (S 1)	19	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	100
verz. IG	S 2,2	7	70.0	0	0	1	10.0	0	0	0	0	2	20.0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	26	89.7	0	0	1	3.4	0	0	0	0	2	6.9	29	100
KG	S 2,1	1	50.0	0	0	0	0	1	50.0	0	0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr er oder sie in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Erbrechen												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100
verz. IG	S 2,2	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	8	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr er oder sie in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Appetitlosigkeit												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	4	30.8	4	30.8	2	15.4	2	15.4	1	7.7	0	0	13	100
	S 1,2	2	33.3	0	0	3	50.0	1	16.7	0	0	0	0	6	100
	Gesamt (S 1)	6	31.6	4	21.1	5	26.3	3	15.8	1	5.3	0	0	19	100
verz. IG	S 2,2	5	45.5	1	9.1	0	0	3	27.3	2	18.2	0	0	11	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	11	36.7	5	16.7	5	16.7	6	20.0	3	10.0	0	0	30	100
KG	S 2,1	2	66.7	1	33.3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Appetitlosigkeit:

Appetitlosigkeit	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	13	92.9	6	100	11	91.7	3	100
Fehlend	1	7.1	0	0	1	8.3	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr er oder sie in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Appetitlosigkeit												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	4	36.4	2	18.2	4	36.4	1	9.1	0	0	0	0	11	100
	S 1,2	4	66.7	0	0	2	33.3	0	0	0	0	0	0	6	100
	Gesamt (S 1)	8	47.1	2	11.8	6	35.3	1	5.9	0	0	0	0	17	100
verz. IG	S 2,2	5	50.0	0	0	1	10.0	2	20.0	0	0	2	20.0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	13	48.1	2	7.4	7	25.9	3	11.1	0	0	2	7.4	27	100
KG	S 2,1	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Appetitlosigkeit:

Appetitlosigkeit	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	11	84.6	6	100	10	100	2	100
Fehlend	2	15.4	0	0	0	0	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr er oder sie in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Appetitlosigkeit												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	33.3	1	33.3	0	0	1	33.3	0	0	0	0	3	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	1	33.3	1	33.3	0	0	1	33.3	0	0	0	0	3	100
verz. IG	S 2,2	2	50.0	1	25.0	1	25.0	0	0	0	0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	3	42.9	2	28.6	1	14.3	1	14.3	0	0	0	0	7	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Appetitlosigkeit:

Appetitlosigkeit	IG		verz. IG		KG	
	S 1,1		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	3	75.0	4	100	1	100
Fehlend	1	25.0	0	0	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr er oder sie in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Verstopfung												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	4	33.3	2	16.7	3	25.0	2	16.7	1	8.3	0	0	12	100
	S 1,2	4	66.7	0	0	1	16.7	0	0	1	16.7	0	0	6	100
	Gesamt (S 1)	8	44.4	2	11.1	4	22.2	2	11.1	2	11.1	0	0	18	100
verz. IG	S 2,2	4	36.4	1	9.1	3	27.3	1	9.1	2	18.2	0	0	11	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	12	41.4	3	10.3	7	24.1	3	10.3	4	13.8	0	0	29	100
KG	S 2,1	2	66.7	0	0	0	0	1	33.3	0	0	0	0	3	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Verstopfung:

Verstopfung	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	12	85.7	6	100	11	91.7	3	100
Fehlend	2	14.3	0	0	1	8.3	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr er oder sie in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Verstopfung												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	3	23.1	2	15.4	4	30.8	2	15.4	2	15.4	0	0	13	100
	S 1,2	4	66.7	1	16.7	0	0	1	16.7	0	0	0	0	6	100
	Gesamt (S 1)	7	36.8	3	15.8	4	21.1	3	15.8	2	10.5	0	0	19	100
verz. IG	S 2,2	3	30.0	2	20.0	1	10.0	2	20.0	0	0	2	20.0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	10	34.5	5	17.2	5	17.2	5	17.2	2	6.9	2	6.9	29	100
KG	S 2,1	1	50.0	0	0	0	0	1	50.0	0	0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr er oder sie in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Verstopfung												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	2	50.0	0	0	2	50.0	0	0	0	0	0	0	4	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	2	50.0	0	0	2	50.0	0	0	0	0	0	0	4	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	3	75.0	1	25.0	0	0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	2	25.0	0	0	5	62.5	1	12.5	0	0	0	0	8	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)

F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr er oder sie in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	3	23.1	5	38.5	1	7.7	3	23.1	0	0	1	7.7	13	100
	S 1,2	2	40.0	0	0	1	20.0	1	20.0	1	20.0	0	0	5	100
	Gesamt (S 1)	5	27.8	5	27.8	2	11.1	4	22.2	1	5.6	1	5.6	18	100
verz. IG	S 2,2	5	50.0	2	20.0	0	0	1	10.0	2	20.0	0	0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	10	35.7	7	25.0	2	7.1	5	17.9	3	10.7	1	3.6	28	100
KG	S 2,1	1	33.3	0	0	1	33.3	1	33.3	0	0	0	0	3	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund:

Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	13	92.9	5	83.3	10	83.3	3	100
Fehlend	1	7.1	1	16.7	2	16.7	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr er oder sie in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	3	23.1	3	23.1	2	15.4	2	15.4	2	15.4	1	7.7	13	100
	S 1,2	2	33.3	1	16.7	1	16.7	1	16.7	0	0	1	16.7	6	100
	Gesamt (S 1)	5	26.3	4	21.1	3	15.8	3	15.8	2	10.5	2	10.5	19	100
verz. IG	S 2,2	5	50.0	1	10.0	0	0	0	0	2	20.0	2	20.0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	10	34.5	5	17.2	3	10.3	3	10.3	4	13.8	4	13.8	29	100
KG	S 2,1	0	0	1	50.0	0	0	0	0	1	50.0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr er oder sie in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund													
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	1	25.0	0	0	0	0	2	50.0	1	25.0	4	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	1	25.0	0	0	0	0	2	50.0	1	25.0	4	100
verz. IG	S 2,2	2	50.0	0	0	1	25.0	1	25.0	0	0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	2	25.0	1	12.5	1	12.5	1	12.5	2	25.0	1	12.5	8	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)

F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr er oder sie in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Schläfrigkeit												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	2	15.4	3	23.1	7	53.8	1	7.7	0	0	13	100
	S 1,2	1	16.7	1	16.7	1	16.7	0	0	3	50.0	0	0	6	100
	Gesamt (S 1)	1	5.3	3	15.8	4	21.1	7	36.8	4	21.1	0	0	19	100
verz. IG	S 2,2	1	9.1	0	0	3	27.3	4	36.4	3	27.3	0	0	11	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	2	6.7	3	10.0	7	23.3	11	36.7	7	23.3	0	0	30	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	3	100	0	0	0	0	3	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Schläfrigkeit:

Schläfrigkeit	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	13	92.9	6	100	11	91.7	3	100
Fehlend	1	7.1	0	0	1	8.3	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr er oder sie in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Schläfrigkeit												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	2	15.4	1	7.7	5	38.5	4	30.8	1	7.7	13	100
	S 1,2	0	0	1	16.7	3	50.0	1	16.7	1	16.7	0	0	6	100
	Gesamt (S 1)	0	0	3	15.8	4	21.1	6	31.6	5	26.3	1	5.3	19	100
verz. IG	S 2,2	1	10.0	0	0	6	60.0	2	20.0	0	0	1	10.0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	3.4	3	10.3	10	34.5	8	27.6	5	17.2	2	6.9	29	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	1	50.0	1	50.0	0	0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr er oder sie in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Schläfrigkeit												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	2	50.0	1	25.0	1	25.0	4	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	2	50.0	1	25.0	1	25.0	4	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	2	50.0	2	50.0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	4	50.0	3	37.5	1	12.5	8	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr er oder sie in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Eingeschränkte Mobilität												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	4	30.8	9	69.2	0	0	13	100
	S 1,2	0	0	0	0	1	16.7	1	16.7	4	66.7	0	0	6	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	1	5.3	5	26.3	13	68.4	0	0	19	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	1	9.1	2	18.2	8	72.7	0	0	11	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	2	6.7	7	23.3	21	70.0	0	0	30	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	2	66.7	0	0	1	33.3	3	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Eingeschränkte Mobilität:

Eingeschränkte Mobilität	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	13	92.9	6	100	11	91.7	3	100
Fehlend	1	7.1	0	0	1	8.3	0	0



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr er oder sie in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Eingeschränkte Mobilität												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	3	23.1	7	53.8	3	23.1	13	100
	S 1,2	0	0	1	16.7	0	0	1	16.7	4	66.7	0	0	6	100
	Gesamt (S 1)	0	0	1	5.3	0	0	4	21.1	11	57.9	3	15.8	19	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	3	30.0	6	60.0	1	10.0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	1	3.4	0	0	7	24.1	17	58.6	4	13.8	29	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr er oder sie in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Eingeschränkte Mobilität												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	1	25.0	2	50.0	1	25.0	4	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	1	25.0	2	50.0	1	25.0	4	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	1	12.5	6	75.0	1	12.5	8	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr er oder sie in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Eingeschränkte Mobilität												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	4	30.8	9	69.2	0	0	13	100
	S 1,2	0	0	0	0	1	16.7	1	16.7	4	66.7	0	0	6	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	1	5.3	5	26.3	13	68.4	0	0	19	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	1	9.1	2	18.2	8	72.7	0	0	11	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	2	6.7	7	23.3	21	70.0	0	0	30	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	2	66.7	0	0	1	33.3	3	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Eingeschränkte Mobilität:

Eingeschränkte Mobilität	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	13	92.9	6	100	11	91.7	3	100
Fehlend	1	7.1	0	0	1	8.3	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr er oder sie in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Eingeschränkte Mobilität												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	3	23.1	7	53.8	3	23.1	13	100
	S 1,2	0	0	1	16.7	0	0	1	16.7	4	66.7	0	0	6	100
	Gesamt (S 1)	0	0	1	5.3	0	0	4	21.1	11	57.9	3	15.8	19	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	3	30.0	6	60.0	1	10.0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	1	3.4	0	0	7	24.1	17	58.6	4	13.8	29	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F2: Bitte kreuzen Sie an, wie sehr er oder sie in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Eingeschränkte Mobilität												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	1	25.0	2	50.0	1	25.0	4	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	1	25.0	2	50.0	1	25.0	4	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	1	12.5	6	75.0	1	12.5	8	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****Beeinträchtigung der weiteren Symptome:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Beeinträchtigung der weiteren Symptome												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	3	18.8	4	25.0	9	56.3	0	0	16	100
	S 1,2	0	0	1	9.1	1	9.1	4	36.4	5	45.5	0	0	11	100
	Gesamt (S 1)	0	0	1	3.7	4	14.8	8	29.6	14	51.9	0	0	27	100
verz. IG	S 2,2	0	0	1	5.9	4	23.5	7	41.2	5	29.4	0	0	17	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	2	4.5	8	18.2	15	34.1	19	43.2	0	0	44	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	1	20.0	4	80.0	0	0	5	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Anmerkung: die Beeinträchtigung wird über alle weiteren Symptome dargestellt. Patienten können mehrfach auftreten.

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Beeinträchtigung der weiteren Symptome:

Beeinträchtigung der weiteren Symptome	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	16	94.1	11	100	17	100	5	100
Fehlend	1	5.9	0	0	0	0	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****Beeinträchtigung der weiteren Symptome:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Beeinträchtigung der weiteren Symptome												Gesamt	
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	1	5.9	4	23.5	7	41.2	5	29.4	0	0	17	100
	S 1,2	0	0	2	20.0	3	30.0	5	50.0	0	0	0	0	10	100
	Gesamt (S 1)	0	0	3	11.1	7	25.9	12	44.4	5	18.5	0	0	27	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	1	7.1	7	50.0	6	42.9	0	0	14	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	3	7.3	8	19.5	19	46.3	11	26.8	0	0	41	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	5	100	0	0	0	0	5	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Anmerkung: die Beeinträchtigung wird über alle weiteren Symptome dargestellt. Patienten können mehrfach auftreten.

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Beeinträchtigung der weiteren Symptome:

Beeinträchtigung der weiteren Symptome	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	17	89.5	10	100	14	100	5	100
Fehlend	2	10.5	0	0	0	0	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****Beeinträchtigung der weiteren Symptome:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Beeinträchtigung der weiteren Symptome													
		Gar nicht		Ein wenig		Mäßig		Stark		Extrem Stark		Nicht... <sup>1</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	1	20.0	4	80.0	0	0	5	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	1	20.0	4	80.0	0	0	5	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	2	40.0	1	20.0	2	40.0	0	0	5	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	2	20.0	2	20.0	6	60.0	0	0	10	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	2	66.7	1	33.3	0	0	3	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Anmerkung: die Beeinträchtigung wird über alle weiteren Symptome dargestellt. Patienten können mehrfach auftreten.



## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)

## F3. In den letzten 3 Tagen:

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F3. War er oder sie wegen seiner oder ihrer Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?												Gesamt	
		Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	7.7	0	0	7	53.8	4	30.8	0	0	1	7.7	13	100
	S 1,2	1	20.0	0	0	2	40.0	0	0	1	20.0	1	20.0	5	100
	Gesamt (S 1)	2	11.1	0	0	9	50.0	4	22.2	1	5.6	2	11.1	18	100
verz. IG	S 2,2	2	16.7	1	8.3	3	25.0	3	25.0	3	25.0	0	0	12	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	4	13.3	1	3.3	12	40.0	7	23.3	4	13.3	2	6.7	30	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100	0	0	3	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für F3. War er oder sie wegen seiner oder ihrer Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?:

F3. War er oder sie wegen seiner oder ihrer Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	13	92.9	5	83.3	12	100	3	100
Fehlend	1	7.1	1	16.7	0	0	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F3. In den letzten 3 Tagen:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F3. War er oder sie wegen seiner oder ihrer Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?												Gesamt	
		Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	2	15.4	3	23.1	5	38.5	2	15.4	1	7.7	0	0	13	100
	S 1,2	3	50.0	0	0	1	16.7	1	16.7	1	16.7	0	0	6	100
	Gesamt (S 1)	5	26.3	3	15.8	6	31.6	3	15.8	2	10.5	0	0	19	100
verz. IG	S 2,2	1	10.0	1	10.0	3	30.0	2	20.0	0	0	3	30.0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	6	20.7	4	13.8	9	31.0	5	17.2	2	6.9	3	10.3	29	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	1	50.0	0	0	0	0	1	50.0	2	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F3. In den letzten 3 Tagen:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F3. War er oder sie wegen seiner oder ihrer Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?												Gesamt	
		Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	25.0	0	0	1	25.0	1	25.0	0	0	1	25.0	4	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	1	25.0	0	0	1	25.0	1	25.0	0	0	1	25.0	4	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	2	50.0	1	25.0	1	25.0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	12.5	0	0	3	37.5	2	25.0	1	12.5	1	12.5	8	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)

## F4. In den letzten 3 Tagen:

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F4. Waren die Familie oder Freunde seinetwegen oder ihretwegen besorgt oder beunruhigt?												Gesamt	
		Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	7.7	1	7.7	3	23.1	3	23.1	5	38.5	0	0	13	100
	S 1,2	0	0	1	16.7	2	33.3	1	16.7	2	33.3	0	0	6	100
	Gesamt (S 1)	1	5.3	2	10.5	5	26.3	4	21.1	7	36.8	0	0	19	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	2	16.7	10	83.3	0	0	12	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	3.2	2	6.5	5	16.1	6	19.4	17	54.8	0	0	31	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100	0	0	3	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für F4. Waren die Familie oder Freunde seinetwegen oder ihretwegen besorgt oder beunruhigt?:

F4. Waren die Familie oder Freunde seinetwegen oder ihretwegen besorgt oder beunruhigt?	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	13	92.9	6	100	12	100	3	100
Fehlend	1	7.1	0	0	0	0	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F4. In den letzten 3 Tagen:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F4. Waren die Familie oder Freunde seinetwegen oder ihretwegen besorgt oder beunruhigt?												Gesamt	
		Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	7.7	0	0	5	38.5	2	15.4	5	38.5	0	0	13	100
	S 1,2	1	16.7	1	16.7	2	33.3	0	0	2	33.3	0	0	6	100
	Gesamt (S 1)	2	10.5	1	5.3	7	36.8	2	10.5	7	36.8	0	0	19	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	5	50.0	5	50.0	0	0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	2	6.9	1	3.4	7	24.1	7	24.1	12	41.4	0	0	29	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	1	50.0	1	50.0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F4. In den letzten 3 Tagen:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F4. Waren die Familie oder Freunde seinetwegen oder ihretwegen besorgt oder beunruhigt?												Gesamt	
		Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	2	66.7	0	0	1	33.3	0	0	3	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	2	66.7	0	0	1	33.3	0	0	3	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	1	25.0	2	50.0	1	25.0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	3	42.9	2	28.6	2	28.6	0	0	7	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für F4. Waren die Familie oder Freunde seinetwegen oder ihretwegen besorgt oder beunruhigt?:

F4. Waren die Familie oder Freunde seinetwegen oder ihretwegen besorgt oder beunruhigt?	IG		verz. IG		KG	
	S 1,1		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	3	75.0	4	100	1	100
Fehlend	1	25.0	0	0	0	0

## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)

## F5. In den letzten 3 Tagen:

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F5. Denken Sie, dass er oder sie traurig bedrückt war?													
		Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Nicht... <sup>1</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	1	7.7	1	7.7	4	30.8	5	38.5	2	15.4	0	0	13	100
	S 1,2	1	16.7	0	0	4	66.7	0	0	1	16.7	0	0	6	100
	Gesamt (S 1)	2	10.5	1	5.3	8	42.1	5	26.3	3	15.8	0	0	19	100
verz. IG	S 2,2	2	16.7	1	8.3	4	33.3	3	25.0	2	16.7	0	0	12	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	4	12.9	2	6.5	12	38.7	8	25.8	5	16.1	0	0	31	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	1	33.3	0	0	1	33.3	1	33.3	3	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für F5. Denken Sie, dass er oder sie traurig bedrückt war?:

F5. Denken Sie, dass er oder sie traurig bedrückt war?	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	13	92.9	6	100	12	100	3	100
Fehlend	1	7.1	0	0	0	0	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F5. In den letzten 3 Tagen:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F5. Denken Sie, dass er oder sie traurig bedrückt war?												Gesamt	
		Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	7.7	2	15.4	7	53.8	2	15.4	1	7.7	0	0	13	100
	S 1,2	1	16.7	1	16.7	1	16.7	1	16.7	1	16.7	1	16.7	6	100
	Gesamt (S 1)	2	10.5	3	15.8	8	42.1	3	15.8	2	10.5	1	5.3	19	100
verz. IG	S 2,2	0	0	1	10.0	5	50.0	2	20.0	1	10.0	1	10.0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	2	6.9	4	13.8	13	44.8	5	17.2	3	10.3	2	6.9	29	100
KG	S 2,1	0	0	1	50.0	1	50.0	0	0	0	0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F5. In den letzten 3 Tagen:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F5. Denken Sie, dass er oder sie traurig bedrückt war?												Gesamt	
		Gar nicht		Selten		Manchmal		Meistens		Immer		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	1	25.0	3	75.0	0	0	0	0	0	0	4	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	1	25.0	3	75.0	0	0	0	0	0	0	4	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	3	75.0	0	0	1	25.0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	1	12.5	6	75.0	0	0	1	12.5	0	0	8	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)

## F6. In den letzten 3 Tagen:

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F6. Denken Sie, dass er oder sie im Frieden mit sich selbst war?												Gesamt	
		Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	7.7	6	46.2	1	7.7	0	0	3	23.1	2	15.4	13	100
	S 1,2	2	33.3	3	50.0	0	0	0	0	0	0	1	16.7	6	100
	Gesamt (S 1)	3	15.8	9	47.4	1	5.3	0	0	3	15.8	3	15.8	19	100
verz. IG	S 2,2	1	9.1	4	36.4	3	27.3	2	18.2	0	0	1	9.1	11	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	4	13.3	13	43.3	4	13.3	2	6.7	3	10.0	4	13.3	30	100
KG	S 2,1	1	33.3	0	0	1	33.3	0	0	0	0	1	33.3	3	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für F6. Denken Sie, dass er oder sie im Frieden mit sich selbst war?:

F6. Denken Sie, dass er oder sie im Frieden mit sich selbst war?	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	13	92.9	6	100	11	91.7	3	100
Fehlend	1	7.1	0	0	1	8.3	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F6. In den letzten 3 Tagen:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F6. Denken Sie, dass er oder sie im Frieden mit sich selbst war?												Gesamt	
		Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	7.7	7	53.8	2	15.4	1	7.7	1	7.7	1	7.7	13	100
	S 1,2	1	16.7	3	50.0	1	16.7	0	0	0	0	1	16.7	6	100
	Gesamt (S 1)	2	10.5	10	52.6	3	15.8	1	5.3	1	5.3	2	10.5	19	100
verz. IG	S 2,2	0	0	7	70.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0	0	0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	2	6.9	17	58.6	4	13.8	2	6.9	2	6.9	2	6.9	29	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	1	50.0	0	0	1	50.0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F6. In den letzten 3 Tagen:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F6. Denken Sie, dass er oder sie im Frieden mit sich selbst war?												Gesamt	
		Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	2	50.0	1	25.0	1	25.0	0	0	0	0	4	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	2	50.0	1	25.0	1	25.0	0	0	0	0	4	100
verz. IG	S 2,2	0	0	2	50.0	1	25.0	0	0	1	25.0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	4	50.0	2	25.0	1	12.5	1	12.5	0	0	8	100
KG	S 2,1	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F7. In den letzten 3 Tagen:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F7. Konnte er oder sie seine oder ihre Gefühle mit Angehörigen oder Freunden teilen, so viel wie er oder sie wollte?												Gesamt	
		Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	3	23.1	2	15.4	3	23.1	2	15.4	2	15.4	1	7.7	13	100
	S 1,2	0	0	1	16.7	1	16.7	2	33.3	0	0	2	33.3	6	100
	Gesamt (S 1)	3	15.8	3	15.8	4	21.1	4	21.1	2	10.5	3	15.8	19	100
verz. IG	S 2,2	3	27.3	4	36.4	2	18.2	2	18.2	0	0	0	0	11	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	6	20.0	7	23.3	6	20.0	6	20.0	2	6.7	3	10.0	30	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	2	66.7	1	33.3	0	0	3	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F7. In den letzten 3 Tagen:**

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für F7. Konnte er oder sie seine oder ihre Gefühle mit Angehörigen oder Freunden teilen, so viel wie er oder sie wollte?:

	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1	S 1,2	S 2,2	S 2,1				
<b>F7. Konnte er oder sie seine oder ihre Gefühle mit Angehörigen oder Freunden teilen, so viel wie er oder sie wollte?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nicht-Fehlend	13	92.9	6	100	11	91.7	3	100
Fehlend	1	7.1	0	0	1	8.3	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F7. In den letzten 3 Tagen:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F7. Konnte er oder sie seine oder ihre Gefühle mit Angehörigen oder Freunden teilen, so viel wie er oder sie wollte?												Gesamt	
		Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	6	46.2	1	7.7	0	0	3	23.1	3	23.1	0	0	13	100
	S 1,2	2	33.3	1	16.7	2	33.3	1	16.7	0	0	0	0	6	100
	Gesamt (S 1)	8	42.1	2	10.5	2	10.5	4	21.1	3	15.8	0	0	19	100
verz. IG	S 2,2	2	20.0	4	40.0	3	30.0	1	10.0	0	0	0	0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	10	34.5	6	20.7	5	17.2	5	17.2	3	10.3	0	0	29	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	1	50.0	0	0	1	50.0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F7. In den letzten 3 Tagen:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F7. Konnte er oder sie seine oder ihre Gefühle mit Angehörigen oder Freunden teilen, so viel wie er oder sie wollte?													
		Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Nicht... <sup>1</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	3	75.0	0	0	0	0	0	0	1	25.0	0	0	4	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	3	75.0	0	0	0	0	0	0	1	25.0	0	0	4	100
verz. IG	S 2,2	1	25.0	2	50.0	1	25.0	0	0	0	0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	4	50.0	2	25.0	1	12.5	0	0	1	12.5	0	0	8	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)



## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.1 Einzelitems - iPOS

## Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)

## F8. In den letzten 3 Tagen:

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F8. Hat er oder sie so viele Informationen erhalten, wie er oder sie wollte?												Gesamt	
		Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	5	38.5	4	30.8	0	0	0	0	1	7.7	3	23.1	13	100
	S 1,2	3	50.0	0	0	2	33.3	0	0	0	0	1	16.7	6	100
	Gesamt (S 1)	8	42.1	4	21.1	2	10.5	0	0	1	5.3	4	21.1	19	100
verz. IG	S 2,2	6	54.5	5	45.5	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	14	46.7	9	30.0	2	6.7	0	0	1	3.3	4	13.3	30	100
KG	S 2,1	2	66.7	1	33.3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für F8. Hat er oder sie so viele Informationen erhalten, wie er oder sie wollte?:

F8. Hat er oder sie so viele Informationen erhalten, wie er oder sie wollte?	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	13	92.9	6	100	11	91.7	3	100
Fehlend	1	7.1	0	0	1	8.3	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F8. In den letzten 3 Tagen:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F8. Hat er oder sie so viele Informationen erhalten, wie er oder sie wollte?												Gesamt	
		Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	8	61.5	2	15.4	1	7.7	0	0	2	15.4	0	0	13	100
	S 1,2	2	33.3	3	50.0	0	0	0	0	0	0	1	16.7	6	100
	Gesamt (S 1)	10	52.6	5	26.3	1	5.3	0	0	2	10.5	1	5.3	19	100
verz. IG	S 2,2	4	40.0	5	50.0	1	10.0	0	0	0	0	0	0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	14	48.3	10	34.5	2	6.9	0	0	2	6.9	1	3.4	29	100
KG	S 2,1	1	50.0	1	50.0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F8. In den letzten 3 Tagen:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F8. Hat er oder sie so viele Informationen erhalten, wie er oder sie wollte?												Gesamt	
		Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Gar nicht		Nicht... <sup>1</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100
verz. IG	S 2,2	3	75.0	1	25.0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	7	87.5	1	12.5	0	0	0	0	0	0	0	0	8	100
KG	S 2,1	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100

<sup>1</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F9. In den letzten 3 Tagen:**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge seiner/ihrer Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?												Gesamt	
		Probleme... <sup>1</sup>		Probleme... <sup>2</sup>		Probleme... <sup>3</sup>		Probleme... <sup>4</sup>		Probleme... <sup>5</sup>		Nicht... <sup>6</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	5	38.5	4	30.8	2	15.4	0	0	0	0	2	15.4	13	100
	S 1,2	3	50.0	2	33.3	0	0	0	0	0	0	1	16.7	6	100
	Gesamt (S 1)	8	42.1	6	31.6	2	10.5	0	0	0	0	3	15.8	19	100
verz. IG	S 2,2	6	54.5	5	45.5	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	14	46.7	11	36.7	2	6.7	0	0	0	0	3	10.0	30	100
KG	S 2,1	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100

<sup>1</sup>Probleme angegangen/ Keine Probleme<sup>2</sup>Probleme größtenteils angegangen<sup>3</sup>Probleme teilweise angegangen<sup>4</sup>Probleme kaum angegangen<sup>5</sup>Probleme nicht angegangen<sup>6</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F9. In den letzten 3 Tagen:**

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge seiner/ihrer Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?:

	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1	S 1,2	S 2,2	S 2,1				
<b>F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge seiner/ihrer Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nicht-Fehlend	13	92.9	6	100	11	91.7	3	100
Fehlend	1	7.1	0	0	1	8.3	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F9. In den letzten 3 Tagen:**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge seiner/ihrer Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?													
		Probleme... <sup>1</sup>		Probleme... <sup>2</sup>		Probleme... <sup>3</sup>		Probleme... <sup>4</sup>		Probleme... <sup>5</sup>		Nicht... <sup>6</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	6	50.0	3	25.0	2	16.7	0	0	1	8.3	0	0	12	100
	S 1,2	4	66.7	0	0	1	16.7	0	0	0	0	1	16.7	6	100
	Gesamt (S 1)	10	55.6	3	16.7	3	16.7	0	0	1	5.6	1	5.6	18	100
verz. IG	S 2,2	6	60.0	3	30.0	0	0	0	0	0	0	1	10.0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	16	57.1	6	21.4	3	10.7	0	0	1	3.6	2	7.1	28	100
KG	S 2,1	1	50.0	1	50.0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Probleme angegangen/ Keine Probleme<sup>2</sup>Probleme größtenteils angegangen<sup>3</sup>Probleme teilweise angegangen<sup>4</sup>Probleme kaum angegangen<sup>5</sup>Probleme nicht angegangen<sup>6</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F9. In den letzten 3 Tagen:**

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge seiner/ihrer Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?:

	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1	S 1,2	S 2,2	S 2,1				
<b>F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge seiner/ihrer Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nicht-Fehlend	12	92.3	6	100	10	100	2	100
Fehlend	1	7.7	0	0	0	0	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.1 Einzelitems - iPOS****Tabelle 5.1.4: Einzelitems - iPOS (Angehörige)****F9. In den letzten 3 Tagen:**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge seiner/ihrer Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?													
		Probleme... <sup>1</sup>		Probleme... <sup>2</sup>		Probleme... <sup>3</sup>		Probleme... <sup>4</sup>		Probleme... <sup>5</sup>		Nicht... <sup>6</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100
verz. IG	S 2,2	2	50.0	2	50.0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	6	75.0	2	25.0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	100
KG	S 2,1	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100

<sup>1</sup>Probleme angegangen/ Keine Probleme<sup>2</sup>Probleme größtenteils angegangen<sup>3</sup>Probleme teilweise angegangen<sup>4</sup>Probleme kaum angegangen<sup>5</sup>Probleme nicht angegangen<sup>6</sup>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 5.2.1.1: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Körperliche Symptome**

tR - Rekrutierung:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Körperliche Symptome								
		N	N(fehlernd)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	2	2	14.0	0.0	14	14.0	14.0	14.0	14
	S 1,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1)	2	2	14.0	0.0	14	14.0	14.0	14.0	14
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	2	2	14.0	0.0	14	14.0	14.0	14.0	14
KG	S 2,1	3	1	13.3	4.0	11	11.0	11.0	18.0	18

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 5.2.1.1: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Körperliche Symptome**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Körperliche Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	19	4	16.3	4.4	6	13.0	17.0	20.0	25
	S 1,2	17	1	16.8	4.7	7	14.0	17.0	20.0	24
	Gesamt (S 1)	36	5	16.5	4.5	6	13.5	17.0	20.0	25
verz. IG	S 2,2	10	5	13.9	3.8	10	11.0	13.5	15.0	23
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	46	10	16.0	4.4	6	13.0	15.0	20.0	25
KG	S 2,1	9	0	13.9	2.8	10	12.0	14.0	15.0	18

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 5.2.1.1: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Körperliche Symptome**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Körperliche Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	18	4	16.5	3.4	11	15.0	16.5	18.0	25
	S 1,2	13	2	14.2	3.3	8	13.0	14.0	16.0	20
	Gesamt (S 1)	31	6	15.5	3.5	8	13.0	15.0	18.0	25
verz. IG	S 2,2	12	3	14.8	3.2	10	12.5	14.5	17.0	21
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	43	9	15.3	3.4	8	13.0	15.0	18.0	25
KG	S 2,1	9	0	15.1	6.1	7	12.0	15.0	17.0	28

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 5.2.1.1: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Körperliche Symptome**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Körperliche Symptome								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	4	2	17.3	4.6	11	14.0	18.0	20.5	22
	S 1,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1)	4	2	17.3	4.6	11	14.0	18.0	20.5	22
verz. IG	S 2,2	4	0	11.5	2.1	9	10.0	11.5	13.0	14
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	8	2	14.4	4.5	9	11.0	13.0	18.0	22
KG	S 2,1	2	0	15.0	1.4	14	14.0	15.0	16.0	16

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 5.2.1.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung**

Eventweise:

iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)	tV		t2		t21	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG
	N = 36	N = 9	N = 31	N = 9	N = 4	N = 2
N(fehlernd)	5	0	6	0	2	0
Mittelwert	16.5	13.9	15.5	15.1	17.3	15.0
STD	4.5	2.8	3.5	6.1	4.6	1.4
Min	6	10	8	7	11	14
Q1	13.5	12.0	13.0	12.0	14.0	14.0
Median	17.0	14.0	15.0	15.0	18.0	15.0
Q3	20.0	15.0	18.0	17.0	20.5	16.0
Max	25	18	25	28	22	16
Änderung zu tV	-	-	N = 28	N = 8	N = 2	N = 2
N(fehlernd)			9	1	4	0
Mittelwert			-0.8	0.1	0.0	2.5
STD			3.1	5.6	2.8	0.7
Min			-7	-9	-2	2
Q1			-3.0	-4.0	-2.0	2.0
Median			-1.0	1.0	0.0	2.5
Q3			0.0	4.0	2.0	3.0
Max			6	8	2	3

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 5.2.1.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung**

Eventweise - Complete Cases:

iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 28	N = 8	N = 28	N = 8
N(fehlernd)	0	0	0	0
Mittelwert	16.4	13.4	15.6	13.5
STD	4.2	2.5	3.6	4.0
Min	7	10	8	7
Q1	13.5	11.5	13.0	10.5
Median	16.5	13.5	15.5	14.5
Q3	19.5	14.5	18.0	16.0
Max	25	18	25	19
Änderung zu tV	-	-	N = 28	N = 8
N(fehlernd)			0	0
Mittelwert			-0.8	0.1
STD			3.1	5.6
Min			-7	-9
Q1			-3.0	-4.0
Median			-1.0	1.0
Q3			0.0	4.0
Max			6	8

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 5.2.1.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung**

Patientenweise (erstes Event):

iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)	tV		t2		t21	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG
	N = 30	N = 9	N = 25	N = 9	N = 4	N = 2
N(fehrend)	5	0	6	0	2	0
Mittelwert	16.9	13.9	16.0	15.1	17.3	15.0
STD	4.8	2.8	3.7	6.1	4.6	1.4
Min	6	10	8	7	11	14
Q1	13.0	12.0	14.0	12.0	14.0	14.0
Median	17.5	14.0	16.0	15.0	18.0	15.0
Q3	20.0	15.0	18.0	17.0	20.5	16.0
Max	25	18	25	28	22	16
Änderung zu tV	-	-	N = 22	N = 8	N = 2	N = 2
N(fehrend)			9	1	4	0
Mittelwert			-0.8	0.1	0.0	2.5
STD			3.4	5.6	2.8	0.7
Min			-7	-9	-2	2
Q1			-3.0	-4.0	-2.0	2.0
Median			-1.0	1.0	0.0	2.5
Q3			0.0	4.0	2.0	3.0
Max			6	8	2	3

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 5.2.1.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung**

Patientenweise - Complete Cases (erstes Event):

iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 22	N = 8	N = 22	N = 8
N(fehlend)	0	0	0	0
Mittelwert	16.8	13.4	16.0	13.5
STD	4.6	2.5	4.0	4.0
Min	7	10	8	7
Q1	13.0	11.5	12.0	10.5
Median	17.0	13.5	16.5	14.5
Q3	20.0	14.5	19.0	16.0
Max	25	18	25	19
Änderung zu tV	-	-	N = 22	N = 8
N(fehlend)			0	0
Mittelwert			-0.8	0.1
STD			3.4	5.6
Min			-7	-9
Q1			-3.0	-4.0
Median			-1.0	1.0
Q3			0.0	4.0
Max			6	8



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 5.2.1.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale:	Vergleichsgruppe	IG	28	-0.748	-2.333	0.836	0.336
Körperliche Symptome (Professionelle)		KG	8	0.141	-2.716	2.999	0.919

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 5.2.1.3: Statistische Analyse der Intervention**

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)	-0.890	-4.157	2.378	0.576

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 5.2.1.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG**

Eventweise:

iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)	tV		t2		t21	
	IG + verz. IG	KG	IG + verz. IG	KG	IG + verz. IG	KG
	N = 46	N = 9	N = 43	N = 9	N = 8	N = 2
N(fehrend)	10	0	9	0	2	0
Mittelwert	16.0	13.9	15.3	15.1	14.4	15.0
STD	4.4	2.8	3.4	6.1	4.5	1.4
Min	6	10	8	7	9	14
Q1	13.0	12.0	13.0	12.0	11.0	14.0
Median	15.0	14.0	15.0	15.0	13.0	15.0
Q3	20.0	15.0	18.0	17.0	18.0	16.0
Max	25	18	25	28	22	16
Änderung zu tV	-	-	N = 38	N = 8	N = 5	N = 2
N(fehrend)			14	1	5	0
Mittelwert			-0.5	0.1	-1.6	2.5
STD			3.4	5.6	2.5	0.7
Min			-7	-9	-5	2
Q1			-3.0	-4.0	-2.0	2.0
Median			-0.5	1.0	-2.0	2.5
Q3			1.0	4.0	-1.0	3.0
Max			8	8	2	3

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 5.2.1.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG**

Eventweise - Complete Cases:

iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)	tV		t2	
	IG + verz. IG	KG	IG + verz. IG	KG
	N = 38	N = 8	N = 38	N = 8
N(fehlernd)	0	0	0	0
Mittelwert	15.7	13.4	15.2	13.5
STD	4.2	2.5	3.4	4.0
Min	7	10	8	7
Q1	13.0	11.5	13.0	10.5
Median	15.0	13.5	15.0	14.5
Q3	19.0	14.5	18.0	16.0
Max	25	18	25	19
Änderung zu tV	-	-	N = 38	N = 8
N(fehlernd)			0	0
Mittelwert			-0.5	0.1
STD			3.4	5.6
Min			-7	-9
Q1			-3.0	-4.0
Median			-0.5	1.0
Q3			1.0	4.0
Max			8	8

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 5.2.1.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG**

Patientenweise (erstes Event):

iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)	tV		t2		t21	
	IG + verz. IG	KG	IG + verz. IG	KG	IG + verz. IG	KG
	N = 40	N = 9	N = 37	N = 9	N = 8	N = 2
N(fehrend)	10	0	9	0	2	0
Mittelwert	16.2	13.9	15.6	15.1	14.4	15.0
STD	4.7	2.8	3.6	6.1	4.5	1.4
Min	6	10	8	7	9	14
Q1	13.0	12.0	13.0	12.0	11.0	14.0
Median	16.5	14.0	16.0	15.0	13.0	15.0
Q3	20.0	15.0	18.0	17.0	18.0	16.0
Max	25	18	25	28	22	16
Änderung zu tV	-	-	N = 32	N = 8	N = 5	N = 2
N(fehrend)			14	1	5	0
Mittelwert			-0.4	0.1	-1.6	2.5
STD			3.6	5.6	2.5	0.7
Min			-7	-9	-5	2
Q1			-3.0	-4.0	-2.0	2.0
Median			-1.0	1.0	-2.0	2.5
Q3			1.5	4.0	-1.0	3.0
Max			8	8	2	3

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 5.2.1.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG**

Patientenweise - Complete Cases (erstes Event):

iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)	tV		t2	
	IG + verz. IG	KG	IG + verz. IG	KG
	N = 32	N = 8	N = 32	N = 8
N(fehlernd)	0	0	0	0
Mittelwert	15.9	13.4	15.5	13.5
STD	4.5	2.5	3.7	4.0
Min	7	10	8	7
Q1	13.0	11.5	12.0	10.5
Median	15.5	13.5	16.0	14.5
Q3	19.5	14.5	18.0	16.0
Max	25	18	25	19
Änderung zu tV	-	-	N = 32	N = 8
N(fehlernd)			0	0
Mittelwert			-0.4	0.1
STD			3.6	5.6
Min			-7	-9
Q1			-3.0	-4.0
Median			-1.0	1.0
Q3			1.5	4.0
Max			8	8

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 5.2.1.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale:	Vergleichsgruppe	IG + verz. IG	38	-0.498	-1.784	0.787	0.433
Körperliche Symptome (Professionelle)		KG	8	0.121	-2.667	2.908	0.930

Unterschiede IG + verz. IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)	-0.619	-3.684	2.446	0.682

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 5.2.1.5: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)	Vergleichsgruppe	IG	15	-0.067	-2.564	2.430	0.953
		KG	8	0.125	-3.294	3.544	0.936

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)	-0.192	-4.426	4.042	0.921



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 5.2.1.6: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Körperliche Symptome								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	12	2	15.2	4.4	6	13.0	15.0	19.5	20
	S 1,2	8	1	14.8	4.6	7	11.5	15.5	18.0	21
	Gesamt (S 1)	20	3	15.0	4.4	6	13.0	15.0	19.0	21
verz. IG	S 2,2	6	1	12.5	2.6	10	10.0	12.0	15.0	16
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	26	4	14.4	4.1	6	11.0	15.0	17.0	21
KG	S 2,1	9	0	13.9	2.8	10	12.0	14.0	15.0	18

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 5.2.1.6: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Körperliche Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	13	1	15.5	2.8	11	14.0	15.0	17.0	20
	S 1,2	7	1	13.3	3.8	8	11.0	13.0	16.0	20
	Gesamt (S 1)	20	2	14.7	3.3	8	12.0	15.0	16.5	20
verz. IG	S 2,2	7	0	15.1	2.0	12	14.0	15.0	17.0	18
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	27	2	14.8	3.0	8	12.0	15.0	17.0	20
KG	S 2,1	9	0	15.1	6.1	7	12.0	15.0	17.0	28

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 5.2.1.6: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale:	Vergleichsgruppe	IG + verz. IG	24	0.000	-1.785	1.785	1.000
Körperliche Symptome (Professionelle)		KG	8	0.125	-2.966	3.216	0.932

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)	-0.125	-3.695	3.445	0.941

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 5.2.1.7: Altersadjustierte statistische Analyse der Intervention**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale:	Vergleichsgruppe	IG	28	-0.264	-1.790	1.261	0.720
Körperliche Symptome (Professionelle)		KG	8	-1.396	-4.168	1.377	0.304

		<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale:	iPOS Subscale: Körperliche Symptome (tV)	-0.574	-0.903	-0.245	0.002
Körperliche Symptome (Professionelle)	Alter [Jahre] zu Beginn der Versorgung	-0.046	-0.133	0.042	0.288

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)	1.131	-2.123	4.386	0.475

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 5.2.1.8: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)	Vergleichsgruppe	IG + verz. IG	38	-0.251	-1.328	0.826	0.635
		KG	8	-1.047	-3.462	1.368	0.380

		<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)	iPOS Subscale: Körperliche Symptome (tV)	-0.581	-0.844	-0.317	<.001
	Alter [Jahre] zu Beginn der Versorgung	-0.013	-0.093	0.067	0.746

Unterschiede IG + verz. IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)	0.796	-1.882	3.474	0.546

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 5.2.1.9: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)	Vergleichsgruppe	IG	15	1.103	-1.258	3.464	0.306
		KG	8	-2.068	-5.503	1.367	0.198

		<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)	iPOS Subscale: Körperliche Symptome (tV)	-0.841	-1.443	-0.239	0.013
	Alter [Jahre] zu Beginn der Versorgung	-0.084	-0.233	0.065	0.223

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)	3.171	-1.351	7.694	0.141

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 5.2.1.10: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)	Vergleichsgruppe	IG + verz. IG	24	0.318	-1.164	1.799	0.651
		KG	8	-0.828	-3.471	1.815	0.510

		<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)	iPOS Subscale: Körperliche Symptome (tV)	-0.733	-1.107	-0.359	<.001
	Alter [Jahre] zu Beginn der Versorgung	-0.038	-0.177	0.102	0.572

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)	1.146	-1.950	4.241	0.438

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 5.2.3.1: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme**

tR - Rekrutierung:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme								
		N	N(fehlernd)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	2	2	2.5	0.7	2	2.0	2.5	3.0	3
	S 1,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1)	2	2	2.5	0.7	2	2.0	2.5	3.0	3
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	2	2	2.5	0.7	2	2.0	2.5	3.0	3
KG	S 2,1	3	1	7.0	3.0	4	4.0	7.0	10.0	10



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 5.2.3.1: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	15	8	10.1	2.9	3	8.0	10.0	13.0	14
	S 1,2	14	4	9.6	2.0	6	8.0	9.0	11.0	14
	Gesamt (S 1)	29	12	9.9	2.5	3	8.0	10.0	11.0	14
verz. IG	S 2,2	10	5	10.6	4.6	1	10.0	11.5	13.0	16
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	39	17	10.1	3.1	1	8.0	10.0	12.0	16
KG	S 2,1	8	1	10.5	4.2	4	6.5	12.5	14.0	14

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 5.2.3.1: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	16	6	8.4	3.7	1	6.5	8.0	11.0	14
	S 1,2	12	3	7.8	2.7	3	6.5	7.5	9.5	12
	Gesamt (S 1)	28	9	8.1	3.3	1	6.5	8.0	10.0	14
verz. IG	S 2,2	9	6	9.2	3.3	6	6.0	8.0	12.0	15
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	37	15	8.4	3.3	1	6.0	8.0	11.0	15
KG	S 2,1	8	1	11.3	3.0	7	8.5	12.0	14.0	14

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 5.2.3.1: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	5	1	4.6	1.1	3	4.0	5.0	5.0	6
	S 1,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1)	5	1	4.6	1.1	3	4.0	5.0	5.0	6
verz. IG	S 2,2	3	1	9.0	2.0	7	7.0	9.0	11.0	11
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	8	2	6.3	2.7	3	4.5	5.5	8.0	11
KG	S 2,1	2	0	9.5	2.1	8	8.0	9.5	11.0	11

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 5.2.3.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung**

Eventweise:

iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)	tV		t2		t21	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG
	N = 29	N = 8	N = 28	N = 8	N = 5	N = 2
N(fehrend)	12	1	9	1	1	0
Mittelwert	9.9	10.5	8.1	11.3	4.6	9.5
STD	2.5	4.2	3.3	3.0	1.1	2.1
Min	3	4	1	7	3	8
Q1	8.0	6.5	6.5	8.5	4.0	8.0
Median	10.0	12.5	8.0	12.0	5.0	9.5
Q3	11.0	14.0	10.0	14.0	5.0	11.0
Max	14	14	14	14	6	11
Änderung zu tV	-	-	N = 21	N = 7	N = 4	N = 2
N(fehrend)			16	2	2	0
Mittelwert			-1.7	-0.6	-5.0	0.0
STD			2.6	1.9	3.9	4.2
Min			-7	-3	-9	-3
Q1			-4.0	-3.0	-8.0	-3.0
Median			-1.0	0.0	-5.5	0.0
Q3			0.0	1.0	-2.0	3.0
Max			2	2	0	3

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 5.2.3.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung**

Eventweise - Complete Cases:

iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 21	N = 7	N = 21	N = 7
N(fehlernd)	0	0	0	0
Mittelwert	9.9	11.4	8.1	10.9
STD	2.6	3.6	2.7	3.0
Min	3	5	3	7
Q1	8.0	8.0	7.0	7.0
Median	9.0	13.0	8.0	11.0
Q3	12.0	14.0	10.0	14.0
Max	14	14	13	14
Änderung zu tV	-	-	N = 21	N = 7
N(fehlernd)			0	0
Mittelwert			-1.7	-0.6
STD			2.6	1.9
Min			-7	-3
Q1			-4.0	-3.0
Median			-1.0	0.0
Q3			0.0	1.0
Max			2	2

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 5.2.3.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung**

Patientenweise (erstes Event):

iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)	tV		t2		t21	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG
	N = 23	N = 8	N = 22	N = 8	N = 5	N = 2
N(fehlernd)	12	1	9	1	1	0
Mittelwert	10.1	10.5	7.9	11.3	4.6	9.5
STD	2.7	4.2	3.6	3.0	1.1	2.1
Min	3	4	1	7	3	8
Q1	8.0	6.5	6.0	8.5	4.0	8.0
Median	10.0	12.5	7.5	12.0	5.0	9.5
Q3	12.0	14.0	10.0	14.0	5.0	11.0
Max	14	14	14	14	6	11
Änderung zu tV	-	-	N = 15	N = 7	N = 4	N = 2
N(fehlernd)			16	2	2	0
Mittelwert			-2.4	-0.6	-5.0	0.0
STD			2.6	1.9	3.9	4.2
Min			-7	-3	-9	-3
Q1			-5.0	-3.0	-8.0	-3.0
Median			-2.0	0.0	-5.5	0.0
Q3			0.0	1.0	-2.0	3.0
Max			1	2	0	3

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 5.2.3.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung**

Patientenweise - Complete Cases (erstes Event):

iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 15	N = 7	N = 15	N = 7
N(fehlend)	0	0	0	0
Mittelwert	10.3	11.4	7.9	10.9
STD	2.9	3.6	3.1	3.0
Min	3	5	3	7
Q1	8.0	8.0	6.0	7.0
Median	11.0	13.0	7.0	11.0
Q3	13.0	14.0	10.0	14.0
Max	14	14	13	14
Änderung zu tV	-	-	N = 15	N = 7
N(fehlend)			0	0
Mittelwert			-2.4	-0.6
STD			2.6	1.9
Min			-7	-3
Q1			-5.0	-3.0
Median			-2.0	0.0
Q3			0.0	1.0
Max			1	2

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 5.2.3.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale:	Vergleichsgruppe	IG	21	-1.731	-2.923	-0.539	0.007
Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)		KG	7	-0.569	-2.587	1.448	0.558



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 5.2.3.3: Statistische Analyse der Intervention**

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)	-1.161	-3.504	1.182	0.309

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 5.2.3.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG**

Eventweise:

iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)	tV		t2		t21	
	IG + verz. IG	KG	IG + verz. IG	KG	IG + verz. IG	KG
	N = 39	N = 8	N = 37	N = 8	N = 8	N = 2
N(fehlernd)	17	1	15	1	2	0
Mittelwert	10.1	10.5	8.4	11.3	6.3	9.5
STD	3.1	4.2	3.3	3.0	2.7	2.1
Min	1	4	1	7	3	8
Q1	8.0	6.5	6.0	8.5	4.5	8.0
Median	10.0	12.5	8.0	12.0	5.5	9.5
Q3	12.0	14.0	11.0	14.0	8.0	11.0
Max	16	14	15	14	11	11
Änderung zu tV	-	-	N = 30	N = 7	N = 6	N = 2
N(fehlernd)			22	2	4	0
Mittelwert			-1.4	-0.6	-4.7	0.0
STD			3.7	1.9	3.1	4.2
Min			-7	-3	-9	-3
Q1			-4.0	-3.0	-7.0	-3.0
Median			-1.5	0.0	-4.5	0.0
Q3			0.0	1.0	-3.0	3.0
Max			10	2	0	3

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 5.2.3.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG**

Eventweise - Complete Cases:

iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)	tV		t2	
	IG + verz. IG	KG	IG + verz. IG	KG
	N = 30	N = 7	N = 30	N = 7
N(fehlernd)	0	0	0	0
Mittelwert	9.9	11.4	8.5	10.9
STD	3.2	3.6	2.9	3.0
Min	1	5	3	7
Q1	8.0	8.0	7.0	7.0
Median	10.0	13.0	8.0	11.0
Q3	12.0	14.0	11.0	14.0
Max	16	14	15	14
Änderung zu tV	-	-	N = 30	N = 7
N(fehlernd)			0	0
Mittelwert			-1.4	-0.6
STD			3.7	1.9
Min			-7	-3
Q1			-4.0	-3.0
Median			-1.5	0.0
Q3			0.0	1.0
Max			10	2

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 5.2.3.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG**

Patientenweise (erstes Event):

iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)	tV		t2		t21	
	IG + verz. IG	KG	IG + verz. IG	KG	IG + verz. IG	KG
	N = 33	N = 8	N = 31	N = 8	N = 8	N = 2
N(fehlernd)	17	1	15	1	2	0
Mittelwert	10.3	10.5	8.3	11.3	6.3	9.5
STD	3.3	4.2	3.5	3.0	2.7	2.1
Min	1	4	1	7	3	8
Q1	9.0	6.5	6.0	8.5	4.5	8.0
Median	11.0	12.5	8.0	12.0	5.5	9.5
Q3	12.0	14.0	12.0	14.0	8.0	11.0
Max	16	14	15	14	11	11
Änderung zu tV	-	-	N = 24	N = 7	N = 6	N = 2
N(fehlernd)			22	2	4	0
Mittelwert			-1.8	-0.6	-4.7	0.0
STD			4.0	1.9	3.1	4.2
Min			-7	-3	-9	-3
Q1			-4.5	-3.0	-7.0	-3.0
Median			-2.5	0.0	-4.5	0.0
Q3			0.0	1.0	-3.0	3.0
Max			10	2	0	3

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 5.2.3.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG**

Patientenweise - Complete Cases (erstes Event):

iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)	tV		t2	
	IG + verz. IG	KG	IG + verz. IG	KG
	N = 24	N = 7	N = 24	N = 7
N(fehrend)	0	0	0	0
Mittelwert	10.2	11.4	8.4	10.9
STD	3.5	3.6	3.2	3.0
Min	1	5	3	7
Q1	8.5	8.0	6.0	7.0
Median	11.0	13.0	7.5	11.0
Q3	12.5	14.0	11.5	14.0
Max	16	14	15	14
Änderung zu tV	-	-	N = 24	N = 7
N(fehrend)			0	0
Mittelwert			-1.8	-0.6
STD			4.0	1.9
Min			-7	-3
Q1			-4.5	-3.0
Median			-2.5	0.0
Q3			0.0	1.0
Max			10	2

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 5.2.3.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale:	Vergleichsgruppe	IG + verz. IG	30	-1.479	-3.183	0.224	0.085
Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)		KG	7	-0.055	-3.130	3.021	0.971

Unterschiede IG + verz. IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)	-1.425	-4.848	1.999	0.397

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 5.2.3.5: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale:	Vergleichsgruppe	IG	11	-1.455	-3.129	0.220	0.081
Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)		KG	7	-0.571	-2.671	1.528	0.553

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)	-0.883	-3.568	1.802	0.476

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 5.2.3.6: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	8	6	10.9	2.4	8	8.5	11.0	13.0	14
	S 1,2	8	1	10.1	2.0	8	8.5	10.0	11.0	14
	Gesamt (S 1)	16	7	10.5	2.2	8	8.5	10.5	12.5	14
verz. IG	S 2,2	5	2	11.8	2.5	10	10.0	11.0	12.0	16
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	21	9	10.8	2.3	8	9.0	11.0	12.0	16
KG	S 2,1	8	1	10.5	4.2	4	6.5	12.5	14.0	14



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 5.2.3.6: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	11	3	7.9	2.9	1	7.0	8.0	10.0	12
	S 1,2	7	1	8.0	1.4	6	7.0	8.0	9.0	10
	Gesamt (S 1)	18	4	7.9	2.4	1	7.0	8.0	10.0	12
verz. IG	S 2,2	5	2	8.4	3.3	6	6.0	6.0	12.0	12
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	23	6	8.0	2.5	1	6.0	8.0	10.0	12
KG	S 2,1	8	1	11.3	3.0	7	8.5	12.0	14.0	14

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 5.2.3.6: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale:	Vergleichsgruppe	IG + verz. IG	19	-2.287	-3.511	-1.064	0.001
Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)		KG	7	-0.518	-2.501	1.465	0.582

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)	-1.770	-4.091	0.552	0.124

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 5.2.3.7: Altersadjustierte statistische Analyse der Intervention**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale:	Vergleichsgruppe	IG	21	-1.848	-2.865	-0.832	0.002
Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)		KG	7	-0.202	-1.954	1.550	0.808

		<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale:	iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (tV)	-0.505	-0.833	-0.178	0.005
Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)	Alter [Jahre] zu Beginn der Versorgung	-0.078	-0.149	-0.006	0.036

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)	-1.646	-3.694	0.402	0.107

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 5.2.3.8: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale:	Vergleichsgruppe	IG + verz. IG	30	-1.482	-2.797	-0.168	0.029
Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)		KG	7	-0.131	-2.544	2.282	0.911

		<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale:	iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (tV)	-0.641	-0.908	-0.375	<.001
Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)	Alter [Jahre] zu Beginn der Versorgung	-0.089	-0.168	-0.010	0.029

Unterschiede IG + verz. IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)	-1.351	-4.050	1.348	0.308

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 5.2.3.9: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale:	Vergleichsgruppe	IG	11	-1.574	-2.928	-0.220	0.029
Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)		KG	7	-0.383	-2.092	1.325	0.612

		<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale:	iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (tV)	-0.462	-0.823	-0.100	0.019
Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)	Alter [Jahre] zu Beginn der Versorgung	-0.100	-0.178	-0.021	0.020

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)	-1.191	-3.401	1.019	0.243

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.2 iPOS Subscales (Professionelle)****5.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 5.2.3.10: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale:	Vergleichsgruppe	IG + verz. IG	19	-1.999	-3.192	-0.806	0.004
Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)		KG	7	-0.615	-2.458	1.229	0.478

		<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale:	iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (tV)	-0.548	-0.824	-0.272	0.001
Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)	Alter [Jahre] zu Beginn der Versorgung	-0.086	-0.169	-0.003	0.044

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)	-1.384	-3.572	0.803	0.191

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.3 iPOS Subscales (Patient)****5.3.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 5.3.2.3: Sensitivitätsanalyse der intraindividuellen Veränderung (Patient mit imputierten Daten der Angehörigen)**

Eventweise - Complete Cases:

iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Patient)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 17	N = 4	N = 17	N = 4
N(fehlernd)	0	0	0	0
Mittelwert	1.4	1.8	1.1	2.3
STD	1.5	1.5	1.2	2.1
Min	0	0	0	0
Q1	0.0	0.5	0.0	1.0
Median	1.0	2.0	1.0	2.0
Q3	3.0	3.0	2.0	3.5
Max	4	3	4	5
Änderung zu tV	-	-	N = 17	N = 4
N(fehlernd)			0	0
Mittelwert			-0.3	0.5
STD			0.9	3.0
Min			-3	-1
Q1			-1.0	-1.0
Median			0.0	-1.0
Q3			0.0	2.0
Max			1	5

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.3 iPOS Subscales (Patient)****5.3.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 5.3.2.3: Sensitivitätsanalyse der intraindividuellen Veränderung (Patient mit imputierten Daten der Angehörigen)**

Patientenweise - Complete Cases (erstes Event):

iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Patient)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 17	N = 4	N = 17	N = 4
N(fehlend)	0	0	0	0
Mittelwert	1.4	1.8	1.1	2.3
STD	1.5	1.5	1.2	2.1
Min	0	0	0	0
Q1	0.0	0.5	0.0	1.0
Median	1.0	2.0	1.0	2.0
Q3	3.0	3.0	2.0	3.5
Max	4	3	4	5
Änderung zu tV	-	-	N = 17	N = 4
N(fehlend)			0	0
Mittelwert			-0.3	0.5
STD			0.9	3.0
Min			-3	-1
Q1			-1.0	-1.0
Median			0.0	-1.0
Q3			0.0	2.0
Max			1	5



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.3 iPOS Subscales (Patient)****5.3.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 5.3.2.3: Sensitivitätsanalyse der intraindividuellen Veränderung (Patient mit imputierten Daten der Angehörigen)**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale:	Vergleichsgruppe	IG	17	-0.294	-1.083	0.495	0.426
Gastrointestinale Symptome (Patient)		KG	4	0.500	-1.127	2.127	0.509

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.1 Quality of Life****Tabelle 5.5.1.1: Deskriptive Statistiken - Quality of Life**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie war Ihre Lebensqualität in den letzten 2 Tagen?								
		N	N(fehrend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	9	3	3.4	2.1	1	2.0	3.0	5.0	6
	S 1,2	5	0	2.2	0.8	1	2.0	2.0	3.0	3
	Gesamt (S 1)	14	3	3.0	1.8	1	2.0	2.5	5.0	6
verz. IG	S 2,2	9	2	3.1	2.6	0	1.0	2.0	5.0	7
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	23	5	3.0	2.1	0	1.0	2.0	5.0	7
KG	S 2,1	5	1	3.8	2.6	0	3.0	4.0	5.0	7

Anmerkung: 0 - schlechteste vorstellbare Lebensqualität, ..., 10 - beste vorstellbare Lebensqualität

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.1 Quality of Life****Tabelle 5.5.1.1: Deskriptive Statistiken - Quality of Life**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie war Ihre Lebensqualität in den letzten 2 Tagen?								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	10	0	3.8	2.0	2	2.0	3.0	5.0	8
	S 1,2	3	0	4.0	3.6	1	1.0	3.0	8.0	8
	Gesamt (S 1)	13	0	3.8	2.3	1	2.0	3.0	5.0	8
verz. IG	S 2,2	7	0	2.9	2.4	0	1.0	2.0	5.0	7
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	20	0	3.5	2.3	0	2.0	3.0	5.0	8
KG	S 2,1	5	1	3.8	1.1	3	3.0	3.0	5.0	5

Anmerkung: 0 - schlechteste vorstellbare Lebensqualität, ..., 10 - beste vorstellbare Lebensqualität

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.1 Quality of Life****Tabelle 5.5.1.1: Deskriptive Statistiken - Quality of Life**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie war Ihre Lebensqualität in den letzten 2 Tagen?								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	3	0	3.7	2.5	1	1.0	4.0	6.0	6
	S 1,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1)	3	0	3.7	2.5	1	1.0	4.0	6.0	6
verz. IG	S 2,2	4	0	4.3	1.3	3	3.5	4.0	5.0	6
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	7	0	4.0	1.7	1	3.0	4.0	6.0	6
KG	S 2,1	1	0	6.0	-	6	6.0	6.0	6.0	6

Anmerkung: 0 - schlechteste vorstellbare Lebensqualität, ..., 10 - beste vorstellbare Lebensqualität

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.1 Quality of Life****Tabelle 5.5.1.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung**

Eventweise:

Quality of Life	tV		t2		t21	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG
	N = 14	N = 5	N = 13	N = 5	N = 3	N = 1
N(fehlend)	3	1	0	1	0	0
Mittelwert	3.0	3.8	3.8	3.8	3.7	6.0
STD	1.8	2.6	2.3	1.1	2.5	-
Min	1	0	1	3	1	6
Q1	2.0	3.0	2.0	3.0	1.0	6.0
Median	2.5	4.0	3.0	3.0	4.0	6.0
Q3	5.0	5.0	5.0	5.0	6.0	6.0
Max	6	7	8	5	6	6
Änderung zu tV	-	-	N = 11	N = 4	N = 3	N = 1
N(fehlend)			2	2	0	0
Mittelwert			0.2	0.3	-1.7	1.0
STD			2.1	3.1	2.5	-
Min			-3	-4	-4	1
Q1			-1.0	-2.0	-4.0	1.0
Median			0.0	1.0	-2.0	1.0
Q3			1.0	2.5	1.0	1.0
Max			5	3	1	1

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.1 Quality of Life****Tabelle 5.5.1.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung**

Eventweise - Complete Cases:

Quality of Life	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 11	N = 4	N = 11	N = 4
N(fehlernd)	0	0	0	0
Mittelwert	3.3	3.8	3.5	4.0
STD	1.9	3.0	2.1	1.2
Min	1	0	1	3
Q1	2.0	1.5	2.0	3.0
Median	3.0	4.0	3.0	4.0
Q3	5.0	6.0	5.0	5.0
Max	6	7	8	5
Änderung zu tV	-	-	N = 11	N = 4
N(fehlernd)			0	0
Mittelwert			0.2	0.3
STD			2.1	3.1
Min			-3	-4
Q1			-1.0	-2.0
Median			0.0	1.0
Q3			1.0	2.5
Max			5	3

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.1 Quality of Life****Tabelle 5.5.1.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung**

Patientenweise (erstes Event):

Quality of Life	tV		t2		t21	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG
	N = 13	N = 5	N = 13	N = 5	N = 3	N = 1
N(fehrend)	2	1	0	1	0	0
Mittelwert	3.0	3.8	3.8	3.8	3.7	6.0
STD	1.9	2.6	2.3	1.1	2.5	-
Min	1	0	1	3	1	6
Q1	2.0	3.0	2.0	3.0	1.0	6.0
Median	2.0	4.0	3.0	3.0	4.0	6.0
Q3	5.0	5.0	5.0	5.0	6.0	6.0
Max	6	7	8	5	6	6
Änderung zu tV	-	-	N = 11	N = 4	N = 3	N = 1
N(fehrend)			2	2	0	0
Mittelwert			0.2	0.3	-1.7	1.0
STD			2.1	3.1	2.5	-
Min			-3	-4	-4	1
Q1			-1.0	-2.0	-4.0	1.0
Median			0.0	1.0	-2.0	1.0
Q3			1.0	2.5	1.0	1.0
Max			5	3	1	1

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.1 Quality of Life****Tabelle 5.5.1.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung**

Patientenweise - Complete Cases (erstes Event):

Quality of Life	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 11	N = 4	N = 11	N = 4
N(fehlend)	0	0	0	0
Mittelwert	3.3	3.8	3.5	4.0
STD	1.9	3.0	2.1	1.2
Min	1	0	1	3
Q1	2.0	1.5	2.0	3.0
Median	3.0	4.0	3.0	4.0
Q3	5.0	6.0	5.0	5.0
Max	6	7	8	5
Änderung zu tV	-	-	N = 11	N = 4
N(fehlend)			0	0
Mittelwert			0.2	0.3
STD			2.1	3.1
Min			-3	-4
Q1			-1.0	-2.0
Median			0.0	1.0
Q3			1.0	2.5
Max			5	3



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.1 Quality of Life****Tabelle 5.5.1.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Quality of Life	Vergleichsgruppe	IG	11	0.354	-2.324	3.032	0.702
		KG	4	0.045	-4.557	4.648	0.977

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.1 Quality of Life****Tabelle 5.5.1.3: Statistische Analyse der Intervention**

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Quality of Life	0.309	-5.016	5.633	0.865

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.1 Quality of Life****Tabelle 5.5.1.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG**

Eventweise:

Quality of Life	tV		t2		t21	
	IG + verz. IG	KG	IG + verz. IG	KG	IG + verz. IG	KG
	N = 23	N = 5	N = 20	N = 5	N = 7	N = 1
N(fehrend)	5	1	0	1	0	0
Mittelwert	3.0	3.8	3.5	3.8	4.0	6.0
STD	2.1	2.6	2.3	1.1	1.7	-
Min	0	0	0	3	1	6
Q1	1.0	3.0	2.0	3.0	3.0	6.0
Median	2.0	4.0	3.0	3.0	4.0	6.0
Q3	5.0	5.0	5.0	5.0	6.0	6.0
Max	7	7	8	5	6	6
Änderung zu tV	-	-	N = 17	N = 4	N = 6	N = 1
N(fehrend)			3	2	1	0
Mittelwert			0.1	0.3	-0.3	1.0
STD			1.9	3.1	2.7	-
Min			-3	-4	-4	1
Q1			-1.0	-2.0	-2.0	1.0
Median			0.0	1.0	-0.5	1.0
Q3			1.0	2.5	1.0	1.0
Max			5	3	4	1

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.1 Quality of Life****Tabelle 5.5.1.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG**

Eventweise - Complete Cases:

Quality of Life	tV		t2	
	IG + verz. IG	KG	IG + verz. IG	KG
	N = 17	N = 4	N = 17	N = 4
N(fehlend)	0	0	0	0
Mittelwert	3.2	3.8	3.2	4.0
STD	2.1	3.0	2.2	1.2
Min	0	0	0	3
Q1	2.0	1.5	2.0	3.0
Median	3.0	4.0	3.0	4.0
Q3	5.0	6.0	5.0	5.0
Max	7	7	8	5
Änderung zu tV	-	-	N = 17	N = 4
N(fehlend)			0	0
Mittelwert			0.1	0.3
STD			1.9	3.1
Min			-3	-4
Q1			-1.0	-2.0
Median			0.0	1.0
Q3			1.0	2.5
Max			5	3

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.1 Quality of Life****Tabelle 5.5.1.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG**

Patientenweise (erstes Event):

Quality of Life	tV		t2		t21	
	IG + verz. IG	KG	IG + verz. IG	KG	IG + verz. IG	KG
	N = 22	N = 5	N = 20	N = 5	N = 7	N = 1
N(fehlernd)	4	1	0	1	0	0
Mittelwert	3.0	3.8	3.5	3.8	4.0	6.0
STD	2.1	2.6	2.3	1.1	1.7	-
Min	0	0	0	3	1	6
Q1	1.0	3.0	2.0	3.0	3.0	6.0
Median	2.0	4.0	3.0	3.0	4.0	6.0
Q3	5.0	5.0	5.0	5.0	6.0	6.0
Max	7	7	8	5	6	6
Änderung zu tV	-	-	N = 17	N = 4	N = 6	N = 1
N(fehlernd)			3	2	1	0
Mittelwert			0.1	0.3	-0.3	1.0
STD			1.9	3.1	2.7	-
Min			-3	-4	-4	1
Q1			-1.0	-2.0	-2.0	1.0
Median			0.0	1.0	-0.5	1.0
Q3			1.0	2.5	1.0	1.0
Max			5	3	4	1

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.1 Quality of Life****Tabelle 5.5.1.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG**

Patientenweise - Complete Cases (erstes Event):

Quality of Life	tV		t2	
	IG + verz. IG	KG	IG + verz. IG	KG
	N = 17	N = 4	N = 17	N = 4
N(fehlend)	0	0	0	0
Mittelwert	3.2	3.8	3.2	4.0
STD	2.1	3.0	2.2	1.2
Min	0	0	0	3
Q1	2.0	1.5	2.0	3.0
Median	3.0	4.0	3.0	4.0
Q3	5.0	6.0	5.0	5.0
Max	7	7	8	5
Änderung zu tV	-	-	N = 17	N = 4
N(fehlend)			0	0
Mittelwert			0.1	0.3
STD			1.9	3.1
Min			-3	-4
Q1			-1.0	-2.0
Median			0.0	1.0
Q3			1.0	2.5
Max			5	3

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.1 Quality of Life****Tabelle 5.5.1.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Quality of Life	Vergleichsgruppe	IG + verz. IG	17	0.147	-1.323	1.618	0.814
		KG	4	0.050	-2.756	2.855	0.967

Unterschiede IG + verz. IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Quality of Life	0.098	-2.923	3.119	0.940

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.1 Quality of Life****Tabelle 5.5.1.5: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Quality of Life	Vergleichsgruppe	IG	8	-0.278	-3.265	2.709	0.786
		KG	4	0.056	-4.168	4.280	0.969

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Quality of Life	-0.334	-5.508	4.839	0.850



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.1 Quality of Life****Tabelle 5.5.1.6: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie war Ihre Lebensqualität in den letzten 2 Tagen?								
		N	N(fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	6	2	3.8	1.7	2	2.0	4.0	5.0	6
	S 1,2	2	0	2.0	0.0	2	2.0	2.0	2.0	2
	Gesamt (S 1)	8	2	3.4	1.7	2	2.0	2.5	5.0	6
verz. IG	S 2,2	5	2	3.4	3.4	0	1.0	2.0	7.0	7
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	13	4	3.4	2.3	0	2.0	2.0	5.0	7
KG	S 2,1	5	1	3.8	2.6	0	3.0	4.0	5.0	7

Anmerkung: 0 - schlechteste vorstellbare Lebensqualität, ..., 10 - beste vorstellbare Lebensqualität

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.1 Quality of Life****Tabelle 5.5.1.6: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie war Ihre Lebensqualität in den letzten 2 Tagen?								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	7	0	3.9	2.1	2	2.0	3.0	5.0	8
	S 1,2	2	0	2.0	1.4	1	1.0	2.0	3.0	3
	Gesamt (S 1)	9	0	3.4	2.1	1	2.0	3.0	4.0	8
verz. IG	S 2,2	3	0	4.0	2.6	2	2.0	3.0	7.0	7
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	12	0	3.6	2.1	1	2.0	3.0	4.5	8
KG	S 2,1	5	1	3.8	1.1	3	3.0	3.0	5.0	5

Anmerkung: 0 - schlechteste vorstellbare Lebensqualität, ..., 10 - beste vorstellbare Lebensqualität

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.1 Quality of Life****Tabelle 5.5.1.6: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Quality of Life	Vergleichsgruppe	IG + verz. IG	9	-0.439	-3.722	2.845	0.623
		KG	4	0.055	-5.216	5.325	0.969

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Quality of Life	-0.493	-6.703	5.716	0.765

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.1 Quality of Life****Tabelle 5.5.1.7: Altersadjustierte statistische Analyse der Intervention**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Quality of Life	Vergleichsgruppe	IG	11	0.183	-3.346	3.711	0.845
		KG	4	0.499	-5.697	6.695	0.762

		<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Quality of Life	Alter [Jahre] zu Beginn der Versorgung	0.057	-0.167	0.280	0.390

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Quality of Life	-0.316	-7.595	6.962	0.869

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.1 Quality of Life****Tabelle 5.5.1.8: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Quality of Life	Vergleichsgruppe	IG + verz. IG	17	0.030	-1.486	1.546	0.961
		KG	4	0.342	-2.520	3.205	0.771

		<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Quality of Life	Alter [Jahre] zu Beginn der Versorgung	0.076	-0.040	0.193	0.152

Unterschiede IG + verz. IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Quality of Life	-0.312	-3.407	2.783	0.806

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.1 Quality of Life****Tabelle 5.5.1.9: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Quality of Life	Vergleichsgruppe	IG	8	-0.390	-4.440	3.659	0.718
		KG	4	0.309	-5.520	6.138	0.841

		<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Quality of Life	Alter [Jahre] zu Beginn der Versorgung	0.039	-0.190	0.268	0.539

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Quality of Life	-0.699	-7.916	6.517	0.717

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.1 Quality of Life****Tabelle 5.5.1.10: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Quality of Life	Vergleichsgruppe	IG + verz. IG	9	-0.507	-10.185	9.172	0.626
		KG	4	0.305	-15.342	15.953	0.845

		<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Quality of Life	Alter [Jahre] zu Beginn der Versorgung	0.032	-0.914	0.978	0.741

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Quality of Life	-0.812	-19.731	18.107	0.682

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.2 Gesundheit****Tabelle 5.5.2.1: Deskriptive Statistiken - Gesundheitszustand**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie war Ihre Gesundheit in den letzten 2 Tagen?								
		N	N(fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	9	3	4.1	2.7	1	2.0	5.0	6.0	8
	S 1,2	5	0	2.0	1.0	1	1.0	2.0	3.0	3
	Gesamt (S 1)	14	3	3.4	2.4	1	1.0	2.5	5.0	8
verz. IG	S 2,2	10	1	2.7	2.6	1	1.0	1.5	3.0	8
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	24	4	3.1	2.5	1	1.0	2.0	5.0	8
KG	S 2,1	5	1	3.4	2.1	0	3.0	4.0	5.0	5

Anmerkung: 0 - schlechtester vorstellbarer Gesundheitszustand, ..., 10 - bester vorstellbarer Gesundheitszustand



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.2 Gesundheit****Tabelle 5.5.2.1: Deskriptive Statistiken - Gesundheitszustand**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie war Ihre Gesundheit in den letzten 2 Tagen?								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	10	0	3.1	1.4	1	2.0	3.0	4.0	5
	S 1,2	3	0	4.3	4.0	0	0.0	5.0	8.0	8
	Gesamt (S 1)	13	0	3.4	2.1	0	2.0	3.0	5.0	8
verz. IG	S 2,2	7	0	2.7	2.6	0	1.0	2.0	3.0	8
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	20	0	3.2	2.2	0	2.0	3.0	4.5	8
KG	S 2,1	5	1	3.4	1.1	2	3.0	3.0	4.0	5

Anmerkung: 0 - schlechtester vorstellbarer Gesundheitszustand, ..., 10 - bester vorstellbarer Gesundheitszustand

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.2 Gesundheit****Tabelle 5.5.2.1: Deskriptive Statistiken - Gesundheitszustand**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie war Ihre Gesundheit in den letzten 2 Tagen?								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	3	0	3.3	2.5	1	1.0	3.0	6.0	6
	S 1,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1)	3	0	3.3	2.5	1	1.0	3.0	6.0	6
verz. IG	S 2,2	4	0	4.8	2.2	2	3.0	5.0	6.5	7
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	7	0	4.1	2.3	1	2.0	4.0	6.0	7
KG	S 2,1	1	0	5.0	-	5	5.0	5.0	5.0	5

Anmerkung: 0 - schlechtester vorstellbarer Gesundheitszustand, ..., 10 - bester vorstellbarer Gesundheitszustand

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.2 Gesundheit****Tabelle 5.5.2.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung**

Eventweise:

Gesundheitszustand	tV		t2		t21	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG
	N = 14	N = 5	N = 13	N = 5	N = 3	N = 1
N(fehlend)	3	1	0	1	0	0
Mittelwert	3.4	3.4	3.4	3.4	3.3	5.0
STD	2.4	2.1	2.1	1.1	2.5	-
Min	1	0	0	2	1	5
Q1	1.0	3.0	2.0	3.0	1.0	5.0
Median	2.5	4.0	3.0	3.0	3.0	5.0
Q3	5.0	5.0	5.0	4.0	6.0	5.0
Max	8	5	8	5	6	5
Änderung zu tV	-	-	N = 11	N = 4	N = 3	N = 1
N(fehlend)			2	2	0	0
Mittelwert			-0.1	0.0	-1.3	0.0
STD			2.6	1.4	4.6	-
Min			-4	-1	-4	0
Q1			-2.0	-1.0	-4.0	0.0
Median			0.0	-0.5	-4.0	0.0
Q3			2.0	1.0	4.0	0.0
Max			5	2	4	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.2 Gesundheit****Tabelle 5.5.2.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung**

Eventweise - Complete Cases:

Gesundheitszustand	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 11	N = 4	N = 11	N = 4
N(fehlend)	0	0	0	0
Mittelwert	3.4	3.5	3.3	3.5
STD	2.1	2.4	2.2	1.3
Min	1	0	0	2
Q1	2.0	2.0	2.0	2.5
Median	3.0	4.5	3.0	3.5
Q3	5.0	5.0	5.0	4.5
Max	7	5	8	5
Änderung zu tV	-	-	N = 11	N = 4
N(fehlend)			0	0
Mittelwert			-0.1	0.0
STD			2.6	1.4
Min			-4	-1
Q1			-2.0	-1.0
Median			0.0	-0.5
Q3			2.0	1.0
Max			5	2

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.2 Gesundheit****Tabelle 5.5.2.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung**

Patientenweise (erstes Event):

Gesundheitszustand	tV		t2		t21	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG
	N = 13	N = 5	N = 13	N = 5	N = 3	N = 1
N(fehrend)	2	1	0	1	0	0
Mittelwert	3.5	3.4	3.4	3.4	3.3	5.0
STD	2.4	2.1	2.1	1.1	2.5	-
Min	1	0	0	2	1	5
Q1	2.0	3.0	2.0	3.0	1.0	5.0
Median	3.0	4.0	3.0	3.0	3.0	5.0
Q3	5.0	5.0	5.0	4.0	6.0	5.0
Max	8	5	8	5	6	5
Änderung zu tV	-	-	N = 11	N = 4	N = 3	N = 1
N(fehrend)			2	2	0	0
Mittelwert			-0.1	0.0	-1.3	0.0
STD			2.6	1.4	4.6	-
Min			-4	-1	-4	0
Q1			-2.0	-1.0	-4.0	0.0
Median			0.0	-0.5	-4.0	0.0
Q3			2.0	1.0	4.0	0.0
Max			5	2	4	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.2 Gesundheit****Tabelle 5.5.2.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung**

Patientenweise - Complete Cases (erstes Event):

Gesundheitszustand	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 11	N = 4	N = 11	N = 4
N(fehlernd)	0	0	0	0
Mittelwert	3.4	3.5	3.3	3.5
STD	2.1	2.4	2.2	1.3
Min	1	0	0	2
Q1	2.0	2.0	2.0	2.5
Median	3.0	4.5	3.0	3.5
Q3	5.0	5.0	5.0	4.5
Max	7	5	8	5
Änderung zu tV	-	-	N = 11	N = 4
N(fehlernd)			0	0
Mittelwert			-0.1	0.0
STD			2.6	1.4
Min			-4	-1
Q1			-2.0	-1.0
Median			0.0	-0.5
Q3			2.0	1.0
Max			5	2

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.2 Gesundheit****Tabelle 5.5.2.2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Gesundheitszustand	Vergleichsgruppe	IG	11	0.335	-2.189	2.859	0.701
		KG	4	0.130	-4.201	4.462	0.930

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.2 Gesundheit****Tabelle 5.5.2.3: Statistische Analyse der Intervention**

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Gesundheitszustand	0.205	-4.808	5.218	0.905



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.2 Gesundheit****Tabelle 5.5.2.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG**

Eventweise:

Gesundheitszustand	tV		t2		t21	
	IG + verz. IG	KG	IG + verz. IG	KG	IG + verz. IG	KG
	N = 24	N = 5	N = 20	N = 5	N = 7	N = 1
N(fehrend)	4	1	0	1	0	0
Mittelwert	3.1	3.4	3.2	3.4	4.1	5.0
STD	2.5	2.1	2.2	1.1	2.3	-
Min	1	0	0	2	1	5
Q1	1.0	3.0	2.0	3.0	2.0	5.0
Median	2.0	4.0	3.0	3.0	4.0	5.0
Q3	5.0	5.0	4.5	4.0	6.0	5.0
Max	8	5	8	5	7	5
Änderung zu tV	-	-	N = 17	N = 4	N = 6	N = 1
N(fehrend)			3	2	1	0
Mittelwert			-0.1	0.0	-0.2	0.0
STD			2.2	1.4	3.7	-
Min			-4	-1	-4	0
Q1			-2.0	-1.0	-4.0	0.0
Median			0.0	-0.5	-0.5	0.0
Q3			1.0	1.0	4.0	0.0
Max			5	2	4	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.2 Gesundheit****Tabelle 5.5.2.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG**

Eventweise - Complete Cases:

Gesundheitszustand	tV		t2	
	IG + verz. IG	KG	IG + verz. IG	KG
	N = 17	N = 4	N = 17	N = 4
N(fehrend)	0	0	0	0
Mittelwert	3.1	3.5	3.1	3.5
STD	2.1	2.4	2.4	1.3
Min	1	0	0	2
Q1	2.0	2.0	2.0	2.5
Median	2.0	4.5	2.0	3.5
Q3	5.0	5.0	4.0	4.5
Max	7	5	8	5
Änderung zu tV	-	-	N = 17	N = 4
N(fehrend)			0	0
Mittelwert			-0.1	0.0
STD			2.2	1.4
Min			-4	-1
Q1			-2.0	-1.0
Median			0.0	-0.5
Q3			1.0	1.0
Max			5	2

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.2 Gesundheit****Tabelle 5.5.2.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG**

Patientenweise (erstes Event):

Gesundheitszustand	tV		t2		t21	
	IG + verz. IG	KG	IG + verz. IG	KG	IG + verz. IG	KG
	N = 23	N = 5	N = 20	N = 5	N = 7	N = 1
N(fehlernd)	3	1	0	1	0	0
Mittelwert	3.2	3.4	3.2	3.4	4.1	5.0
STD	2.5	2.1	2.2	1.1	2.3	-
Min	1	0	0	2	1	5
Q1	1.0	3.0	2.0	3.0	2.0	5.0
Median	2.0	4.0	3.0	3.0	4.0	5.0
Q3	5.0	5.0	4.5	4.0	6.0	5.0
Max	8	5	8	5	7	5
Änderung zu tV	-	-	N = 17	N = 4	N = 6	N = 1
N(fehlernd)			3	2	1	0
Mittelwert			-0.1	0.0	-0.2	0.0
STD			2.2	1.4	3.7	-
Min			-4	-1	-4	0
Q1			-2.0	-1.0	-4.0	0.0
Median			0.0	-0.5	-0.5	0.0
Q3			1.0	1.0	4.0	0.0
Max			5	2	4	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.2 Gesundheit****Tabelle 5.5.2.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG**

Patientenweise - Complete Cases (erstes Event):

Gesundheitszustand	tV		t2	
	IG + verz. IG	KG	IG + verz. IG	KG
	N = 17	N = 4	N = 17	N = 4
N(fehlernd)	0	0	0	0
Mittelwert	3.1	3.5	3.1	3.5
STD	2.1	2.4	2.4	1.3
Min	1	0	0	2
Q1	2.0	2.0	2.0	2.5
Median	2.0	4.5	2.0	3.5
Q3	5.0	5.0	4.0	4.5
Max	7	5	8	5
Änderung zu tV	-	-	N = 17	N = 4
N(fehlernd)			0	0
Mittelwert			-0.1	0.0
STD			2.2	1.4
Min			-4	-1
Q1			-2.0	-1.0
Median			0.0	-0.5
Q3			1.0	1.0
Max			5	2

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.2 Gesundheit****Tabelle 5.5.2.4: Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Gesundheitszustand	Vergleichsgruppe	IG + verz. IG	17	0.198	-1.247	1.643	0.748
		KG	4	0.048	-2.647	2.744	0.966

Unterschiede IG + verz. IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Gesundheitszustand	0.150	-2.728	3.028	0.903

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.2 Gesundheit****Tabelle 5.5.2.5: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Gesundheitszustand	Vergleichsgruppe	IG	8	-0.364	-2.820	2.092	0.669
		KG	4	0.110	-3.364	3.584	0.926

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Gesundheitszustand	-0.474	-4.729	3.780	0.746

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.2 Gesundheit****Tabelle 5.5.2.6: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie war Ihre Gesundheit in den letzten 2 Tagen?								
		N	N(fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	6	2	4.7	2.3	2	2.0	5.0	6.0	8
	S 1,2	2	0	2.5	0.7	2	2.0	2.5	3.0	3
	Gesamt (S 1)	8	2	4.1	2.2	2	2.0	4.0	5.5	8
verz. IG	S 2,2	6	1	3.2	3.4	1	1.0	1.0	7.0	8
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	14	3	3.7	2.7	1	1.0	2.5	6.0	8
KG	S 2,1	5	1	3.4	2.1	0	3.0	4.0	5.0	5

Anmerkung: 0 - schlechtester vorstellbarer Gesundheitszustand, ..., 10 - bester vorstellbarer Gesundheitszustand

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.2 Gesundheit****Tabelle 5.5.2.6: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie war Ihre Gesundheit in den letzten 2 Tagen?								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	7	0	3.3	1.5	1	2.0	3.0	5.0	5
	S 1,2	2	0	2.5	3.5	0	0.0	2.5	5.0	5
	Gesamt (S 1)	9	0	3.1	1.8	0	2.0	3.0	5.0	5
verz. IG	S 2,2	3	0	4.7	2.9	3	3.0	3.0	8.0	8
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	12	0	3.5	2.1	0	2.5	3.0	5.0	8
KG	S 2,1	5	1	3.4	1.1	2	3.0	3.0	4.0	5

Anmerkung: 0 - schlechtester vorstellbarer Gesundheitszustand, ..., 10 - bester vorstellbarer Gesundheitszustand



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.2 Gesundheit****Tabelle 5.5.2.6: Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Gesundheitszustand	Vergleichsgruppe	IG + verz. IG	9	-0.053	-3.027	2.922	0.946
		KG	4	0.092	-4.593	4.777	0.940

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Gesundheitszustand	-0.145	-5.694	5.404	0.921

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.2 Gesundheit****Tabelle 5.5.2.7: Altersadjustierte statistische Analyse der Intervention**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Gesundheitszustand	Vergleichsgruppe	IG	11	0.426	-3.158	4.010	0.660
		KG	4	-0.092	-6.377	6.193	0.956

		<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Gesundheitszustand	Alter [Jahre] zu Beginn der Versorgung	-0.029	-0.240	0.181	0.609

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Gesundheitszustand	0.518	-6.846	7.881	0.791

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.2 Gesundheit****Tabelle 5.5.2.8: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse inkl. verzögerter IG**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Gesundheitszustand	Vergleichsgruppe	IG + verz. IG	17	0.165	-1.387	1.716	0.796
		KG	4	0.093	-2.845	3.032	0.938

		<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Gesundheitszustand	Alter [Jahre] zu Beginn der Versorgung	0.011	-0.108	0.131	0.819

Unterschiede IG + verz. IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Gesundheitszustand	0.071	-3.109	3.252	0.956

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.2 Gesundheit****Tabelle 5.5.2.9: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf erstes Jahr IG**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Gesundheitszustand	Vergleichsgruppe	IG	8	-0.218	-3.682	3.246	0.812
		KG	4	-0.145	-5.133	4.843	0.912

		<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Gesundheitszustand	Alter [Jahre] zu Beginn der Versorgung	-0.043	-0.240	0.153	0.443

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Gesundheitszustand	-0.073	-6.249	6.104	0.964

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.5 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****5.5.2 Gesundheit****Tabelle 5.5.2.10: Altersadjustierte Sensitivitätsanalyse beschränkt auf vollständig umgesetzte Konsilempfehlung für die Events der IG und verzögerter IG**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Gesundheitszustand	Vergleichsgruppe	IG + verz. IG	9	0.029	-9.161	9.218	0.975
		KG	4	-0.132	-15.061	14.796	0.929

		<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Gesundheitszustand	Alter [Jahre] zu Beginn der Versorgung	-0.042	-0.910	0.825	0.647

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Gesundheitszustand	0.161	-17.812	18.134	0.928

## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.7 Zufriedenheit

## 5.7.1 Einzelitems - Versorgungs- und Beratungszufriedenheit (Patient)

## Tabelle 5.7.1.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Die Ärzte und Ärztinnen schienen sich mit meinen medizinischen Problemen sehr gut auszukennen.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	1	11.1	0	0	2	22.2	6	66.7	9	100
	S 1,2	0	0	0	0	0	0	1	33.3	0	0	1	33.3	1	33.3	3	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	2	16.7	0	0	3	25.0	7	58.3	12	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	1	14.3	0	0	0	0	6	85.7	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	3	15.8	0	0	3	15.8	13	68.4	19	100
KG	S 2,1	0	0	1	20.0	0	0	1	20.0	0	0	1	20.0	2	40.0	5	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Die Ärzte und Ärztinnen schienen sich mit meinen medizinischen Problemen sehr gut auszukennen.:

	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1	S 1,2	S 2,2	S 2,1				
Die Ärzte und Ärztinnen schienen sich mit meinen medizinischen Problemen sehr gut auszukennen.	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	9	90.0	3	100	7	100	5	83.3
Fehlend	1	10.0	0	0	0	0	1	16.7

## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.7 Zufriedenheit

## 5.7.1 Einzelitems - Versorgungs- und Beratungszufriedenheit (Patient)

## Tabelle 5.7.1.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Die Ärzte und Ärztinnen konnten auch besondere medizinische Probleme sehr gut behandeln.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	1	11.1	2	22.2	4	44.4	2	22.2	9	100
	S 1,2	0	0	1	33.3	0	0	1	33.3	0	0	0	0	1	33.3	3	100
	Gesamt (S 1)	0	0	1	8.3	0	0	2	16.7	2	16.7	4	33.3	3	25.0	12	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14.3	0	0	6	85.7	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	1	5.3	0	0	2	10.5	3	15.8	4	21.1	9	47.4	19	100
KG	S 2,1	1	20.0	1	20.0	0	0	0	0	0	0	1	20.0	2	40.0	5	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Die Ärzte und Ärztinnen konnten auch besondere medizinische Probleme sehr gut behandeln.:

Die Ärzte und Ärztinnen konnten auch besondere medizinische Probleme sehr gut behandeln.	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	9	90.0	3	100	7	100	5	83.3
Fehlend	1	10.0	0	0	0	0	1	16.7

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.1 Einzelitems - Versorgungs- und Beratungszufriedenheit (Patient)****Tabelle 5.7.1.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich hatte den Eindruck, immer kompetente medizinische Hilfe zu bekommen, wann immer ich sie auch brauchte.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	1	11.1	0	0	1	11.1	0	0	7	77.8	9	100
	S 1,2	0	0	0	0	1	33.3	0	0	0	0	0	0	2	66.7	3	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	2	16.7	0	0	1	8.3	0	0	9	75.0	12	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14.3	6	85.7	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	2	10.5	0	0	1	5.3	1	5.3	15	78.9	19	100
KG	S 2,1	1	20.0	1	20.0	0	0	0	0	1	20.0	0	0	2	40.0	5	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Ich hatte den Eindruck, immer kompetente medizinische Hilfe zu bekommen, wann immer ich sie auch brauchte.:

Ich hatte den Eindruck, immer kompetente medizinische Hilfe zu bekommen, wann immer ich sie auch brauchte.	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	9	90.0	3	100	7	100	5	83.3
Fehlend	1	10.0	0	0	0	0	1	16.7



## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.7 Zufriedenheit

## 5.7.1 Einzelitems - Versorgungs- und Beratungszufriedenheit (Patient)

## Tabelle 5.7.1.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich empfand den Zugang zu Spezialisten und Spezialistinnen, die ich brauchte, als sehr einfach.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	12.5	0	0	1	12.5	0	0	0	0	2	25.0	4	50.0	8	100
	S 1,2	0	0	0	0	0	0	1	33.3	0	0	0	0	2	66.7	3	100
	Gesamt (S 1)	1	9.1	0	0	1	9.1	1	9.1	0	0	2	18.2	6	54.5	11	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	1	14.3	1	14.3	1	14.3	4	57.1	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	5.6	0	0	1	5.6	2	11.1	1	5.6	3	16.7	10	55.6	18	100
KG	S 2,1	0	0	2	40.0	0	0	0	0	0	0	1	20.0	2	40.0	5	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Ich empfand den Zugang zu Spezialisten und Spezialistinnen, die ich brauchte, als sehr einfach.:

Ich empfand den Zugang zu Spezialisten und Spezialistinnen, die ich brauchte, als sehr einfach.	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	8	80.0	3	100	7	100	5	83.3
Fehlend	2	20.0	0	0	0	0	1	16.7

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.1 Einzelitems - Versorgungs- und Beratungszufriedenheit (Patient)****Tabelle 5.7.1.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich war mit der Schnelligkeit, mit der ich die passende medizinische Hilfe bekam, sehr zufrieden.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	1	11.1	0	0	1	11.1	0	0	7	77.8	9	100
	S 1,2	0	0	1	33.3	0	0	0	0	1	33.3	0	0	1	33.3	3	100
	Gesamt (S 1)	0	0	1	8.3	1	8.3	0	0	2	16.7	0	0	8	66.7	12	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14.3	1	14.3	5	71.4	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	1	5.3	1	5.3	0	0	3	15.8	1	5.3	13	68.4	19	100
KG	S 2,1	0	0	1	20.0	1	20.0	1	20.0	1	20.0	0	0	1	20.0	5	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Ich war mit der Schnelligkeit, mit der ich die passende medizinische Hilfe bekam, sehr zufrieden.:

Ich war mit der Schnelligkeit, mit der ich die passende medizinische Hilfe bekam, sehr zufrieden.	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	9	90.0	3	100	7	100	5	83.3
Fehlend	1	10.0	0	0	0	0	1	16.7

## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.7 Zufriedenheit

## 5.7.1 Einzelitems - Versorgungs- und Beratungszufriedenheit (Patient)

## Tabelle 5.7.1.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich war mit meiner medizinischen Versorgung insgesamt sehr zufrieden.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	1	11.1	0	0	1	11.1	7	77.8	9	100
	S 1,2	0	0	0	0	0	0	1	33.3	0	0	0	0	2	66.7	3	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	2	16.7	0	0	1	8.3	9	75.0	12	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14.3	1	14.3	5	71.4	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	2	10.5	1	5.3	2	10.5	14	73.7	19	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	1	20.0	1	20.0	0	0	1	20.0	2	40.0	5	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Ich war mit meiner medizinischen Versorgung insgesamt sehr zufrieden.:

Ich war mit meiner medizinischen Versorgung insgesamt sehr zufrieden.	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	9	90.0	3	100	7	100	5	83.3
Fehlend	1	10.0	0	0	0	0	1	16.7

## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.7 Zufriedenheit

## 5.7.1 Einzelitems - Versorgungs- und Beratungszufriedenheit (Patient)

## Tabelle 5.7.1.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich war sehr zufrieden mit der Zeitspanne, die sich die Ärzte und Ärztinnen nahmen.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	2	22.2	0	0	0	0	7	77.8	9	100
	S 1,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	33.3	2	66.7	3	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	2	16.7	0	0	1	8.3	9	75.0	12	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14.3	0	0	6	85.7	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	2	10.5	1	5.3	1	5.3	15	78.9	19	100
KG	S 2,1	1	20.0	1	20.0	0	0	0	0	1	20.0	0	0	2	40.0	5	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Ich war sehr zufrieden mit der Zeitspanne, die sich die Ärzte und Ärztinnen nahmen.:

Ich war sehr zufrieden mit der Zeitspanne, die sich die Ärzte und Ärztinnen nahmen.	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	9	90.0	3	100	7	100	5	83.3
Fehlend	1	10.0	0	0	0	0	1	16.7

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.1 Einzelitems - Versorgungs- und Beratungszufriedenheit (Patient)****Tabelle 5.7.1.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich war sehr zufrieden mit der Höflichkeit, dem Respekt, der Sensibilität und der Freundlichkeit der Ärzte und Ärztinnen.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11.1	0	0	8	88.9	9	100
	S 1,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100	3	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8.3	0	0	11	91.7	12	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14.3	6	85.7	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5.3	1	5.3	17	89.5	19	100
KG	S 2,1	1	20.0	0	0	0	0	0	0	1	20.0	0	0	3	60.0	5	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.1 Einzelitems - Versorgungs- und Beratungszufriedenheit (Patient)****Tabelle 5.7.1.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit**

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Ich war sehr zufrieden mit der Höflichkeit, dem Respekt, der Sensibilität und der Freundlichkeit der Ärzte und Ärztinnen.:

	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1	S 1,2	S 2,2	S 2,1				
<b>Ich war sehr zufrieden mit der Höflichkeit, dem Respekt, der Sensibilität und der Freundlichkeit der Ärzte und Ärztinnen.</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nicht-Fehlend	9	90.0	3	100	7	100	5	83.3
Fehlend	1	10.0	0	0	0	0	1	16.7

## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.7 Zufriedenheit

## 5.7.1 Einzelitems - Versorgungs- und Beratungszufriedenheit (Patient)

## Tabelle 5.7.1.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich war sehr zufrieden mit dem Schutz meiner Privatsphäre.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11.1	2	22.2	6	66.7	9	100
	S 1,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100	3	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8.3	2	16.7	9	75.0	12	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	1	14.3	0	0	0	0	6	85.7	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	1	5.3	1	5.3	2	10.5	15	78.9	19	100
KG	S 2,1	1	20.0	0	0	0	0	1	20.0	0	0	0	0	3	60.0	5	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Ich war sehr zufrieden mit dem Schutz meiner Privatsphäre.:

Ich war sehr zufrieden mit dem Schutz meiner Privatsphäre.	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	9	90.0	3	100	7	100	5	83.3
Fehlend	1	10.0	0	0	0	0	1	16.7

## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.7 Zufriedenheit

## 5.7.1 Einzelitems - Versorgungs- und Beratungszufriedenheit (Patient)

## Tabelle 5.7.1.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich war sehr zufrieden mit der Art und Weise, wie die Ärzte und Ärztinnen meine Würde achteten.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	1	11.1	0	0	1	11.1	7	77.8	9	100
	S 1,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100	3	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	1	8.3	0	0	1	8.3	10	83.3	12	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14.3	6	85.7	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	1	5.3	0	0	2	10.5	16	84.2	19	100
KG	S 2,1	1	20.0	0	0	0	0	0	0	1	20.0	0	0	3	60.0	5	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Ich war sehr zufrieden mit der Art und Weise, wie die Ärzte und Ärztinnen meine Würde achteten.:

Ich war sehr zufrieden mit der Art und Weise, wie die Ärzte und Ärztinnen meine Würde achteten.	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	9	90.0	3	100	7	100	5	83.3
Fehlend	1	10.0	0	0	0	0	1	16.7



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.1 Einzelitems - Versorgungs- und Beratungszufriedenheit (Patient)****Tabelle 5.7.1.2: Einzelitems - Beratungszufriedenheit**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich war mit der Vorbereitung der Videoberatung sehr zufrieden.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11.1	8	88.9	9	100
	S 1,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	33.3	2	66.7	3	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	16.7	10	83.3	12	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	1	14.3	0	0	1	14.3	0	0	5	71.4	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	1	5.3	0	0	1	5.3	2	10.5	15	78.9	19	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Ich war mit der Vorbereitung der Videoberatung sehr zufrieden.:

Ich war mit der Vorbereitung der Videoberatung sehr zufrieden.	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	9	90.0	3	100	7	100	0	0
Fehlend	1	10.0	0	0	0	0	6	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.1 Einzelitems - Versorgungs- und Beratungszufriedenheit (Patient)****Tabelle 5.7.1.2: Einzelitems - Beratungszufriedenheit**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich war mit der Durchführung der Videoberatung sehr zufrieden.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11.1	8	88.9	9	100
	S 1,2	0	0	0	0	0	0	1	33.3	0	0	0	0	2	66.7	3	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	1	8.3	0	0	1	8.3	10	83.3	12	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	1	14.3	0	0	1	14.3	0	0	5	71.4	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	1	5.3	1	5.3	1	5.3	1	5.3	15	78.9	19	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Ich war mit der Durchführung der Videoberatung sehr zufrieden.:

Ich war mit der Durchführung der Videoberatung sehr zufrieden.	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	9	90.0	3	100	7	100	0	0
Fehlend	1	10.0	0	0	0	0	6	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.1 Einzelitems - Versorgungs- und Beratungszufriedenheit (Patient)****Tabelle 5.7.1.2: Einzelitems - Beratungszufriedenheit**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Die Videoberatung war insgesamt sehr gut organisiert.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	100	8	100
	S 1,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	33.3	2	66.7	3	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	9.1	10	90.9	11	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	1	14.3	0	0	1	14.3	0	0	5	71.4	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	1	5.6	0	0	1	5.6	1	5.6	15	83.3	18	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Die Videoberatung war insgesamt sehr gut organisiert.:

Die Videoberatung war insgesamt sehr gut organisiert.	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	8	80.0	3	100	7	100	0	0
Fehlend	2	20.0	0	0	0	0	6	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.1 Einzelitems - Versorgungs- und Beratungszufriedenheit (Patient)****Tabelle 5.7.1.2: Einzelitems - Beratungszufriedenheit**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Videoberatungen verbessern meinen Zugang zu Dienstleistungen im Gesundheitswesen.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11.1	0	0	8	88.9	9	100
	S 1,2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	33.3	1	33.3	1	33.3	3	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	2	16.7	1	8.3	9	75.0	12	100
verz. IG	S 2,2	0	0	1	14.3	0	0	0	0	0	0	2	28.6	4	57.1	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	1	5.3	0	0	0	0	2	10.5	3	15.8	13	68.4	19	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Videoberatungen verbessern meinen Zugang zu Dienstleistungen im Gesundheitswesen.:

Videoberatungen verbessern meinen Zugang zu Dienstleistungen im Gesundheitswesen.	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	9	90.0	3	100	7	100	0	0
Fehlend	1	10.0	0	0	0	0	6	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.1 Einzelitems - Versorgungs- und Beratungszufriedenheit (Patient)****Tabelle 5.7.1.2: Einzelitems - Beratungszufriedenheit**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Videoberatungen sind für mich eine akzeptable Art, um Dienstleistungen im Gesundheitswesen zu erhalten.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	22.2	1	11.1	6	66.7	9	100
	S 1,2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	33.3	1	33.3	1	33.3	3	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	3	25.0	2	16.7	7	58.3	12	100
verz. IG	S 2,2	0	0	1	14.3	0	0	1	14.3	1	14.3	1	14.3	3	42.9	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	1	5.3	0	0	1	5.3	4	21.1	3	15.8	10	52.6	19	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Videoberatungen sind für mich eine akzeptable Art, um Dienstleistungen im Gesundheitswesen zu erhalten.:

Videoberatungen sind für mich eine akzeptable Art, um Dienstleistungen im Gesundheitswesen zu erhalten.	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	9	90.0	3	100	7	100	0	0
Fehlend	1	10.0	0	0	0	0	6	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.2 Gesundheitszustand des Patienten (Patient)****Tabelle 5.7.2.1: Wie geht es Ihnen insgesamt seit Sie wegen dieses Problems Kontakt zu den Ärzten und Ärztinnen hatten?**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie geht es Ihnen insgesamt seit Sie wegen diesem Problem Kontakt zu den Ärzten und Ärztinnen hatten?								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	9	1	4.8	1.7	1	4.0	5.0	6.0	7
	S 1,2	3	0	3.7	1.5	2	2.0	4.0	5.0	5
	Gesamt (S 1)	12	1	4.5	1.7	1	4.0	5.0	5.5	7
verz. IG	S 2,2	7	0	3.9	2.3	1	1.0	4.0	6.0	7
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	19	1	4.3	1.9	1	3.0	5.0	6.0	7
KG	S 2,1	5	1	3.4	1.3	2	2.0	4.0	4.0	5

Anmerkung: 1 - viel schlechter, ..., 7 - viel besser

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.2 Gesundheitszustand des Patienten (Patient)****Tabelle 5.7.2.2: Statistische Analyse der Intervention**

Unterschiede IG zu KG:

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Gesundheitszustand des Patienten (Patient)	0.902	-1.631	3.436	0.379

## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.7 Zufriedenheit

## 5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)

## Tabelle 5.7.3.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich war mir hinsichtlich der Richtigkeit der Behandlung der neurologischen Probleme sehr sicher.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	3	15.0	2	10.0	2	10.0	4	20.0	4	20.0	5	25.0	20	100
	S 1,2	0	0	0	0	1	7.7	1	7.7	4	30.8	5	38.5	2	15.4	13	100
	Gesamt (S 1)	0	0	3	9.1	3	9.1	3	9.1	8	24.2	9	27.3	7	21.2	33	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	1	8.3	1	8.3	1	8.3	4	33.3	5	41.7	12	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	3	6.7	4	8.9	4	8.9	9	20.0	13	28.9	12	26.7	45	100
KG	S 2,1	0	0	2	22.2	4	44.4	1	11.1	0	0	2	22.2	0	0	9	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Ich war mir hinsichtlich der Richtigkeit der Behandlung der neurologischen Probleme sehr sicher.:

Ich war mir hinsichtlich der Richtigkeit der Behandlung der neurologischen Probleme sehr sicher.	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	20	90.9	13	86.7	12	80.0	9	100
Fehlend	2	9.1	2	13.3	3	20.0	0	0



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich war mir hinsichtlich der Richtigkeit der Behandlung der neurologischen Probleme sehr sicher.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	16.7	1	16.7	4	66.7	6	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	16.7	1	16.7	4	66.7	6	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10.0	5	50.0	4	40.0	10	100
KG	S 2,1	0	0	1	50.0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50.0	2	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Die Unterstützung, die ich zur Lösung des neurologischen Problems bekam und/oder die weiteren Quellen, die ich nutzte, gaben mir ein großes Gefühl von Sicherheit.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	1	5.0	0	0	0	0	2	10.0	6	30.0	11	55.0	20	100
	S 1,2	0	0	0	0	1	7.7	1	7.7	2	15.4	5	38.5	4	30.8	13	100
	Gesamt (S 1)	0	0	1	3.0	1	3.0	1	3.0	4	12.1	11	33.3	15	45.5	33	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	16.7	10	83.3	12	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	1	2.2	1	2.2	1	2.2	4	8.9	13	28.9	25	55.6	45	100
KG	S 2,1	0	0	2	22.2	1	11.1	3	33.3	1	11.1	2	22.2	0	0	9	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit**

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Die Unterstützung, die ich zur Lösung des neurologischen Problems bekam und/oder die weiteren Quellen, die ich nutzte, gaben mir ein großes Gefühl von Sicherheit.:

	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Die Unterstützung, die ich zur Lösung des neurologischen Problems bekam und/oder die weiteren Quellen, die ich nutzte, gaben mir ein großes Gefühl von Sicherheit.</b>								
Nicht-Fehlend	20	90.9	13	86.7	12	80.0	9	100
Fehlend	2	9.1	2	13.3	3	20.0	0	0

## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.7 Zufriedenheit

## 5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)

## Tabelle 5.7.3.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Die Unterstützung, die ich zur Lösung des neurologischen Problems bekam und/oder die weiteren Quellen, die ich nutzte, gaben mir ein großes Gefühl von Sicherheit.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	100	6	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	100	6	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	100	10	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	2	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.7 Zufriedenheit

## 5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)

## Tabelle 5.7.3.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich empfand es als sehr einfach, mit Unterstützung oder weiteren Quellen die richtige Behandlung für die neurologischen Probleme zu finden.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	5.3	0	0	0	0	2	10.5	4	21.1	7	36.8	5	26.3	19	100
	S 1,2	0	0	0	0	0	0	2	15.4	4	30.8	5	38.5	2	15.4	13	100
	Gesamt (S 1)	1	3.1	0	0	0	0	4	12.5	8	25.0	12	37.5	7	21.9	32	100
verz. IG	S 2,2	0	0	1	8.3	1	8.3	1	8.3	2	16.7	2	16.7	5	41.7	12	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	2.3	1	2.3	1	2.3	5	11.4	10	22.7	14	31.8	12	27.3	44	100
KG	S 2,1	0	0	5	55.6	1	11.1	2	22.2	0	0	1	11.1	0	0	9	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit**

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Ich empfand es als sehr einfach, mit Unterstützung oder weiteren Quellen die richtige Behandlung für die neurologischen Probleme zu finden.:

	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Ich empfand es als sehr einfach, mit Unterstützung oder weiteren Quellen die richtige Behandlung für die neurologischen Probleme zu finden.</b>								
Nicht-Fehlend	19	86.4	13	86.7	12	80.0	9	100
Fehlend	3	13.6	2	13.3	3	20.0	0	0

## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.7 Zufriedenheit

## 5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)

## Tabelle 5.7.3.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich empfand es als sehr einfach, mit Unterstützung oder weiteren Quellen die richtige Behandlung für die neurologischen Probleme zu finden.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	1	16.7	0	0	0	0	0	0	1	16.7	4	66.7	6	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	1	16.7	0	0	0	0	0	0	1	16.7	4	66.7	6	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	1	25.0	0	0	1	25.0	2	50.0	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	1	10.0	1	10.0	0	0	1	10.0	3	30.0	4	40.0	10	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	2	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.7 Zufriedenheit

## 5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)

## Tabelle 5.7.3.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich war mit der Schnelligkeit, mit der der Patient oder die Patientin die passende neurologische Therapie bekam, sehr zufrieden.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	2	10.0	0	0	0	0	1	5.0	6	30.0	11	55.0	20	100
	S 1,2	0	0	0	0	1	7.7	1	7.7	0	0	5	38.5	6	46.2	13	100
	Gesamt (S 1)	0	0	2	6.1	1	3.0	1	3.0	1	3.0	11	33.3	17	51.5	33	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8.3	11	91.7	12	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	2	4.4	1	2.2	1	2.2	1	2.2	12	26.7	28	62.2	45	100
KG	S 2,1	1	11.1	3	33.3	2	22.2	1	11.1	0	0	2	22.2	0	0	9	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit**

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Ich war mit der Schnelligkeit, mit der der Patient oder die Patientin die passende neurologische Therapie bekam, sehr zufrieden.:

	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1	S 1,2	S 2,2	S 2,1				
<b>Ich war mit der Schnelligkeit, mit der der Patient oder die Patientin die passende neurologische Therapie bekam, sehr zufrieden.</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nicht-Fehlend	20	90.9	13	86.7	12	80.0	9	100
Fehlend	2	9.1	2	13.3	3	20.0	0	0

## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.7 Zufriedenheit

## 5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)

## Tabelle 5.7.3.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich war mit der Schnelligkeit, mit der der Patient oder die Patientin die passende neurologische Therapie bekam, sehr zufrieden.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	1	16.7	0	0	1	16.7	0	0	0	0	4	66.7	6	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	1	16.7	0	0	1	16.7	0	0	0	0	4	66.7	6	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	1	10.0	0	0	1	10.0	0	0	0	0	8	80.0	10	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	1	50.0	1	50.0	0	0	0	0	2	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich war mit den Entscheidungen bezüglich der Behandlung seiner oder ihrer neurologischen Probleme insgesamt sehr zufrieden.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	2	10.0	1	5.0	1	5.0	2	10.0	5	25.0	9	45.0	20	100
	S 1,2	0	0	0	0	1	7.7	2	15.4	0	0	4	30.8	6	46.2	13	100
	Gesamt (S 1)	0	0	2	6.1	2	6.1	3	9.1	2	6.1	9	27.3	15	45.5	33	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	16.7	10	83.3	12	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	2	4.4	2	4.4	3	6.7	2	4.4	11	24.4	25	55.6	45	100
KG	S 2,1	1	11.1	3	33.3	3	33.3	0	0	0	0	2	22.2	0	0	9	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit**

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Ich war mit den Entscheidungen bezüglich der Behandlung seiner oder ihrer neurologischen Probleme insgesamt sehr zufrieden.:

	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1	S 1,2	S 2,2	S 2,1				
<b>Ich war mit den Entscheidungen bezüglich der Behandlung seiner oder ihrer neurologischen Probleme insgesamt sehr zufrieden.</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nicht-Fehlend	20	90.9	13	86.7	12	80.0	9	100
Fehlend	2	9.1	2	13.3	3	20.0	0	0

## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.7 Zufriedenheit

## 5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)

## Tabelle 5.7.3.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich war mit den Entscheidungen bezüglich der Behandlung seiner oder ihrer neurologischen Probleme insgesamt sehr zufrieden.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	16.7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	16.7	4	66.7	6	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	1	16.7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	16.7	4	66.7	6	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	10.0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10.0	8	80.0	10	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	1	50.0	0	0	1	50.0	0	0	0	0	2	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.2: Einzelitems - Palliativversorgung**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Die Palliativversorgung meines Patienten oder meiner Patientin war sehr gut koordiniert.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	3	13.6	2	9.1	4	18.2	13	59.1	22	100
	S 1,2	0	0	0	0	1	6.7	0	0	0	0	4	26.7	10	66.7	15	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	1	2.7	3	8.1	2	5.4	8	21.6	23	62.2	37	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	21.4	11	78.6	14	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	1	2.0	3	5.9	2	3.9	11	21.6	34	66.7	51	100
KG	S 2,1	0	0	1	11.1	0	0	0	0	4	44.4	2	22.2	2	22.2	9	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Die Palliativversorgung meines Patienten oder meiner Patientin war sehr gut koordiniert.:

Die Palliativversorgung meines Patienten oder meiner Patientin war sehr gut koordiniert.	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	22	100	15	100	14	93.3	9	100
Fehlend	0	0	0	0	1	6.7	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.2: Einzelitems - Palliativversorgung**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Die Palliativversorgung meines Patienten oder meiner Patientin war sehr gut koordiniert.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	33.3	4	66.7	6	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	33.3	4	66.7	6	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	20.0	8	80.0	10	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	0	0	2	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.2: Einzelitems - Palliativversorgung**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Alle, die an der Palliativversorgung meines Patienten oder meiner Patientin beteiligt sind, arbeiteten gut miteinander zusammen.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	2	9.1	3	13.6	5	22.7	12	54.5	22	100
	S 1,2	0	0	1	6.7	0	0	0	0	0	0	1	6.7	13	86.7	15	100
	Gesamt (S 1)	0	0	1	2.7	0	0	2	5.4	3	8.1	6	16.2	25	67.6	37	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	1	7.1	0	0	0	0	2	14.3	11	78.6	14	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	1	2.0	1	2.0	2	3.9	3	5.9	8	15.7	36	70.6	51	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	2	22.2	0	0	2	22.2	1	11.1	4	44.4	9	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.2: Einzelitems - Palliativversorgung**

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Alle, die an der Palliativversorgung meines Patienten oder meiner Patientin beteiligt sind, arbeiteten gut miteinander zusammen.:

	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1	S 1,2	S 2,2	S 2,1				
<b>Alle, die an der Palliativversorgung meines Patienten oder meiner Patientin beteiligt sind, arbeiteten gut miteinander zusammen.</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nicht-Fehlend	22	100	15	100	14	93.3	9	100
Fehlend	0	0	0	0	1	6.7	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.2: Einzelitems - Palliativversorgung**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Alle, die an der Palliativversorgung meines Patienten oder meiner Patientin beteiligt sind, arbeiteten gut miteinander zusammen.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	16.7	5	83.3	6	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	16.7	5	83.3	6	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	25.0	3	75.0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	20.0	8	80.0	10	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	1	50.0	0	0	0	0	1	50.0	2	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.2: Einzelitems - Palliativversorgung**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Informationen wurden zwischen den an der Palliativversorgung Beteiligten gut ausgetauscht.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	1	4.5	1	4.5	2	9.1	6	27.3	12	54.5	22	100
	S 1,2	0	0	0	0	0	0	1	6.7	0	0	2	13.3	12	80.0	15	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	1	2.7	2	5.4	2	5.4	8	21.6	24	64.9	37	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	21.4	11	78.6	14	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	1	2.0	2	3.9	2	3.9	11	21.6	35	68.6	51	100
KG	S 2,1	0	0	1	11.1	0	0	0	0	1	11.1	2	22.2	5	55.6	9	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Informationen wurden zwischen den an der Palliativversorgung Beteiligten gut ausgetauscht.:

Informationen wurden zwischen den an der Palliativversorgung Beteiligten gut ausgetauscht.	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	22	100	15	100	14	93.3	9	100
Fehlend	0	0	0	0	1	6.7	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.2: Einzelitems - Palliativversorgung**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Informationen wurden zwischen den an der Palliativversorgung Beteiligten gut ausgetauscht.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	16.7	5	83.3	6	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	16.7	5	83.3	6	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	50.0	2	50.0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	30.0	7	70.0	10	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	1	50.0	0	0	0	0	1	50.0	2	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.2: Einzelitems - Palliativversorgung**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt? (Palliativversorgung)					
		Arzt... <sup>1</sup>		Mitarbeiter... <sup>2</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	15	68.2	7	31.8	22	100
	S 1,2	5	33.3	10	66.7	15	100
	Gesamt (S 1)	20	54.1	17	45.9	37	100
verz. IG	S 2,2	11	78.6	3	21.4	14	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	31	60.8	20	39.2	51	100
KG	S 2,1	9	100	0	0	9	100

<sup>1</sup>Arzt oder Ärztin<sup>2</sup>Mitarbeiter oder Mitarbeiterin in der Pflege

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt? (Palliativversorgung):

Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt? (Palliativversorgung)	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	22	100	15	100	14	93.3	9	100
Fehlend	0	0	0	0	1	6.7	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.2: Einzelitems - Palliativversorgung**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt? (Palliativversorgung)					
		Arzt... <sup>1</sup>		Mitarbeiter... <sup>2</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	6	100	0	0	6	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	6	100	0	0	6	100
verz. IG	S 2,2	4	100	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	10	100	0	0	10	100
KG	S 2,1	2	100	0	0	2	100

<sup>1</sup>Arzt oder Ärztin<sup>2</sup>Mitarbeiter oder Mitarbeiterin in der Pflege

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.3: Einzelitems - Konsilzufriedenheit**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Fand bei dem Patienten oder der Patientin vor Kurzem eine weitere Videoberatung statt, eventuell sogar mehrere?					
		Ja		Nein		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	1	20.0	4	80.0	5	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	1	20.0	4	80.0	5	100
verz. IG	S 2,2	1	33.3	2	66.7	3	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	2	25.0	6	75.0	8	100

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Fand bei dem Patienten oder der Patientin vor Kurzem eine weitere Videoberatung statt, eventuell sogar mehrere?:

Fand bei dem Patienten oder der Patientin vor Kurzem eine weitere Videoberatung statt, eventuell sogar mehrere?	IG		verz. IG		KG	
	S 1,1		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	5	83.3	3	75.0	0	0
Fehlend	1	16.7	1	25.0	2	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.3: Einzelitems - Konsilzufriedenheit**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich bin sehr zufrieden mit dem Erfolg der Behandlung, die im neurologischen Konsil empfohlen wurde.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	6	30.0	0	0	2	10.0	5	25.0	1	5.0	6	30.0	20	100
	S 1,2	0	0	2	15.4	1	7.7	2	15.4	1	7.7	3	23.1	4	30.8	13	100
	Gesamt (S 1)	0	0	8	24.2	1	3.0	4	12.1	6	18.2	4	12.1	10	30.3	33	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	1	7.7	3	23.1	3	23.1	6	46.2	13	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	8	17.4	1	2.2	5	10.9	9	19.6	7	15.2	16	34.8	46	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Ich bin sehr zufrieden mit dem Erfolg der Behandlung, die im neurologischen Konsil empfohlen wurde.:

Ich bin sehr zufrieden mit dem Erfolg der Behandlung, die im neurologischen Konsil empfohlen wurde.	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	20	90.9	13	86.7	13	86.7	0	0
Fehlend	2	9.1	2	13.3	2	13.3	9	100



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.3: Einzelitems - Konsilzufriedenheit**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich bin sehr zufrieden mit dem Erfolg der Behandlung, die im neurologischen Konsil empfohlen wurde.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	0	0	2	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Ich bin sehr zufrieden mit dem Erfolg der Behandlung, die im neurologischen Konsil empfohlen wurde.:

	IG		verz. IG		KG	
	S 1,1		S 2,2		S 2,1	
Ich bin sehr zufrieden mit dem Erfolg der Behandlung, die im neurologischen Konsil empfohlen wurde.	N	%	N	%	N	%
Fehlend	5	83.3	3	75.0	2	100
Nicht-Fehlend	1	16.7	1	25.0	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.3: Einzelitems - Konsilzufriedenheit**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich denke, mein Patient oder meine Patientin ist sehr zufrieden mit dem Erfolg der Behandlung, die im Konsil empfohlen wurde.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	6	30.0	0	0	2	10.0	5	25.0	2	10.0	5	25.0	20	100
	S 1,2	0	0	2	15.4	1	7.7	1	7.7	2	15.4	3	23.1	4	30.8	13	100
	Gesamt (S 1)	0	0	8	24.2	1	3.0	3	9.1	7	21.2	5	15.2	9	27.3	33	100
verz. IG	S 2,2	1	8.3	1	8.3	0	0	0	0	2	16.7	3	25.0	5	41.7	12	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	2.2	9	20.0	1	2.2	3	6.7	9	20.0	8	17.8	14	31.1	45	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.3: Einzelitems - Konsilzufriedenheit**

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Ich denke, mein Patient oder meine Patientin ist sehr zufrieden mit dem Erfolg der Behandlung, die im Konsil empfohlen wurde.:

	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1	S 1,2	S 2,2	S 2,1				
<b>Ich denke, mein Patient oder meine Patientin ist sehr zufrieden mit dem Erfolg der Behandlung, die im Konsil empfohlen wurde.</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nicht-Fehlend	20	90.9	13	86.7	12	80.0	0	0
Fehlend	2	9.1	2	13.3	3	20.0	9	100

## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.7 Zufriedenheit

## 5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)

## Tabelle 5.7.3.3: Einzelitems - Konsilzufriedenheit

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich denke, mein Patient oder meine Patientin ist sehr zufrieden mit dem Erfolg der Behandlung, die im Konsil empfohlen wurde.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	0	0	2	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Ich denke, mein Patient oder meine Patientin ist sehr zufrieden mit dem Erfolg der Behandlung, die im Konsil empfohlen wurde.:

	IG		verz. IG		KG	
	S 1,1		S 2,2		S 2,1	
Ich denke, mein Patient oder meine Patientin ist sehr zufrieden mit dem Erfolg der Behandlung, die im Konsil empfohlen wurde.	N	%	N	%	N	%
Fehlend	5	83.3	3	75.0	2	100
Nicht-Fehlend	1	16.7	1	25.0	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.3: Einzelitems - Konsilzufriedenheit**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Die Konsiliaren verfügten über eine sehr gute Fachkompetenz, um sich um ihre oder seine medizinischen Probleme zu kümmern.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	100	20	100
	S 1,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	14.3	12	85.7	14	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5.9	32	94.1	34	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7.7	0	0	12	92.3	13	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.1	2	4.3	44	93.6	47	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.3: Einzelitems - Konsilzufriedenheit**

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Die Konsiliaren verfügten über eine sehr gute Fachkompetenz, um sich um ihre oder seine medizinischen Probleme zu kümmern.:

	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1	S 1,2	S 2,2	S 2,1				
<b>Die Konsiliaren verfügten über eine sehr gute Fachkompetenz, um sich um ihre oder seine medizinischen Probleme zu kümmern.</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nicht-Fehlend	20	90.9	14	93.3	13	86.7	0	0
Fehlend	2	9.1	1	6.7	2	13.3	9	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.3: Einzelitems - Konsilzufriedenheit**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Die Konsiliaren verfügten über eine sehr gute Fachkompetenz, um sich um ihre oder seine medizinischen Probleme zu kümmern.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	2	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.3: Einzelitems - Konsilzufriedenheit**

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Die Konsiliaren verfügten über eine sehr gute Fachkompetenz, um sich um ihre oder seine medizinischen Probleme zu kümmern.:

	<b>IG</b>		<b>verz. IG</b>		<b>KG</b>	
	<b>S 1,1</b>		<b>S 2,2</b>		<b>S 2,1</b>	
<b>Die Konsiliaren verfügten über eine sehr gute Fachkompetenz, um sich um ihre oder seine medizinischen Probleme zu kümmern.</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Fehlend	5	83.3	3	75.0	2	100
Nicht-Fehlend	1	16.7	1	25.0	0	0



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.3: Einzelitems - Konsilzufriedenheit**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich war sehr zufrieden mit der Zeitspanne, die sich die Konsiliaren nahmen.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	10.0	18	90.0	20	100
	S 1,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	14.3	12	85.7	14	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	11.8	30	88.2	34	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	100	14	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	8.3	44	91.7	48	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Ich war sehr zufrieden mit der Zeitspanne, die sich die Konsiliaren nahmen.:

Ich war sehr zufrieden mit der Zeitspanne, die sich die Konsiliaren nahmen.	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	20	90.9	14	93.3	14	93.3	0	0
Fehlend	2	9.1	1	6.7	1	6.7	9	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.3: Einzelitems - Konsilzufriedenheit**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich war sehr zufrieden mit der Zeitspanne, die sich die Konsiliaren nahmen.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	2	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Ich war sehr zufrieden mit der Zeitspanne, die sich die Konsiliaren nahmen.:

Ich war sehr zufrieden mit der Zeitspanne, die sich die Konsiliaren nahmen.	IG		verz. IG		KG	
	S 1,1		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%
Fehlend	5	83.3	3	75.0	2	100
Nicht-Fehlend	1	16.7	1	25.0	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.3: Einzelitems - Konsilzufriedenheit**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich war sehr zufrieden mit der Höflichkeit, dem Respekt, der Sensibilität und der Freundlichkeit der Konsiliaren.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5.0	19	95.0	20	100
	S 1,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7.1	13	92.9	14	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5.9	32	94.1	34	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	100	14	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4.2	46	95.8	48	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Ich war sehr zufrieden mit der Höflichkeit, dem Respekt, der Sensibilität und der Freundlichkeit der Konsiliaren.:

Ich war sehr zufrieden mit der Höflichkeit, dem Respekt, der Sensibilität und der Freundlichkeit der Konsiliaren.	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	20	90.9	14	93.3	14	93.3	0	0
Fehlend	2	9.1	1	6.7	1	6.7	9	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.3: Einzelitems - Konsilzufriedenheit**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich war sehr zufrieden mit der Höflichkeit, dem Respekt, der Sensibilität und der Freundlichkeit der Konsiliaren.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	2	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Ich war sehr zufrieden mit der Höflichkeit, dem Respekt, der Sensibilität und der Freundlichkeit der Konsiliaren.:

	IG		verz. IG		KG	
	S 1,1		S 2,2		S 2,1	
Ich war sehr zufrieden mit der Höflichkeit, dem Respekt, der Sensibilität und der Freundlichkeit der Konsiliaren.	N	%	N	%	N	%
Fehlend	5	83.3	3	75.0	2	100
Nicht-Fehlend	1	16.7	1	25.0	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.3: Einzelitems - Konsilzufriedenheit**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich war sehr zufrieden mit dem Schutz der Privatsphäre des Patienten oder der Patientin.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5.0	19	95.0	20	100
	S 1,2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7.1	1	7.1	12	85.7	14	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.9	2	5.9	31	91.2	34	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	100	14	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.1	2	4.2	45	93.8	48	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Ich war sehr zufrieden mit dem Schutz der Privatsphäre des Patienten oder der Patientin.:

Ich war sehr zufrieden mit dem Schutz der Privatsphäre des Patienten oder der Patientin.	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	20	90.9	14	93.3	14	93.3	0	0
Fehlend	2	9.1	1	6.7	1	6.7	9	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.3: Einzelitems - Konsilzufriedenheit**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich war sehr zufrieden mit dem Schutz der Privatsphäre des Patienten oder der Patientin.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	2	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Ich war sehr zufrieden mit dem Schutz der Privatsphäre des Patienten oder der Patientin.:

Ich war sehr zufrieden mit dem Schutz der Privatsphäre des Patienten oder der Patientin.	IG		verz. IG		KG	
	S 1,1	S 2,2	S 2,2	S 2,2	S 2,1	S 2,1
	N	%	N	%	N	%
Fehlend	5	83.3	3	75.0	2	100
Nicht-Fehlend	1	16.7	1	25.0	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.3: Einzelitems - Konsilzufriedenheit**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich war sehr zufrieden mit der Art und Weise, wie die Konsiliari*innen die Würde des Patienten oder der Patientin achteten.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	100	20	100
	S 1,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	14.3	12	85.7	14	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5.9	32	94.1	34	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	100	14	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4.2	46	95.8	48	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.3: Einzelitems - Konsilzufriedenheit**

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Ich war sehr zufrieden mit der Art und Weise, wie die Konsiliaren die Würde des Patienten oder der Patientin achteten.:

	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1	S 1,2	S 2,2	S 2,1				
<b>Ich war sehr zufrieden mit der Art und Weise, wie die Konsiliaren die Würde des Patienten oder der Patientin achteten.</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nicht-Fehlend	20	90.9	14	93.3	14	93.3	0	0
Fehlend	2	9.1	1	6.7	1	6.7	9	100



## 5 Sekundäre Endpunkte (ES)

## 5.7 Zufriedenheit

## 5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)

## Tabelle 5.7.3.3: Einzelitems - Konsilzufriedenheit

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich war sehr zufrieden mit der Art und Weise, wie die Konsiliarinnen die Würde des Patienten oder der Patientin achteten.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	2	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Ich war sehr zufrieden mit der Art und Weise, wie die Konsiliarinnen die Würde des Patienten oder der Patientin achteten.:

	IG		verz. IG		KG	
	S 1,1		S 2,2		S 2,1	
Ich war sehr zufrieden mit der Art und Weise, wie die Konsiliarinnen die Würde des Patienten oder der Patientin achteten.	N	%	N	%	N	%
Fehlend	5	83.3	3	75.0	2	100
Nicht-Fehlend	1	16.7	1	25.0	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.3: Einzelitems - Konsilzufriedenheit**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich empfand den Zugang zu den Konsiliaren als sehr einfach.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	1	5.0	0	0	0	0	7	35.0	12	60.0	20	100
	S 1,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	21.4	11	78.6	14	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	1	2.9	0	0	0	0	10	29.4	23	67.6	34	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	14.3	12	85.7	14	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	1	2.1	0	0	0	0	12	25.0	35	72.9	48	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Ich empfand den Zugang zu den Konsiliaren als sehr einfach.:

Ich empfand den Zugang zu den Konsiliaren als sehr einfach.	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	20	90.9	14	93.3	14	93.3	0	0
Fehlend	2	9.1	1	6.7	1	6.7	9	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.3: Einzelitems - Konsilzufriedenheit**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich empfand den Zugang zu den Konsiliaren als sehr einfach.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	2	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Ich empfand den Zugang zu den Konsiliaren als sehr einfach.:

Ich empfand den Zugang zu den Konsiliaren als sehr einfach.	IG		verz. IG		KG	
	S 1,1		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%
Fehlend	5	83.3	3	75.0	2	100
Nicht-Fehlend	1	16.7	1	25.0	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.3: Einzelitems - Konsilzufriedenheit**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich war mit der Schnelligkeit, mit der die Konsiliaren medizinische Hilfe gaben, sehr zufrieden.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5.0	2	10.0	17	85.0	20	100
	S 1,2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7.1	1	7.1	12	85.7	14	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5.9	3	8.8	29	85.3	34	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7.1	13	92.9	14	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4.2	4	8.3	42	87.5	48	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Ich war mit der Schnelligkeit, mit der die Konsiliaren medizinische Hilfe gaben, sehr zufrieden.:

Ich war mit der Schnelligkeit, mit der die Konsiliaren medizinische Hilfe gaben, sehr zufrieden.	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	20	90.9	14	93.3	14	93.3	0	0
Fehlend	2	9.1	1	6.7	1	6.7	9	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.3: Einzelitems - Konsilzufriedenheit**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich war mit der Schnelligkeit, mit der die Konsiliaren medizinische Hilfe gaben, sehr zufrieden.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	2	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Ich war mit der Schnelligkeit, mit der die Konsiliaren medizinische Hilfe gaben, sehr zufrieden.:

Ich war mit der Schnelligkeit, mit der die Konsiliaren medizinische Hilfe gaben, sehr zufrieden.	IG		verz. IG		KG	
	S 1,1		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%
Fehlend	5	83.3	3	75.0	2	100
Nicht-Fehlend	1	16.7	1	25.0	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.3: Einzelitems - Konsilzufriedenheit**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Videoberatungen verbessern den Zugang zu Dienstleistungen im Gesundheitswesen.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	20.0	16	80.0	20	100
	S 1,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7.1	13	92.9	14	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	14.7	29	85.3	34	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	1	7.1	1	7.1	0	0	12	85.7	14	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	1	2.1	1	2.1	5	10.4	41	85.4	48	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Videoberatungen verbessern den Zugang zu Dienstleistungen im Gesundheitswesen.:

Videoberatungen verbessern den Zugang zu Dienstleistungen im Gesundheitswesen.	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	20	90.9	14	93.3	14	93.3	0	0
Fehlend	2	9.1	1	6.7	1	6.7	9	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.3: Einzelitems - Konsilzufriedenheit**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Videoberatungen verbessern den Zugang zu Dienstleistungen im Gesundheitswesen.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	2	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Videoberatungen verbessern den Zugang zu Dienstleistungen im Gesundheitswesen.:

Videoberatungen verbessern den Zugang zu Dienstleistungen im Gesundheitswesen.	IG		verz. IG		KG	
	S 1,1		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%
Fehlend	5	83.3	3	75.0	2	100
Nicht-Fehlend	1	16.7	1	25.0	0	0

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.3: Einzelitems - Konsilzufriedenheit**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Videoberatungen sind bei diesem Patienten oder dieser Patientin eine akzeptable Art, um Dienstleistungen im Gesundheitswesen zu erhalten.														Gesamt	
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	30.0	14	70.0	20	100
	S 1,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7.1	13	92.9	14	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	20.6	27	79.4	34	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	2	14.3	0	0	0	0	12	85.7	14	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	2	4.2	0	0	7	14.6	39	81.3	48	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu



**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.3: Einzelitems - Konsilzufriedenheit**

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Videoberatungen sind bei diesem Patienten oder dieser Patientin eine akzeptable Art, um Dienstleistungen im Gesundheitswesen zu erhalten.:

	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1	S 1,2	S 2,2	S 2,1				
<b>Videoberatungen sind bei diesem Patienten oder dieser Patientin eine akzeptable Art, um Dienstleistungen im Gesundheitswesen zu erhalten.</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nicht-Fehlend	20	90.9	14	93.3	14	93.3	0	0
Fehlend	2	9.1	1	6.7	1	6.7	9	100

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.3: Einzelitems - Konsilzufriedenheit**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Videoberatungen sind bei diesem Patienten oder dieser Patientin eine akzeptable Art, um Dienstleistungen im Gesundheitswesen zu erhalten.															
		1... <sup>1</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>2</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	2	100

<sup>1</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>2</sup>7 - trifft voll und ganz zu

**5 Sekundäre Endpunkte (ES)****5.7 Zufriedenheit****5.7.3 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)****Tabelle 5.7.3.3: Einzelitems - Konsilzufriedenheit**

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Videoberatungen sind bei diesem Patienten oder dieser Patientin eine akzeptable Art, um Dienstleistungen im Gesundheitswesen zu erhalten.:

	<b>IG</b>		<b>verz. IG</b>		<b>KG</b>	
	<b>S 1,1</b>		<b>S 2,2</b>		<b>S 2,1</b>	
<b>Videoberatungen sind bei diesem Patienten oder dieser Patientin eine akzeptable Art, um Dienstleistungen im Gesundheitswesen zu erhalten.</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Fehlend	5	83.3	3	75.0	2	100
Nicht-Fehlend	1	16.7	1	25.0	0	0

**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.1 ECOG (Professionelle)****Tabelle 6.1.1: Deskriptive Statistiken - ECOG**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		ECOG										Gesamt	
		0		1		2		3		4			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	1	5.0	2	10.0	10	50.0	7	35.0	20	100
	S 1,2	0	0	0	0	3	16.7	8	44.4	7	38.9	18	100
	Gesamt (S 1)	0	0	1	2.6	5	13.2	18	47.4	14	36.8	38	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	6	40.0	5	33.3	4	26.7	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	1	1.9	11	20.8	23	43.4	18	34.0	53	100
KG	S 2,1	0	0	1	14.3	1	14.3	4	57.1	1	14.3	7	100

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für ECOG:

ECOG	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	20	87.0	18	100	15	100	7	77.8
Fehlend	3	13.0	0	0	0	0	2	22.2

**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.1 ECOG (Professionelle)****Tabelle 6.1.1: Deskriptive Statistiken - ECOG**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		ECOG										Gesamt	
		0		1		2		3		4			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	2	9.1	10	45.5	10	45.5	22	100
	S 1,2	0	0	1	7.7	2	15.4	5	38.5	5	38.5	13	100
	Gesamt (S 1)	0	0	1	2.9	4	11.4	15	42.9	15	42.9	35	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	3	23.1	5	38.5	5	38.5	13	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	1	2.1	7	14.6	20	41.7	20	41.7	48	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	3	33.3	6	66.7	0	0	9	100

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für ECOG:

ECOG	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	22	100	13	86.7	13	86.7	9	100
Fehlend	0	0	2	13.3	2	13.3	0	0

**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.1 ECOG (Professionelle)****Tabelle 6.1.1: Deskriptive Statistiken - ECOG**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		ECOG										Gesamt	
		0		1		2		3		4			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	2	33.3	4	66.7	6	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	2	33.3	4	66.7	6	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0	4	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	6	60.0	4	40.0	10	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	2	100	0	0	2	100

**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.2 Neurosymptome (Konsilbüro)****6.2.1 Allgemeine Fragen****Tabelle 6.2.1.3: Wie überrascht wären die Ärztin oder der Arzt, falls die Patientin oder der Patient innerhalb der nächsten vier Wochen versterben würde?**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie überrascht wären die Ärztin oder der Arzt, falls die Patientin oder der Patient innerhalb der nächsten vier Wochen versterben würde?															
		Völlig... <sup>1</sup>		Überrascht		Eher... <sup>2</sup>		Neutral		Eher... <sup>3</sup>		Nicht... <sup>4</sup>		Überhaupt... <sup>5</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	4	16.7	3	12.5	9	37.5	0	0	2	8.3	3	12.5	3	12.5	24	100
	S 1,2	1	5.6	3	16.7	3	16.7	0	0	1	5.6	6	33.3	4	22.2	18	100
	Gesamt (S 1)	5	11.9	6	14.3	12	28.6	0	0	3	7.1	9	21.4	7	16.7	42	100
verz. IG	S 2,2	0	0	5	33.3	3	20.0	1	6.7	1	6.7	2	13.3	3	20.0	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	5	8.8	11	19.3	15	26.3	1	1.8	4	7.0	11	19.3	10	17.5	57	100
KG	S 2,1	1	12.5	2	25.0	2	25.0	0	0	2	25.0	0	0	1	12.5	8	100

<sup>1</sup>Völlig überrascht<sup>2</sup>Eher überrascht<sup>3</sup>Eher nicht überrascht<sup>4</sup>Nicht überrascht<sup>5</sup>Überhaupt nicht überrascht

**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.2 Neurosymptome (Konsilbüro)****6.2.2 Welche Symptome hat der Patient?****Tabelle 6.2.2.2: Symptom gemäß Neuro-iPOS (falls zuordenbar)**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Symptom gemäß Neuro-iPOS (falls zuordenbar)													
		Doppeltsehen		Druckstellen		Gefühl... <sup>1</sup>		Halluzinationen.. <sup>2</sup>		Muskelkrämpfe		Probleme... <sup>3</sup>		Probleme,.. <sup>4</sup>	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	0	0	3	4.2	2	2.8	0	0	0	0	0	0
	S 1,2	0	0	0	0	1	1.6	1	1.6	1	1.6	1	1.6	0	0
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	4	3.0	3	2.3	1	0.8	1	0.8	0	0
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5.1	0	0	1	2.6
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	4	2.3	3	1.8	3	1.8	1	0.6	1	0.6
KG	S 2,1	0	0	0	0	1	3.8	0	0	1	3.8	0	0	0	0

Vergleichsgruppe und Studienarm		Symptom gemäß Neuro-iPOS (falls zuordenbar)													
		Probleme,.. <sup>5</sup>		Probleme,.. <sup>6</sup>		Schlafbeschwerden... <sup>7</sup>		Schluckbeschwerden... <sup>8</sup>		Schwierigkeiten.. <sup>9</sup>		Schwierigkeiten.. <sup>10</sup>		Schwierigkeiten.. <sup>11</sup>	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	1	1.4	2	2.8	1	1.4	7	9.9	0	0	0	0	0	0
	S 1,2	1	1.6	0	0	1	1.6	5	8.2	0	0	0	0	0	0
	Gesamt (S 1)	2	1.5	2	1.5	2	1.5	12	9.1	0	0	0	0	0	0
verz. IG	S 2,2	2	5.1	0	0	0	0	2	5.1	0	0	0	0	0	0
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	4	2.3	2	1.2	2	1.2	14	8.2	0	0	0	0	0	0
KG	S 2,1	1	3.8	1	3.8	0	0	2	7.7	0	0	0	0	1	3.8



**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.2 Neurosymptome (Konsilbüro)****6.2.2 Welche Symptome hat der Patient?****Tabelle 6.2.2.2: Symptom gemäß Neuro-iPOS (falls zuordenbar)**

Vergleichsgruppe und Studienarm		Symptom gemäß Neuro-iPOS (falls zuordenbar)													
		Schwierigkeiten. .. <sup>12</sup>		Schwierigkeiten, ... <sup>13</sup>		Stürze		Übermäßiges... <sup>1</sup> 4		Unerklärte... <sup>15</sup>		Unkontrollierter ... <sup>16</sup>		Verlust... <sup>17</sup>	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4.2	0	0
	S 1,2	0	0	1	1.6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Gesamt (S 1)	0	0	1	0.8	0	0	0	0	0	0	3	2.3	0	0
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	1	2.6	0	0	0	0	1	2.6	0	0
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	1	0.6	1	0.6	0	0	0	0	4	2.3	0	0
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3.8

Vergleichsgruppe und Studienarm		Symptom gemäß Neuro-iPOS (falls zuordenbar)							
		Verlust... <sup>18</sup>		Weniger... <sup>19</sup>		---... <sup>20</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	0	0	52	73.2	71	100
	S 1,2	0	0	0	0	49	80.3	61	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	101	76.5	132	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	30	76.9	39	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	131	76.6	171	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	18	69.2	26	100

<sup>1</sup>Gefühl von Schwindel, Benommenheit oder Schwäche beim Aufstehen aus dem Sitzen oder Liegen<sup>2</sup>Halluzinationen<sup>3</sup>Probleme mit dem Mund<sup>4</sup>Probleme, die Arme zu benutzen<sup>5</sup>Probleme, die Beine zu benutzen

## 6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)

### 6.2 Neurosymptome (Konsilbüro)

#### 6.2.2 Welche Symptome hat der Patient?

##### Tabelle 6.2.2.2: Symptom gemäß Neuro-iPOS (falls zuordenbar)

<sup>6</sup>Probleme, sich an Dinge zu erinnern, die kürzlich passiert sind, oder vergessen, Dinge zu erledigen

<sup>7</sup>Schlafbeschwerden

<sup>8</sup>Schluckbeschwerden

<sup>9</sup>Schwierigkeiten bei der Darmkontrolle

<sup>10</sup>Schwierigkeiten bei der Kontrolle des Urins

<sup>11</sup>Schwierigkeiten beim Kommunizieren

<sup>12</sup>Schwierigkeiten Sex zu haben, wenn Sie es probieren

<sup>13</sup>Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren oder fokussiert zu bleiben

<sup>14</sup>Übermäßiges Schwitzen

<sup>15</sup>Unerklärte Gewichtsveränderungen (die nicht auf einer Ernährungsumstellung beruhen)

<sup>16</sup>Unkontrollierter Speichelfluss

<sup>17</sup>Verlust des Interesses an dem, was um Sie herum geschieht, oder an dem, was Sie tun

<sup>18</sup>Verlust oder Veränderung der Fähigkeit zu schmecken oder zu riechen

<sup>19</sup>Weniger oder mehr sexuelles Interesse

<sup>20</sup>-- Keines der aufgeführten Symptome --

Anmerkung: Symptom gemäß Neuro-iPOS wird über alle Symptome dargestellt. Patienten können mehrfach auftreten.

**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.3 Palliativverlauf (Konsilbüro)****6.3.1 Allgemeine Fragen****Tabelle 6.3.1.2: Bitte geben Sie das Krankheitsstadium des Patienten an**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Bitte geben Sie das Krankheitsstadium des Patienten an									
		Stabil... <sup>1</sup>		Instabil... <sup>2</sup>		Sich... <sup>3</sup>		Sterbend... <sup>4</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	2	8.3	6	25.0	16	66.7	0	0	24	100
	S 1,2	0	0	4	22.2	13	72.2	1	5.6	18	100
	Gesamt (S 1)	2	4.8	10	23.8	29	69.0	1	2.4	42	100
verz. IG	S 2,2	2	13.3	2	13.3	11	73.3	0	0	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	4	7.0	12	21.1	40	70.2	1	1.8	57	100
KG	S 2,1	0	0	3	37.5	5	62.5	0	0	8	100

<sup>1</sup>Stabil – Symptome kontrolliert, Betreuungsaspekte erfasst, Familiensituation stabil<sup>2</sup>Instabil – Neue/Verschlechterte Probleme über Tage<sup>3</sup>Sich verschlechternd – neue/verschlechterte Symptome über Wochen, zunehmende Belastung der Angehörigen<sup>4</sup>Sterbend – Tod innerhalb von Tagen erwartet

**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.4 Neuroverlauf (Konsilbüro)****6.4.4 Zustand des Patienten****Tabelle 6.4.4.1: Der Zustand des Patienten hat sich im Hinblick speziell auf die neurologischen Symptome in der Zwischenzeit wie folgt verändert**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Der Zustand des Patienten hat sich im Hinblick speziell auf die neurologischen Symptome in der Zwischenzeit wie folgt verändert: Er hat sich...															
		Stark... <sup>1</sup>		Verbessert		Eher... <sup>2</sup>		Nicht... <sup>3</sup>		Eher... <sup>4</sup>		Verschlechtert		Stark... <sup>5</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	4	18.2	11	50.0	5	22.7	2	9.1	0	0	0	0	22	100
	S 1,2	0	0	3	18.8	4	25.0	7	43.8	2	12.5	0	0	0	0	16	100
	Gesamt (S 1)	0	0	7	18.4	15	39.5	12	31.6	4	10.5	0	0	0	0	38	100
verz. IG	S 2,2	1	7.1	3	21.4	3	21.4	5	35.7	0	0	1	7.1	1	7.1	14	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	1.9	10	19.2	18	34.6	17	32.7	4	7.7	1	1.9	1	1.9	52	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	4	80.0	0	0	0	0	1	20.0	0	0	5	100

<sup>1</sup>Stark verbessert<sup>2</sup>Eher verbessert<sup>3</sup>Nicht verändert<sup>4</sup>Eher verschlechtert<sup>5</sup>Stark verschlechtert

**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.4 Neuroverlauf (Konsilbüro)****6.4.4 Zustand des Patienten****Tabelle 6.4.4.1: Der Zustand des Patienten hat sich im Hinblick speziell auf die neurologischen Symptome in der Zwischenzeit wie folgt verändert**

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Der Zustand des Patienten hat sich im Hinblick speziell auf die neurologischen Symptome in der Zwischenzeit wie folgt verändert: Er hat sich....:

Der Zustand des Patienten hat sich im Hinblick speziell auf die neurologischen Symptome in der Zwischenzeit wie folgt verändert: Er hat sich...	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	22	100	16	100	14	93.3	5	71.4
Fehlend	0	0	0	0	1	6.7	2	28.6

**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.4 Neuroverlauf (Konsilbüro)****6.4.4 Zustand des Patienten****Tabelle 6.4.4.1: Der Zustand des Patienten hat sich im Hinblick speziell auf die neurologischen Symptome in der Zwischenzeit wie folgt verändert**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Der Zustand des Patienten hat sich im Hinblick speziell auf die neurologischen Symptome in der Zwischenzeit wie folgt verändert: Er hat sich...															
		Stark... <sup>1</sup>		Verbessert		Eher... <sup>2</sup>		Nicht... <sup>3</sup>		Eher... <sup>4</sup>		Verschlechtert		Stark... <sup>5</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	2	28.6	1	14.3	3	42.9	0	0	0	0	1	14.3	7	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	2	28.6	1	14.3	3	42.9	0	0	0	0	1	14.3	7	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	1	33.3	1	33.3	1	33.3	0	0	0	0	3	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	2	20.0	2	20.0	4	40.0	1	10.0	0	0	1	10.0	10	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100

<sup>1</sup>Stark verbessert<sup>2</sup>Eher verbessert<sup>3</sup>Nicht verändert<sup>4</sup>Eher verschlechtert<sup>5</sup>Stark verschlechtert

**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.4 Neuroverlauf (Konsilbüro)****6.4.4 Zustand des Patienten****Tabelle 6.4.4.3: Der Zustand des Patienten hat sich in der Zwischenzeit allgemein wie folgt verändert**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Der Zustand des Patienten hat sich in der Zwischenzeit allgemein wie folgt verändert:Er hat sich...														Gesamt	
		Stark... <sup>1</sup>		Verbessert		Eher... <sup>2</sup>		Nicht... <sup>3</sup>		Eher... <sup>4</sup>		Verschlechtert		Stark... <sup>5</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	3	13.6	4	18.2	7	31.8	6	27.3	0	0	2	9.1	22	100
	S 1,2	0	0	1	6.3	3	18.8	6	37.5	3	18.8	1	6.3	2	12.5	16	100
	Gesamt (S 1)	0	0	4	10.5	7	18.4	13	34.2	9	23.7	1	2.6	4	10.5	38	100
verz. IG	S 2,2	1	6.7	0	0	2	13.3	6	40.0	3	20.0	1	6.7	2	13.3	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	1.9	4	7.5	9	17.0	19	35.8	12	22.6	2	3.8	6	11.3	53	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	1	20.0	1	20.0	0	0	3	60.0	0	0	5	100

<sup>1</sup>Stark verbessert<sup>2</sup>Eher verbessert<sup>3</sup>Nicht verändert<sup>4</sup>Eher verschlechtert<sup>5</sup>Stark verschlechtert

**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.4 Neuroverlauf (Konsilbüro)****6.4.4 Zustand des Patienten****Tabelle 6.4.4.3: Der Zustand des Patienten hat sich in der Zwischenzeit allgemein wie folgt verändert**

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Der Zustand des Patienten hat sich in der Zwischenzeit allgemein wie folgt verändert:Er hat sich...:

Der Zustand des Patienten hat sich in der Zwischenzeit allgemein wie folgt verändert:Er hat sich...	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	22	100	16	100	15	100	5	71.4
Fehlend	0	0	0	0	0	0	2	28.6



**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.4 Neuroverlauf (Konsilbüro)****6.4.4 Zustand des Patienten****Tabelle 6.4.4.3: Der Zustand des Patienten hat sich in der Zwischenzeit allgemein wie folgt verändert**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Der Zustand des Patienten hat sich in der Zwischenzeit allgemein wie folgt verändert:Er hat sich...															
		Stark... <sup>1</sup>		Verbessert		Eher... <sup>2</sup>		Nicht... <sup>3</sup>		Eher... <sup>4</sup>		Verschlechtert		Stark... <sup>5</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	0	0	2	28.6	2	28.6	0	0	1	14.3	2	28.6	7	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	2	28.6	2	28.6	0	0	1	14.3	2	28.6	7	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	1	33.3	1	33.3	1	33.3	0	0	0	0	3	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	3	30.0	3	30.0	1	10.0	1	10.0	2	20.0	10	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100

<sup>1</sup>Stark verbessert<sup>2</sup>Eher verbessert<sup>3</sup>Nicht verändert<sup>4</sup>Eher verschlechtert<sup>5</sup>Stark verschlechtert

**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.7 Fragebogenbeantwortung****6.7.1 Konsilbüro****Tabelle 6.7.1.1: Organisatorische Angaben**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Kontaktperson SAPV / Hospiz				Gesamt	
		Arzt		Pfleger			
		N	%	N	%		
IG	S 1,1	15	62.5	9	37.5	24	100
	S 1,2	9	50.0	9	50.0	18	100
	Gesamt (S 1)	24	57.1	18	42.9	42	100
verz. IG	S 2,2	11	73.3	4	26.7	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	35	61.4	22	38.6	57	100
KG	S 2,1	8	100	0	0	8	100

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Kontaktperson SAPV / Hospiz:

Kontaktperson SAPV / Hospiz	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	24	100	18	100	15	100	8	80.0
Fehlend	0	0	0	0	0	0	2	20.0

**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.7 Fragebogenbeantwortung****6.7.1 Konsilbüro****Tabelle 6.7.1.1: Organisatorische Angaben**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Sind Angehörige anwesend?							
		Ja		Nein		Unbekannt		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	17	70.8	6	25.0	1	4.2	24	100
	S 1,2	8	44.4	10	55.6	0	0	18	100
	Gesamt (S 1)	25	59.5	16	38.1	1	2.4	42	100
verz. IG	S 2,2	13	86.7	2	13.3	0	0	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	38	66.7	18	31.6	1	1.8	57	100

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Sind Angehörige anwesend?:

Sind Angehörige anwesend?	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	24	100	18	100	15	100	0	0
Fehlend	0	0	0	0	0	0	10	100

**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.7 Fragebogenbeantwortung****6.7.1 Konsilbüro****Tabelle 6.7.1.1: Organisatorische Angaben**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie erhalten wir die Anfrage?							
		Telefon		E-Mail		Fax		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	19	79.2	5	20.8	0	0	24	100
	S 1,2	14	77.8	4	22.2	0	0	18	100
	Gesamt (S 1)	33	78.6	9	21.4	0	0	42	100
verz. IG	S 2,2	12	80.0	3	20.0	0	0	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	45	78.9	12	21.1	0	0	57	100
KG	S 2,1	5	62.5	2	25.0	1	12.5	8	100

**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.7 Fragebogenbeantwortung****6.7.1 Konsilbüro****Tabelle 6.7.1.1: Organisatorische Angaben**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Dauer der Terminfindung für das Telekonsil (insgesamt)									
		0-5 min		5-10 min		10-15 min		>15 min		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	14	58.3	6	25.0	1	4.2	3	12.5	24	100
	S 1,2	7	38.9	9	50.0	1	5.6	1	5.6	18	100
	Gesamt (S 1)	21	50.0	15	35.7	2	4.8	4	9.5	42	100
verz. IG	S 2,2	1	6.7	11	73.3	2	13.3	1	6.7	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	22	38.6	26	45.6	4	7.0	5	8.8	57	100

**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.7 Fragebogenbeantwortung****6.7.1 Konsilbüro****Tabelle 6.7.1.1: Organisatorische Angaben**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Dauer interne Terminfindung (mit Konsilarzt SL / CW) [min]								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	24	0	5.8	8.1	0	1.5	3.0	5.0	30
	S 1,2	18	0	5.4	3.4	1	5.0	5.0	5.0	15
	Gesamt (S 1)	42	0	5.6	6.5	0	2.0	5.0	5.0	30
verz. IG	S 2,2	15	0	7.7	4.9	2	5.0	5.0	10.0	20
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	57	0	6.2	6.1	0	2.0	5.0	5.0	30

**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.7 Fragebogenbeantwortung****6.7.1 Konsilbüro****Tabelle 6.7.1.1: Organisatorische Angaben**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Dauer Terminfindung mit SAPV Team [min]								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	24	0	3.5	3.2	1	1.5	2.0	5.0	15
	S 1,2	18	0	4.7	4.9	1	2.0	2.5	5.0	20
	Gesamt (S 1)	42	0	4.0	4.1	1	2.0	2.0	5.0	20
verz. IG	S 2,2	15	0	4.7	3.6	2	2.0	5.0	5.0	15
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	57	0	4.2	3.9	1	2.0	3.0	5.0	20

**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.7 Fragebogenbeantwortung****6.7.1 Konsilbüro****Tabelle 6.7.1.1: Organisatorische Angaben**

Zeitpunkt	Vergleichsgruppe	Studienarm je Event	Informationen angefragt:	N	N (Gesamt)	%	
tV - Vor Konsil / Zum Event	IG	S 1,1	Aktuelle Medikation	24	24	100	
		S 1,2		18	18	100	
		S 1,1	Arztbriefe	21	24	87.5	
		S 1,2		14	18	77.8	
		S 1,1	Andere	0	24	0	
		S 1,2		0	18	0	
	verz. IG	S 2,2	Aktuelle Medikation	15	15	100	
		S 2,2	Arztbriefe	15	15	100	
		S 2,2	Andere	0	15	0	
		KG	S 2,1	Aktuelle Medikation	8	8	100
			S 2,1	Arztbriefe	8	8	100
			S 2,1	Andere	0	8	0



**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.7 Fragebogenbeantwortung****6.7.1 Konsilbüro****Tabelle 6.7.1.1: Organisatorische Angaben**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Übermittlung der angefragten Informationen									
		Fax		Email		PalliDoc		Postalisch		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	14	58.3	6	25.0	0	0	4	16.7	24	100
	S 1,2	15	83.3	3	16.7	0	0	0	0	18	100
	Gesamt (S 1)	29	69.0	9	21.4	0	0	4	9.5	42	100
verz. IG	S 2,2	8	53.3	7	46.7	0	0	0	0	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	37	64.9	16	28.1	0	0	4	7.0	57	100
KG	S 2,1	4	50.0	1	12.5	0	0	3	37.5	8	100

**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.7 Fragebogenbeantwortung****6.7.1 Konsilbüro****Tabelle 6.7.1.1: Organisatorische Angaben**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Betreuung bestehend?					
		Ja		Nein		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	8	33.3	16	66.7	24	100
	S 1,2	2	11.1	16	88.9	18	100
	Gesamt (S 1)	10	23.8	32	76.2	42	100
verz. IG	S 2,2	1	6.7	14	93.3	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	11	19.3	46	80.7	57	100
KG	S 2,1	0	0	8	100	8	100

**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.8 Telemedizinzufriedenheit (SUS - System Usability Scale) (Professionelle)****6.8.1 SUS - System Usability Scale****Tabelle 6.8.1.2: Deskriptive Statistiken - Total Score SUS (System Usability Scale)**

t1 - Zum Konsil:

Vergleichsgruppe und Studienarm		System Usability Scale (SUS)								
		N	N(fehrend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	17	2	85.9	11.0	67.5	77.5	87.5	95.0	100.0
	S 1,2	14	1	93.4	8.9	72.5	85.0	97.5	100.0	100.0
	Gesamt (S 1)	31	3	89.3	10.6	67.5	82.5	92.5	100.0	100.0
verz. IG	S 2,2	12	3	91.3	11.0	72.5	82.5	97.5	100.0	100.0
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	43	6	89.8	10.6	67.5	82.5	95.0	100.0	100.0

**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.8 Telemedizinzufriedenheit (SUS - System Usability Scale) (Professionelle)****6.8.1 SUS - System Usability Scale****Tabelle 6.8.1.3: Grading SUS (System Usability Scale)**

t1 - Zum Konsil:

Vergleichsgruppe und Studienarm		SUS Grading								Gesamt	
		100... <sup>1</sup>		99-81... <sup>2</sup>		80-60... <sup>3</sup>		<60... <sup>4</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	2	11.8	9	52.9	6	35.3	0	0	17	100
	S 1,2	6	42.9	7	50.0	1	7.1	0	0	14	100
	Gesamt (S 1)	8	25.8	16	51.6	7	22.6	0	0	31	100
verz. IG	S 2,2	4	33.3	5	41.7	3	25.0	0	0	12	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	12	27.9	21	48.8	10	23.3	0	0	43	100

<sup>1</sup>100 - entsprechen einem perfekten System ohne Usability-Probleme<sup>2</sup>99-81 - Werte über 80 deuten auf eine gute bis exzellente Usability hin<sup>3</sup>80-60 - Werte zwischen 60 und 80 sind als grenzwertig bis gut zu interpretieren<sup>4</sup><60 - Werte unter 60 sind Hinweise auf erhebliche Usability-Probleme

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für SUS Grading:

SUS Grading	IG				verz. IG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2	
	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	17	89.5	14	93.3	12	80.0
Fehlend	2	10.5	1	6.7	3	20.0

**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.9 Zeitbedarf****6.9.1 Zeitbedarf (Professionelle)****6.9.1.1 Geschätzte Zeitbedarf****Tabelle 6.9.1.1.1: Deskriptive Statistiken - Was glauben Sie, wieviel Zeit Sie für die Vorbereitung des Konsils insgesamt benötigen werden?**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Was glauben Sie, wieviel Zeit Sie für die Vorbereitung des Konsils insgesamt benötigen werden? [Min]								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	22	1	20.9	16.2	5	10.0	15.0	30.0	60
	S 1,2	16	2	17.8	14.9	5	7.5	10.0	25.0	45
	Gesamt (S 1)	38	3	19.6	15.5	5	10.0	15.0	30.0	60
verz. IG	S 2,2	14	1	12.1	8.5	5	5.0	10.0	15.0	30
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	52	4	17.6	14.3	5	5.0	10.0	30.0	60

**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.9 Zeitbedarf****6.9.1 Zeitbedarf (Professionelle)****6.9.1.1 Geschätzte Zeitbedarf****Tabelle 6.9.1.1.2: Deskriptive Statistiken - Was glauben Sie, wie lange das Telekonsil, also das Gespräch per Video, dauern wird?**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Was glauben Sie, wie lange das Telekonsil, also das Gespräch per Video, dauern wird? [Min]								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	22	1	27.3	12.3	10	20.0	20.0	35.0	60
	S 1,2	16	2	28.1	11.7	10	20.0	30.0	30.0	60
	Gesamt (S 1)	38	3	27.6	11.9	10	20.0	22.5	30.0	60
verz. IG	S 2,2	14	1	26.8	12.0	5	15.0	30.0	30.0	50
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	52	4	27.4	11.8	5	20.0	30.0	30.0	60

**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.9 Zeitbedarf****6.9.1 Zeitbedarf (Professionelle)****6.9.1.1 Geschätzte Zeitbedarf****Tabelle 6.9.1.1.3: Deskriptive Statistiken - Was glauben Sie, wieviel Zeit Sie für die Nachbereitung des Konsils insgesamt benötigen werden?**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Was glauben Sie, wieviel Zeit Sie für die Nachbereitung des Konsils insgesamt benötigen werden? [Min]								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	22	1	20.0	16.3	5	5.0	15.0	30.0	60
	S 1,2	16	2	16.1	18.3	3	5.0	10.0	15.0	60
	Gesamt (S 1)	38	3	18.4	17.0	3	5.0	10.0	30.0	60
verz. IG	S 2,2	14	1	18.1	19.2	3	5.0	10.0	20.0	60
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	52	4	18.3	17.4	3	5.0	10.0	30.0	60

**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.9 Zeitbedarf****6.9.1 Zeitbedarf (Professionelle)****6.9.1.2 Tatsächliche Zeitbedarf****Tabelle 6.9.1.2.1: Deskriptive Statistiken - Wieviel Zeit haben Sie für die Vorbereitung des Konsils insgesamt benötigt?**

t1 - Zum Konsil:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wieviel Zeit haben Sie für die Vorbereitung des Konsils insgesamt benötigt? [Min]								
		N	N(fehrend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	19	0	12.2	8.1	5	5.0	10.0	15.0	30
	S 1,2	15	0	9.0	7.3	2	5.0	5.0	15.0	30
	Gesamt (S 1)	34	0	10.8	7.8	2	5.0	10.0	15.0	30
verz. IG	S 2,2	15	0	6.9	4.2	2	5.0	5.0	10.0	15
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	49	0	9.6	7.1	2	5.0	5.0	15.0	30



**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.9 Zeitbedarf****6.9.1 Zeitbedarf (Professionelle)****6.9.1.2 Tatsächliche Zeitbedarf****Tabelle 6.9.1.2.2: Deskriptive Statistiken - Wie lange hat das Telekonsil, also das Gespräch per Video, tatsächlich gedauert?**

t1 - Zum Konsil:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie lange hat das Telekonsil, also das Gespräch per Video, tatsächlich gedauert? [Min]								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	19	0	28.8	10.6	13	20.0	25.0	40.0	45
	S 1,2	15	0	25.3	13.0	10	15.0	20.0	30.0	55
	Gesamt (S 1)	34	0	27.3	11.7	10	20.0	25.0	35.0	55
verz. IG	S 2,2	14	1	23.7	9.1	12	20.0	20.0	30.0	45
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	48	1	26.3	11.0	10	20.0	20.0	30.0	55

**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.9 Zeitbedarf****6.9.1 Zeitbedarf (Professionelle)****6.9.1.2 Tatsächliche Zeitbedarf****Tabelle 6.9.1.2.3: Deskriptive Statistiken - Wieviel Zeit haben Sie für die Nachbereitung des Konsils insgesamt benötigt?**

t1 - Zum Konsil:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wieviel Zeit haben Sie für die Nachbereitung des Konsils insgesamt benötigt? [Min]								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	19	0	8.0	4.3	2	5.0	5.0	10.0	20
	S 1,2	15	0	5.7	2.9	1	5.0	5.0	10.0	10
	Gesamt (S 1)	34	0	7.0	3.9	1	5.0	5.0	10.0	20
verz. IG	S 2,2	15	0	8.3	6.7	1	3.0	5.0	10.0	20
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	49	0	7.4	4.9	1	5.0	5.0	10.0	20

**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.9 Zeitbedarf****6.9.2 Zeitbedarf (Konsiliaren)****6.9.2.1 Geschätzte Zeitbedarf****Tabelle 6.9.2.1.1: Deskriptive Statistiken - Was glauben Sie, wieviel Zeit Sie für die Vorbereitung des Konsils insgesamt benötigen werden?**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Was glauben Sie, wieviel Zeit Sie für die Vorbereitung des Konsils insgesamt benötigen werden? [Min]								
		N	N(fehrend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	24	0	1.7	1.2	1	1.0	1.0	2.0	5
	S 1,2	18	0	6.3	2.9	1	5.0	5.0	10.0	10
	Gesamt (S 1)	42	0	3.6	3.1	1	1.0	2.0	5.0	10
verz. IG	S 2,2	14	0	5.4	3.4	1	2.0	5.0	10.0	10
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	56	0	4.1	3.2	1	1.0	4.0	5.0	10

**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.9 Zeitbedarf****6.9.2 Zeitbedarf (Konsiliarien)****6.9.2.1 Geschätzte Zeitbedarf****Tabelle 6.9.2.1.2: Deskriptive Statistiken - Was glauben Sie, wie lange das Telekonsil, also das Gespräch per Video, dauern wird?**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Was glauben Sie, wie lange das Telekonsil, also das Gespräch per Video, dauern wird? [Min]								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	24	0	19.0	5.7	15	15.0	17.5	20.0	40
	S 1,2	18	0	16.7	2.4	15	15.0	15.0	20.0	20
	Gesamt (S 1)	42	0	18.0	4.7	15	15.0	15.0	20.0	40
verz. IG	S 2,2	14	0	19.3	5.5	15	15.0	17.5	20.0	30
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	56	0	18.3	4.9	15	15.0	15.0	20.0	40

**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.9 Zeitbedarf****6.9.2 Zeitbedarf (Konsiliaren)****6.9.2.1 Geschätzte Zeitbedarf****Tabelle 6.9.2.1.3: Deskriptive Statistiken - Was glauben Sie, wieviel Zeit Sie für die Nachbereitung des Konsils insgesamt benötigen werden?**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Was glauben Sie, wieviel Zeit Sie für die Nachbereitung des Konsils insgesamt benötigen werden? [Min]								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	24	0	1.1	0.3	1	1.0	1.0	1.0	2
	S 1,2	18	0	1.8	2.1	1	1.0	1.0	2.0	10
	Gesamt (S 1)	42	0	1.4	1.4	1	1.0	1.0	1.0	10
verz. IG	S 2,2	14	0	1.3	0.5	1	1.0	1.0	2.0	2
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	56	0	1.4	1.2	1	1.0	1.0	1.5	10

**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.9 Zeitbedarf****6.9.2 Zeitbedarf (Konsiliaren)****6.9.2.2 Tatsächliche Zeitbedarf****Tabelle 6.9.2.2.1: Deskriptive Statistiken - Wieviel Zeit haben Sie für die Vorbereitung des Konsils insgesamt benötigt?**

t1 - Zum Konsil:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wieviel Zeit haben Sie für die Vorbereitung des Konsils insgesamt benötigt? [Min]								
		N	N(fehrend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	24	0	4.9	4.0	1	1.5	5.0	7.5	15
	S 1,2	18	0	5.5	3.7	0	1.0	5.0	10.0	10
	Gesamt (S 1)	42	0	5.1	3.8	0	1.0	5.0	10.0	15
verz. IG	S 2,2	14	0	2.2	2.7	1	1.0	1.0	1.0	10
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	56	0	4.4	3.8	0	1.0	5.0	5.0	15

**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.9 Zeitbedarf****6.9.2 Zeitbedarf (Konsiliarien)****6.9.2.2 Tatsächliche Zeitbedarf****Tabelle 6.9.2.2.2: Deskriptive Statistiken - Wie lange hat das Telekonsil, also das Gespräch per Video, tatsächlich gedauert?**

t1 - Zum Konsil:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie lange hat das Telekonsil, also das Gespräch per Video, tatsächlich gedauert? Damit ist nur die Zeit des konkreten Konsils gemeint. [Min]								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	24	0	24.3	8.8	15	20.0	20.0	30.0	46
	S 1,2	18	0	19.7	7.4	5	15.0	20.0	25.0	30
	Gesamt (S 1)	42	0	22.3	8.5	5	15.0	20.0	27.0	46
verz. IG	S 2,2	14	0	20.0	7.5	10	15.0	16.0	25.0	35
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	56	0	21.7	8.2	5	15.0	20.0	27.0	46

**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.9 Zeitbedarf****6.9.2 Zeitbedarf (Konsiliarien)****6.9.2.2 Tatsächliche Zeitbedarf****Tabelle 6.9.2.2.3: Deskriptive Statistiken - Wieviel Zeit haben Sie für die Nachbereitung des Konsils insgesamt benötigt?**

t1 - Zum Konsil:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wieviel Zeit haben Sie für die Nachbereitung des Konsils insgesamt benötigt? [Min]								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	24	0	1.3	0.5	1	1.0	1.0	2.0	2
	S 1,2	18	0	1.2	0.5	0	1.0	1.0	1.0	2
	Gesamt (S 1)	42	0	1.3	0.5	0	1.0	1.0	2.0	2
verz. IG	S 2,2	14	0	1.2	0.4	1	1.0	1.0	1.0	2
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	56	0	1.3	0.5	0	1.0	1.0	2.0	2



**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.10 Neurobeurteilung (Konsiliarien)****6.10.2 Welche Symptome hat der Patient?****Tabelle 6.10.2.2: Symptom gemäß Neuro-iPOS (falls zuordenbar)**

t1 - Zum Konsil:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Symptom gemäß Neuro-iPOS (falls zuordenbar)													
		Doppeltsehen		Druckstellen		Gefühl... <sup>1</sup>		Halluzinationen.. <sup>2</sup>		Muskelkrämpfe		Probleme... <sup>3</sup>		Probleme... <sup>4</sup>	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	1	1.6	0	0	1	1.6	1	1.6	2	3.1	0	0	0	0
	S 1,2	0	0	0	0	1	2.9	1	2.9	0	0	1	2.9	0	0
	Gesamt (S 1)	1	1.0	0	0	2	2.0	2	2.0	2	2.0	1	1.0	0	0
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	1	3.0	0	0	1	3.0	0	0	1	3.0
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	0.8	0	0	3	2.3	2	1.5	3	2.3	1	0.8	1	0.8

Vergleichsgruppe und Studienarm		Symptom gemäß Neuro-iPOS (falls zuordenbar)													
		Probleme... <sup>5</sup>		Probleme... <sup>6</sup>		Schlafbeschwerden... <sup>7</sup>		Schluckbeschwerden... <sup>8</sup>		Schwierigkeiten.. <sup>9</sup>		Schwierigkeiten.. <sup>10</sup>		Schwierigkeiten.. <sup>11</sup>	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	0	0	1	1.6	6	9.4	0	0	0	0	1	1.6
	S 1,2	1	2.9	0	0	1	2.9	1	2.9	0	0	0	0	0	0
	Gesamt (S 1)	1	1.0	0	0	2	2.0	7	7.1	0	0	0	0	1	1.0
verz. IG	S 2,2	4	12.1	0	0	0	0	2	6.1	0	0	0	0	0	0
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	5	3.8	0	0	2	1.5	9	6.8	0	0	0	0	1	0.8

**6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****6.10 Neurobeurteilung (Konsiliarien)****6.10.2 Welche Symptome hat der Patient?****Tabelle 6.10.2.2: Symptom gemäß Neuro-iPOS (falls zuordenbar)**

Vergleichsgruppe und Studienarm		Symptom gemäß Neuro-iPOS (falls zuordenbar)													
		Schwierigkeiten. .. <sup>12</sup>		Schwierigkeiten, ... <sup>13</sup>		Stürze		Übermäßiges... <sup>1</sup> 4		Unerklärte... <sup>15</sup>		Unkontrollierter ... <sup>16</sup>		Verlust... <sup>17</sup>	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	1	1.6	0	0	0	0	0	0	2	3.1	0	0
	S 1,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Gesamt (S 1)	0	0	1	1.0	0	0	0	0	0	0	2	2.0	0	0
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3.0	0	0
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	1	0.8	0	0	0	0	0	0	3	2.3	0	0

Vergleichsgruppe und Studienarm		Symptom gemäß Neuro-iPOS (falls zuordenbar)							
		Verlust... <sup>18</sup>		Weniger... <sup>19</sup>		---... <sup>20</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	0	0	48	75.0	64	100
	S 1,2	0	0	0	0	29	82.9	35	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	77	77.8	99	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	23	69.7	33	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	100	75.8	132	100

<sup>1</sup>Gefühl von Schwindel, Benommenheit oder Schwäche beim Aufstehen aus dem Sitzen oder Liegen<sup>2</sup>Halluzinationen<sup>3</sup>Probleme mit dem Mund<sup>4</sup>Probleme, die Arme zu benutzen<sup>5</sup>Probleme, die Beine zu benutzen<sup>6</sup>Probleme, sich an Dinge zu erinnern, die kürzlich passiert sind, oder vergessen, Dinge zu erledigen<sup>7</sup>Schlafbeschwerden

## **6 Weitere Patienten- und Eventbezogene Analysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)**

### **6.10 Neurobeurteilung (Konsiliarien)**

#### **6.10.2 Welche Symptome hat der Patient?**

##### **Tabelle 6.10.2.2: Symptom gemäß Neuro-iPOS (falls zuordenbar)**

<sup>8</sup>Schluckbeschwerden

<sup>9</sup>Schwierigkeiten bei der Darmkontrolle

<sup>10</sup>Schwierigkeiten bei der Kontrolle des Urins

<sup>11</sup>Schwierigkeiten beim Kommunizieren

<sup>12</sup>Schwierigkeiten Sex zu haben, wenn Sie es probieren

<sup>13</sup>Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren oder fokussiert zu bleiben

<sup>14</sup>Übermäßiges Schwitzen

<sup>15</sup>Unerklärte Gewichtsveränderungen (die nicht auf einer Ernährungsumstellung beruhen)

<sup>16</sup>Unkontrollierter Speichelfluss

<sup>17</sup>Verlust des Interesses an dem, was um Sie herum geschieht, oder an dem, was Sie tun

<sup>18</sup>Verlust oder Veränderung der Fähigkeit zu schmecken oder zu riechen

<sup>19</sup>Weniger oder mehr sexuelles Interesse

<sup>20</sup>-- Keines der aufgeführten Symptome --

Anmerkung: Symptom gemäß Neuro-iPOS wird über alle Symptome dargestellt. Patienten können mehrfach auftreten.

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.1 Demographie und Baseline-Daten je Vergleichsgruppe****Tabelle 9.1.1.1: Alter****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Vergleichsgruppe und Studienarm		Alter [Jahre] zu Beginn der Versorgung								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	21	0	72.1	15.0	24	69.0	74.0	83.0	88
	S 1,2	14	0	70.4	14.3	47	58.0	73.0	84.0	90
	Gesamt (S 1)	34	0	71.9	14.4	24	62.0	74.5	83.0	90
verz. IG	S 2,2	15	0	68.0	7.7	56	63.0	67.0	72.0	83
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	49	0	70.7	12.8	24	63.0	72.0	81.0	90
KG	S 2,1	13	0	61.2	10.0	47	52.0	61.0	69.0	76

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.1 Demographie und Baseline-Daten je Vergleichsgruppe****Tabelle 9.1.1.1: Alter****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

Vergleichsgruppe und Studienarm		Alter [Jahre] zu Beginn der Versorgung								
		N	N(fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	2	0	83.0	12.7	74	74.0	83.0	92.0	92
	S 1,2	3	0	66.3	22.7	49	49.0	58.0	92.0	92
	Gesamt (S 1)	5	0	73.0	19.5	49	58.0	74.0	92.0	92
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	5	0	73.0	19.5	49	58.0	74.0	92.0	92
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.1 Demographie und Baseline-Daten je Vergleichsgruppe****Tabelle 9.1.1.1: Alter****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

Vergleichsgruppe und Studienarm		Alter [Jahre] zu Beginn der Versorgung								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	15	0	72.3	16.6	24	62.0	79.0	83.0	88
	S 1,2	7	0	74.7	15.3	55	58.0	84.0	88.0	90
	Gesamt (S 1)	21	0	73.9	15.7	24	63.0	81.0	84.0	90
verz. IG	S 2,2	10	0	70.0	8.2	56	64.0	68.5	77.0	83
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	31	0	72.6	13.7	24	64.0	74.0	83.0	90
KG	S 2,1	3	0	62.7	10.1	51	51.0	68.0	69.0	69

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.1 Demographie und Baseline-Daten je Vergleichsgruppe****Tabelle 9.1.1.2: Geschlecht****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Vergleichsgruppe und Studienarm		Geschlecht					
		Männlich		Weiblich		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	9	42.9	12	57.1	21	100
	S 1,2	8	57.1	6	42.9	14	100
	Gesamt (S 1)	16	47.1	18	52.9	34	100
verz. IG	S 2,2	6	40.0	9	60.0	15	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	22	44.9	27	55.1	49	100
KG	S 2,1	6	46.2	7	53.8	13	100

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.1 Demographie und Baseline-Daten je Vergleichsgruppe****Tabelle 9.1.1.2: Geschlecht****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

Vergleichsgruppe und Studienarm		Geschlecht					
		Männlich		Weiblich		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	2	100	2	100
	S 1,2	1	33.3	2	66.7	3	100
	Gesamt (S 1)	1	20.0	4	80.0	5	100
verz. IG	S 2,2	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	20.0	4	80.0	5	100
KG	S 2,1	0	-	0	-	0	-



**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.1 Demographie und Baseline-Daten je Vergleichsgruppe****Tabelle 9.1.1.2: Geschlecht****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

Vergleichsgruppe und Studienarm		Geschlecht					
		Männlich		Weiblich		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	8	53.3	7	46.7	15	100
	S 1,2	6	85.7	1	14.3	7	100
	Gesamt (S 1)	13	61.9	8	38.1	21	100
verz. IG	S 2,2	3	30.0	7	70.0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	16	51.6	15	48.4	31	100
KG	S 2,1	0	0	3	100	3	100

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.1 Demographie und Baseline-Daten je Vergleichsgruppe****Tabelle 9.1.1.3: ECOG (erster Wert)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Vergleichsgruppe und Studienarm		ECOG (erster Wert)										Gesamt	
		0		1		2		3		4			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	0	0	6	31.6	9	47.4	4	21.1	19	100
	S 1,2	0	0	0	0	3	30.0	5	50.0	2	20.0	10	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	8	28.6	14	50.0	6	21.4	28	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	4	44.4	5	55.6	9	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	8	21.6	18	48.6	11	29.7	37	100
KG	S 2,1	1	9.1	1	9.1	8	72.7	1	9.1	0	0	11	100

Fehlende Werte für ECOG (erster Wert):

ECOG (erster Wert)	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	19	90.5	10	71.4	9	60.0	11	84.6
Fehlend	2	9.5	4	28.6	6	40.0	2	15.4

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.1 Demographie und Baseline-Daten je Vergleichsgruppe****Tabelle 9.1.1.3: ECOG (erster Wert)****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

Vergleichsgruppe und Studienarm		ECOG (erster Wert)									
		1		2		3		4		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100
	S 1,2	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100
	Gesamt (S 1)	0	0	2	100	0	0	0	0	2	100
verz. IG	S 2,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	2	100	0	0	0	0	2	100
KG	S 2,1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-

Fehlende Werte für ECOG (erster Wert):

ECOG (erster Wert)	IG			
	S 1,1		S 1,2	
	N	%	N	%
Fehlend	1	50.0	2	66.7
Nicht-Fehlend	1	50.0	1	33.3

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.1 Demographie und Baseline-Daten je Vergleichsgruppe****Tabelle 9.1.1.3: ECOG (erster Wert)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

Vergleichsgruppe und Studienarm		ECOG (erster Wert)									
		1		2		3		4		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	4	28.6	6	42.9	4	28.6	14	100
	S 1,2	0	0	2	33.3	2	33.3	2	33.3	6	100
	Gesamt (S 1)	0	0	5	26.3	8	42.1	6	31.6	19	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	3	50.0	3	50.0	6	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	5	20.0	11	44.0	9	36.0	25	100
KG	S 2,1	0	0	3	100	0	0	0	0	3	100

Fehlende Werte für ECOG (erster Wert):

ECOG (erster Wert)	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	14	93.3	6	85.7	6	60.0	3	100
Fehlend	1	6.7	1	14.3	4	40.0	0	0

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.1 Demographie und Baseline-Daten je Vergleichsgruppe****Tabelle 9.1.1.4: Entlassungsgrund (bei SAPV-Teams)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Entlassungsgrund	IG				verz. IG				KG			
	S 1,1		S 1,2		Gesamt (S 1)		S 2,2		Gesamt (S 1 + S 2,2)		S 2,1	
	N <sub>e</sub>	N	N <sub>e</sub>	N	N <sub>e</sub>	N	N <sub>e</sub>	N	N <sub>e</sub>	N	N <sub>e</sub>	N
Gesamtanzahl an Patienten		20 (100%)		12 (100%)		31 (100%)		12 (100%)		43 (100%)		13 (100%)
Anzahl an Behandlungsabschnitten (N <sub>e</sub> ) und Anzahl an Patienten mit mindestens einem Behandlungsabschnitt (N)	44	20 (100%)	28	10 (83.3%)	57	29 (93.5%)	21	12 (100%)	78	41 (95.3%)	25	11 (84.6%)
Fehlend	2	2 (10.0%)	1	1 (8.3%)	2	2 (6.5%)	3	3 (25.0%)	5	5 (11.6%)	-	-
Abbruch der SAPV Versorgung	-	-	-	-	-	-	1	1 (8.3%)	1	1 (2.3%)	-	-
Beendigung	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1 (7.7%)
Beratung / Koordination beendet	-	-	-	-	-	-	2	1 (8.3%)	2	1 (2.3%)	1	1 (7.7%)
KH Einweisung Medizinische Intervention / Therapie	1	1 (5.0%)	2	2 (16.7%)	3	3 (9.7%)	-	-	3	3 (7.0%)	4	3 (23.1%)
KH Einweisung Patientenwunsch	1	1 (5.0%)	-	-	1	1 (3.2%)	-	-	1	1 (2.3%)	-	-
KH Einweisung soziale Indikation	1	1 (5.0%)	-	-	1	1 (3.2%)	-	-	1	1 (2.3%)	-	-
KH Einweisung Symptomlinderung	1	1 (5.0%)	2	2 (16.7%)	2	2 (6.5%)	-	-	2	2 (4.7%)	2	1 (7.7%)
KH-Einweisung	3	3 (15.0%)	-	-	3	3 (9.7%)	4	3 (25.0%)	7	6 (14.0%)	4	2 (15.4%)
Übergabe in die Regelversorgung	20	5 (25.0%)	16	4 (33.3%)	23	8 (25.8%)	5	4 (33.3%)	28	12 (27.9%)	6	4 (30.8%)
Unterbrechung	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1 (7.7%)
Verstorben	13	13 (65.0%)	7	7 (58.3%)	20	20 (64.5%)	6	6 (50.0%)	26	26 (60.5%)	4	4 (30.8%)
Wechsel der SAPV-Stufe	1	1 (5.0%)	-	-	1	1 (3.2%)	-	-	1	1 (2.3%)	1	1 (7.7%)
Wechsel von der SAPV ins Hospiz	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1 (7.7%)
Wechseln Unterbringungsart	1	1 (5.0%)	-	-	1	1 (3.2%)	-	-	1	1 (2.3%)	-	-

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.1 Demographie und Baseline-Daten je Vergleichsgruppe****Tabelle 9.1.1.4: Entlassungsgrund (bei SAPV-Teams)****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

Entlassungsgrund	IG				verz. IG				KG			
	S 1,1		S 1,2		Gesamt (S 1)		S 2,2		Gesamt (S 1 + S 2,2)		S 2,1	
	N <sub>e</sub>	N	N <sub>e</sub>	N	N <sub>e</sub>	N	N <sub>e</sub>	N	N <sub>e</sub>	N	N <sub>e</sub>	N
Gesamtanzahl an Patienten		1 (100%)		1 (100%)		2 (100%)		0		2 (100%)		0
Anzahl an Behandlungsabschnitten (N <sub>e</sub> ) und Anzahl an Patienten mit mindestens einem Behandlungsabschnitt (N)	1	1 (100%)	1	1 (100%)	2	2 (100%)	-	-	2	2 (100%)	-	-
Abbruch der SAPV Versorgung	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Beendigung	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Beratung / Koordination beendet	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
KH Einweisung Medizinische Intervention / Therapie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
KH Einweisung Patientenwunsch	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
KH Einweisung soziale Indikation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
KH Einweisung Symptomlinderung	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
KH-Einweisung	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Übergabe in die Regelversorgung	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Unterbrechung	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Verstorben	1	1 (100%)	1	1 (100%)	2	2 (100%)	-	-	2	2 (100%)	-	-
Wechsel der SAPV-Stufe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wechsel von der SAPV ins Hospiz	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wechseln Unterbringungsart	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.1 Demographie und Baseline-Daten je Vergleichsgruppe****Tabelle 9.1.1.4: Entlassungsgrund (bei SAPV-Teams)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

Entlassungsgrund	IG				verz. IG				KG			
	S 1,1		S 1,2		Gesamt (S 1)		S 2,2		Gesamt (S 1 + S 2,2)		S 2,1	
	N <sub>e</sub>	N	N <sub>e</sub>	N	N <sub>e</sub>	N	N <sub>e</sub>	N	N <sub>e</sub>	N	N <sub>e</sub>	N
Gesamtanzahl an Patienten		15 (100%)		7 (100%)		21 (100%)		9 (100%)		30 (100%)		3 (100%)
Anzahl an Behandlungsabschnitten (N <sub>e</sub> ) und Anzahl an Patienten mit mindestens einem Behandlungsabschnitt (N)	39	15 (100%)	24	7 (100%)	48	21 (100%)	15	9 (100%)	63	30 (100%)	9	2 (66.7%)
Fehlend	2	2 (13.3%)	1	1 (14.3%)	2	2 (9.5%)	3	3 (33.3%)	5	5 (16.7%)	-	-
Abbruch der SAPV Versorgung	-	-	-	-	-	-	1	1 (11.1%)	1	1 (3.3%)	-	-
Beendigung	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Beratung / Koordination beendet	-	-	-	-	-	-	2	1 (11.1%)	2	1 (3.3%)	-	-
KH Einweisung Medizinische Intervention / Therapie	1	1 (6.7%)	1	1 (14.3%)	2	2 (9.5%)	-	-	2	2 (6.7%)	-	-
KH Einweisung Patientenwunsch	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
KH Einweisung soziale Indikation	1	1 (6.7%)	-	-	1	1 (4.8%)	-	-	1	1 (3.3%)	-	-
KH Einweisung Symptomlinderung	1	1 (6.7%)	2	2 (28.6%)	2	2 (9.5%)	-	-	2	2 (6.7%)	-	-
KH-Einweisung	2	2 (13.3%)	-	-	2	2 (9.5%)	2	2 (22.2%)	4	4 (13.3%)	3	1 (33.3%)
Übergabe in die Regelversorgung	20	5 (33.3%)	16	4 (57.1%)	23	8 (38.1%)	4	3 (33.3%)	27	11 (36.7%)	4	2 (66.7%)
Unterbrechung	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Verstorben	11	11 (73.3%)	4	4 (57.1%)	15	15 (71.4%)	3	3 (33.3%)	18	18 (60.0%)	2	2 (66.7%)
Wechsel der SAPV-Stufe	1	1 (6.7%)	-	-	1	1 (4.8%)	-	-	1	1 (3.3%)	-	-
Wechsel von der SAPV ins Hospiz	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wechseln Unterbringungsart	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.2 iPOS****Tabelle 9.1.2.1: Deskriptive Statistiken - iPOS (Professionelle)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS-Score								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	9	11	30.6	6.2	23	26.0	30.0	33.0	44
	S 1,2	11	4	25.7	7.0	15	21.0	24.0	28.0	38
	Gesamt (S 1)	20	15	27.9	6.9	15	23.5	26.5	32.5	44
verz. IG	S 2,2	9	6	27.0	7.7	14	24.0	26.0	30.0	40
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	29	21	27.6	7.1	14	24.0	26.0	32.0	44
KG	S 2,1	7	2	25.6	4.9	20	21.0	26.0	30.0	33



**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.2 iPOS****Tabelle 9.1.2.1: Deskriptive Statistiken - iPOS (Professionelle)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS-Score								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	11	8	27.5	7.9	14	23.0	25.0	34.0	43
	S 1,2	10	3	21.2	4.1	14	18.0	21.5	24.0	28
	Gesamt (S 1)	21	11	24.5	7.0	14	21.0	24.0	26.0	43
verz. IG	S 2,2	9	6	26.0	4.3	19	23.0	27.0	27.0	32
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	30	17	24.9	6.3	14	21.0	24.5	27.0	43
KG	S 2,1	8	1	28.4	9.1	18	21.5	26.5	33.5	46

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.2 iPOS****Tabelle 9.1.2.1: Deskriptive Statistiken - iPOS (Professionelle)****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS-Score								
		N	N(fehlerd)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	3	0	24.3	1.5	23	23.0	24.0	26.0	26
	S 1,2	2	1	39.0	0.0	39	39.0	39.0	39.0	39
	Gesamt (S 1)	5	1	30.2	8.1	23	24.0	26.0	39.0	39
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	5	1	30.2	8.1	23	24.0	26.0	39.0	39
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.2 iPOS****Tabelle 9.1.2.1: Deskriptive Statistiken - iPOS (Professionelle)****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS-Score								
		N	N(fehlerd)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	2	1	21.5	2.1	20	20.0	21.5	23.0	23
	S 1,2	2	0	35.5	3.5	33	33.0	35.5	38.0	38
	Gesamt (S 1)	4	1	28.5	8.4	20	21.5	28.0	35.5	38
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	4	1	28.5	8.4	20	21.5	28.0	35.5	38
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.2 iPOS****Tabelle 9.1.2.1: Deskriptive Statistiken - iPOS (Professionelle)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS-Score								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	6	9	31.5	7.3	23	26.0	31.0	34.0	44
	S 1,2	5	2	27.4	6.5	21	24.0	26.0	28.0	38
	Gesamt (S 1)	11	11	29.6	6.9	21	24.0	28.0	34.0	44
verz. IG	S 2,2	7	3	24.7	6.6	14	20.0	25.0	29.0	35
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	18	14	27.7	7.1	14	24.0	26.0	32.0	44
KG	S 2,1	2	1	29.5	4.9	26	26.0	29.5	33.0	33

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.2 iPOS****Tabelle 9.1.2.1: Deskriptive Statistiken - iPOS (Professionelle)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS-Score								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	8	7	28.9	7.6	21	23.5	25.5	34.5	43
	S 1,2	5	1	20.8	2.6	17	20.0	21.0	22.0	24
	Gesamt (S 1)	13	8	25.8	7.3	17	21.0	24.0	26.0	43
verz. IG	S 2,2	8	2	25.9	4.6	19	22.0	27.0	29.0	32
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	21	10	25.8	6.2	17	21.0	24.0	27.0	43
KG	S 2,1	3	0	29.0	7.9	20	20.0	32.0	35.0	35

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.2 iPOS****Tabelle 9.1.2.2: Deskriptive Statistiken - iPOS (Patient)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS-Score								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	5	4	23.8	7.2	13	21.0	25.0	29.0	31
	S 1,2	4	1	26.8	8.1	17	20.5	27.0	33.0	36
	Gesamt (S 1)	9	5	25.1	7.3	13	21.0	25.0	30.0	36
verz. IG	S 2,2	8	3	27.9	11.6	12	20.0	28.0	33.5	48
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	17	8	26.4	9.3	12	21.0	28.0	30.0	48
KG	S 2,1	4	2	22.5	1.0	21	22.0	23.0	23.0	23

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.2 iPOS****Tabelle 9.1.2.2: Deskriptive Statistiken - iPOS (Patient)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS-Score								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	8	1	25.1	5.7	16	20.5	26.5	29.5	32
	S 1,2	2	1	25.0	14.1	15	15.0	25.0	35.0	35
	Gesamt (S 1)	10	2	25.1	6.9	15	19.0	26.5	31.0	35
verz. IG	S 2,2	7	0	28.4	11.9	12	16.0	34.0	40.0	41
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	17	2	26.5	9.1	12	19.0	27.0	34.0	41
KG	S 2,1	4	2	29.0	10.6	18	21.5	27.5	36.5	43

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.2 iPOS****Tabelle 9.1.2.2: Deskriptive Statistiken - iPOS (Patient)****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS-Score								
		N	N(fehrend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	3	0	25.0	2.6	23	23.0	24.0	28.0	28
	S 1,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1)	3	0	25.0	2.6	23	23.0	24.0	28.0	28
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	3	0	25.0	2.6	23	23.0	24.0	28.0	28
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-



**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.2 iPOS****Tabelle 9.1.2.2: Deskriptive Statistiken - iPOS (Patient)****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS-Score								
		N	N(fehrend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	1	0	30.0	-	30	30.0	30.0	30.0	30
	S 1,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1)	1	0	30.0	-	30	30.0	30.0	30.0	30
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	0	30.0	-	30	30.0	30.0	30.0	30
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.2 iPOS****Tabelle 9.1.2.2: Deskriptive Statistiken - iPOS (Patient)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS-Score								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	3	2	25.0	4.0	21	21.0	25.0	29.0	29
	S 1,2	2	1	27.0	4.2	24	24.0	27.0	30.0	30
	Gesamt (S 1)	5	3	25.8	3.7	21	24.0	25.0	29.0	30
verz. IG	S 2,2	6	2	27.2	7.5	14	26.0	28.0	30.0	37
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	11	5	26.5	5.8	14	24.0	28.0	30.0	37
KG	S 2,1	0	1	-	-	-	-	-	-	-

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.2 iPOS****Tabelle 9.1.2.2: Deskriptive Statistiken - iPOS (Patient)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS-Score								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	5	1	27.2	5.2	19	26.0	28.0	31.0	32
	S 1,2	1	0	15.0	-	15	15.0	15.0	15.0	15
	Gesamt (S 1)	6	1	25.2	6.8	15	19.0	27.0	31.0	32
verz. IG	S 2,2	5	0	29.2	10.2	16	21.0	34.0	35.0	40
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	11	1	27.0	8.3	15	19.0	28.0	34.0	40
KG	S 2,1	1	0	30.0	-	30	30.0	30.0	30.0	30

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.2 iPOS****Tabelle 9.1.2.3: Deskriptive Statistiken - iPOS (Angehörige)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS-Score								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	6	8	31.2	8.2	21	25.0	31.5	33.0	45
	S 1,2	3	3	29.7	11.9	16	16.0	35.0	38.0	38
	Gesamt (S 1)	9	11	30.7	8.8	16	25.0	32.0	35.0	45
verz. IG	S 2,2	8	4	29.9	7.9	14	28.0	29.5	35.0	40
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	17	15	30.3	8.2	14	27.0	31.0	35.0	45
KG	S 2,1	1	2	27.0	-	27	27.0	27.0	27.0	27

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.2 iPOS****Tabelle 9.1.2.3: Deskriptive Statistiken - iPOS (Angehörige)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS-Score								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	7	6	28.9	13.0	15	16.0	28.0	33.0	54
	S 1,2	5	1	22.4	10.5	11	17.0	17.0	32.0	35
	Gesamt (S 1)	12	7	26.2	12.0	11	16.5	27.5	32.5	54
verz. IG	S 2,2	7	3	26.3	9.8	12	22.0	23.0	35.0	42
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	19	10	26.2	10.9	11	17.0	27.0	33.0	54
KG	S 2,1	1	1	29.0	-	29	29.0	29.0	29.0	29

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)**

**9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose**

**9.1.2 iPOS**

**Tabelle 9.1.2.3: Deskriptive Statistiken - iPOS (Angehörige)**

**Neurologische Grunderkrankung: Nein**

Anmerkung: Es stehen keine Daten zur Verfügung.

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.2 iPOS****Tabelle 9.1.2.3: Deskriptive Statistiken - iPOS (Angehörige)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS-Score								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	5	6	31.0	9.2	21	25.0	31.0	33.0	45
	S 1,2	1	2	38.0	-	38	38.0	38.0	38.0	38
	Gesamt (S 1)	6	8	32.2	8.7	21	25.0	32.0	38.0	45
verz. IG	S 2,2	8	1	29.9	7.9	14	28.0	29.5	35.0	40
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	14	9	30.9	8.0	14	27.0	30.5	38.0	45
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.2 iPOS****Tabelle 9.1.2.3: Deskriptive Statistiken - iPOS (Angehörige)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS-Score								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	5	6	31.4	14.3	15	27.0	28.0	33.0	54
	S 1,2	3	0	22.0	8.7	17	17.0	17.0	32.0	32
	Gesamt (S 1)	8	6	27.9	12.7	15	17.0	27.5	32.5	54
verz. IG	S 2,2	5	2	26.0	5.6	22	22.0	23.0	28.0	35
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	13	8	27.2	10.3	15	22.0	27.0	32.0	54
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-



**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.2 iPOS****Tabelle 9.1.2.4: Deskriptive Statistiken - iPOS (Patient mit imputierten Daten der Angehörigen)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS-Score								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	8	0	27.1	9.6	13	21.0	27.0	31.5	45
	S 1,2	3	0	30.0	12.2	16	16.0	36.0	38.0	38
	Gesamt (S 1)	11	0	27.9	9.8	13	21.0	29.0	36.0	45
verz. IG	S 2,2	8	0	27.9	11.6	12	20.0	28.0	33.5	48
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	19	0	27.9	10.3	12	21.0	29.0	36.0	48
KG	S 2,1	3	0	23.7	3.1	21	21.0	23.0	27.0	27

Anmerkung: Die Imputation erfolgte nur bei Complete Cases (vollständige Informationen bei tV und t2).

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.2 iPOS****Tabelle 9.1.2.4: Deskriptive Statistiken - iPOS (Patient mit imputierten Daten der Angehörigen)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS-Score								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	8	0	28.3	12.0	15	21.0	27.5	30.0	54
	S 1,2	3	0	26.0	13.1	11	11.0	32.0	35.0	35
	Gesamt (S 1)	11	0	27.6	11.6	11	16.0	28.0	32.0	54
verz. IG	S 2,2	8	0	26.9	10.9	12	18.5	25.0	37.5	41
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	19	0	27.3	11.0	11	16.0	28.0	35.0	54
KG	S 2,1	3	0	24.0	5.6	18	18.0	25.0	29.0	29

Anmerkung: Die Imputation erfolgte nur bei Complete Cases (vollständige Informationen bei tV und t2).

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.2 iPOS****Tabelle 9.1.2.4: Deskriptive Statistiken - iPOS (Patient mit imputierten Daten der Angehörigen)****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS-Score								
		N	N(fehrend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	1	0	28.0	-	28	28.0	28.0	28.0	28
	S 1,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1)	1	0	28.0	-	28	28.0	28.0	28.0	28
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	0	28.0	-	28	28.0	28.0	28.0	28
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkung: Die Imputation erfolgte nur bei Complete Cases (vollständige Informationen bei tV und t2).

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.2 iPOS****Tabelle 9.1.2.4: Deskriptive Statistiken - iPOS (Patient mit imputierten Daten der Angehörigen)****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS-Score								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	1	0	30.0	-	30	30.0	30.0	30.0	30
	S 1,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1)	1	0	30.0	-	30	30.0	30.0	30.0	30
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	0	30.0	-	30	30.0	30.0	30.0	30
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkung: Die Imputation erfolgte nur bei Complete Cases (vollständige Informationen bei tV und t2).

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.2 iPOS****Tabelle 9.1.2.4: Deskriptive Statistiken - iPOS (Patient mit imputierten Daten der Angehörigen)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS-Score								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	5	0	28.2	10.0	21	21.0	25.0	29.0	45
	S 1,2	1	0	38.0	-	38	38.0	38.0	38.0	38
	Gesamt (S 1)	6	0	29.8	9.8	21	21.0	27.0	38.0	45
verz. IG	S 2,2	6	0	27.2	7.5	14	26.0	28.0	30.0	37
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	12	0	28.5	8.4	14	23.0	28.0	33.5	45
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkung: Die Imputation erfolgte nur bei Complete Cases (vollständige Informationen bei tV und t2).

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.2 iPOS****Tabelle 9.1.2.4: Deskriptive Statistiken - iPOS (Patient mit imputierten Daten der Angehörigen)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS-Score								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	5	0	30.8	14.3	15	26.0	28.0	31.0	54
	S 1,2	1	0	32.0	-	32	32.0	32.0	32.0	32
	Gesamt (S 1)	6	0	31.0	12.8	15	26.0	29.5	32.0	54
verz. IG	S 2,2	6	0	27.0	9.1	16	21.0	25.0	35.0	40
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	12	0	29.0	10.8	15	21.5	28.0	33.5	54
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkung: Die Imputation erfolgte nur bei Complete Cases (vollständige Informationen bei tV und t2).

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.3.1.1: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Körperliche Symptome								
		N	N(fehrend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	16	4	16.8	4.7	6	14.0	17.5	20.0	25
	S 1,2	14	1	16.0	4.7	7	13.0	15.5	19.0	24
	Gesamt (S 1)	30	5	16.4	4.6	6	14.0	17.0	20.0	25
verz. IG	S 2,2	10	5	13.9	3.8	10	11.0	13.5	15.0	23
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	40	10	15.8	4.5	6	13.0	15.0	19.5	25
KG	S 2,1	9	0	13.9	2.8	10	12.0	14.0	15.0	18

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.3.1.1: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Körperliche Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	15	4	16.7	3.4	11	15.0	17.0	18.0	25
	S 1,2	11	2	13.4	2.8	8	12.0	13.0	14.0	19
	Gesamt (S 1)	26	6	15.3	3.5	8	13.0	15.0	17.0	25
verz. IG	S 2,2	12	3	14.8	3.2	10	12.5	14.5	17.0	21
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	38	9	15.2	3.4	8	13.0	15.0	17.0	25
KG	S 2,1	9	0	15.1	6.1	7	12.0	15.0	17.0	28



**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.3.1.1: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Körperliche Symptome								
		N	N(fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	3	0	13.7	1.2	13	13.0	13.0	15.0	15
	S 1,2	3	0	20.3	3.1	17	17.0	21.0	23.0	23
	Gesamt (S 1)	6	0	17.0	4.2	13	13.0	16.0	21.0	23
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	6	0	17.0	4.2	13	13.0	16.0	21.0	23
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.3.1.1: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Körperliche Symptome								
		N	N(fehlernd)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	3	0	15.3	3.5	12	12.0	15.0	19.0	19
	S 1,2	2	0	19.0	1.4	18	18.0	19.0	20.0	20
	Gesamt (S 1)	5	0	16.8	3.3	12	15.0	18.0	19.0	20
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	5	0	16.8	3.3	12	15.0	18.0	19.0	20
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.3.1.1: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Körperliche Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	12	3	17.3	4.2	10	14.0	17.5	20.0	25
	S 1,2	6	1	17.7	3.9	13	15.0	17.0	20.0	24
	Gesamt (S 1)	18	4	17.4	4.0	10	14.0	17.5	20.0	25
verz. IG	S 2,2	7	3	13.3	2.1	10	11.0	14.0	15.0	16
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	25	7	16.2	4.0	10	14.0	15.0	20.0	25
KG	S 2,1	3	0	14.7	3.5	11	11.0	15.0	18.0	18

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.3.1.1: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Körperliche Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	12	3	16.9	3.4	11	15.0	17.0	18.0	25
	S 1,2	5	1	14.4	2.6	13	13.0	13.0	14.0	19
	Gesamt (S 1)	17	4	16.2	3.3	11	14.0	16.0	18.0	25
verz. IG	S 2,2	9	1	14.7	3.4	10	13.0	14.0	16.0	21
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	26	5	15.7	3.4	10	13.0	15.0	18.0	25
KG	S 2,1	3	0	15.0	5.3	9	9.0	17.0	19.0	19

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.3.1.2: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Patient)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Körperliche Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	7	2	15.3	4.0	10	10.0	16.0	19.0	20
	S 1,2	4	1	17.5	6.9	9	12.0	18.5	23.0	24
	Gesamt (S 1)	11	3	16.1	5.0	9	10.0	16.0	20.0	24
verz. IG	S 2,2	9	2	18.2	6.3	11	12.0	19.0	22.0	29
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	20	5	17.1	5.6	9	12.0	16.5	21.5	29
KG	S 2,1	6	0	15.3	4.2	11	12.0	14.5	18.0	22

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.3.1.2: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Patient)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Körperliche Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	9	0	16.3	3.8	10	13.0	18.0	19.0	21
	S 1,2	2	1	16.5	10.6	9	9.0	16.5	24.0	24
	Gesamt (S 1)	11	1	16.4	4.8	9	12.0	18.0	20.0	24
verz. IG	S 2,2	7	0	19.0	6.8	10	13.0	20.0	25.0	29
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	18	1	17.4	5.6	9	13.0	18.0	21.0	29
KG	S 2,1	5	1	15.6	7.1	9	11.0	14.0	17.0	27

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.3.1.2: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Patient)****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Körperliche Symptome								
		N	N(fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	3	0	15.3	3.5	12	12.0	15.0	19.0	19
	S 1,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1)	3	0	15.3	3.5	12	12.0	15.0	19.0	19
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	3	0	15.3	3.5	12	12.0	15.0	19.0	19
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.3.1.2: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Patient)****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Körperliche Symptome								
		N	N(fehlernd)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	1	0	14.0	-	14	14.0	14.0	14.0	14
	S 1,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1)	1	0	14.0	-	14	14.0	14.0	14.0	14
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	0	14.0	-	14	14.0	14.0	14.0	14
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-



**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.3.1.2: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Patient)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Körperliche Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	4	1	18.0	1.8	16	16.5	18.0	19.5	20
	S 1,2	2	1	18.5	4.9	15	15.0	18.5	22.0	22
	Gesamt (S 1)	6	2	18.2	2.6	15	16.0	18.0	20.0	22
verz. IG	S 2,2	7	1	17.7	5.0	12	12.0	19.0	22.0	24
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	13	3	17.9	3.9	12	15.0	19.0	21.0	24
KG	S 2,1	1	0	22.0	-	22	22.0	22.0	22.0	22

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.3.1.2: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Patient)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Körperliche Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	6	0	18.2	2.8	13	18.0	18.5	20.0	21
	S 1,2	1	0	9.0	-	9	9.0	9.0	9.0	9
	Gesamt (S 1)	7	0	16.9	4.3	9	13.0	18.0	20.0	21
verz. IG	S 2,2	5	0	18.8	4.8	13	15.0	20.0	21.0	25
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	12	0	17.7	4.4	9	14.0	18.5	20.5	25
KG	S 2,1	1	0	17.0	-	17	17.0	17.0	17.0	17

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.3.1.3: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Angehörige)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Körperliche Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	9	5	18.6	3.1	13	16.0	20.0	21.0	22
	S 1,2	4	2	17.3	7.7	8	11.0	18.0	23.5	25
	Gesamt (S 1)	13	7	18.2	4.7	8	15.0	20.0	21.0	25
verz. IG	S 2,2	10	2	20.5	5.9	13	16.0	19.5	26.0	30
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	23	9	19.2	5.2	8	15.0	20.0	22.0	30
KG	S 2,1	2	1	18.5	4.9	15	15.0	18.5	22.0	22

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.3.1.3: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Angehörige)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Körperliche Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	9	4	18.8	6.0	12	13.0	19.0	21.0	31
	S 1,2	5	1	15.2	7.5	6	11.0	14.0	20.0	25
	Gesamt (S 1)	14	5	17.5	6.5	6	13.0	18.5	21.0	31
verz. IG	S 2,2	8	2	17.0	6.3	9	13.5	16.0	19.5	29
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	22	7	17.3	6.3	6	13.0	16.0	21.0	31
KG	S 2,1	2	0	17.0	7.1	12	12.0	17.0	22.0	22

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)**

**9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose**

**9.1.3 iPOS Subscales**

**9.1.3.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome**

**Tabelle 9.1.3.1.3: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Angehörige)**

**Neurologische Grunderkrankung: Nein**

Anmerkung: Es stehen keine Daten zur Verfügung.

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.3.1.3: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Angehörige)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Körperliche Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	8	3	19.3	2.5	15	17.5	20.0	21.0	22
	S 1,2	2	1	18.0	5.7	14	14.0	18.0	22.0	22
	Gesamt (S 1)	10	4	19.0	2.9	14	16.0	20.0	21.0	22
verz. IG	S 2,2	8	1	19.9	5.3	13	15.5	19.5	24.0	28
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	18	5	19.4	4.0	13	16.0	20.0	22.0	28
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.3.1.3: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Angehörige)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Körperliche Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	7	4	20.4	5.8	12	18.0	19.0	23.0	31
	S 1,2	3	0	15.0	4.6	11	11.0	14.0	20.0	20
	Gesamt (S 1)	10	4	18.8	5.8	11	14.0	19.0	21.0	31
verz. IG	S 2,2	5	2	16.4	4.0	12	15.0	16.0	16.0	23
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	15	6	18.0	5.3	11	14.0	18.0	21.0	31
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.3.1.4: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Patient mit imputierten Daten der Angehörigen)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Körperliche Symptome								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	8	0	16.0	3.6	10	14.0	16.0	18.0	22
	S 1,2	3	0	18.0	8.7	8	8.0	22.0	24.0	24
	Gesamt (S 1)	11	0	16.5	5.0	8	13.0	16.0	22.0	24
verz. IG	S 2,2	8	0	19.3	6.1	11	14.0	20.0	23.0	29
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	19	0	17.7	5.5	8	13.0	17.0	22.0	29
KG	S 2,1	3	0	13.0	2.0	11	11.0	13.0	15.0	15

Anmerkung: Die Imputation erfolgte nur bei Complete Cases (vollständige Informationen bei tV und t2).



**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.3.1.4: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Patient mit imputierten Daten der Angehörigen)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Körperliche Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	8	0	17.1	6.5	10	12.5	17.0	18.5	31
	S 1,2	3	0	16.7	9.5	6	6.0	20.0	24.0	24
	Gesamt (S 1)	11	0	17.0	6.9	6	12.0	18.0	20.0	31
verz. IG	S 2,2	8	0	17.6	6.7	10	12.5	15.5	23.0	29
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	19	0	17.3	6.6	6	12.0	16.0	21.0	31
KG	S 2,1	3	0	12.3	1.5	11	11.0	12.0	14.0	14

Anmerkung: Die Imputation erfolgte nur bei Complete Cases (vollständige Informationen bei tV und t2).

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.3.1.4: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Patient mit imputierten Daten der Angehörigen)****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Körperliche Symptome								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	1	0	12.0	-	12	12.0	12.0	12.0	12
	S 1,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1)	1	0	12.0	-	12	12.0	12.0	12.0	12
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	0	12.0	-	12	12.0	12.0	12.0	12
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkung: Die Imputation erfolgte nur bei Complete Cases (vollständige Informationen bei tV und t2).

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.3.1.4: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Patient mit imputierten Daten der Angehörigen)****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Körperliche Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	1	0	14.0	-	14	14.0	14.0	14.0	14
	S 1,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1)	1	0	14.0	-	14	14.0	14.0	14.0	14
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	0	14.0	-	14	14.0	14.0	14.0	14
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkung: Die Imputation erfolgte nur bei Complete Cases (vollständige Informationen bei tV und t2).

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.3.1.4: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Patient mit imputierten Daten der Angehörigen)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Körperliche Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	5	0	18.0	2.5	16	16.0	17.0	19.0	22
	S 1,2	1	0	22.0	-	22	22.0	22.0	22.0	22
	Gesamt (S 1)	6	0	18.7	2.8	16	16.0	18.0	22.0	22
verz. IG	S 2,2	6	0	19.0	4.4	12	16.0	20.0	22.0	24
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	12	0	18.8	3.5	12	16.0	19.0	22.0	24
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkung: Die Imputation erfolgte nur bei Complete Cases (vollständige Informationen bei tV und t2).

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.3.1.4: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Patient mit imputierten Daten der Angehörigen)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Körperliche Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	5	0	19.6	6.9	12	18.0	18.0	19.0	31
	S 1,2	1	0	20.0	-	20	20.0	20.0	20.0	20
	Gesamt (S 1)	6	0	19.7	6.2	12	18.0	18.5	20.0	31
verz. IG	S 2,2	6	0	17.0	5.0	12	13.0	15.5	21.0	25
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	12	0	18.3	5.6	12	14.0	18.0	20.5	31
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkung: Die Imputation erfolgte nur bei Complete Cases (vollständige Informationen bei tV und t2).

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 9.1.3.2.1: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Professionelle)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	20	0	2.2	1.9	0	0.5	2.0	3.0	7
	S 1,2	12	3	1.1	1.4	0	0.0	0.0	2.5	3
	Gesamt (S 1)	32	3	1.8	1.8	0	0.0	2.0	3.0	7
verz. IG	S 2,2	13	2	1.6	1.9	0	0.0	1.0	3.0	6
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	45	5	1.7	1.8	0	0.0	2.0	3.0	7
KG	S 2,1	8	1	1.8	1.3	0	0.5	2.0	3.0	3

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 9.1.3.2.1: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Professionelle)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	18	1	2.3	1.4	0	2.0	2.0	3.0	5
	S 1,2	11	2	0.6	0.9	0	0.0	0.0	2.0	2
	Gesamt (S 1)	29	3	1.7	1.5	0	0.0	2.0	2.0	5
verz. IG	S 2,2	13	2	1.6	1.3	0	1.0	1.0	3.0	4
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	42	5	1.6	1.4	0	0.0	2.0	3.0	5
KG	S 2,1	9	0	1.7	1.3	0	1.0	2.0	2.0	4

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 9.1.3.2.1: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Professionelle)****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome								
		N	N(fehrend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	3	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0
	S 1,2	2	1	7.5	0.7	7	7.0	7.5	8.0	8
	Gesamt (S 1)	5	1	3.0	4.1	0	0.0	0.0	7.0	8
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	5	1	3.0	4.1	0	0.0	0.0	7.0	8
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-



**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 9.1.3.2.1: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Professionelle)****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	3	0	0.3	0.6	0	0.0	0.0	1.0	1
	S 1,2	2	0	7.0	1.4	6	6.0	7.0	8.0	8
	Gesamt (S 1)	5	0	3.0	3.7	0	0.0	1.0	6.0	8
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	5	0	3.0	3.7	0	0.0	1.0	6.0	8
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 9.1.3.2.1: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Professionelle)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	15	0	2.1	1.6	0	1.0	2.0	3.0	6
	S 1,2	6	1	1.3	1.5	0	0.0	1.0	3.0	3
	Gesamt (S 1)	21	1	1.9	1.6	0	0.0	2.0	3.0	6
verz. IG	S 2,2	8	2	1.8	1.5	0	0.5	1.5	3.0	4
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	29	3	1.9	1.6	0	0.0	2.0	3.0	6
KG	S 2,1	2	1	1.5	0.7	1	1.0	1.5	2.0	2

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 9.1.3.2.1: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Professionelle)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	14	1	2.1	1.5	0	2.0	2.0	3.0	5
	S 1,2	6	0	0.5	0.8	0	0.0	0.0	1.0	2
	Gesamt (S 1)	20	1	1.7	1.5	0	0.0	2.0	2.5	5
verz. IG	S 2,2	9	1	1.6	1.1	0	1.0	1.0	3.0	3
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	29	2	1.6	1.4	0	0.0	2.0	3.0	5
KG	S 2,1	3	0	1.7	0.6	1	1.0	2.0	2.0	2

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 9.1.3.2.2: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Patient)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	7	2	1.1	1.7	0	0.0	0.0	3.0	4
	S 1,2	5	0	0.6	1.3	0	0.0	0.0	0.0	3
	Gesamt (S 1)	12	2	0.9	1.5	0	0.0	0.0	2.0	4
verz. IG	S 2,2	11	0	3.1	3.2	0	0.0	2.0	6.0	10
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	23	2	2.0	2.6	0	0.0	1.0	3.0	10
KG	S 2,1	5	1	1.4	1.5	0	0.0	1.0	3.0	3

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 9.1.3.2.2: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Patient)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	9	0	1.2	1.5	0	0.0	1.0	2.0	4
	S 1,2	2	1	1.0	1.4	0	0.0	1.0	2.0	2
	Gesamt (S 1)	11	1	1.2	1.4	0	0.0	1.0	2.0	4
verz. IG	S 2,2	7	0	2.1	2.5	0	0.0	1.0	5.0	6
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	18	1	1.6	1.9	0	0.0	1.0	3.0	6
KG	S 2,1	6	0	1.8	1.8	0	0.0	2.0	2.0	5

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 9.1.3.2.2: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Patient)****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	3	0	0.3	0.6	0	0.0	0.0	1.0	1
	S 1,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1)	3	0	0.3	0.6	0	0.0	0.0	1.0	1
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	3	0	0.3	0.6	0	0.0	0.0	1.0	1
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 9.1.3.2.2: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Patient)****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	1	0	1.0	-	1	1.0	1.0	1.0	1
	S 1,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1)	1	0	1.0	-	1	1.0	1.0	1.0	1
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	0	1.0	-	1	1.0	1.0	1.0	1
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 9.1.3.2.2: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Patient)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	3	2	1.3	1.5	0	0.0	1.0	3.0	3
	S 1,2	3	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0
	Gesamt (S 1)	6	2	0.7	1.2	0	0.0	0.0	1.0	3
verz. IG	S 2,2	8	0	2.8	2.4	0	0.5	2.5	5.0	6
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	14	2	1.9	2.2	0	0.0	1.0	3.0	6
KG	S 2,1	0	1	-	-	-	-	-	-	-



**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 9.1.3.2.2: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Patient)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	6	0	1.0	1.3	0	0.0	0.5	2.0	3
	S 1,2	1	0	0.0	-	0	0.0	0.0	0.0	0
	Gesamt (S 1)	7	0	0.9	1.2	0	0.0	0.0	2.0	3
verz. IG	S 2,2	5	0	1.8	2.2	0	0.0	1.0	3.0	5
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	12	0	1.3	1.7	0	0.0	0.5	2.5	5
KG	S 2,1	1	0	0.0	-	0	0.0	0.0	0.0	0

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 9.1.3.2.3: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Angehörige)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	13	1	1.8	1.5	0	0.0	2.0	3.0	4
	S 1,2	5	1	2.4	1.8	0	2.0	2.0	3.0	5
	Gesamt (S 1)	18	2	2.0	1.6	0	0.0	2.0	3.0	5
verz. IG	S 2,2	11	1	2.7	3.1	0	0.0	2.0	5.0	10
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	29	3	2.3	2.3	0	0.0	2.0	3.0	10
KG	S 2,1	3	0	0.3	0.6	0	0.0	0.0	1.0	1

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 9.1.3.2.3: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Angehörige)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	10	3	1.3	1.1	0	0.0	1.5	2.0	3
	S 1,2	5	1	0.8	1.1	0	0.0	0.0	2.0	2
	Gesamt (S 1)	15	4	1.1	1.1	0	0.0	1.0	2.0	3
verz. IG	S 2,2	8	2	1.6	2.6	0	0.0	0.0	3.0	7
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	23	6	1.3	1.7	0	0.0	1.0	2.0	7
KG	S 2,1	2	0	3.0	4.2	0	0.0	3.0	6.0	6

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)**

**9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose**

**9.1.3 iPOS Subscales**

**9.1.3.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome**

**Tabelle 9.1.3.2.3: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Angehörige)**

**Neurologische Grunderkrankung: Nein**

Anmerkung: Es stehen keine Daten zur Verfügung.

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 9.1.3.2.3: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Angehörige)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	11	0	2.0	1.5	0	0.0	2.0	3.0	4
	S 1,2	3	0	2.3	0.6	2	2.0	2.0	3.0	3
	Gesamt (S 1)	14	0	2.1	1.4	0	1.0	2.0	3.0	4
verz. IG	S 2,2	8	1	2.3	2.3	0	0.0	2.0	4.5	5
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	22	1	2.1	1.7	0	0.0	2.0	3.0	5
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 9.1.3.2.3: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Angehörige)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	8	3	1.4	1.1	0	0.5	1.5	2.0	3
	S 1,2	3	0	0.7	1.2	0	0.0	0.0	2.0	2
	Gesamt (S 1)	11	3	1.2	1.1	0	0.0	1.0	2.0	3
verz. IG	S 2,2	5	2	1.2	1.6	0	0.0	0.0	3.0	3
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	16	5	1.2	1.2	0	0.0	1.0	2.0	3
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 9.1.3.2.4: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Patient mit imputierten Daten der Angehörigen)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	8	0	1.8	1.8	0	0.0	1.5	3.5	4
	S 1,2	3	0	1.7	1.5	0	0.0	2.0	3.0	3
	Gesamt (S 1)	11	0	1.7	1.6	0	0.0	2.0	3.0	4
verz. IG	S 2,2	8	0	2.8	3.4	0	0.0	2.0	4.0	10
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	19	0	2.2	2.5	0	0.0	2.0	4.0	10
KG	S 2,1	3	0	2.0	1.7	0	0.0	3.0	3.0	3

Anmerkung: Die Imputation erfolgte nur bei Complete Cases (vollständige Informationen bei tV und t2).

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 9.1.3.2.4: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Patient mit imputierten Daten der Angehörigen)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	8	0	1.5	1.5	0	0.0	1.5	2.5	4
	S 1,2	3	0	1.3	1.2	0	0.0	2.0	2.0	2
	Gesamt (S 1)	11	0	1.5	1.4	0	0.0	2.0	2.0	4
verz. IG	S 2,2	8	0	2.3	2.4	0	0.0	2.0	4.0	6
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	19	0	1.8	1.8	0	0.0	2.0	3.0	6
KG	S 2,1	3	0	3.0	1.7	2	2.0	2.0	5.0	5

Anmerkung: Die Imputation erfolgte nur bei Complete Cases (vollständige Informationen bei tV und t2).



**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 9.1.3.2.4: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Patient mit imputierten Daten der Angehörigen)****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome								
		N	N(fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	1	0	1.0	-	1	1.0	1.0	1.0	1
	S 1,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1)	1	0	1.0	-	1	1.0	1.0	1.0	1
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	0	1.0	-	1	1.0	1.0	1.0	1
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkung: Die Imputation erfolgte nur bei Complete Cases (vollständige Informationen bei tV und t2).

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 9.1.3.2.4: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Patient mit imputierten Daten der Angehörigen)****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	1	0	1.0	-	1	1.0	1.0	1.0	1
	S 1,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1)	1	0	1.0	-	1	1.0	1.0	1.0	1
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	0	1.0	-	1	1.0	1.0	1.0	1
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkung: Die Imputation erfolgte nur bei Complete Cases (vollständige Informationen bei tV und t2).

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 9.1.3.2.4: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Patient mit imputierten Daten der Angehörigen)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	5	0	2.0	1.6	0	1.0	2.0	3.0	4
	S 1,2	1	0	2.0	-	2	2.0	2.0	2.0	2
	Gesamt (S 1)	6	0	2.0	1.4	0	1.0	2.0	3.0	4
verz. IG	S 2,2	6	0	2.0	1.9	0	0.0	2.0	4.0	4
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	12	0	2.0	1.6	0	0.5	2.0	3.5	4
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkung: Die Imputation erfolgte nur bei Complete Cases (vollständige Informationen bei tV und t2).

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 9.1.3.2.4: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Patient mit imputierten Daten der Angehörigen)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome								
		N	N(fehrend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	5	0	1.4	1.3	0	0.0	2.0	2.0	3
	S 1,2	1	0	2.0	-	2	2.0	2.0	2.0	2
	Gesamt (S 1)	6	0	1.5	1.2	0	0.0	2.0	2.0	3
verz. IG	S 2,2	6	0	2.0	2.0	0	0.0	2.0	3.0	5
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	12	0	1.8	1.6	0	0.0	2.0	3.0	5
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkung: Die Imputation erfolgte nur bei Complete Cases (vollständige Informationen bei tV und t2).

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.3.3.1: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	12	8	10.0	3.1	3	8.0	10.0	12.5	14
	S 1,2	12	3	9.6	2.1	6	8.0	9.0	11.0	14
	Gesamt (S 1)	24	11	9.8	2.6	3	8.0	9.5	11.5	14
verz. IG	S 2,2	10	5	10.6	4.6	1	10.0	11.5	13.0	16
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	34	16	10.0	3.3	1	8.0	10.0	12.0	16
KG	S 2,1	8	1	10.5	4.2	4	6.5	12.5	14.0	14

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.3.3.1: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	14	5	8.5	4.0	1	6.0	9.0	12.0	14
	S 1,2	10	3	7.4	2.5	3	6.0	7.5	9.0	11
	Gesamt (S 1)	24	8	8.0	3.4	1	6.0	8.0	10.0	14
verz. IG	S 2,2	9	6	9.2	3.3	6	6.0	8.0	12.0	15
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	33	14	8.4	3.4	1	6.0	8.0	11.0	15
KG	S 2,1	8	1	11.3	3.0	7	8.5	12.0	14.0	14

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.3.3.1: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme								
		N	N(fehlerd)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	3	0	10.7	2.1	9	9.0	10.0	13.0	13
	S 1,2	2	1	9.5	2.1	8	8.0	9.5	11.0	11
	Gesamt (S 1)	5	1	10.2	1.9	8	9.0	10.0	11.0	13
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	5	1	10.2	1.9	8	9.0	10.0	11.0	13
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.3.3.1: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	2	1	7.5	0.7	7	7.0	7.5	8.0	8
	S 1,2	2	0	9.5	3.5	7	7.0	9.5	12.0	12
	Gesamt (S 1)	4	1	8.5	2.4	7	7.0	7.5	10.0	12
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	4	1	8.5	2.4	7	7.0	7.5	10.0	12
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-



**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.3.3.1: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	8	7	9.4	3.2	3	8.0	9.5	12.0	13
	S 1,2	5	2	8.8	2.2	6	8.0	8.0	11.0	11
	Gesamt (S 1)	13	9	9.2	2.8	3	8.0	9.0	11.0	13
verz. IG	S 2,2	8	2	9.9	4.8	1	7.5	11.0	12.5	16
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	21	11	9.4	3.6	1	8.0	10.0	12.0	16
KG	S 2,1	3	0	13.0	1.0	12	12.0	13.0	14.0	14

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.3.3.1: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	10	5	9.5	3.9	3	6.0	10.0	13.0	14
	S 1,2	5	1	6.2	2.6	3	4.0	7.0	8.0	9
	Gesamt (S 1)	15	6	8.4	3.8	3	4.0	9.0	12.0	14
verz. IG	S 2,2	8	2	9.6	3.3	6	6.5	9.5	12.0	15
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	23	8	8.8	3.6	3	6.0	9.0	12.0	15
KG	S 2,1	3	0	12.3	2.1	10	10.0	13.0	14.0	14

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.3.3.2: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Patient)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	6	3	7.2	4.2	1	3.0	9.0	9.0	12
	S 1,2	5	0	8.6	0.5	8	8.0	9.0	9.0	9
	Gesamt (S 1)	11	3	7.8	3.1	1	8.0	9.0	9.0	12
verz. IG	S 2,2	9	2	7.4	5.0	1	2.0	9.0	12.0	14
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	20	5	7.7	4.0	1	4.0	9.0	9.5	14
KG	S 2,1	5	1	8.8	3.6	5	7.0	7.0	11.0	14

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.3.3.2: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Patient)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	8	1	8.1	2.6	5	6.0	8.0	9.5	13
	S 1,2	3	0	5.0	4.6	0	0.0	6.0	9.0	9
	Gesamt (S 1)	11	1	7.3	3.3	0	6.0	7.0	9.0	13
verz. IG	S 2,2	7	0	7.3	4.2	2	3.0	6.0	11.0	13
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	18	1	7.3	3.6	0	6.0	6.5	10.0	13
KG	S 2,1	4	2	10.3	4.1	5	7.0	11.0	13.5	14

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.3.3.2: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Patient)****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme								
		N	N(fehlernd)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	3	0	9.3	5.5	4	4.0	9.0	15.0	15
	S 1,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1)	3	0	9.3	5.5	4	4.0	9.0	15.0	15
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	3	0	9.3	5.5	4	4.0	9.0	15.0	15
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.3.3.2: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Patient)****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	1	0	15.0	-	15	15.0	15.0	15.0	15
	S 1,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1)	1	0	15.0	-	15	15.0	15.0	15.0	15
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	0	15.0	-	15	15.0	15.0	15.0	15
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.3.3.2: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Patient)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	4	1	7.0	4.0	1	5.0	9.0	9.0	9
	S 1,2	3	0	8.7	0.6	8	8.0	9.0	9.0	9
	Gesamt (S 1)	7	1	7.7	3.0	1	8.0	9.0	9.0	9
verz. IG	S 2,2	6	2	7.2	4.8	2	2.0	7.5	12.0	12
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	13	3	7.5	3.7	1	5.0	9.0	9.0	12
KG	S 2,1	1	0	14.0	-	14	14.0	14.0	14.0	14

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.3.3.2: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Patient)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	5	1	8.6	3.2	5	6.0	9.0	10.0	13
	S 1,2	1	0	6.0	-	6	6.0	6.0	6.0	6
	Gesamt (S 1)	6	1	8.2	3.1	5	6.0	7.5	10.0	13
verz. IG	S 2,2	5	0	8.6	4.0	3	6.0	10.0	11.0	13
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	11	1	8.4	3.4	3	6.0	9.0	11.0	13
KG	S 2,1	1	0	13.0	-	13	13.0	13.0	13.0	13



**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.3.3.3: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Angehörige)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	8	6	10.4	6.3	1	7.0	10.0	13.5	21
	S 1,2	3	3	9.0	4.6	5	5.0	8.0	14.0	14
	Gesamt (S 1)	11	9	10.0	5.7	1	5.0	10.0	14.0	21
verz. IG	S 2,2	10	2	7.9	3.7	1	6.0	7.5	11.0	13
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	21	11	9.0	4.8	1	6.0	9.0	11.0	21
KG	S 2,1	2	1	11.5	0.7	11	11.0	11.5	12.0	12

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.3.3.3: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Angehörige)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	11	2	8.5	5.7	0	5.0	8.0	11.0	21
	S 1,2	5	1	6.4	2.7	3	5.0	6.0	8.0	10
	Gesamt (S 1)	16	3	7.8	5.0	0	5.0	7.0	10.5	21
verz. IG	S 2,2	7	3	7.3	2.8	3	6.0	7.0	9.0	12
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	23	6	7.7	4.4	0	5.0	7.0	10.0	21
KG	S 2,1	1	1	11.0	-	11	11.0	11.0	11.0	11

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)**

**9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose**

**9.1.3 iPOS Subscales**

**9.1.3.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme**

**Tabelle 9.1.3.3.3: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Angehörige)**

**Neurologische Grunderkrankung: Nein**

Anmerkung: Es stehen keine Daten zur Verfügung.

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.3.3.3: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Angehörige)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	6	5	10.2	6.4	1	9.0	10.0	10.0	21
	S 1,2	1	2	14.0	-	14	14.0	14.0	14.0	14
	Gesamt (S 1)	7	7	10.7	6.0	1	9.0	10.0	14.0	21
verz. IG	S 2,2	9	0	8.0	3.9	1	6.0	8.0	11.0	13
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	16	7	9.2	5.0	1	6.5	10.0	11.5	21
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.3.3.3: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Angehörige)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	9	2	8.4	5.8	0	6.0	8.0	11.0	21
	S 1,2	3	0	6.3	3.5	3	3.0	6.0	10.0	10
	Gesamt (S 1)	12	2	7.9	5.2	0	5.5	7.0	10.5	21
verz. IG	S 2,2	5	2	8.4	2.3	6	7.0	8.0	9.0	12
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	17	4	8.1	4.5	0	6.0	8.0	10.0	21
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.3.3.4: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Patient mit imputierten Daten der Angehörigen)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	8	0	9.1	7.4	1	2.0	9.0	14.5	21
	S 1,2	3	0	10.3	3.2	8	8.0	9.0	14.0	14
	Gesamt (S 1)	11	0	9.5	6.4	1	3.0	9.0	14.0	21
verz. IG	S 2,2	8	0	6.0	4.7	1	2.0	4.5	10.5	13
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	19	0	8.0	5.8	1	2.0	9.0	12.0	21
KG	S 2,1	3	0	8.7	2.9	7	7.0	7.0	12.0	12

Anmerkung: Die Imputation erfolgte nur bei Complete Cases (vollständige Informationen bei tV und t2).

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.3.3.4: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Patient mit imputierten Daten der Angehörigen)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	8	0	9.5	6.5	0	5.5	8.5	13.5	21
	S 1,2	3	0	8.0	2.6	5	5.0	9.0	10.0	10
	Gesamt (S 1)	11	0	9.1	5.6	0	5.0	9.0	13.0	21
verz. IG	S 2,2	8	0	7.1	3.6	2	4.5	6.5	10.5	12
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	19	0	8.3	4.9	0	5.0	7.0	11.0	21
KG	S 2,1	3	0	8.3	3.1	5	5.0	9.0	11.0	11

Anmerkung: Die Imputation erfolgte nur bei Complete Cases (vollständige Informationen bei tV und t2).

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.3.3.4: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Patient mit imputierten Daten der Angehörigen)****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme								
		N	N(fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	1	0	15.0	-	15	15.0	15.0	15.0	15
	S 1,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1)	1	0	15.0	-	15	15.0	15.0	15.0	15
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	0	15.0	-	15	15.0	15.0	15.0	15
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkung: Die Imputation erfolgte nur bei Complete Cases (vollständige Informationen bei tV und t2).



**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.3.3.4: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Patient mit imputierten Daten der Angehörigen)****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	1	0	15.0	-	15	15.0	15.0	15.0	15
	S 1,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1)	1	0	15.0	-	15	15.0	15.0	15.0	15
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	0	15.0	-	15	15.0	15.0	15.0	15
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkung: Die Imputation erfolgte nur bei Complete Cases (vollständige Informationen bei tV und t2).

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.3.3.4: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Patient mit imputierten Daten der Angehörigen)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	5	0	8.2	8.2	1	1.0	9.0	9.0	21
	S 1,2	1	0	14.0	-	14	14.0	14.0	14.0	14
	Gesamt (S 1)	6	0	9.2	7.7	1	1.0	9.0	14.0	21
verz. IG	S 2,2	6	0	6.3	4.9	2	2.0	4.5	12.0	13
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	12	0	7.8	6.3	1	2.0	7.0	12.5	21
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkung: Die Imputation erfolgte nur bei Complete Cases (vollständige Informationen bei tV und t2).

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.3 iPOS Subscales****9.1.3.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.3.3.4: Deskriptive Statistiken - iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Patient mit imputierten Daten der Angehörigen)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	5	0	9.8	8.0	0	5.0	10.0	13.0	21
	S 1,2	1	0	10.0	-	10	10.0	10.0	10.0	10
	Gesamt (S 1)	6	0	9.8	7.1	0	5.0	10.0	13.0	21
verz. IG	S 2,2	6	0	8.2	3.4	3	6.0	8.5	11.0	12
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	12	0	9.0	5.4	0	5.5	10.0	11.5	21
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkung: Die Imputation erfolgte nur bei Complete Cases (vollständige Informationen bei tV und t2).

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.4 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****9.1.4.1 Quality of Life****Tabelle 9.1.4.1.1: Deskriptive Statistiken - Quality of Life****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie war Ihre Lebensqualität in den letzten 2 Tagen?								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	8	1	3.3	2.1	1	1.5	2.5	5.5	6
	S 1,2	5	0	2.2	0.8	1	2.0	2.0	3.0	3
	Gesamt (S 1)	13	1	2.8	1.8	1	2.0	2.0	3.0	6
verz. IG	S 2,2	9	2	3.1	2.6	0	1.0	2.0	5.0	7
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	22	3	3.0	2.1	0	1.0	2.0	5.0	7
KG	S 2,1	5	1	3.8	2.6	0	3.0	4.0	5.0	7

Anmerkung: 0 - schlechteste vorstellbare Lebensqualität, ..., 10 - beste vorstellbare Lebensqualität

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.4 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****9.1.4.1 Quality of Life****Tabelle 9.1.4.1.1: Deskriptive Statistiken - Quality of Life****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie war Ihre Lebensqualität in den letzten 2 Tagen?								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	9	0	4.0	2.0	2	3.0	3.0	5.0	8
	S 1,2	3	0	4.0	3.6	1	1.0	3.0	8.0	8
	Gesamt (S 1)	12	0	4.0	2.3	1	2.5	3.0	5.5	8
verz. IG	S 2,2	7	0	2.9	2.4	0	1.0	2.0	5.0	7
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	19	0	3.6	2.3	0	2.0	3.0	5.0	8
KG	S 2,1	5	1	3.8	1.1	3	3.0	3.0	5.0	5

Anmerkung: 0 - schlechteste vorstellbare Lebensqualität, ..., 10 - beste vorstellbare Lebensqualität

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.4 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****9.1.4.1 Quality of Life****Tabelle 9.1.4.1.1: Deskriptive Statistiken - Quality of Life****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie war Ihre Lebensqualität in den letzten 2 Tagen?								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	1	2	5.0	-	5	5.0	5.0	5.0	5
	S 1,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1)	1	2	5.0	-	5	5.0	5.0	5.0	5
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	2	5.0	-	5	5.0	5.0	5.0	5
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkung: 0 - schlechteste vorstellbare Lebensqualität, ..., 10 - beste vorstellbare Lebensqualität

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.4 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****9.1.4.1 Quality of Life****Tabelle 9.1.4.1.1: Deskriptive Statistiken - Quality of Life****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie war Ihre Lebensqualität in den letzten 2 Tagen?								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	1	0	2.0	-	2	2.0	2.0	2.0	2
	S 1,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1)	1	0	2.0	-	2	2.0	2.0	2.0	2
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	0	2.0	-	2	2.0	2.0	2.0	2
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkung: 0 - schlechteste vorstellbare Lebensqualität, ..., 10 - beste vorstellbare Lebensqualität

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.4 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****9.1.4.1 Quality of Life****Tabelle 9.1.4.1.1: Deskriptive Statistiken - Quality of Life****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie war Ihre Lebensqualität in den letzten 2 Tagen?								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	5	0	3.0	2.3	1	1.0	2.0	5.0	6
	S 1,2	3	0	2.3	1.2	1	1.0	3.0	3.0	3
	Gesamt (S 1)	8	0	2.8	1.9	1	1.0	2.5	4.0	6
verz. IG	S 2,2	6	2	3.2	2.5	0	2.0	2.5	5.0	7
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	14	2	2.9	2.1	0	1.0	2.5	5.0	7
KG	S 2,1	1	0	0.0	-	0	0.0	0.0	0.0	0

Anmerkung: 0 - schlechteste vorstellbare Lebensqualität, ..., 10 - beste vorstellbare Lebensqualität



**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.4 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****9.1.4.1 Quality of Life****Tabelle 9.1.4.1.1: Deskriptive Statistiken - Quality of Life****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie war Ihre Lebensqualität in den letzten 2 Tagen?								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	6	0	3.3	1.5	2	2.0	3.0	4.0	6
	S 1,2	1	0	8.0	-	8	8.0	8.0	8.0	8
	Gesamt (S 1)	7	0	4.0	2.2	2	2.0	3.0	6.0	8
verz. IG	S 2,2	5	0	2.2	1.9	0	1.0	2.0	3.0	5
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	12	0	3.3	2.2	0	2.0	3.0	4.5	8
KG	S 2,1	1	0	3.0	-	3	3.0	3.0	3.0	3

Anmerkung: 0 - schlechteste vorstellbare Lebensqualität, ..., 10 - beste vorstellbare Lebensqualität

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.4 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****9.1.4.2 Gesundheit****Tabelle 9.1.4.2.1: Deskriptive Statistiken - Gesundheitszustand****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie war Ihre Gesundheit in den letzten 2 Tagen?								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	8	1	4.4	2.7	1	1.5	5.0	6.5	8
	S 1,2	5	0	2.0	1.0	1	1.0	2.0	3.0	3
	Gesamt (S 1)	13	1	3.5	2.5	1	1.0	3.0	5.0	8
verz. IG	S 2,2	10	1	2.7	2.6	1	1.0	1.5	3.0	8
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	23	2	3.1	2.5	1	1.0	2.0	5.0	8
KG	S 2,1	5	1	3.4	2.1	0	3.0	4.0	5.0	5

Anmerkung: 0 - schlechtester vorstellbarer Gesundheitszustand, ..., 10 - bester vorstellbarer Gesundheitszustand

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.4 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****9.1.4.2 Gesundheit****Tabelle 9.1.4.2.1: Deskriptive Statistiken - Gesundheitszustand****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie war Ihre Gesundheit in den letzten 2 Tagen?								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	9	0	3.0	1.4	1	2.0	3.0	4.0	5
	S 1,2	3	0	4.3	4.0	0	0.0	5.0	8.0	8
	Gesamt (S 1)	12	0	3.3	2.2	0	2.0	3.0	5.0	8
verz. IG	S 2,2	7	0	2.7	2.6	0	1.0	2.0	3.0	8
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	19	0	3.1	2.3	0	2.0	3.0	5.0	8
KG	S 2,1	5	1	3.4	1.1	2	3.0	3.0	4.0	5

Anmerkung: 0 - schlechtester vorstellbarer Gesundheitszustand, ..., 10 - bester vorstellbarer Gesundheitszustand

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.4 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****9.1.4.2 Gesundheit****Tabelle 9.1.4.2.1: Deskriptive Statistiken - Gesundheitszustand****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie war Ihre Gesundheit in den letzten 2 Tagen?								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	1	2	2.0	-	2	2.0	2.0	2.0	2
	S 1,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1)	1	2	2.0	-	2	2.0	2.0	2.0	2
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	2	2.0	-	2	2.0	2.0	2.0	2
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkung: 0 - schlechtester vorstellbarer Gesundheitszustand, ..., 10 - bester vorstellbarer Gesundheitszustand

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.4 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****9.1.4.2 Gesundheit****Tabelle 9.1.4.2.1: Deskriptive Statistiken - Gesundheitszustand****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie war Ihre Gesundheit in den letzten 2 Tagen?								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	1	0	4.0	-	4	4.0	4.0	4.0	4
	S 1,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1)	1	0	4.0	-	4	4.0	4.0	4.0	4
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	0	4.0	-	4	4.0	4.0	4.0	4
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkung: 0 - schlechtester vorstellbarer Gesundheitszustand, ..., 10 - bester vorstellbarer Gesundheitszustand

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.4 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****9.1.4.2 Gesundheit****Tabelle 9.1.4.2.1: Deskriptive Statistiken - Gesundheitszustand****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie war Ihre Gesundheit in den letzten 2 Tagen?								
		N	N(fehrend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	5	0	3.2	2.7	1	1.0	2.0	5.0	7
	S 1,2	3	0	1.7	1.2	1	1.0	1.0	3.0	3
	Gesamt (S 1)	8	0	2.6	2.3	1	1.0	1.5	4.0	7
verz. IG	S 2,2	7	1	2.4	2.6	1	1.0	1.0	3.0	8
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	15	1	2.5	2.3	1	1.0	1.0	3.0	8
KG	S 2,1	1	0	0.0	-	0	0.0	0.0	0.0	0

Anmerkung: 0 - schlechtester vorstellbarer Gesundheitszustand, ..., 10 - bester vorstellbarer Gesundheitszustand

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.4 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****9.1.4.2 Gesundheit****Tabelle 9.1.4.2.1: Deskriptive Statistiken - Gesundheitszustand****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie war Ihre Gesundheit in den letzten 2 Tagen?								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	6	0	3.0	1.3	2	2.0	2.5	4.0	5
	S 1,2	1	0	8.0	-	8	8.0	8.0	8.0	8
	Gesamt (S 1)	7	0	3.7	2.2	2	2.0	3.0	5.0	8
verz. IG	S 2,2	5	0	1.8	1.3	0	1.0	2.0	3.0	3
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	12	0	2.9	2.1	0	2.0	2.5	3.5	8
KG	S 2,1	1	0	2.0	-	2	2.0	2.0	2.0	2

Anmerkung: 0 - schlechtester vorstellbarer Gesundheitszustand, ..., 10 - bester vorstellbarer Gesundheitszustand

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.5 McGill Quality of Life (Patient)****9.1.5.1 McGill Quality of Life Total Score****Tabelle 9.1.5.1.1: Deskriptive Statistiken - McGill Quality of Life Total Score****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		McGill Quality of Life Total Score								
		N	N(fehrend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	7	2	5.3	1.5	3.9	4.1	4.7	6.8	7.9
	S 1,2	5	0	5.7	1.6	3.3	5.2	5.8	7.1	7.1
	Gesamt (S 1)	12	2	5.4	1.5	3.3	4.2	5.1	6.9	7.9
verz. IG	S 2,2	9	2	4.8	1.6	2.3	3.8	5.0	5.4	7.3
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	21	4	5.2	1.5	2.3	4.1	5.0	6.8	7.9
KG	S 2,1	5	1	5.0	1.6	2.9	4.0	5.1	6.0	7.1



**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.5 McGill Quality of Life (Patient)****9.1.5.1 McGill Quality of Life Total Score****Tabelle 9.1.5.1.1: Deskriptive Statistiken - McGill Quality of Life Total Score****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		McGill Quality of Life Total Score								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	8	1	5.5	1.4	4.0	4.2	5.4	6.8	7.4
	S 1,2	3	0	5.7	1.8	3.9	3.9	5.7	7.4	7.4
	Gesamt (S 1)	11	1	5.6	1.4	3.9	4.1	5.7	6.9	7.4
verz. IG	S 2,2	7	0	5.0	1.9	2.7	3.3	4.3	6.6	7.7
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	18	1	5.3	1.6	2.7	4.0	5.4	6.7	7.7
KG	S 2,1	4	2	5.2	1.9	3.2	3.6	5.0	6.7	7.4

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.5 McGill Quality of Life (Patient)****9.1.5.1 McGill Quality of Life Total Score****Tabelle 9.1.5.1.1: Deskriptive Statistiken - McGill Quality of Life Total Score****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		McGill Quality of Life Total Score								
		N	N(fehrend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	2	1	3.8	1.0	3.0	3.0	3.8	4.5	4.5
	S 1,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1)	2	1	3.8	1.0	3.0	3.0	3.8	4.5	4.5
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	2	1	3.8	1.0	3.0	3.0	3.8	4.5	4.5
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.5 McGill Quality of Life (Patient)****9.1.5.1 McGill Quality of Life Total Score****Tabelle 9.1.5.1.1: Deskriptive Statistiken - McGill Quality of Life Total Score****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		McGill Quality of Life Total Score								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	1	0	3.6	-	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6
	S 1,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1)	1	0	3.6	-	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	0	3.6	-	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.5 McGill Quality of Life (Patient)****9.1.5.1 McGill Quality of Life Total Score****Tabelle 9.1.5.1.1: Deskriptive Statistiken - McGill Quality of Life Total Score****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		McGill Quality of Life Total Score								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	3	2	5.3	1.4	4.1	4.1	5.1	6.8	6.8
	S 1,2	3	0	5.2	1.9	3.3	3.3	5.2	7.1	7.1
	Gesamt (S 1)	6	2	5.2	1.5	3.3	4.1	5.1	6.8	7.1
verz. IG	S 2,2	6	2	4.5	1.6	2.3	3.6	4.6	5.4	6.8
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	12	4	4.9	1.5	2.3	3.8	5.1	6.1	7.1
KG	S 2,1	1	0	2.9	-	2.9	2.9	2.9	2.9	2.9

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.5 McGill Quality of Life (Patient)****9.1.5.1 McGill Quality of Life Total Score****Tabelle 9.1.5.1.1: Deskriptive Statistiken - McGill Quality of Life Total Score****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		McGill Quality of Life Total Score								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	5	1	5.0	1.2	4.0	4.1	4.2	5.8	6.7
	S 1,2	1	0	7.4	-	7.4	7.4	7.4	7.4	7.4
	Gesamt (S 1)	6	1	5.4	1.5	4.0	4.1	5.0	6.7	7.4
verz. IG	S 2,2	5	0	4.6	1.8	2.7	3.3	4.0	6.3	6.6
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	11	1	5.0	1.6	2.7	4.0	4.2	6.6	7.4
KG	S 2,1	1	0	4.0	-	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.6 Gesundheitszustand des Patienten****Tabelle 9.1.6.1: Wie geht es Ihnen insgesamt seit Sie wegen dieses Problems Kontakt zu den Ärzten und Ärztinnen hatten? (Patient)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie geht es Ihnen insgesamt seit Sie wegen diesem Problem Kontakt zu den Ärzten und Ärztinnen hatten?								
		N	N(fehlt)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	8	1	4.8	1.8	1	4.0	5.0	6.0	7
	S 1,2	3	0	3.7	1.5	2	2.0	4.0	5.0	5
	Gesamt (S 1)	11	1	4.5	1.8	1	4.0	5.0	6.0	7
verz. IG	S 2,2	7	0	3.9	2.3	1	1.0	4.0	6.0	7
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	18	1	4.2	2.0	1	3.0	4.5	6.0	7
KG	S 2,1	5	1	3.4	1.3	2	2.0	4.0	4.0	5

Anmerkung: 1 - viel schlechter, ..., 7 - viel besser

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.6 Gesundheitszustand des Patienten****Tabelle 9.1.6.1: Wie geht es Ihnen insgesamt seit Sie wegen dieses Problems Kontakt zu den Ärzten und Ärztinnen hatten? (Patient)****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie geht es Ihnen insgesamt seit Sie wegen diesem Problem Kontakt zu den Ärzten und Ärztinnen hatten?								
		N	N(fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	1	0	5.0	-	5	5.0	5.0	5.0	5
	S 1,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1)	1	0	5.0	-	5	5.0	5.0	5.0	5
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	0	5.0	-	5	5.0	5.0	5.0	5
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkung: 1 - viel schlechter, ..., 7 - viel besser

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.6 Gesundheitszustand des Patienten****Tabelle 9.1.6.1: Wie geht es Ihnen insgesamt seit Sie wegen dieses Problems Kontakt zu den Ärzten und Ärztinnen hatten? (Patient)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie geht es Ihnen insgesamt seit Sie wegen diesem Problem Kontakt zu den Ärzten und Ärztinnen hatten?									
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max	
IG	S 1,1	5	1	4.2	2.0	1	4.0	4.0	6.0	6	
	S 1,2	1	0	5.0	-	5	5.0	5.0	5.0	5	
	Gesamt (S 1)	6	1	4.3	1.9	1	4.0	4.5	6.0	6	
verz. IG	S 2,2	5	0	4.2	2.4	1	3.0	4.0	6.0	7	
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	11	1	4.3	2.0	1	3.0	4.0	6.0	7	
KG	S 2,1	1	0	5.0	-	5	5.0	5.0	5.0	5	

Anmerkung: 1 - viel schlechter, ..., 7 - viel besser



**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.6 Gesundheitszustand des Patienten****Tabelle 9.1.6.2: Wie geht es dem Patienten oder der Patientin insgesamt im Vergleich zu der Situation vor dem Arztkontakt wegen des neurologischen Problems? (Professionelle)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie geht es dem Patienten oder der Patientin insgesamt im Vergleich zu der Situation vor dem Arztkontakt wegen des neurologischen Problems?								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	19	0	4.4	1.5	1	4.0	4.0	5.0	7
	S 1,2	13	0	4.8	1.5	1	4.0	5.0	6.0	7
	Gesamt (S 1)	32	0	4.5	1.5	1	4.0	5.0	5.5	7
verz. IG	S 2,2	14	1	4.5	2.0	1	3.0	4.5	6.0	7
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	46	1	4.5	1.7	1	4.0	5.0	6.0	7
KG	S 2,1	9	0	4.3	1.2	2	4.0	5.0	5.0	6

Anmerkung: 1 - viel schlechter, ..., 7 - viel besser

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.6 Gesundheitszustand des Patienten****Tabelle 9.1.6.2: Wie geht es dem Patienten oder der Patientin insgesamt im Vergleich zu der Situation vor dem Arztkontakt wegen des neurologischen Problems? (Professionelle)****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie geht es dem Patienten oder der Patientin insgesamt im Vergleich zu der Situation vor dem Arztkontakt wegen des neurologischen Problems?									
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max	
IG	S 1,1	3	0	3.3	2.5	1	1.0	3.0	6.0	6	
	S 1,2	2	0	5.0	0.0	5	5.0	5.0	5.0	5	
	Gesamt (S 1)	5	0	4.0	2.0	1	3.0	5.0	5.0	6	
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-	
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	5	0	4.0	2.0	1	3.0	5.0	5.0	6	
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-	

Anmerkung: 1 - viel schlechter, ..., 7 - viel besser

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.6 Gesundheitszustand des Patienten****Tabelle 9.1.6.2: Wie geht es dem Patienten oder der Patientin insgesamt im Vergleich zu der Situation vor dem Arztkontakt wegen des neurologischen Problems? (Professionelle)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie geht es dem Patienten oder der Patientin insgesamt im Vergleich zu der Situation vor dem Arztkontakt wegen des neurologischen Problems?									
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max	
IG	S 1,1	15	0	4.2	1.7	1	4.0	4.0	5.0	7	
	S 1,2	6	0	5.3	0.8	4	5.0	5.5	6.0	6	
	Gesamt (S 1)	21	0	4.5	1.5	1	4.0	5.0	6.0	7	
verz. IG	S 2,2	10	0	4.3	1.8	1	3.0	4.0	6.0	7	
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	31	0	4.5	1.6	1	4.0	4.0	6.0	7	
KG	S 2,1	3	0	4.0	2.0	2	2.0	4.0	6.0	6	

Anmerkung: 1 - viel schlechter, ..., 7 - viel besser

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.7 Zufriedenheit mit der Behandlung des neurologischen Problems (Angehörige)****Tabelle 9.1.7.1: Zufriedenheit mit der Behandlung des neurologischen Problems****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie geht es der Person insgesamt seit sie wegen diesem Problem Kontakt zu den Ärzten und Ärztinnen hatte?								
		N	N(fehlt)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	11	2	4.5	1.6	1	4.0	5.0	6.0	7
	S 1,2	5	1	3.2	1.3	2	2.0	3.0	4.0	5
	Gesamt (S 1)	16	3	4.1	1.6	1	3.0	4.0	5.0	7
verz. IG	S 2,2	9	1	3.0	1.9	1	2.0	2.0	4.0	6
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	25	4	3.7	1.8	1	2.0	4.0	5.0	7
KG	S 2,1	2	0	2.5	2.1	1	1.0	2.5	4.0	4

Anmerkung: 1 - viel schlechter, ..., 7 - viel besser

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)**

**9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose**

**9.1.7 Zufriedenheit mit der Behandlung des neurologischen Problems (Angehörige)**

**Tabelle 9.1.7.1: Zufriedenheit mit der Behandlung des neurologischen Problems**

**Neurologische Grunderkrankung: Nein**

Anmerkung: Es stehen keine Daten zur Verfügung.

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.7 Zufriedenheit mit der Behandlung des neurologischen Problems (Angehörige)****Tabelle 9.1.7.1: Zufriedenheit mit der Behandlung des neurologischen Problems****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie geht es der Person insgesamt seit sie wegen diesem Problem Kontakt zu den Ärzten und Ärztinnen hatte?								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	9	2	4.2	1.6	1	4.0	4.0	5.0	6
	S 1,2	3	0	3.7	1.5	2	2.0	4.0	5.0	5
	Gesamt (S 1)	12	2	4.1	1.5	1	3.5	4.0	5.0	6
verz. IG	S 2,2	6	1	3.0	1.8	1	2.0	2.5	4.0	6
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	18	3	3.7	1.6	1	2.0	4.0	5.0	6
KG	S 2,1	0	0	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkung: 1 - viel schlechter, ..., 7 - viel besser

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.8 Neuroverlauf (Konsilbüro)****9.1.8.1 Welche Symptome hat der Patient?****Tabelle 9.1.8.1.1: Ungefährer Beginn****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ungefährer Beginn											
		bis... <sup>1</sup>		über... <sup>2</sup>		mehr... <sup>3</sup>		mehr... <sup>4</sup>		mehr... <sup>5</sup>		mehr... <sup>6</sup>	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	0	0	3	5.3	3	5.3	4	7.0	2	3.5
	S 1,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.3
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	3	3.0	3	3.0	4	4.0	3	3.0
verz. IG	S 2,2	0	0	1	2.3	0	0	4	9.3	1	2.3	4	9.3
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	1	0.7	3	2.1	7	4.9	5	3.5	7	4.9
KG	S 2,1	0	0	0	0	2	8.3	1	4.2	2	8.3	4	16.7

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ungefährer Beginn											
		mehr... <sup>7</sup>		mehr... <sup>8</sup>		mehr... <sup>9</sup>		mehr... <sup>10</sup>		Unbekannt		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	6	10.5	3	5.3	7	12.3	17	29.8	12	21.1	57	100
	S 1,2	7	15.9	3	6.8	4	9.1	20	45.5	9	20.5	44	100
	Gesamt (S 1)	13	12.9	6	5.9	11	10.9	37	36.6	21	20.8	101	100
verz. IG	S 2,2	8	18.6	3	7.0	2	4.7	8	18.6	12	27.9	43	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	21	14.6	9	6.3	13	9.0	45	31.3	33	22.9	144	100
KG	S 2,1	0	0	3	12.5	5	20.8	4	16.7	3	12.5	24	100

<sup>1</sup>bis zu 6 Stunden<sup>2</sup>über 6 Stunden bis zu 24 Stunden

## **9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)**

### **9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose**

#### **9.1.8 Neuroverlauf (Konsilbüro)**

##### **9.1.8.1 Welche Symptome hat der Patient?**

###### **Tabelle 9.1.8.1.1: Ungefährer Beginn**

###### **Neurologische Grunderkrankung: Ja**

<sup>3</sup>mehr als 24 Stunden bis zu 2 Tagen

<sup>4</sup>mehr als 2 Tage bis zu 4 Tagen

<sup>5</sup>mehr als 4 Tage bis zu 7 Tagen

<sup>6</sup>mehr als 7 Tage bis zu 2 Wochen

<sup>7</sup>mehr als 2 Wochen bis zu 1 Monat

<sup>8</sup>mehr als 1 Monat bis zu 2 Monaten

<sup>9</sup>mehr als 2 Monate bis zu 3 Monaten

<sup>10</sup>mehr als 3 Monate

Anmerkung: Der ungefähre Beginn wird über alle Symptome dargestellt. Patienten können mehrfach auftreten.



**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.8 Neuroverlauf (Konsilbüro)****9.1.8.1 Welche Symptome hat der Patient?****Tabelle 9.1.8.1.1: Ungefährer Beginn****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ungefährer Beginn											
		bis... <sup>1</sup>		über... <sup>2</sup>		mehr... <sup>3</sup>		mehr... <sup>4</sup>		mehr... <sup>5</sup>		mehr... <sup>6</sup>	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	1	3.8	4	15.4	0	0
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	1	3.8	4	15.4	0	0
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	1	2.9	4	11.4	0	0
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	44.4

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ungefährer Beginn											
		mehr... <sup>7</sup>		mehr... <sup>8</sup>		mehr... <sup>9</sup>		mehr... <sup>10</sup>		Unbekannt		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	2	7.7	2	7.7	3	11.5	9	34.6	5	19.2	26	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	2	7.7	2	7.7	3	11.5	9	34.6	5	19.2	26	100
verz. IG	S 2,2	1	11.1	0	0	2	22.2	6	66.7	0	0	9	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	3	8.6	2	5.7	5	14.3	15	42.9	5	14.3	35	100
KG	S 2,1	4	44.4	0	0	0	0	1	11.1	0	0	9	100

<sup>1</sup>bis zu 6 Stunden<sup>2</sup>über 6 Stunden bis zu 24 Stunden

## **9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)**

### **9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose**

#### **9.1.8 Neuroverlauf (Konsilbüro)**

##### **9.1.8.1 Welche Symptome hat der Patient?**

###### **Tabelle 9.1.8.1.1: Ungefährer Beginn**

###### **Neurologische Grunderkrankung: Ja**

<sup>3</sup>mehr als 24 Stunden bis zu 2 Tagen

<sup>4</sup>mehr als 2 Tage bis zu 4 Tagen

<sup>5</sup>mehr als 4 Tage bis zu 7 Tagen

<sup>6</sup>mehr als 7 Tage bis zu 2 Wochen

<sup>7</sup>mehr als 2 Wochen bis zu 1 Monat

<sup>8</sup>mehr als 1 Monat bis zu 2 Monaten

<sup>9</sup>mehr als 2 Monate bis zu 3 Monaten

<sup>10</sup>mehr als 3 Monate

Anmerkung: Der ungefähre Beginn wird über alle Symptome dargestellt. Patienten können mehrfach auftreten.

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.8 Neuroverlauf (Konsilbüro)****9.1.8.1 Welche Symptome hat der Patient?****Tabelle 9.1.8.1.1: Ungefährer Beginn****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ungefährer Beginn											
		bis... <sup>1</sup>		über... <sup>2</sup>		mehr... <sup>3</sup>		mehr... <sup>4</sup>		mehr... <sup>5</sup>		mehr... <sup>6</sup>	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	2	25.0	0	0	1	12.5	0	0	0	0
	S 1,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Gesamt (S 1)	0	0	2	14.3	0	0	1	7.1	0	0	0	0
verz. IG	S 2,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	2	14.3	0	0	1	7.1	0	0	0	0
KG	S 2,1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ungefährer Beginn											
		mehr... <sup>7</sup>		mehr... <sup>8</sup>		mehr... <sup>9</sup>		mehr... <sup>10</sup>		Unbekannt		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	4	50.0	0	0	0	0	1	12.5	0	0	8	100
	S 1,2	4	66.7	0	0	0	0	2	33.3	0	0	6	100
	Gesamt (S 1)	8	57.1	0	0	0	0	3	21.4	0	0	14	100
verz. IG	S 2,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	8	57.1	0	0	0	0	3	21.4	0	0	14	100
KG	S 2,1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-

<sup>1</sup>bis zu 6 Stunden

## **9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)**

### **9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose**

#### **9.1.8 Neuroverlauf (Konsilbüro)**

##### **9.1.8.1 Welche Symptome hat der Patient?**

###### **Tabelle 9.1.8.1.1: Ungefährer Beginn**

###### **Neurologische Grunderkrankung: Nein**

<sup>2</sup>über 6 Stunden bis zu 24 Stunden

<sup>3</sup>mehr als 24 Stunden bis zu 2 Tagen

<sup>4</sup>mehr als 2 Tage bis zu 4 Tagen

<sup>5</sup>mehr als 4 Tage bis zu 7 Tagen

<sup>6</sup>mehr als 7 Tage bis zu 2 Wochen

<sup>7</sup>mehr als 2 Wochen bis zu 1 Monat

<sup>8</sup>mehr als 1 Monat bis zu 2 Monaten

<sup>9</sup>mehr als 2 Monate bis zu 3 Monaten

<sup>10</sup>mehr als 3 Monate

Anmerkung: Der ungefähre Beginn wird über alle Symptome dargestellt. Patienten können mehrfach auftreten.

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.8 Neuroverlauf (Konsilbüro)****9.1.8.1 Welche Symptome hat der Patient?****Tabelle 9.1.8.1.1: Ungefährer Beginn****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ungefährer Beginn											
		bis... <sup>1</sup>		über... <sup>2</sup>		mehr... <sup>3</sup>		mehr... <sup>4</sup>		mehr... <sup>5</sup>		mehr... <sup>6</sup>	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
verz. IG	S 2,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KG	S 2,1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ungefährer Beginn											
		mehr... <sup>7</sup>		mehr... <sup>8</sup>		mehr... <sup>9</sup>		mehr... <sup>10</sup>		Unbekannt		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100
verz. IG	S 2,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100
KG	S 2,1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-

<sup>1</sup>bis zu 6 Stunden<sup>2</sup>über 6 Stunden bis zu 24 Stunden

## **9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)**

### **9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose**

#### **9.1.8 Neuroverlauf (Konsilbüro)**

##### **9.1.8.1 Welche Symptome hat der Patient?**

###### **Tabelle 9.1.8.1.1: Ungefährer Beginn**

###### **Neurologische Grunderkrankung: Nein**

<sup>3</sup> mehr als 24 Stunden bis zu 2 Tagen

<sup>4</sup> mehr als 2 Tage bis zu 4 Tagen

<sup>5</sup> mehr als 4 Tage bis zu 7 Tagen

<sup>6</sup> mehr als 7 Tage bis zu 2 Wochen

<sup>7</sup> mehr als 2 Wochen bis zu 1 Monat

<sup>8</sup> mehr als 1 Monat bis zu 2 Monaten

<sup>9</sup> mehr als 2 Monate bis zu 3 Monaten

<sup>10</sup> mehr als 3 Monate

Anmerkung: Der ungefähre Beginn wird über alle Symptome dargestellt. Patienten können mehrfach auftreten.

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.8 Neuroverlauf (Konsilbüro)****9.1.8.1 Welche Symptome hat der Patient?****Tabelle 9.1.8.1.1: Ungefährer Beginn****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ungefährer Beginn											
		bis... <sup>1</sup>		über... <sup>2</sup>		mehr... <sup>3</sup>		mehr... <sup>4</sup>		mehr... <sup>5</sup>		mehr... <sup>6</sup>	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	0	0	2	4.9	2	4.9	1	2.4	1	2.4
	S 1,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	2	3.4	2	3.4	1	1.7	1	1.7
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	3	10.0	1	3.3	4	13.3
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	2	2.3	5	5.7	2	2.3	5	5.7
KG	S 2,1	0	0	0	0	1	12.5	0	0	0	0	1	12.5

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ungefährer Beginn											
		mehr... <sup>7</sup>		mehr... <sup>8</sup>		mehr... <sup>9</sup>		mehr... <sup>10</sup>		Unbekannt		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	3	7.3	3	7.3	7	17.1	11	26.8	11	26.8	41	100
	S 1,2	3	17.6	1	5.9	1	5.9	10	58.8	2	11.8	17	100
	Gesamt (S 1)	6	10.3	4	6.9	8	13.8	21	36.2	13	22.4	58	100
verz. IG	S 2,2	5	16.7	1	3.3	1	3.3	8	26.7	7	23.3	30	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	11	12.5	5	5.7	9	10.2	29	33.0	20	22.7	88	100
KG	S 2,1	0	0	1	12.5	2	25.0	3	37.5	0	0	8	100

<sup>1</sup>bis zu 6 Stunden

## **9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)**

### **9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose**

#### **9.1.8 Neuroverlauf (Konsilbüro)**

##### **9.1.8.1 Welche Symptome hat der Patient?**

###### **Tabelle 9.1.8.1.1: Ungefährer Beginn**

###### **Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

<sup>2</sup>über 6 Stunden bis zu 24 Stunden

<sup>3</sup>mehr als 24 Stunden bis zu 2 Tagen

<sup>4</sup>mehr als 2 Tage bis zu 4 Tagen

<sup>5</sup>mehr als 4 Tage bis zu 7 Tagen

<sup>6</sup>mehr als 7 Tage bis zu 2 Wochen

<sup>7</sup>mehr als 2 Wochen bis zu 1 Monat

<sup>8</sup>mehr als 1 Monat bis zu 2 Monaten

<sup>9</sup>mehr als 2 Monate bis zu 3 Monaten

<sup>10</sup>mehr als 3 Monate

Anmerkung: Der ungefähre Beginn wird über alle Symptome dargestellt. Patienten können mehrfach auftreten.



**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.8 Neuroverlauf (Konsilbüro)****9.1.8.1 Welche Symptome hat der Patient?****Tabelle 9.1.8.1.1: Ungefährer Beginn****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

t21 - Spätkontakte:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ungefährer Beginn											
		bis... <sup>1</sup>		über... <sup>2</sup>		mehr... <sup>3</sup>		mehr... <sup>4</sup>		mehr... <sup>5</sup>		mehr... <sup>6</sup>	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	0	0	0	0	1	5.3	4	21.1	0	0
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	1	5.3	4	21.1	0	0
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	1	3.6	4	14.3	0	0
KG	S 2,1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ungefährer Beginn											
		mehr... <sup>7</sup>		mehr... <sup>8</sup>		mehr... <sup>9</sup>		mehr... <sup>10</sup>		Unbekannt		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	1	5.3	2	10.5	0	0	7	36.8	4	21.1	19	100
	S 1,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1)	1	5.3	2	10.5	0	0	7	36.8	4	21.1	19	100
verz. IG	S 2,2	1	11.1	0	0	2	22.2	6	66.7	0	0	9	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	2	7.1	2	7.1	2	7.1	13	46.4	4	14.3	28	100
KG	S 2,1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-

<sup>1</sup>bis zu 6 Stunden<sup>2</sup>über 6 Stunden bis zu 24 Stunden

## **9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)**

### **9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose**

#### **9.1.8 Neuroverlauf (Konsilbüro)**

##### **9.1.8.1 Welche Symptome hat der Patient?**

###### **Tabelle 9.1.8.1.1: Ungefährer Beginn**

###### **Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

<sup>3</sup> mehr als 24 Stunden bis zu 2 Tagen

<sup>4</sup> mehr als 2 Tage bis zu 4 Tagen

<sup>5</sup> mehr als 4 Tage bis zu 7 Tagen

<sup>6</sup> mehr als 7 Tage bis zu 2 Wochen

<sup>7</sup> mehr als 2 Wochen bis zu 1 Monat

<sup>8</sup> mehr als 1 Monat bis zu 2 Monaten

<sup>9</sup> mehr als 2 Monate bis zu 3 Monaten

<sup>10</sup> mehr als 3 Monate

Anmerkung: Der ungefähre Beginn wird über alle Symptome dargestellt. Patienten können mehrfach auftreten.

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.9 Pflegesituation (Angehörige)****Tabelle 9.1.9.1: Wie haben Sie die Pflege der Ihnen nahestehenden Person in den letzten zwei Tagen wahrgenommen?****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich empfand den Gesundheitszustand meiner oder meines Angehörigen in den letzten zwei Tagen als sehr belastend.																	
		Passt... <sup>1</sup>		1... <sup>2</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>3</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	2	15.4	1	7.7	4	30.8	2	15.4	1	7.7	0	0	3	23.1	13	100
	S 1,2	0	0	1	16.7	1	16.7	1	16.7	1	16.7	1	16.7	0	0	1	16.7	6	100
	Gesamt (S 1)	0	0	3	15.8	2	10.5	5	26.3	3	15.8	2	10.5	0	0	4	21.1	19	100
verz. IG	S 2,2	1	10.0	1	10.0	2	20.0	0	0	0	0	1	10.0	2	20.0	3	30.0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	3.4	4	13.8	4	13.8	5	17.2	3	10.3	3	10.3	2	6.9	7	24.1	29	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100	3	100

<sup>1</sup>Passt nicht/ kann ich nicht beurteilen<sup>2</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>3</sup>7 - trifft voll und ganz zu

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.9 Pflegesituation (Angehörige)****Tabelle 9.1.9.1: Wie haben Sie die Pflege der Ihnen nahestehenden Person in den letzten zwei Tagen wahrgenommen?****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Ich empfand den Gesundheitszustand meiner oder meines Angehörigen in den letzten zwei Tagen als sehr belastend.:

	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1	S 1,2	S 2,2	S 2,1				
<b>Ich empfand den Gesundheitszustand meiner oder meines Angehörigen in den letzten zwei Tagen als sehr belastend.</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nicht-Fehlend	13	92.9	6	100	10	83.3	3	100
Fehlend	1	7.1	0	0	2	16.7	0	0

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.9 Pflegesituation (Angehörige)****Tabelle 9.1.9.1: Wie haben Sie die Pflege der Ihnen nahestehenden Person in den letzten zwei Tagen wahrgenommen?****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich empfand den Gesundheitszustand meiner oder meines Angehörigen in den letzten zwei Tagen als sehr belastend.																Gesamt	
		Passt... <sup>1</sup>		1... <sup>2</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>3</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	2	15.4	0	0	3	23.1	3	23.1	1	7.7	1	7.7	3	23.1	13	100
	S 1,2	0	0	2	33.3	0	0	0	0	1	16.7	1	16.7	1	16.7	1	16.7	6	100
	Gesamt (S 1)	0	0	4	21.1	0	0	3	15.8	4	21.1	2	10.5	2	10.5	4	21.1	19	100
verz. IG	S 2,2	1	10.0	0	0	0	0	0	0	1	10.0	0	0	5	50.0	3	30.0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	3.4	4	13.8	0	0	3	10.3	5	17.2	2	6.9	7	24.1	7	24.1	29	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	2	100

<sup>1</sup>Passt nicht/ kann ich nicht beurteilen<sup>2</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>3</sup>7 - trifft voll und ganz zu

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.9 Pflegesituation (Angehörige)****Tabelle 9.1.9.1: Wie haben Sie die Pflege der Ihnen nahestehenden Person in den letzten zwei Tagen wahrgenommen?****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		In den letzten zwei Tagen hatte ich das Gefühl, die Betreuungssituation nicht im Griff zu haben.																Gesamt	
		Passt... <sup>1</sup>		1... <sup>2</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>3</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	4	30.8	5	38.5	1	7.7	1	7.7	2	15.4	0	0	0	0	13	100
	S 1,2	1	16.7	1	16.7	2	33.3	0	0	1	16.7	0	0	0	0	1	16.7	6	100
	Gesamt (S 1)	1	5.3	5	26.3	7	36.8	1	5.3	2	10.5	2	10.5	0	0	1	5.3	19	100
verz. IG	S 2,2	0	0	4	40.0	3	30.0	1	10.0	1	10.0	0	0	1	10.0	0	0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	3.4	9	31.0	10	34.5	2	6.9	3	10.3	2	6.9	1	3.4	1	3.4	29	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	1	33.3	0	0	0	0	0	0	1	33.3	1	33.3	3	100

<sup>1</sup>Passt nicht/ kann ich nicht beurteilen<sup>2</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>3</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für In den letzten zwei Tagen hatte ich das Gefühl, die Betreuungssituation nicht im Griff zu haben.:

In den letzten zwei Tagen hatte ich das Gefühl, die Betreuungssituation nicht im Griff zu haben.	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	13	92.9	6	100	10	83.3	3	100
Fehlend	1	7.1	0	0	2	16.7	0	0

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.9 Pflegesituation (Angehörige)****Tabelle 9.1.9.1: Wie haben Sie die Pflege der Ihnen nahestehenden Person in den letzten zwei Tagen wahrgenommen?****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		In den letzten zwei Tagen hatte ich das Gefühl, die Betreuungssituation nicht im Griff zu haben.																Gesamt	
		Passt... <sup>1</sup>		1... <sup>2</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>3</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	9	69.2	0	0	2	15.4	1	7.7	0	0	0	0	1	7.7	13	100
	S 1,2	2	33.3	2	33.3	0	0	1	16.7	1	16.7	0	0	0	0	0	0	6	100
	Gesamt (S 1)	2	10.5	11	57.9	0	0	3	15.8	2	10.5	0	0	0	0	1	5.3	19	100
verz. IG	S 2,2	1	10.0	2	20.0	2	20.0	1	10.0	3	30.0	1	10.0	0	0	0	0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	3	10.3	13	44.8	2	6.9	4	13.8	5	17.2	1	3.4	0	0	1	3.4	29	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50.0	0	0	1	50.0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Passt nicht/ kann ich nicht beurteilen<sup>2</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>3</sup>7 - trifft voll und ganz zu

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.9 Pflegesituation (Angehörige)****Tabelle 9.1.9.1: Wie haben Sie die Pflege der Ihnen nahestehenden Person in den letzten zwei Tagen wahrgenommen?****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		In den letzten zwei Tagen fühlte ich mich körperlich sehr erschöpft.																Gesamt	
		Passt... <sup>1</sup>		1... <sup>2</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>3</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	1	7.7	2	15.4	2	15.4	3	23.1	2	15.4	2	15.4	1	7.7	13	100
	S 1,2	1	16.7	2	33.3	2	33.3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	16.7	6	100
	Gesamt (S 1)	1	5.3	3	15.8	4	21.1	2	10.5	3	15.8	2	10.5	2	10.5	2	10.5	19	100
verz. IG	S 2,2	0	0	2	20.0	3	30.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	3.4	5	17.2	7	24.1	3	10.3	4	13.8	3	10.3	3	10.3	3	10.3	29	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100	3	100

<sup>1</sup>Passt nicht/ kann ich nicht beurteilen<sup>2</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>3</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für In den letzten zwei Tagen fühlte ich mich körperlich sehr erschöpft.:

In den letzten zwei Tagen fühlte ich mich körperlich sehr erschöpft.	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	13	92.9	6	100	10	83.3	3	100
Fehlend	1	7.1	0	0	2	16.7	0	0



**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.9 Pflegesituation (Angehörige)****Tabelle 9.1.9.1: Wie haben Sie die Pflege der Ihnen nahestehenden Person in den letzten zwei Tagen wahrgenommen?****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		In den letzten zwei Tagen fühlte ich mich körperlich sehr erschöpft.																Gesamt	
		Passt... <sup>1</sup>		1... <sup>2</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>3</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	2	15.4	3	23.1	3	23.1	2	15.4	1	7.7	0	0	2	15.4	13	100
	S 1,2	1	16.7	1	16.7	1	16.7	1	16.7	1	16.7	0	0	0	0	1	16.7	6	100
	Gesamt (S 1)	1	5.3	3	15.8	4	21.1	4	21.1	3	15.8	1	5.3	0	0	3	15.8	19	100
verz. IG	S 2,2	1	10.0	1	10.0	1	10.0	0	0	2	20.0	1	10.0	1	10.0	3	30.0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	2	6.9	4	13.8	5	17.2	4	13.8	5	17.2	2	6.9	1	3.4	6	20.7	29	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	2	100

<sup>1</sup>Passt nicht/ kann ich nicht beurteilen<sup>2</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>3</sup>7 - trifft voll und ganz zu

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.9 Pflegesituation (Angehörige)****Tabelle 9.1.9.1: Wie haben Sie die Pflege der Ihnen nahestehenden Person in den letzten zwei Tagen wahrgenommen?****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		In den letzten zwei Tagen fühlte ich mich emotional sehr erschöpft.																Gesamt	
		Passt... <sup>1</sup>		1... <sup>2</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>3</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	3	23.1	0	0	2	15.4	1	7.7	2	15.4	2	15.4	3	23.1	13	100
	S 1,2	1	16.7	2	33.3	0	0	1	16.7	1	16.7	0	0	0	0	1	16.7	6	100
	Gesamt (S 1)	1	5.3	5	26.3	0	0	3	15.8	2	10.5	2	10.5	2	10.5	4	21.1	19	100
verz. IG	S 2,2	0	0	3	30.0	1	10.0	0	0	0	0	2	20.0	3	30.0	1	10.0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	3.4	8	27.6	1	3.4	3	10.3	2	6.9	4	13.8	5	17.2	5	17.2	29	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100	3	100

<sup>1</sup>Passt nicht/ kann ich nicht beurteilen<sup>2</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>3</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für In den letzten zwei Tagen fühlte ich mich emotional sehr erschöpft.:

In den letzten zwei Tagen fühlte ich mich emotional sehr erschöpft.	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	13	92.9	6	100	10	83.3	3	100
Fehlend	1	7.1	0	0	2	16.7	0	0

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.9 Pflegesituation (Angehörige)****Tabelle 9.1.9.1: Wie haben Sie die Pflege der Ihnen nahestehenden Person in den letzten zwei Tagen wahrgenommen?****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		In den letzten zwei Tagen fühlte ich mich emotional sehr erschöpft.																Gesamt	
		Passt... <sup>1</sup>		1... <sup>2</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>3</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	3	25.0	2	16.7	1	8.3	3	25.0	0	0	1	8.3	2	16.7	12	100
	S 1,2	1	16.7	1	16.7	0	0	2	33.3	0	0	1	16.7	0	0	1	16.7	6	100
	Gesamt (S 1)	1	5.6	4	22.2	2	11.1	3	16.7	3	16.7	1	5.6	1	5.6	3	16.7	18	100
verz. IG	S 2,2	1	10.0	0	0	2	20.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0	3	30.0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	2	7.1	4	14.3	4	14.3	4	14.3	4	14.3	2	7.1	2	7.1	6	21.4	28	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	2	100

<sup>1</sup>Passt nicht/ kann ich nicht beurteilen<sup>2</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>3</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für In den letzten zwei Tagen fühlte ich mich emotional sehr erschöpft.:

In den letzten zwei Tagen fühlte ich mich emotional sehr erschöpft.	IG				verz. IG		KG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	12	92.3	6	100	10	100	2	100
Fehlend	1	7.7	0	0	0	0	0	0

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.9 Pflegesituation (Angehörige)****Tabelle 9.1.9.1: Wie haben Sie die Pflege der Ihnen nahestehenden Person in den letzten zwei Tagen wahrgenommen?****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		In den letzten zwei Tagen dachte ich, dass mein Angehöriger oder meine Angehörige im Krankenhaus vielleicht besser aufgehoben wäre.																Gesamt	
		Passt... <sup>1</sup>		1... <sup>2</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>3</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	1	7.7	10	76.9	1	7.7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7.7	13	100
	S 1,2	1	16.7	3	50.0	1	16.7	0	0	0	0	1	16.7	0	0	0	0	6	100
	Gesamt (S 1)	2	10.5	13	68.4	2	10.5	0	0	0	0	1	5.3	0	0	1	5.3	19	100
verz. IG	S 2,2	2	22.2	4	44.4	1	11.1	1	11.1	0	0	0	0	0	0	1	11.1	9	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	4	14.3	17	60.7	3	10.7	1	3.6	0	0	1	3.6	0	0	2	7.1	28	100
KG	S 2,1	0	0	2	66.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	33.3	3	100

<sup>1</sup>Passt nicht/ kann ich nicht beurteilen<sup>2</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>3</sup>7 - trifft voll und ganz zu

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.9 Pflegesituation (Angehörige)****Tabelle 9.1.9.1: Wie haben Sie die Pflege der Ihnen nahestehenden Person in den letzten zwei Tagen wahrgenommen?****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für In den letzten zwei Tagen dachte ich, dass mein Angehöriger oder meine Angehörige im Krankenhaus vielleicht besser aufgehoben wäre.:

	IG		verz. IG		KG			
	S 1,1	S 1,2	S 2,2	S 2,1				
<b>In den letzten zwei Tagen dachte ich, dass mein Angehöriger oder meine Angehörige im Krankenhaus vielleicht besser aufgehoben wäre.</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nicht-Fehlend	13	92.9	6	100	9	75.0	3	100
Fehlend	1	7.1	0	0	3	25.0	0	0

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.9 Pflegesituation (Angehörige)****Tabelle 9.1.9.1: Wie haben Sie die Pflege der Ihnen nahestehenden Person in den letzten zwei Tagen wahrgenommen?****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		In den letzten zwei Tagen dachte ich, dass mein Angehöriger oder meine Angehörige im Krankenhaus vielleicht besser aufgehoben wäre.																Gesamt	
		Passt... <sup>1</sup>		1... <sup>2</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>3</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	10	76.9	1	7.7	1	7.7	0	0	0	0	0	0	1	7.7	13	100
	S 1,2	1	16.7	3	50.0	1	16.7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	16.7	6	100
	Gesamt (S 1)	1	5.3	13	68.4	2	10.5	1	5.3	0	0	0	0	0	0	2	10.5	19	100
verz. IG	S 2,2	3	30.0	6	60.0	1	10.0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	4	13.8	19	65.5	3	10.3	1	3.4	0	0	0	0	0	0	2	6.9	29	100
KG	S 2,1	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100

<sup>1</sup>Passt nicht/ kann ich nicht beurteilen<sup>2</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>3</sup>7 - trifft voll und ganz zu

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)**

**9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose**

**9.1.9 Pflegesituation (Angehörige)**

**Tabelle 9.1.9.1: Wie haben Sie die Pflege der Ihnen nahestehenden Person in den letzten zwei Tagen wahrgenommen?**

**Neurologische Grunderkrankung: Nein**

Anmerkung: Es stehen keine Daten zur Verfügung.

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.9 Pflegesituation (Angehörige)****Tabelle 9.1.9.1: Wie haben Sie die Pflege der Ihnen nahestehenden Person in den letzten zwei Tagen wahrgenommen?****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich empfand den Gesundheitszustand meiner oder meines Angehörigen in den letzten zwei Tagen als sehr belastend.																	
		Passt... <sup>1</sup>		1... <sup>2</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>3</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	2	18.2	1	9.1	2	18.2	2	18.2	1	9.1	0	0	3	27.3	11	100
	S 1,2	0	0	1	33.3	1	33.3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	33.3	3	100
	Gesamt (S 1)	0	0	3	21.4	2	14.3	2	14.3	2	14.3	1	7.1	0	0	4	28.6	14	100
verz. IG	S 2,2	1	12.5	1	12.5	2	25.0	0	0	0	0	1	12.5	1	12.5	2	25.0	8	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	4.5	4	18.2	4	18.2	2	9.1	2	9.1	2	9.1	1	4.5	6	27.3	22	100
KG	S 2,1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-

<sup>1</sup>Passt nicht/ kann ich nicht beurteilen<sup>2</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>3</sup>7 - trifft voll und ganz zu



**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.9 Pflegesituation (Angehörige)****Tabelle 9.1.9.1: Wie haben Sie die Pflege der Ihnen nahestehenden Person in den letzten zwei Tagen wahrgenommen?****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für Ich empfand den Gesundheitszustand meiner oder meines Angehörigen in den letzten zwei Tagen als sehr belastend.:

	IG		IG		verz. IG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2	
<b>Ich empfand den Gesundheitszustand meiner oder meines Angehörigen in den letzten zwei Tagen als sehr belastend.</b>	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	11	100	3	100	8	88.9
Fehlend	0	0	0	0	1	11.1

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.9 Pflegesituation (Angehörige)****Tabelle 9.1.9.1: Wie haben Sie die Pflege der Ihnen nahestehenden Person in den letzten zwei Tagen wahrgenommen?****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Ich empfand den Gesundheitszustand meiner oder meines Angehörigen in den letzten zwei Tagen als sehr belastend.																Gesamt	
		Passt... <sup>1</sup>		1... <sup>2</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>3</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	2	18.2	0	0	2	18.2	2	18.2	1	9.1	1	9.1	3	27.3	11	100
	S 1,2	0	0	1	33.3	0	0	0	0	0	0	1	33.3	0	0	1	33.3	3	100
	Gesamt (S 1)	0	0	3	21.4	0	0	2	14.3	2	14.3	2	14.3	1	7.1	4	28.6	14	100
verz. IG	S 2,2	1	14.3	0	0	0	0	0	0	1	14.3	0	0	4	57.1	1	14.3	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	4.8	3	14.3	0	0	2	9.5	3	14.3	2	9.5	5	23.8	5	23.8	21	100
KG	S 2,1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-

<sup>1</sup>Passt nicht/ kann ich nicht beurteilen<sup>2</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>3</sup>7 - trifft voll und ganz zu

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.9 Pflegesituation (Angehörige)****Tabelle 9.1.9.1: Wie haben Sie die Pflege der Ihnen nahestehenden Person in den letzten zwei Tagen wahrgenommen?****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		In den letzten zwei Tagen hatte ich das Gefühl, die Betreuungssituation nicht im Griff zu haben.																Gesamt	
		Passt... <sup>1</sup>		1... <sup>2</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>3</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	4	36.4	4	36.4	1	9.1	1	9.1	1	9.1	0	0	0	0	11	100
	S 1,2	1	33.3	1	33.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	33.3	3	100
	Gesamt (S 1)	1	7.1	5	35.7	4	28.6	1	7.1	1	7.1	1	7.1	0	0	1	7.1	14	100
verz. IG	S 2,2	0	0	3	37.5	3	37.5	1	12.5	1	12.5	0	0	0	0	0	0	8	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	4.5	8	36.4	7	31.8	2	9.1	2	9.1	1	4.5	0	0	1	4.5	22	100
KG	S 2,1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-

<sup>1</sup>Passt nicht/ kann ich nicht beurteilen<sup>2</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>3</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für In den letzten zwei Tagen hatte ich das Gefühl, die Betreuungssituation nicht im Griff zu haben.:

In den letzten zwei Tagen hatte ich das Gefühl, die Betreuungssituation nicht im Griff zu haben.	IG				verz. IG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2	
	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	11	100	3	100	8	88.9
Fehlend	0	0	0	0	1	11.1

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.9 Pflegesituation (Angehörige)****Tabelle 9.1.9.1: Wie haben Sie die Pflege der Ihnen nahestehenden Person in den letzten zwei Tagen wahrgenommen?****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		In den letzten zwei Tagen hatte ich das Gefühl, die Betreuungssituation nicht im Griff zu haben.																Gesamt	
		Passt... <sup>1</sup>		1... <sup>2</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>3</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	8	72.7	0	0	1	9.1	1	9.1	0	0	0	0	1	9.1	11	100
	S 1,2	1	33.3	2	66.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100
	Gesamt (S 1)	1	7.1	10	71.4	0	0	1	7.1	1	7.1	0	0	0	0	1	7.1	14	100
verz. IG	S 2,2	1	14.3	2	28.6	2	28.6	0	0	2	28.6	0	0	0	0	0	0	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	2	9.5	12	57.1	2	9.5	1	4.8	3	14.3	0	0	0	0	1	4.8	21	100
KG	S 2,1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-

<sup>1</sup>Passt nicht/ kann ich nicht beurteilen<sup>2</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>3</sup>7 - trifft voll und ganz zu

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.9 Pflegesituation (Angehörige)****Tabelle 9.1.9.1: Wie haben Sie die Pflege der Ihnen nahestehenden Person in den letzten zwei Tagen wahrgenommen?****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		In den letzten zwei Tagen fühlte ich mich körperlich sehr erschöpft.																Gesamt	
		Passt... <sup>1</sup>		1... <sup>2</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>3</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	1	9.1	2	18.2	2	18.2	3	27.3	1	9.1	1	9.1	1	9.1	11	100
	S 1,2	0	0	2	66.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	33.3	3	100
	Gesamt (S 1)	0	0	3	21.4	2	14.3	2	14.3	3	21.4	1	7.1	1	7.1	2	14.3	14	100
verz. IG	S 2,2	0	0	2	25.0	3	37.5	1	12.5	0	0	0	0	1	12.5	1	12.5	8	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	5	22.7	5	22.7	3	13.6	3	13.6	1	4.5	2	9.1	3	13.6	22	100
KG	S 2,1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-

<sup>1</sup>Passt nicht/ kann ich nicht beurteilen<sup>2</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>3</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für In den letzten zwei Tagen fühlte ich mich körperlich sehr erschöpft.:

In den letzten zwei Tagen fühlte ich mich körperlich sehr erschöpft.	IG				verz. IG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2	
	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	11	100	3	100	8	88.9
Fehlend	0	0	0	0	1	11.1

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.9 Pflegesituation (Angehörige)****Tabelle 9.1.9.1: Wie haben Sie die Pflege der Ihnen nahestehenden Person in den letzten zwei Tagen wahrgenommen?****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		In den letzten zwei Tagen fühlte ich mich körperlich sehr erschöpft.																Gesamt	
		Passt... <sup>1</sup>		1... <sup>2</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>3</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	2	18.2	3	27.3	3	27.3	1	9.1	0	0	0	0	2	18.2	11	100
	S 1,2	0	0	1	33.3	0	0	1	33.3	0	0	0	0	0	0	1	33.3	3	100
	Gesamt (S 1)	0	0	3	21.4	3	21.4	4	28.6	1	7.1	0	0	0	0	3	21.4	14	100
verz. IG	S 2,2	1	14.3	1	14.3	1	14.3	0	0	1	14.3	1	14.3	1	14.3	1	14.3	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	4.8	4	19.0	4	19.0	4	19.0	2	9.5	1	4.8	1	4.8	4	19.0	21	100
KG	S 2,1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-

<sup>1</sup>Passt nicht/ kann ich nicht beurteilen<sup>2</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>3</sup>7 - trifft voll und ganz zu

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.9 Pflegesituation (Angehörige)****Tabelle 9.1.9.1: Wie haben Sie die Pflege der Ihnen nahestehenden Person in den letzten zwei Tagen wahrgenommen?****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		In den letzten zwei Tagen fühlte ich mich emotional sehr erschöpft.																Gesamt	
		Passt... <sup>1</sup>		1... <sup>2</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>3</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	3	27.3	0	0	2	18.2	1	9.1	1	9.1	1	9.1	3	27.3	11	100
	S 1,2	0	0	2	66.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	33.3	3	100
	Gesamt (S 1)	0	0	5	35.7	0	0	2	14.3	1	7.1	1	7.1	1	7.1	4	28.6	14	100
verz. IG	S 2,2	0	0	3	37.5	1	12.5	0	0	0	0	2	25.0	2	25.0	0	0	8	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	8	36.4	1	4.5	2	9.1	1	4.5	3	13.6	3	13.6	4	18.2	22	100
KG	S 2,1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-

<sup>1</sup>Passt nicht/ kann ich nicht beurteilen<sup>2</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>3</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für In den letzten zwei Tagen fühlte ich mich emotional sehr erschöpft.:

In den letzten zwei Tagen fühlte ich mich emotional sehr erschöpft.	IG				verz. IG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2	
	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	11	100	3	100	8	88.9
Fehlend	0	0	0	0	1	11.1

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.9 Pflegesituation (Angehörige)****Tabelle 9.1.9.1: Wie haben Sie die Pflege der Ihnen nahestehenden Person in den letzten zwei Tagen wahrgenommen?****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		In den letzten zwei Tagen fühlte ich mich emotional sehr erschöpft.																Gesamt	
		Passt... <sup>1</sup>		1... <sup>2</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>3</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	3	30.0	2	20.0	1	10.0	1	10.0	0	0	1	10.0	2	20.0	10	100
	S 1,2	0	0	1	33.3	0	0	1	33.3	0	0	0	0	0	0	1	33.3	3	100
	Gesamt (S 1)	0	0	4	30.8	2	15.4	2	15.4	1	7.7	0	0	1	7.7	3	23.1	13	100
verz. IG	S 2,2	1	14.3	0	0	1	14.3	1	14.3	1	14.3	1	14.3	1	14.3	1	14.3	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	5.0	4	20.0	3	15.0	3	15.0	2	10.0	1	5.0	2	10.0	4	20.0	20	100
KG	S 2,1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-

<sup>1</sup>Passt nicht/ kann ich nicht beurteilen<sup>2</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>3</sup>7 - trifft voll und ganz zu

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für In den letzten zwei Tagen fühlte ich mich emotional sehr erschöpft.:

In den letzten zwei Tagen fühlte ich mich emotional sehr erschöpft.	IG				verz. IG	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2	
	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	10	90.9	3	100	7	100
Fehlend	1	9.1	0	0	0	0



**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.9 Pflegesituation (Angehörige)****Tabelle 9.1.9.1: Wie haben Sie die Pflege der Ihnen nahestehenden Person in den letzten zwei Tagen wahrgenommen?****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

tV - Vor Konsil / Zum Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		In den letzten zwei Tagen dachte ich, dass mein Angehöriger oder meine Angehörige im Krankenhaus vielleicht besser aufgehoben wäre.																Gesamt		
		Passt... <sup>1</sup>		1... <sup>2</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>3</sup>				
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
IG	S 1,1	1	9.1	9	81.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	9.1	11	100
	S 1,2	0	0	2	66.7	0	0	0	0	0	0	1	33.3	0	0	0	0	0	3	100
	Gesamt (S 1)	1	7.1	11	78.6	0	0	0	0	0	0	1	7.1	0	0	1	7.1	14	100	
verz. IG	S 2,2	2	28.6	3	42.9	0	0	1	14.3	0	0	0	0	0	0	0	1	14.3	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	3	14.3	14	66.7	0	0	1	4.8	0	0	1	4.8	0	0	2	9.5	21	100	
KG	S 2,1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	

<sup>1</sup>Passt nicht/ kann ich nicht beurteilen<sup>2</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>3</sup>7 - trifft voll und ganz zu

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.9 Pflegesituation (Angehörige)****Tabelle 9.1.9.1: Wie haben Sie die Pflege der Ihnen nahestehenden Person in den letzten zwei Tagen wahrgenommen?****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

Fehlende Werte bei durchgeführter Visite für In den letzten zwei Tagen dachte ich, dass mein Angehöriger oder meine Angehörige im Krankenhaus vielleicht besser aufgehoben wäre.:

	IG		IG		verz. IG	
	S 1,1	S 1,2	S 1,2	S 1,2	S 2,2	S 2,2
<b>In den letzten zwei Tagen dachte ich, dass mein Angehöriger oder meine Angehörige im Krankenhaus vielleicht besser aufgehoben wäre.</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nicht-Fehlend	11	100	3	100	7	77.8
Fehlend	0	0	0	0	2	22.2

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.9 Pflegesituation (Angehörige)****Tabelle 9.1.9.1: Wie haben Sie die Pflege der Ihnen nahestehenden Person in den letzten zwei Tagen wahrgenommen?****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

t2 - Nach Konsil / Nach Event:

Vergleichsgruppe und Studienarm		In den letzten zwei Tagen dachte ich, dass mein Angehöriger oder meine Angehörige im Krankenhaus vielleicht besser aufgehoben wäre.																Gesamt	
		Passt... <sup>1</sup>		1... <sup>2</sup>		2		3		4		5		6		7... <sup>3</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IG	S 1,1	0	0	8	72.7	1	9.1	1	9.1	0	0	0	0	0	0	1	9.1	11	100
	S 1,2	0	0	2	66.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	33.3	3	100
	Gesamt (S 1)	0	0	10	71.4	1	7.1	1	7.1	0	0	0	0	0	0	2	14.3	14	100
verz. IG	S 2,2	3	42.9	3	42.9	1	14.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	3	14.3	13	61.9	2	9.5	1	4.8	0	0	0	0	0	0	2	9.5	21	100
KG	S 2,1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-

<sup>1</sup>Passt nicht/ kann ich nicht beurteilen<sup>2</sup>1 - trifft überhaupt nicht zu<sup>3</sup>7 - trifft voll und ganz zu

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.10 Zeitbedarf (Konsiliarien)****9.1.10.1 Tatsächliche Zeitbedarf****Tabelle 9.1.10.1.1: Deskriptive Statistiken - Wieviel Zeit haben Sie für die Vorbereitung des Konsils insgesamt benötigt?****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

t1 - Zum Konsil:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wieviel Zeit haben Sie für die Vorbereitung des Konsils insgesamt benötigt? [Min]								
		N	N(fehrend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	21	0	5.0	4.2	1	2.0	5.0	10.0	15
	S 1,2	16	0	5.6	3.9	0	1.0	5.0	10.0	10
	Gesamt (S 1)	37	0	5.3	4.0	0	1.0	5.0	10.0	15
verz. IG	S 2,2	14	0	2.2	2.7	1	1.0	1.0	1.0	10
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	51	0	4.4	3.9	0	1.0	3.0	10.0	15

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.10 Zeitbedarf (Konsiliarien)****9.1.10.1 Tatsächliche Zeitbedarf****Tabelle 9.1.10.1.1: Deskriptive Statistiken - Wieviel Zeit haben Sie für die Vorbereitung des Konsils insgesamt benötigt?****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

t1 - Zum Konsil:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wieviel Zeit haben Sie für die Vorbereitung des Konsils insgesamt benötigt? [Min]								
		N	N(fehlernd)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	3	0	3.7	2.3	1	1.0	5.0	5.0	5
	S 1,2	2	0	5.0	0.0	5	5.0	5.0	5.0	5
	Gesamt (S 1)	5	0	4.2	1.8	1	5.0	5.0	5.0	5
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	5	0	4.2	1.8	1	5.0	5.0	5.0	5

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.10 Zeitbedarf (Konsiliarien)****9.1.10.1 Tatsächliche Zeitbedarf****Tabelle 9.1.10.1.1: Deskriptive Statistiken - Wieviel Zeit haben Sie für die Vorbereitung des Konsils insgesamt benötigt?****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

t1 - Zum Konsil:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wieviel Zeit haben Sie für die Vorbereitung des Konsils insgesamt benötigt? [Min]								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	16	0	5.4	4.3	1	2.0	5.0	10.0	15
	S 1,2	8	0	5.3	4.3	0	1.0	5.0	10.0	10
	Gesamt (S 1)	24	0	5.4	4.2	0	1.5	5.0	10.0	15
verz. IG	S 2,2	9	0	2.4	3.1	1	1.0	1.0	1.0	10
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	33	0	4.6	4.1	0	1.0	3.0	10.0	15

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.10 Zeitbedarf (Konsiliarien)****9.1.10.1 Tatsächliche Zeitbedarf****Tabelle 9.1.10.1.2: Deskriptive Statistiken - Wie lange hat das Telekonsil, also das Gespräch per Video, tatsächlich gedauert?****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

t1 - Zum Konsil:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie lange hat das Telekonsil, also das Gespräch per Video, tatsächlich gedauert? Damit ist nur die Zeit des konkreten Konsils gemeint. [Min]								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	21	0	25.1	9.1	15	20.0	20.0	30.0	46
	S 1,2	16	0	20.0	7.7	5	15.0	20.0	26.0	30
	Gesamt (S 1)	37	0	22.9	8.8	5	19.0	20.0	29.0	46
verz. IG	S 2,2	14	0	20.0	7.5	10	15.0	16.0	25.0	35
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	51	0	22.1	8.5	5	15.0	20.0	29.0	46

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.10 Zeitbedarf (Konsiliarien)****9.1.10.1 Tatsächliche Zeitbedarf****Tabelle 9.1.10.1.2: Deskriptive Statistiken - Wie lange hat das Telekonsil, also das Gespräch per Video, tatsächlich gedauert?****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

t1 - Zum Konsil:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie lange hat das Telekonsil, also das Gespräch per Video, tatsächlich gedauert? Damit ist nur die Zeit des konkreten Konsils gemeint. [Min]								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	3	0	18.3	2.9	15	15.0	20.0	20.0	20
	S 1,2	2	0	17.0	2.8	15	15.0	17.0	19.0	19
	Gesamt (S 1)	5	0	17.8	2.6	15	15.0	19.0	20.0	20
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	5	0	17.8	2.6	15	15.0	19.0	20.0	20



**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.10 Zeitbedarf (Konsiliarien)****9.1.10.1 Tatsächliche Zeitbedarf**

**Tabelle 9.1.10.1.2: Deskriptive Statistiken - Wie lange hat das Telekonsil, also das Gespräch per Video, tatsächlich gedauert?**

**Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

t1 - Zum Konsil:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wie lange hat das Telekonsil, also das Gespräch per Video, tatsächlich gedauert? Damit ist nur die Zeit des konkreten Konsils gemeint. [Min]								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	16	0	26.1	9.5	15	20.0	20.0	32.5	46
	S 1,2	8	0	18.5	8.1	5	12.5	20.0	24.5	29
	Gesamt (S 1)	24	0	23.5	9.6	5	20.0	20.0	28.0	46
verz. IG	S 2,2	9	0	19.9	8.4	10	15.0	15.0	25.0	35
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	33	0	22.5	9.3	5	15.0	20.0	27.0	46

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.10 Zeitbedarf (Konsiliarien)****9.1.10.1 Tatsächliche Zeitbedarf****Tabelle 9.1.10.1.3: Deskriptive Statistiken - Wieviel Zeit haben Sie für die Nachbereitung des Konsils insgesamt benötigt?****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

t1 - Zum Konsil:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wieviel Zeit haben Sie für die Nachbereitung des Konsils insgesamt benötigt? [Min]								
		N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	21	0	1.4	0.5	1	1.0	1.0	2.0	2
	S 1,2	16	0	1.2	0.5	0	1.0	1.0	1.5	2
	Gesamt (S 1)	37	0	1.3	0.5	0	1.0	1.0	2.0	2
verz. IG	S 2,2	14	0	1.2	0.4	1	1.0	1.0	1.0	2
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	51	0	1.3	0.5	0	1.0	1.0	2.0	2

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.10 Zeitbedarf (Konsiliarien)****9.1.10.1 Tatsächliche Zeitbedarf****Tabelle 9.1.10.1.3: Deskriptive Statistiken - Wieviel Zeit haben Sie für die Nachbereitung des Konsils insgesamt benötigt?****Neurologische Grunderkrankung: Nein**

t1 - Zum Konsil:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wieviel Zeit haben Sie für die Nachbereitung des Konsils insgesamt benötigt? [Min]								
		N	N(fehlernd)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	3	0	1.0	0.0	1	1.0	1.0	1.0	1
	S 1,2	2	0	1.0	0.0	1	1.0	1.0	1.0	1
	Gesamt (S 1)	5	0	1.0	0.0	1	1.0	1.0	1.0	1
verz. IG	S 2,2	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	5	0	1.0	0.0	1	1.0	1.0	1.0	1

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.10 Zeitbedarf (Konsiliarien)****9.1.10.1 Tatsächliche Zeitbedarf****Tabelle 9.1.10.1.3: Deskriptive Statistiken - Wieviel Zeit haben Sie für die Nachbereitung des Konsils insgesamt benötigt?****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

t1 - Zum Konsil:

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wieviel Zeit haben Sie für die Nachbereitung des Konsils insgesamt benötigt? [Min]								
		N	N(gehend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
IG	S 1,1	16	0	1.4	0.5	1	1.0	1.0	2.0	2
	S 1,2	8	0	1.3	0.7	0	1.0	1.0	2.0	2
	Gesamt (S 1)	24	0	1.3	0.6	0	1.0	1.0	2.0	2
verz. IG	S 2,2	9	0	1.2	0.4	1	1.0	1.0	1.0	2
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	33	0	1.3	0.5	0	1.0	1.0	2.0	2

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.1 iPOS****Tabelle 9.1.11.1.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Professionelle)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Eventweise - Complete Cases:

iPOS (Professionelle)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 13	N = 6	N = 13	N = 6
N(fehlend)	0	0	0	0
Mittelwert	27.3	26.2	25.1	24.8
STD	8.1	5.0	7.5	6.1
Min	15	20	14	18
Q1	23.0	21.0	21.0	20.0
Median	26.0	26.5	24.0	24.0
Q3	33.0	30.0	25.0	28.0
Max	44	33	43	35
Änderung zu tV	-	-	N = 13	N = 6
N(fehlend)			0	0
Mittelwert			-2.2	-1.3
STD			4.4	8.4
Min			-14	-13
Q1			-4.0	-9.0
Median			-1.0	0.5

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.1 iPOS****Tabelle 9.1.11.1.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Professionelle)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

iPOS (Professionelle)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
Q3			0.0	4.0
Max			3	9

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.1 iPOS****Tabelle 9.1.11.1.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Professionelle)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS (Professionelle)	Vergleichsgruppe	IG	13	-2.231	-6.060	1.599	0.211
		KG	6	-1.333	-6.970	4.304	0.593

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.1 iPOS****Tabelle 9.1.11.1.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Professionelle)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

Eventweise - Complete Cases:

iPOS (Professionelle)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 7	N = 2	N = 7	N = 2
N(fehlernd)	0	0	0	0
Mittelwert	30.0	29.5	27.0	27.5
STD	8.7	4.9	8.4	10.6
Min	21	26	20	20
Q1	23.0	26.0	21.0	20.0
Median	26.0	29.5	24.0	27.5
Q3	38.0	33.0	34.0	35.0
Max	44	33	43	35
Änderung zu tV	-	-	N = 7	N = 2
N(fehlernd)			0	0
Mittelwert			-3.0	-2.0
STD			5.2	15.6
Min			-14	-13
Q1			-4.0	-13.0
Median			-1.0	-2.0



**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.1 iPOS****Tabelle 9.1.11.1.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Professionelle)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

iPOS (Professionelle)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
Q3			0.0	9.0
Max			2	9

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.1 iPOS****Tabelle 9.1.11.1.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Professionelle)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS (Professionelle)	Vergleichsgruppe	IG	7	-3.000	-10.992	4.992	0.356
		KG	2	-2.000	-16.952	12.952	0.729

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.1 iPOS****Tabelle 9.1.11.1.2: Statistische Analyse der Intervention (Professionelle)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS (Professionelle)	-0.897	-7.712	5.917	0.765

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)**

**9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose**

**9.1.11 Post-hoc Analysen**

**9.1.11.1 iPOS**

**Tabelle 9.1.11.1.2: Statistische Analyse der Intervention (Professionelle)**

**Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

Hinweis: nicht genügend Daten zur Verfügung (mind. 3 Events mit vollständigen Informationen pro Gruppe).

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.1 iPOS****Tabelle 9.1.11.1.3: Sensitivitätsanalyse iPOS (Professionelle) inkl. verzögerter IG****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Eventweise - Complete Cases:

iPOS (Professionelle)	tV		t2	
	IG + verz. IG	KG	IG + verz. IG	KG
	N = 21	N = 6	N = 21	N = 6
N(fehlerd)	0	0	0	0
Mittelwert	26.6	26.2	25.1	24.8
STD	7.4	5.0	6.3	6.1
Min	14	20	14	18
Q1	23.0	21.0	21.0	20.0
Median	26.0	26.5	25.0	24.0
Q3	30.0	30.0	27.0	28.0
Max	44	33	43	35
Änderung zu tV	-	-	N = 21	N = 6
N(fehlerd)			0	0
Mittelwert			-1.4	-1.3
STD			5.3	8.4
Min			-14	-13
Q1			-4.0	-9.0
Median			-1.0	0.5
Q3			2.0	4.0
Max			7	9

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.1 iPOS****Tabelle 9.1.11.1.3: Sensitivitätsanalyse iPOS (Professionelle) inkl. verzögerter IG****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS (Professionelle)	Vergleichsgruppe	IG + verz. IG	21	-1.429	-4.327	1.470	0.301
		KG	6	-1.333	-6.756	4.089	0.599

Unterschiede IG + verz. IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS (Professionelle)	-0.095	-6.244	6.053	0.973

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.1 iPOS****Tabelle 9.1.11.1.3: Sensitivitätsanalyse iPOS (Professionelle) inkl. verzögerter IG****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

Eventweise - Complete Cases:

iPOS (Professionelle)	tV		t2	
	IG + verz. IG	KG	IG + verz. IG	KG
	N = 14	N = 2	N = 14	N = 2
N(fehrend)	0	0	0	0
Mittelwert	27.4	29.5	26.0	27.5
STD	7.9	4.9	6.5	10.6
Min	14	26	19	20
Q1	23.0	26.0	21.0	20.0
Median	25.5	29.5	24.5	27.5
Q3	34.0	33.0	27.0	35.0
Max	44	33	43	35
Änderung zu tV	-	-	N = 14	N = 2
N(fehrend)			0	0
Mittelwert			-1.4	-2.0
STD			6.2	15.6
Min			-14	-13
Q1			-4.0	-13.0
Median			-1.0	-2.0

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.1 iPOS****Tabelle 9.1.11.1.3: Sensitivitätsanalyse iPOS (Professionelle) inkl. verzögerter IG****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

iPOS (Professionelle)	tV		t2	
	IG + verz. IG	KG	IG + verz. IG	KG
Q3			3.0	9.0
Max			7	9



**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.1 iPOS****Tabelle 9.1.11.1.3: Sensitivitätsanalyse iPOS (Professionelle) inkl. verzögerter IG****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS (Professionelle)	Vergleichsgruppe	IG + verz. IG	14	-1.357	-5.962	3.247	0.508
		KG	2	-2.000	-14.183	10.183	0.709

Unterschiede IG + verz. IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

Hinweis: nicht genügend Daten zur Verfügung (mind. 3 Events mit vollständigen Informationen pro Gruppe).

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.1 iPOS****Tabelle 9.1.11.1.4: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Angehörige)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Eventweise - Complete Cases:

iPOS (Angehörige)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 8	N = 1	N = 8	N = 1
N(fehlend)	0	0	0	0
Mittelwert	31.4	27.0	28.9	29.0
STD	9.2	-	13.1	-
Min	16	27	11	29
Q1	26.0	27.0	21.0	29.0
Median	32.5	27.0	28.5	29.0
Q3	36.5	27.0	33.5	29.0
Max	45	27	54	29
Änderung zu tV	-	-	N = 8	N = 1
N(fehlend)			0	0
Mittelwert			-2.5	2.0
STD			5.0	-
Min			-6	2
Q1			-5.5	2.0
Median			-4.5	2.0
Q3			-1.5	2.0
Max			9	2

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.1 iPOS****Tabelle 9.1.11.1.4: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Angehörige)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS (Angehörige)	Vergleichsgruppe	IG	8	-1.228	-9.922	7.465	0.683
		KG	1	2.000	-17.522	21.522	0.766

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.11.2.1.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Professionelle)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Eventweise - Complete Cases:

iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 23	N = 8	N = 23	N = 8
N(fehlernd)	0	0	0	0
Mittelwert	16.5	13.4	15.3	13.5
STD	4.4	2.5	3.7	4.0
Min	7	10	8	7
Q1	14.0	11.5	13.0	10.5
Median	17.0	13.5	15.0	14.5
Q3	20.0	14.5	18.0	16.0
Max	25	18	25	19
Änderung zu tV	-	-	N = 23	N = 8
N(fehlernd)			0	0
Mittelwert			-1.2	0.1
STD			3.0	5.6
Min			-7	-9
Q1			-3.0	-4.0
Median			-1.0	1.0

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.11.2.1.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Professionelle)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
Q3			0.0	4.0
Max			6	8

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.11.2.1.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Professionelle)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale:	Vergleichsgruppe	IG	23	-1.174	-2.874	0.526	0.162
Körperliche Symptome (Professionelle)		KG	8	0.125	-2.757	3.007	0.928

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.11.2.1.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Professionelle)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

Eventweise - Complete Cases:

iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 14	N = 3	N = 14	N = 3
N(fehlernd)	0	0	0	0
Mittelwert	17.2	14.7	16.4	15.0
STD	4.4	3.5	3.6	5.3
Min	10	11	11	9
Q1	14.0	11.0	13.0	9.0
Median	16.5	15.0	16.5	17.0
Q3	20.0	18.0	18.0	19.0
Max	25	18	25	19
Änderung zu tV	-	-	N = 14	N = 3
N(fehlernd)			0	0
Mittelwert			-0.9	0.3
STD			3.0	8.6
Min			-5	-9
Q1			-3.0	-9.0
Median			-1.0	2.0

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.11.2.1.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Professionelle)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
Q3			0.0	8.0
Max			6	8



**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.11.2.1.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Professionelle)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale:	Vergleichsgruppe	IG	14	-0.857	-3.405	1.691	0.466
Körperliche Symptome (Professionelle)		KG	3	0.333	-5.171	5.837	0.894

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.11.2.1.2: Statistische Analyse der Intervention (Professionelle)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)	-1.299	-4.645	2.047	0.421

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.11.2.1.2: Statistische Analyse der Intervention (Professionelle)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Professionelle)	-1.190	-7.255	4.874	0.668

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.11.2.1.3: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Patient)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Eventweise - Complete Cases:

iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Patient)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 7	N = 4	N = 7	N = 4
N(fehlernd)	0	0	0	0
Mittelwert	17.3	15.5	17.9	12.8
STD	4.4	4.8	4.3	3.5
Min	10	11	10	9
Q1	15.0	12.0	16.0	10.0
Median	17.0	14.5	18.0	12.5
Q3	20.0	19.0	20.0	15.5
Max	24	22	24	17
Änderung zu tV	-	-	N = 7	N = 4
N(fehlernd)			0	0
Mittelwert			0.6	-2.8
STD			1.1	3.9
Min			-1	-7
Q1			0.0	-6.0
Median			0.0	-2.5

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.11.2.1.3: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Patient)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Patient)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
Q3			2.0	0.5
Max			2	1

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.11.2.1.3: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Patient)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale:	Vergleichsgruppe	IG	7	0.571	-3.355	4.498	0.595
Körperliche Symptome (Patient)		KG	4	-2.750	-7.944	2.444	0.150

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.11.2.1.4: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Angehörige)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Eventweise - Complete Cases:

iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Angehörige)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 11	N = 2	N = 11	N = 2
N(fehlernd)	0	0	0	0
Mittelwert	18.2	18.5	17.7	17.0
STD	4.9	4.9	7.0	7.1
Min	8	15	6	12
Q1	14.0	15.0	12.0	12.0
Median	20.0	18.5	19.0	17.0
Q3	22.0	22.0	21.0	22.0
Max	25	22	31	22
Änderung zu tV	-	-	N = 11	N = 2
N(fehlernd)			0	0
Mittelwert			-0.5	-1.5
STD			3.4	2.1
Min			-4	-3
Q1			-2.0	-3.0
Median			-1.0	-1.5

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.11.2.1.4: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Angehörige)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

iPOS Subscale: Körperliche Symptome (Angehörige)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
Q3			0.0	0.0
Max			9	0



**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.1 iPOS Subscale: Körperliche Symptome****Tabelle 9.1.11.2.1.4: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Angehörige)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale:	Vergleichsgruppe	IG	11	0.319	-3.675	4.314	0.845
Körperliche Symptome (Angehörige)		KG	2	-1.500	-8.654	5.654	0.613

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 9.1.11.2.2.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Professionelle)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Eventweise - Complete Cases:

iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Professionelle)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 27	N = 7	N = 27	N = 7
N(fehlernd)	0	0	0	0
Mittelwert	1.8	2.0	1.6	1.3
STD	1.9	1.2	1.5	1.1
Min	0	0	0	0
Q1	0.0	1.0	0.0	0.0
Median	2.0	2.0	2.0	1.0
Q3	3.0	3.0	3.0	2.0
Max	7	3	5	3
Änderung zu tV	-	-	N = 27	N = 7
N(fehlernd)			0	0
Mittelwert			-0.2	-0.7
STD			1.2	1.4
Min			-3	-3
Q1			0.0	-2.0
Median			0.0	0.0

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 9.1.11.2.2.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Professionelle)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Professionelle)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
Q3			0.0	0.0
Max			2	1

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 9.1.11.2.2.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Professionelle)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale:	Vergleichsgruppe	IG	27	-0.184	-0.694	0.327	0.460
Gastrointestinale Symptome (Professionelle)		KG	7	-0.718	-1.696	0.259	0.140

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 9.1.11.2.2.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Professionelle)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

Eventweise - Complete Cases:

iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Professionelle)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 19	N = 2	N = 19	N = 2
N(fehlernd)	0	0	0	0
Mittelwert	1.8	1.5	1.6	1.5
STD	1.7	0.7	1.5	0.7
Min	0	1	0	1
Q1	0.0	1.0	0.0	1.0
Median	2.0	1.5	2.0	1.5
Q3	3.0	2.0	3.0	2.0
Max	6	2	5	2
Änderung zu tV	-	-	N = 19	N = 2
N(fehlernd)			0	0
Mittelwert			-0.2	0.0
STD			1.2	1.4
Min			-3	-1
Q1			-1.0	-1.0
Median			0.0	0.0

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 9.1.11.2.2.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Professionelle)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Professionelle)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
Q3			0.0	1.0
Max			2	1

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 9.1.11.2.2.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Professionelle)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale:	Vergleichsgruppe	IG	19	-0.224	-0.947	0.500	0.516
Gastrointestinale Symptome (Professionelle)		KG	2	0.000	-2.036	2.036	1.000

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 9.1.11.2.2.2: Statistische Analyse der Intervention (Professionelle)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Professionelle)	0.535	-0.568	1.638	0.322



**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)**

**9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose**

**9.1.11 Post-hoc Analysen**

**9.1.11.2 iPOS Subscales**

**9.1.11.2.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome**

**Tabelle 9.1.11.2.2.2: Statistische Analyse der Intervention (Professionelle)**

**Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

Hinweis: nicht genügend Daten zur Verfügung (mind. 3 Events mit vollständigen Informationen pro Gruppe).

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 9.1.11.2.2.3: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Patient)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Eventweise - Complete Cases:

iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Patient)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 8	N = 4	N = 8	N = 4
N(fehlend)	0	0	0	0
Mittelwert	1.4	1.8	1.1	2.3
STD	1.7	1.5	1.5	2.1
Min	0	0	0	0
Q1	0.0	0.5	0.0	1.0
Median	0.5	2.0	0.5	2.0
Q3	3.0	3.0	2.0	3.5
Max	4	3	4	5
Änderung zu tV	-	-	N = 8	N = 4
N(fehlend)			0	0
Mittelwert			-0.3	0.5
STD			0.7	3.0
Min			-1	-1
Q1			-1.0	-1.0
Median			0.0	-1.0
Q3			0.0	2.0
Max			1	5

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 9.1.11.2.2.3: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Patient)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale:	Vergleichsgruppe	IG	8	-0.250	-1.964	1.464	0.706
Gastrointestinale Symptome (Patient)		KG	4	0.500	-1.924	2.924	0.598

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 9.1.11.2.2.4: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Angehörige)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Eventweise - Complete Cases:

iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Angehörige)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 14	N = 2	N = 14	N = 2
N(fehlerd)	0	0	0	0
Mittelwert	1.7	0.5	1.1	3.0
STD	1.6	0.7	1.1	4.2
Min	0	0	0	0
Q1	0.0	0.0	0.0	0.0
Median	2.0	0.5	1.0	3.0
Q3	3.0	1.0	2.0	6.0
Max	5	1	3	6
Änderung zu tV	-	-	N = 14	N = 2
N(fehlerd)			0	0
Mittelwert			-0.6	2.5
STD			1.2	4.9
Min			-3	-1
Q1			-1.0	-1.0
Median			0.0	2.5

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 9.1.11.2.2.4: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Angehörige)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome (Angehörige)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
Q3			0.0	6.0
Max			1	6

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.2 iPOS Subscale: Gastrointestinale Symptome****Tabelle 9.1.11.2.2.4: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Angehörige)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale:	Vergleichsgruppe	IG	14	-0.849	-2.730	1.031	0.328
Gastrointestinale Symptome (Angehörige)		KG	2	2.500	-1.032	6.032	0.141

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.11.2.3.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Professionelle)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Eventweise - Complete Cases:

iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 18	N = 7	N = 18	N = 7
N(fehlernd)	0	0	0	0
Mittelwert	9.7	11.4	8.3	10.9
STD	2.6	3.6	2.9	3.0
Min	3	5	3	7
Q1	8.0	8.0	7.0	7.0
Median	9.0	13.0	8.0	11.0
Q3	12.0	14.0	10.0	14.0
Max	14	14	13	14
Änderung zu tV	-	-	N = 18	N = 7
N(fehlernd)			0	0
Mittelwert			-1.4	-0.6
STD			2.5	1.9
Min			-7	-3
Q1			-3.0	-3.0
Median			-1.0	0.0

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.11.2.3.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Professionelle)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
Q3			0.0	1.0
Max			2	2



**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.11.2.3.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Professionelle)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale:	Vergleichsgruppe	IG	18	-1.389	-2.609	-0.169	0.029
Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)		KG	7	-0.571	-2.528	1.385	0.539

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.11.2.3.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Professionelle)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

Eventweise - Complete Cases:

iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 10	N = 3	N = 10	N = 3
N(fehlernd)	0	0	0	0
Mittelwert	9.4	13.0	8.3	12.3
STD	3.0	1.0	3.8	2.1
Min	3	12	3	10
Q1	8.0	12.0	4.0	10.0
Median	9.5	13.0	8.5	13.0
Q3	12.0	14.0	12.0	14.0
Max	13	14	13	14
Änderung zu tV	-	-	N = 10	N = 3
N(fehlernd)			0	0
Mittelwert			-1.1	-0.7
STD			2.8	2.1
Min			-7	-3
Q1			-2.0	-3.0
Median			0.0	0.0

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.11.2.3.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Professionelle)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
Q3			1.0	1.0
Max			2	1

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.11.2.3.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Professionelle)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale:	Vergleichsgruppe	IG	10	-1.738	-4.999	1.523	0.254
Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)		KG	3	-0.667	-6.715	5.382	0.806

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.11.2.3.2: Statistische Analyse der Intervention (Professionelle)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)	-0.817	-3.123	1.488	0.457

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.11.2.3.2: Statistische Analyse der Intervention (Professionelle)****Neuro-degenerative Grunderkrankung: Ja**

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Professionelle)	-1.072	-7.943	5.800	0.728

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.11.2.3.3: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Patient)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Eventweise - Complete Cases:

iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Patient)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 9	N = 3	N = 9	N = 3
N(fehlernd)	0	0	0	0
Mittelwert	7.7	9.3	7.2	9.0
STD	3.4	4.0	3.7	4.0
Min	1	7	0	5
Q1	8.0	7.0	6.0	5.0
Median	9.0	7.0	7.0	9.0
Q3	9.0	14.0	9.0	13.0
Max	12	14	13	13
Änderung zu tV	-	-	N = 9	N = 3
N(fehlernd)			0	0
Mittelwert			-0.4	-0.3
STD			4.2	2.1
Min			-8	-2
Q1			-3.0	-2.0
Median			0.0	-1.0

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.11.2.3.3: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Patient)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Patient)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
Q3			3.0	2.0
Max			4	2



**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.11.2.3.3: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Patient)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale:	Vergleichsgruppe	IG	9	-0.444	-5.941	5.052	0.761
Psychologische und praktische Probleme (Patient)		KG	3	-0.333	-9.854	9.187	0.894

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.11.2.3.4: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Angehörige)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Eventweise - Complete Cases:

iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Angehörige)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 11	N = 1	N = 11	N = 1
N(fehrend)	0	0	0	0
Mittelwert	10.0	12.0	8.3	11.0
STD	5.7	-	5.7	-
Min	1	12	0	11
Q1	5.0	12.0	5.0	11.0
Median	10.0	12.0	8.0	11.0
Q3	14.0	12.0	11.0	11.0
Max	21	12	21	11
Änderung zu tV	-	-	N = 11	N = 1
N(fehrend)			0	0
Mittelwert			-1.7	-1.0
STD			2.3	-
Min			-4	-1
Q1			-4.0	-1.0
Median			-2.0	-1.0

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.11.2.3.4: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Angehörige)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme (Angehörige)	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
Q3			0.0	-1.0
Max			3	-1

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.2 iPOS Subscales****9.1.11.2.3 iPOS Subscale: Psychologische und praktische Probleme****Tabelle 9.1.11.2.3.4: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung (Angehörige)****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung iPOS Subscale:	Vergleichsgruppe	IG	11	-0.934	-3.659	1.791	0.419
Psychologische und praktische Probleme (Angehörige)		KG	1	-1.000	-7.844	5.844	0.723

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.3 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****9.1.11.3.1 Quality of Life****Tabelle 9.1.11.3.1.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Eventweise - Complete Cases:

Quality of Life	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 10	N = 4	N = 10	N = 4
N(fehlernd)	0	0	0	0
Mittelwert	3.1	3.8	3.6	4.0
STD	1.9	3.0	2.1	1.2
Min	1	0	1	3
Q1	2.0	1.5	2.0	3.0
Median	2.5	4.0	3.0	4.0
Q3	5.0	6.0	5.0	5.0
Max	6	7	8	5
Änderung zu tV	-	-	N = 10	N = 4
N(fehlernd)			0	0
Mittelwert			0.5	0.3
STD			2.0	3.1
Min			-2	-4
Q1			-1.0	-2.0
Median			0.0	1.0

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)**

**9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose**

**9.1.11 Post-hoc Analysen**

**9.1.11.3 Quality of Life / Gesundheit (Patient)**

**9.1.11.3.1 Quality of Life**

**Tabelle 9.1.11.3.1.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung**

**Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Quality of Life	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
Q3			1.0	2.5
Max			5	3

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.3 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****9.1.11.3.1 Quality of Life****Tabelle 9.1.11.3.1.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Quality of Life	Vergleichsgruppe	IG	10	0.754	-1.942	3.450	0.439
		KG	4	0.049	-4.326	4.425	0.974

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.3 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****9.1.11.3.1 Quality of Life****Tabelle 9.1.11.3.1.2: Statistische Analyse der Intervention**

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Quality of Life	0.705	-4.434	5.844	0.692



**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.3 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****9.1.11.3.2 Gesundheit****Tabelle 9.1.11.3.2.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Eventweise - Complete Cases:

Gesundheitszustand	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 10	N = 4	N = 10	N = 4
N(fehlernd)	0	0	0	0
Mittelwert	3.5	3.5	3.2	3.5
STD	2.1	2.4	2.3	1.3
Min	1	0	0	2
Q1	2.0	2.0	2.0	2.5
Median	3.0	4.5	2.5	3.5
Q3	5.0	5.0	5.0	4.5
Max	7	5	8	5
Änderung zu tV	-	-	N = 10	N = 4
N(fehlernd)			0	0
Mittelwert			-0.3	0.0
STD			2.7	1.4
Min			-4	-1
Q1			-2.0	-1.0
Median			-0.5	-0.5

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.3 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****9.1.11.3.2 Gesundheit****Tabelle 9.1.11.3.2.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Gesundheitszustand	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
Q3			1.0	1.0
Max			5	2

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.3 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****9.1.11.3.2 Gesundheit****Tabelle 9.1.11.3.2.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Gesundheitszustand	Vergleichsgruppe	IG	10	0.137	-2.590	2.864	0.883
		KG	4	0.131	-4.292	4.554	0.931

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.3 Quality of Life / Gesundheit (Patient)****9.1.11.3.2 Gesundheit****Tabelle 9.1.11.3.2.2: Statistische Analyse der Intervention**

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung Gesundheitszustand	0.006	-5.190	5.202	0.997

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.4 McGill Quality of Life (Patient)****9.1.11.4.1 McGill Quality of Life Total Score****Tabelle 9.1.11.4.1.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Eventweise - Complete Cases:

McGill Quality of Life Total Score	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 9	N = 3	N = 9	N = 3
N(fehlernd)	0	0	0	0
Mittelwert	5.9	4.3	5.6	4.9
STD	1.4	1.6	1.4	2.2
Min	4.1	2.9	3.9	3.2
Q1	4.7	2.9	4.2	3.2
Median	5.8	4.0	5.7	4.0
Q3	7.1	6.0	6.9	7.4
Max	7.9	6.0	7.4	7.4
Änderung zu tV	-	-	N = 9	N = 3
N(fehlernd)			0	0
Mittelwert			-0.3	0.6
STD			1.3	1.2
Min			-1.9	-0.8
Q1			-1.1	-0.8
Median			-0.5	1.2

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.4 McGill Quality of Life (Patient)****9.1.11.4.1 McGill Quality of Life Total Score****Tabelle 9.1.11.4.1.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

McGill Quality of Life Total Score	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
Q3			0.4	1.4
Max			2.2	1.4

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.4 McGill Quality of Life (Patient)****9.1.11.4.1 McGill Quality of Life Total Score****Tabelle 9.1.11.4.1.1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung****Neurologische Grunderkrankung: Ja**

Veränderung tV zu t2:

			<b>N</b>	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung McGill Quality of Life Total Score	Vergleichsgruppe	IG	9	-0.391	-1.855	1.073	0.458
		KG	3	0.604	-1.694	2.902	0.464

**9 Subgruppenanalysen je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES)****9.1 Analysen nach Subgruppe Diagnose****9.1.11 Post-hoc Analysen****9.1.11.4 McGill Quality of Life (Patient)****9.1.11.4.1 McGill Quality of Life Total Score****Tabelle 9.1.11.4.1.2: Statistische Analyse der Intervention**

Unterschiede IG zu KG (Veränderung tV zu t2):

	<b>Estimate</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>Pr &gt;  t </b>
Veränderung McGill Quality of Life Total Score	-0.995	-3.720	1.730	0.329



**10 Fallbackstrategie****10.1 Primärdokumentation der Fallback-Patienten (FB)****10.1.1 Demographie und Baseline-Daten****10.1.1.1 Basisdaten****Tabelle 10.1.1.1.1: Alter**

Alter [Jahre] zu Beginn der Versorgung								
N	N( fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
61	0	66.2	14.6	22	62.0	67.0	77.0	90

**10 Fallbackstrategie****10.1 Primärdokumentation der Fallback-Patienten (FB)****10.1.1 Demographie und Baseline-Daten****10.1.1.1 Basisdaten****Tabelle 10.1.1.1.2: Geschlecht**

<b>Geschlecht</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Männlich	33	54.1
Weiblich	28	45.9
Gesamt	61	100

**10 Fallbackstrategie****10.1 Primärdokumentation der Fallback-Patienten (FB)****10.1.1 Demographie und Baseline-Daten****10.1.1.1 Basisdaten****Tabelle 10.1.1.1.9: ECOG (erster Wert)**

<b>ECOG (erster Wert)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1	2	4.2
2	13	27.1
3	26	54.2
4	7	14.6
Gesamt	48	100

Fehlende Werte für ECOG (erster Wert):

<b>ECOG (erster Wert)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nicht-Fehlend	48	78.7
Fehlend	13	21.3

Anmerkungen:

Der ECOG wird aus dem Karnofsky-Index abgeleitet.

Der erste erfasste Wert stammt vom Tag des Behandlungsbeginns oder früher.

**10 Fallbackstrategie****10.1 Primärdokumentation der Fallback-Patienten (FB)****10.1.1 Demographie und Baseline-Daten****10.1.1.1 Basisdaten****Tabelle 10.1.1.1.10: Versorgungstage**

Versorgungstage mit aktiver SAPV								
N	N(fehlend)	Mittelwert	STD	Min	Q1	Median	Q3	Max
61	0	79.3	124.1	2	13.0	40.0	76.0	564

Versorgungstage	N	%
0 - <30	24	39.3
30 - <60	17	27.9
60 - <90	8	13.1
90 - <120	5	8.2
120 - <150	0	0
150 - <180	0	0
≥ 180	7	11.5
Gesamt	61	100

**10 Fallbackstrategie****10.1 Primärdokumentation der Fallback-Patienten (FB)****10.1.1 Demographie und Baseline-Daten****10.1.1.3 Diagnosen****Tabelle 10.1.1.3.2: Diagnose zur Aufnahme (ICD10) für neurologische Grunderkrankungen**

ICD10-Codes gemäß Subgruppen-Definition	N
Gesamtanzahl an Patienten	61 (100%)
C79.3	23 (37.7%)
C71	15 (24.6%)
G12	5 (8.2%)
G20	5 (8.2%)
I63	4 (6.6%)
I64	3 (4.9%)
G10	2 (3.3%)
G35	2 (3.3%)
I61	2 (3.3%)
F01	1 (1.6%)
F02	1 (1.6%)
F03	1 (1.6%)
G23	1 (1.6%)
G62	1 (1.6%)
I60	1 (1.6%)

**Anmerkungen:**

Die Diagnosen beinhalten Haupt- und Nebendiagnosen zur Aufnahme.

Es können mehrere Diagnosen pro Patient vorliegen.

**10 Fallbackstrategie****10.1 Primärdokumentation der Fallback-Patienten (FB)****10.1.1 Demographie und Baseline-Daten****10.1.1.3 Diagnosen****Tabelle 10.1.1.3.3: Diagnose zur Aufnahme (ICD10) für neuro-degenerative Grunderkrankungen**

<b>ICD10-Codes gemäß Subgruppen-Definition</b>	<b>N</b>
Gesamtanzahl an Patienten	61 (100%)
G12	5 (8.2%)
G20	5 (8.2%)
G10	2 (3.3%)
G35	2 (3.3%)
F01	1 (1.6%)
F02	1 (1.6%)
F03	1 (1.6%)
G23	1 (1.6%)

**Anmerkungen:**

Die Diagnosen beinhalten Haupt- und Nebendiagnosen zur Aufnahme.

Es können mehrere Diagnosen pro Patient vorliegen.

**10 Fallbackstrategie****10.1 Primärdokumentation der Fallback-Patienten (FB)****10.1.2 Verlaufsdaten****10.1.2.2 Verordnungen****Tabelle 10.1.2.2.6: Verordnung (Voll / Teil / Beratung / Koordination)**

<b>Verordnung (aggregiert)</b>	<b>N<sub>e</sub></b>	<b>N</b>
Gesamtanzahl an Patienten		61 (100%)
Anzahl an Verordnungen (N <sub>e</sub> ) und Anzahl an Patienten mit mindestens einer Verordnung (N)	175	61 (100%)
Voll	-	-
Teil	164	57 (93.4%)
Beratung	7	5 (8.2%)
Koordination	4	4 (6.6%)

**Anmerkungen:**

In der Tabelle werden Verordnungen aggregiert. Hierbei wird aus den Kombinationen jeweils eine Verordnung abgeleitet. Dabei wird die höchste vorhandene Stufe der Verordnung (Voll, Teil, Beratung, Koordination) ausgewählt.

**10 Fallbackstrategie****10.1 Primärdokumentation der Fallback-Patienten (FB)****10.1.2 Verlaufsdaten****10.1.2.2 Verordnungen****Tabelle 10.1.2.2.6: Verordnung (Voll / Teil / Beratung / Koordination)****Kombinationen**

<b>Verordnung (Kombinationen)</b>	<b>N<sub>e</sub></b>	<b>N</b>
Gesamtanzahl an Patienten		61 (100%)
Anzahl an Verordnungen (N <sub>e</sub> ) und Anzahl an Patienten mit mindestens einer Verordnung (N)	175	61 (100%)
---K	4	4 (6.6%)
--B-	7	5 (8.2%)
-T--	160	56 (91.8%)
-T-K	1	1 (1.6%)
-TBK	3	1 (1.6%)



**10 Fallbackstrategie****10.2 Balanciertheit der Kontroll-Patienten (ES) und Fallback-Patienten (FB)****Tabelle 10.2.1: Standardisierte Differenzen bzgl. Alter, Geschlecht, Pflegegrad bei Aufnahme und Aufenthaltsort bei Aufnahme**

Kontinuierliche Variablen:

	Mean ± SD	Gruppe		std. Differenzen
		Kontrollgruppe (N=14)	Fallback (N=61)	
Alter [Jahre] zu Beginn der Versorgung		61.1 ± 9.6	66.2 ± 14.6	0.406

Kategoriale Variablen:

	Gruppe				std. Differenzen
	Kontrollgruppe (N=14)		Fallback (N=61)		
	n	%	n	%	
Geschlecht: männlich	7	50.00	33	54.10	0.082
Geschlecht: weiblich	7	50.00	28	45.90	0.082
Pflegegrad: Pflegegrad 1	1	7.14	0	0.00	0.392
Pflegegrad: Pflegegrad 2	4	28.57	12	19.67	0.209
Pflegegrad: Pflegegrad 3	3	21.43	12	19.67	0.043
Pflegegrad: Pflegegrad 4	3	21.43	10	16.39	0.129
Pflegegrad: Pflegegrad 5	0	0.00	6	9.84	0.467
Pflegegrad: kein Pflegegrad vorhanden	1	7.14	16	26.23	0.530
Pflegegrad: keine Angabe zum Pflegegrad	2	14.29	5	8.20	0.194
Aufenthaltsort: Häusliche Versorgung	12	85.71	47	77.05	0.224
Aufenthaltsort: Senioren und Pflegeheim	0	0.00	10	16.39	0.626

Anmerkung: Bei einem Patienten der Vergleichsgruppe KG, wurden für die standardisierten Differenzen, das Alter, das Geschlecht und der Pflegegrad der Aufnahme (keine Angabe), hardcoded hinzugefügt, da zu diesem Patienten keine Primärdokumentationsdaten vorliegen.

**10 Fallbackstrategie****10.3 Datenerhebung der Fallback-Patienten (FB)****10.3.1 Allgemeine Angaben****Tabelle 10.3.1.4: Indikatoren für Schwere des Symptoms**

<b>Indikatoren für Schwere des Symptoms</b>	<b>N</b>	<b>N (Gesamt)</b>	<b>%</b>
Angaben zur Schwere des Symptoms in Freitextfeldern (schwer, ausgeprägt, belastend, wiederholt usw.)	47	61	77.0
Angaben zur Schwere des Symptoms anhand standardisierter Fragebögen, sofern vorhanden	0	61	0
Beginn/Umstellung von Medikamenten	42	61	68.9
Einsatz von Hilfsmitteln	0	61	0
Hinzuziehen von externer Fachexpertise	12	61	19.7
Darauffolgende Unterbrechung der Versorgung, z.B. Krankenhauseinweisung	15	61	24.6
Ergänzend: Hinweise zur Inanspruchnahme von ambulanten ärztlichen Leistungen	0	61	0
Andere:	0	61	0

**10 Fallbackstrategie****10.3 Datenerhebung der Fallback-Patienten (FB)****10.3.1 Allgemeine Angaben****Tabelle 10.3.1.5: Bewertung Schwere des Symptoms durch AGA**

<b>Bewertung Schwere des Symptoms durch AGA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1	2	3.3
2	13	21.3
3	30	49.2
4	14	23.0
5	2	3.3
Gesamt	61	100

Anmerkung: 1 = leicht, ..., 5 = schwer

**10 Fallbackstrategie****10.3 Datenerhebung der Fallback-Patienten (FB)****10.3.3 ECOG****Tabelle 10.3.3.1: Deskriptive Statistiken - ECOG**

ECOG	N	%
0	0	0
1	2	4.4
2	11	24.4
3	28	62.2
4	4	8.9
Gesamt	45	100

Fehlende Werte für ECOG:

ECOG	N	%
Nicht-Fehlend	45	73.8
Fehlend	16	26.2

**10 Fallbackstrategie****10.3 Datenerhebung der Fallback-Patienten (FB)****10.3.12 Verlauf 3-7 Tage nach EVENT - Zustand****Tabelle 10.3.12.1: Der Zustand des Patienten hat sich im Hinblick speziell auf die neurologischen Symptome in der Zwischenzeit wie folgt verändert**

<b>Der Zustand des Patienten hat sich im Hinblick speziell auf die neurologischen Symptome in der Zwischenzeit wie folgt verändert: Er hat sich...</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Stark verbessert	0	0
Verbessert	6	10.3
Eher verbessert	16	27.6
Nicht verändert	19	32.8
Eher verschlechtert	7	12.1
Verschlechtert	10	17.2
Stark verschlechtert	0	0
Gesamt	58	100

Fehlende Werte für Der Zustand des Patienten hat sich im Hinblick speziell auf die neurologischen Symptome in der Zwischenzeit wie folgt verändert: Er hat sich...:

<b>Der Zustand des Patienten hat sich im Hinblick speziell auf die neurologischen Symptome in der Zwischenzeit wie folgt verändert: Er hat sich...</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nicht-Fehlend	58	95.1
Fehlend	3	4.9

**10 Fallbackstrategie****10.4 Auswertung der TANNE- und Fallback-Events durch den unabhängigen Rater je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES/FB)****Tabelle 10.4.1: Bewertung Schwere des Symptoms durch unabhängigen Rater**

Vergleichsgruppe und Studienarm		Bewertung Schwere des Symptoms durch unabhängigen Rater										Gesamt	
		1		2		3		4		5			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	0	0	6	26.1	16	69.6	1	4.3	23	100
	S 1,2	0	0	0	0	5	29.4	9	52.9	3	17.6	17	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	11	27.5	25	62.5	4	10.0	40	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	4	28.6	9	64.3	1	7.1	14	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	15	27.8	34	63.0	5	9.3	54	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	4	26.7	11	73.3	0	0	15	100
Fallback		0	0	0	0	12	20.0	31	51.7	17	28.3	60	100

Fehlende Werte für Bewertung Schwere des Symptoms durch unabhängigen Rater:

Bewertung Schwere des Symptoms durch unabhängigen Rater	IG		verz. IG		KG		Fallback			
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Nicht-Fehlend	23	92.0	17	85.0	14	87.5	15	93.8	60	98.4
Fehlend	2	8.0	3	15.0	2	12.5	1	6.3	1	1.6

Anmerkung: 1 = leicht, ..., 5 = schwer

**10 Fallbackstrategie****10.4 Auswertung der TANNE- und Fallback-Events durch den unabhängigen Rater je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES/FB)****Tabelle 10.4.2: Leitliniengerechte Behandlung**

Vergleichsgruppe und Studienarm		Behandlung Leitliniengerecht?					
		Ja		Nein		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	17	94.4	1	5.6	18	100
	S 1,2	13	100	0	0	13	100
	Gesamt (S 1)	30	96.8	1	3.2	31	100
verz. IG	S 2,2	11	100	0	0	11	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	41	97.6	1	2.4	42	100
KG	S 2,1	6	100	0	0	6	100
Fallback		37	88.1	5	11.9	42	100

Fehlende Werte für Behandlung Leitliniengerecht?:

Behandlung Leitliniengerecht?	IG				verz. IG		KG		Fallback	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Nicht-Fehlend	18	72.0	13	65.0	11	68.8	6	37.5	42	68.9
Fehlend	7	28.0	7	35.0	5	31.3	10	62.5	19	31.1

**10 Fallbackstrategie**

**10.4 Auswertung der TANNE- und Fallback-Events durch den unabhängigen Rater je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES/FB)**

**Tabelle 10.4.3: Therapie aus Sicht des neuropalliativen Expertens geeignet?**

Vergleichsgruppe und Studienarm		Therapie aus Sicht Neuropalliativer Experte geeignet?								Gesamt	
		sehr geeignet		eher geeignet		eher... <sup>1</sup>		überhaupt... <sup>2</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	12	52.2	11	47.8	0	0	0	0	23	100
	S 1,2	8	47.1	9	52.9	0	0	0	0	17	100
	Gesamt (S 1)	20	50.0	20	50.0	0	0	0	0	40	100
verz. IG	S 2,2	10	71.4	4	28.6	0	0	0	0	14	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	30	55.6	24	44.4	0	0	0	0	54	100
KG	S 2,1	1	10.0	9	90.0	0	0	0	0	10	100
Fallback		25	46.3	27	50.0	2	3.7	0	0	54	100

<sup>1</sup>eher nicht geeignet

<sup>2</sup>überhaupt nicht geeignet

Fehlende Werte für Therapie aus Sicht Neuropalliativer Experte geeignet?:

Therapie aus Sicht Neuropalliativer Experte geeignet?	IG		verz. IG		KG		Fallback			
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Nicht-Fehlend	23	92.0	17	85.0	14	87.5	10	62.5	54	88.5
Fehlend	2	8.0	3	15.0	2	12.5	6	37.5	7	11.5



**10 Fallbackstrategie****10.4 Auswertung der TANNE- und Fallback-Events durch den unabhängigen Rater je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES/FB)****Tabelle 10.4.4: Qualität der diagnostischen/therapeutischen Problemlösung**

Vergleichsgruppe und Studienarm		Qualität der diagnostischen/therapeutischen Problemlösung										Gesamt	
		1		2		3		4		5			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	15	65.2	8	34.8	0	0	0	0	0	0	23	100
	S 1,2	11	64.7	6	35.3	0	0	0	0	0	0	17	100
	Gesamt (S 1)	26	65.0	14	35.0	0	0	0	0	0	0	40	100
verz. IG	S 2,2	12	85.7	2	14.3	0	0	0	0	0	0	14	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	38	70.4	16	29.6	0	0	0	0	0	0	54	100
KG	S 2,1	2	18.2	6	54.5	3	27.3	0	0	0	0	11	100
Fallback		24	45.3	25	47.2	4	7.5	0	0	0	0	53	100

Fehlende Werte für Qualität der diagnostischen/therapeutischen Problemlösung:

Qualität der diagnostischen/therapeutischen Problemlösung	IG		verz. IG		KG		Fallback			
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Nicht-Fehlend	23	92.0	17	85.0	14	87.5	11	68.8	53	86.9
Fehlend	2	8.0	3	15.0	2	12.5	5	31.3	8	13.1

Anmerkung: 1 = gut, ..., 5 = schlecht

**10 Fallbackstrategie****10.4 Auswertung der TANNE- und Fallback-Events durch den unabhängigen Rater je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES/FB)****Tabelle 10.4.5: Krankenhauseinweisung wegen neurologischem Problem?**

Vergleichsgruppe und Studienarm		Krankenhauseinweisung wegen neurologischem Problem?					
		Ja		Nein		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	23	100	23	100
	S 1,2	1	5.9	16	94.1	17	100
	Gesamt (S 1)	1	2.5	39	97.5	40	100
verz. IG	S 2,2	0	0	14	100	14	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	1	1.9	53	98.1	54	100
KG	S 2,1	9	60.0	6	40.0	15	100
Fallback		16	26.2	45	73.8	61	100

Fehlende Werte für Krankenhauseinweisung wegen neurologischem Problem?:

Krankenhauseinweisung wegen neurologischem Problem?	IG		verz. IG		KG		Fallback			
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Nicht-Fehlend	23	92.0	17	85.0	14	87.5	15	93.8	61	100
Fehlend	2	8.0	3	15.0	2	12.5	1	6.3	0	0

**10 Fallbackstrategie****10.4 Auswertung der TANNE- und Fallback-Events durch den unabhängigen Rater je Vergleichsgruppe und Studienarm (ES/FB)****Tabelle 10.4.6: Wäre die Krankenhauseinweisung durch das hinzuziehen einer neurologischen Expertise verhinderbar gewesen?**

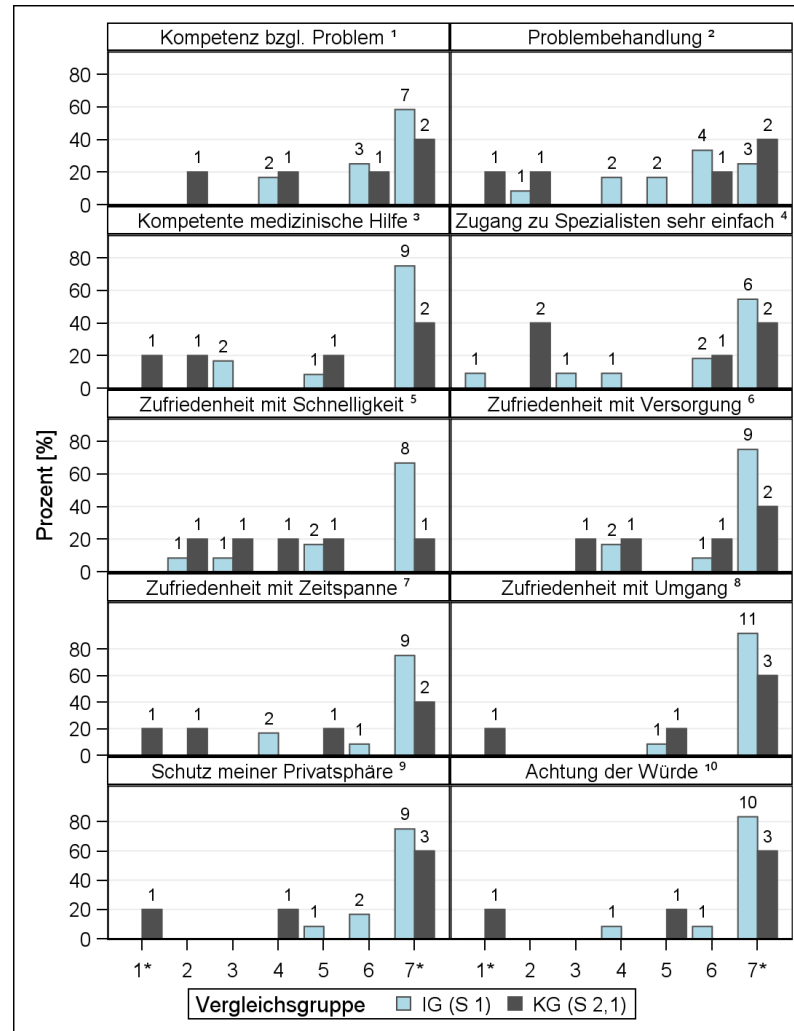
Vergleichsgruppe und Studienarm		Wäre die Krankenhauseinweisung durch das hinzuziehen einer neurologischen Expertise verhinderbar gewesen?									
		ja		eher ja		eher nein		nein		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	S 1,2	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
verz. IG	S 2,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
KG	S 2,1	0	0	3	33.3	6	66.7	0	0	9	100
Fallback		0	0	5	31.3	6	37.5	5	31.3	16	100

11 Supplementary

11.1 Zufriedenheit

11.1.1 Einzelitems - Versorgungs- und Beratungszufriedenheit (Patient)

Abbildung 11.1.1.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit



## **11 Supplementary**

### **11.1 Zufriedenheit**

#### **11.1.1 Einzelitems - Versorgungs- und Beratungszufriedenheit (Patient)**

##### **Abbildung 11.1.1.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit**

Anmerkung:

1\* - trifft überhaupt nicht zu

7\* - trifft voll und ganz zu

<sup>1</sup> Die Ärzte und Ärztinnen schienen sich mit meinen medizinischen Problemen sehr gut auszukennen.

<sup>2</sup> Die Ärzte und Ärztinnen konnten auch besondere medizinische Probleme sehr gut behandeln.

<sup>3</sup> Ich hatte den Eindruck, immer kompetente medizinische Hilfe zu bekommen, wann immer ich sie auch brauchte.

<sup>4</sup> Ich empfand den Zugang zu Spezialisten und Spezialistinnen, die ich brauchte, als sehr einfach.

<sup>5</sup> Ich war mit der Schnelligkeit, mit der ich die passende medizinische Hilfe bekam, sehr zufrieden.

<sup>6</sup> Ich war mit meiner medizinischen Versorgung insgesamt sehr zufrieden.

<sup>7</sup> Ich war sehr zufrieden mit der Zeitspanne, die sich die Ärzte und Ärztinnen nahmen.

<sup>8</sup> Ich war sehr zufrieden mit der Höflichkeit, dem Respekt, der Sensibilität und der Freundlichkeit der Ärzte und Ärztinnen.

<sup>9</sup> Ich war sehr zufrieden mit dem Schutz meiner Privatsphäre.

<sup>10</sup> Ich war sehr zufrieden mit der Art und Weise, wie die Ärzte und Ärztinnen meine Würde achteten.

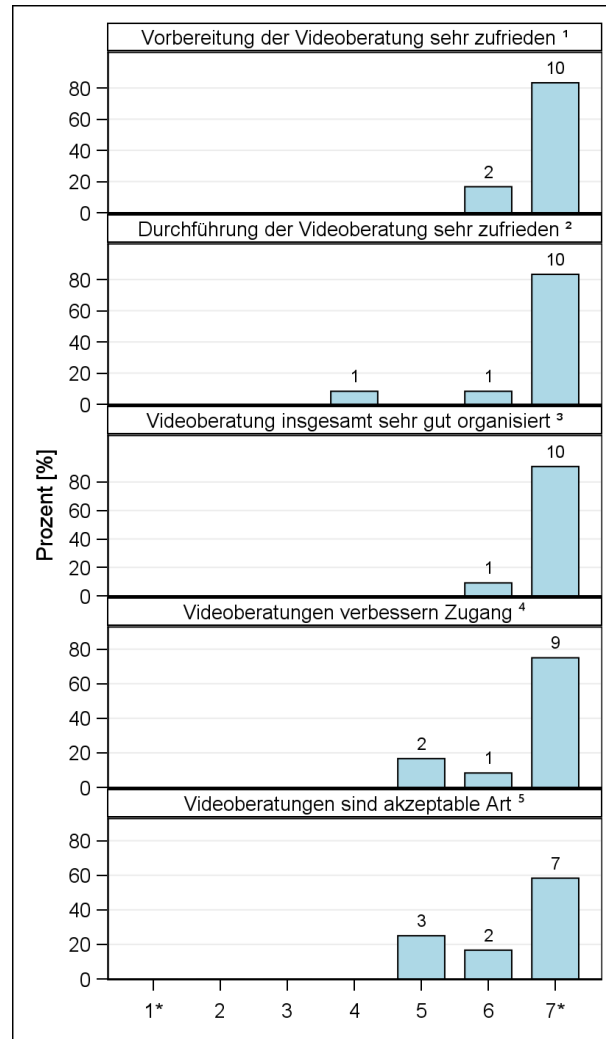
Verweis: Tabelle 5.7.1.1.

**11 Supplementary**

**11.1 Zufriedenheit**

**11.1.1 Einzelitems - Versorgungs- und Beratungszufriedenheit (Patient)**

**Abbildung 11.1.1.2: Einzelitems - Beratungszufriedenheit (nur IG)**



## **11 Supplementary**

### **11.1 Zufriedenheit**

#### **11.1.1 Einzelitems - Versorgungs- und Beratungszufriedenheit (Patient)**

##### **Abbildung 11.1.1.2: Einzelitems - Beratungszufriedenheit (nur IG)**

Anmerkung:

1\* - trifft überhaupt nicht zu

7\* - trifft voll und ganz zu

<sup>1</sup> Ich war mit der Vorbereitung der Videoberatung sehr zufrieden.

<sup>2</sup> Ich war mit der Durchführung der Videoberatung sehr zufrieden.

<sup>3</sup> Die Videoberatung war insgesamt sehr gut organisiert.

<sup>4</sup> Videoberatungen verbessern meinen Zugang zu Dienstleistungen im Gesundheitswesen.

<sup>5</sup> Videoberatungen sind für mich eine akzeptable Art, um Dienstleistungen im Gesundheitswesen zu erhalten.

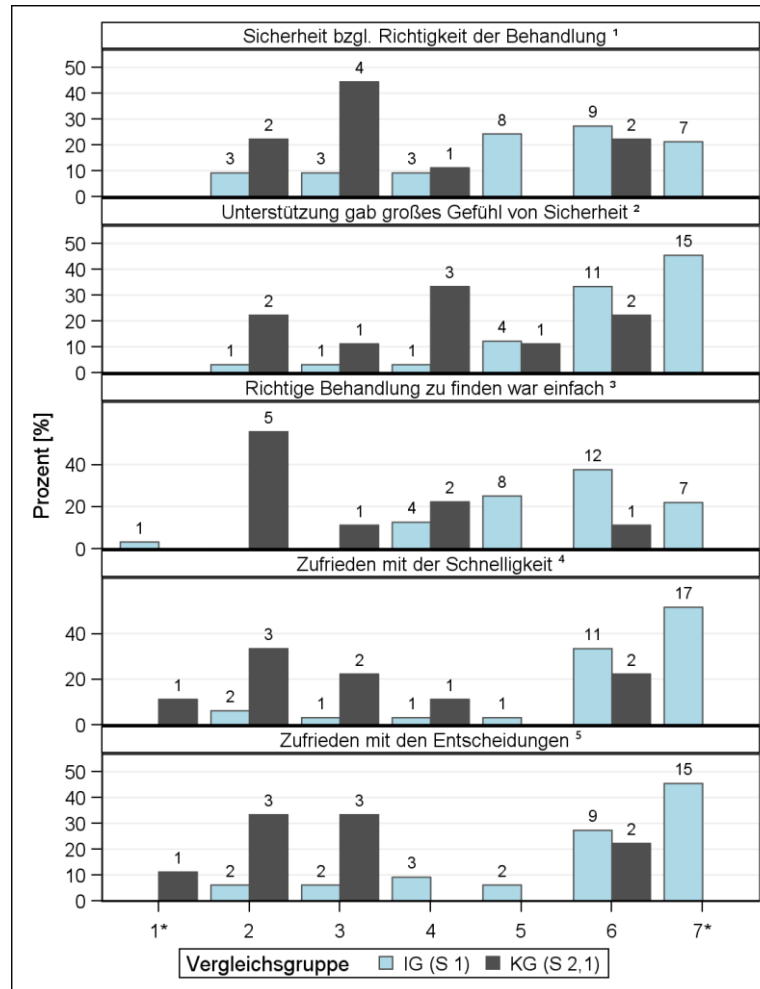
Verweis: Tabelle 5.7.1.2.

**11 Supplementary**

**11.1 Zufriedenheit**

**11.1.2 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)**

**Abbildung 11.1.2.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit**





## **11 Supplementary**

### **11.1 Zufriedenheit**

#### **11.1.2 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)**

##### **Abbildung 11.1.2.1: Einzelitems - Versorgungszufriedenheit**

Anmerkung:

1\* - trifft überhaupt nicht zu

7\* - trifft voll und ganz zu

<sup>1</sup> Ich war mir hinsichtlich der Richtigkeit der Behandlung der neurologischen Probleme sehr sicher.

<sup>2</sup> Die Unterstützung, die ich zur Lösung des neurologischen Problems bekam und/oder die weiteren Quellen, die ich nutzte, gaben mir ein großes Gefühl von Sicherheit.

<sup>3</sup> Ich empfand es als sehr einfach, mit Unterstützung oder weiteren Quellen die richtige Behandlung für die neurologischen Probleme zu finden.

<sup>4</sup> Ich war mit der Schnelligkeit, mit der der Patient oder die Patientin die passende neurologische Therapie bekam, sehr zufrieden.

<sup>5</sup> Ich war mit den Entscheidungen bezüglich der Behandlung seiner oder ihrer neurologischen Probleme insgesamt sehr zufrieden.

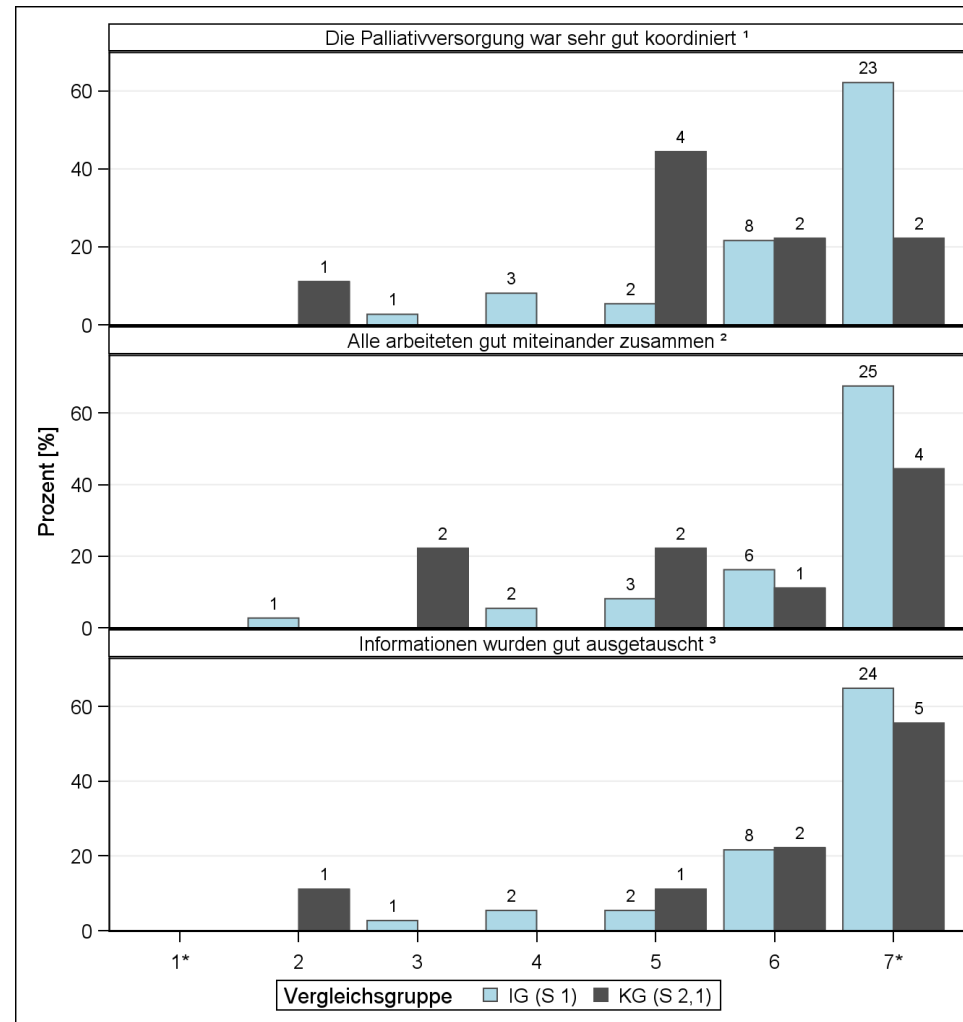
Verweis: Tabelle 5.7.3.1.

11 Supplementary

11.1 Zufriedenheit

11.1.2 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)

Abbildung 11.1.2.2: Einzelitems - Palliativversorgung



## **11 Supplementary**

### **11.1 Zufriedenheit**

#### **11.1.2 Einzelitems - Versorgungs- und Konsilzufriedenheit (Professionelle)**

##### **Abbildung 11.1.2.2: Einzelitems - Palliativversorgung**

Anmerkung:

1\* - trifft überhaupt nicht zu

7\* - trifft voll und ganz zu

<sup>1</sup> Die Palliativversorgung meines Patienten oder meiner Patientin war sehr gut koordiniert.

<sup>2</sup> Alle, die an der Palliativversorgung meines Patienten oder meiner Patientin beteiligt sind, arbeiteten gut miteinander zusammen.

<sup>3</sup> Informationen wurden zwischen den an der Palliativversorgung Beteiligten gut ausgetauscht.

Verweis: Tabelle 5.7.3.2.

**11 Supplementary****11.2 Zustand des Patienten****Tabelle 11.2.1: Der Zustand des Patienten hat sich in der Zwischenzeit allgemein wie folgt verändert (Datenerhebung der Fallback-Patienten (HKG))**

<b>Der Zustand des Patienten hat sich in der Zwischenzeit allgemein wie folgt verändert:Er hat sich...</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Stark verbessert	0	0
Verbessert	3	5.2
Eher verbessert	3	5.2
Nicht verändert	18	31.0
Eher verschlechtert	11	19.0
Verschlechtert	23	39.7
Stark verschlechtert	0	0
Gesamt	58	100

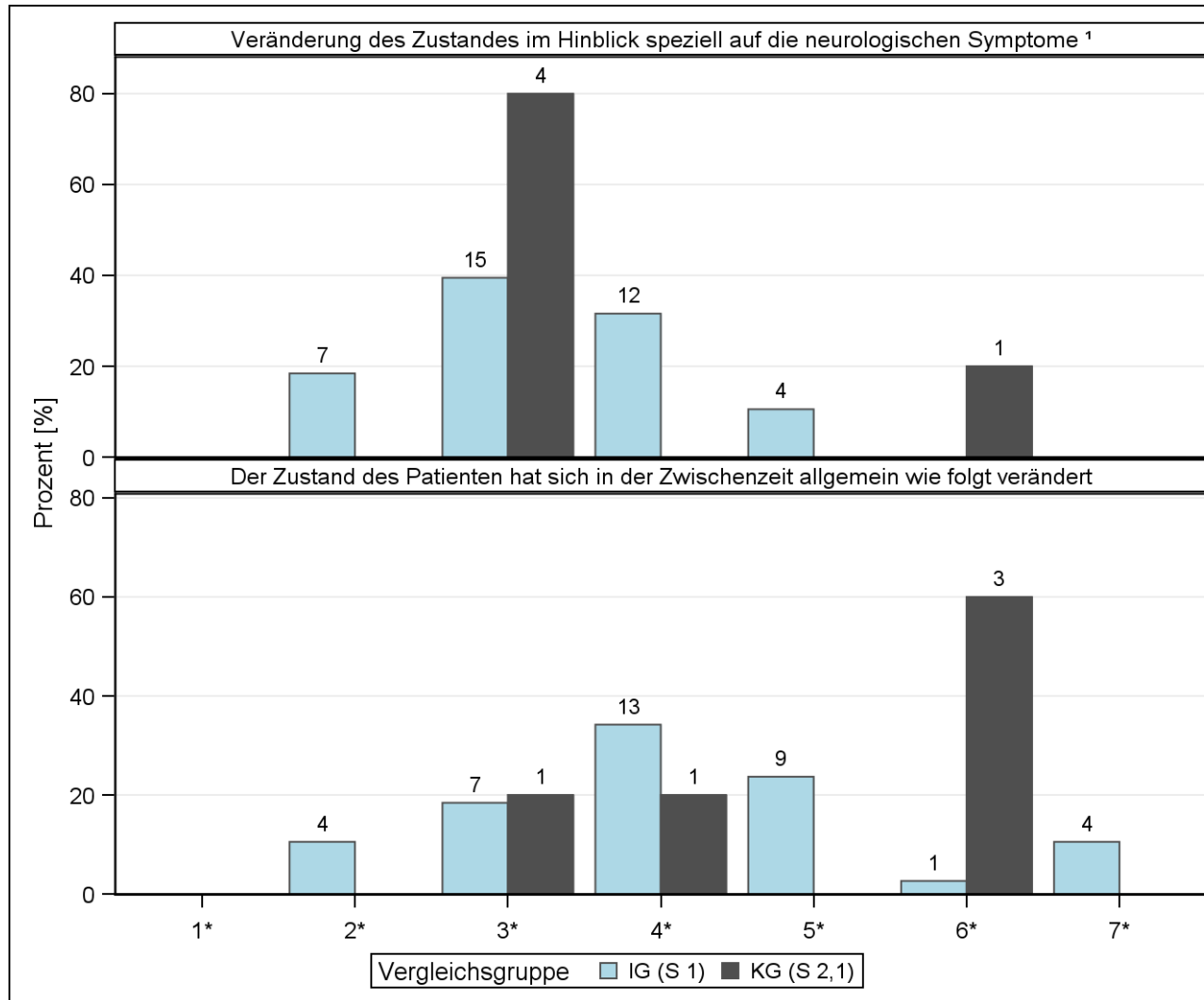
Fehlende Werte für Der Zustand des Patienten hat sich in der Zwischenzeit allgemein wie folgt verändert:Er hat sich...:

<b>Der Zustand des Patienten hat sich in der Zwischenzeit allgemein wie folgt verändert:Er hat sich...</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nicht-Fehlend	58	95.1
Fehlend	3	4.9

11 Supplementary

11.2 Zustand des Patienten

Abbildung 11.2.1: Zustand des Patienten (ohne Fallback-Patienten (HKG))



## **11 Supplementary**

### **11.2 Zustand des Patienten**

#### **Abbildung 11.2.1: Zustand des Patienten (ohne Fallback-Patienten (HKG))**

Anmerkung:

1\* - Stark verbessert

2\* - Verbessert

3\* - Eher verbessert

4\* - Nicht verändert

5\* - Eher verschlechtert

6\* - Verschlechtert

7\* - Stark verschlechtert

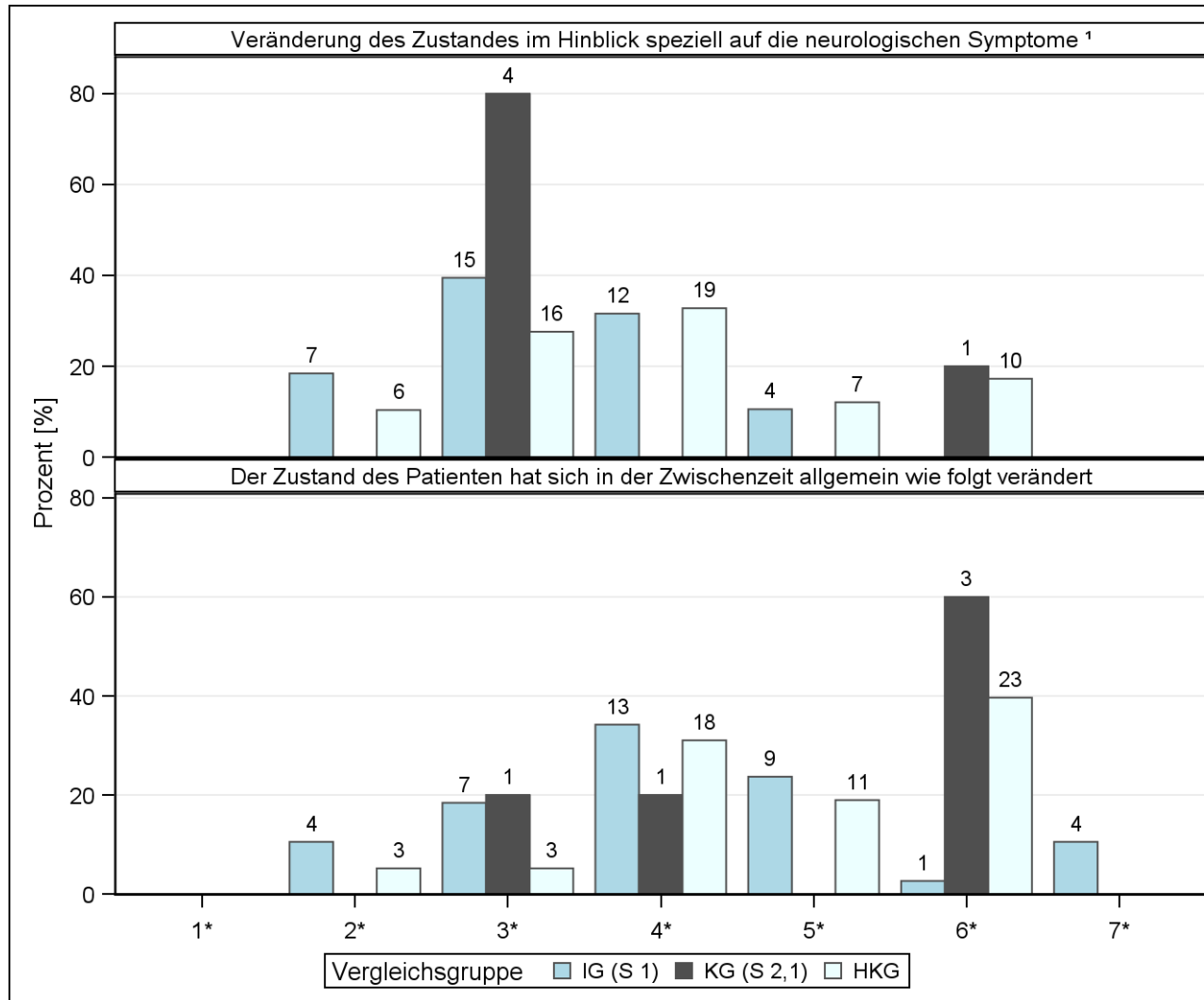
<sup>1</sup> Der Zustand des Patienten hat sich im Hinblick speziell auf die neurologischen Symptome in der Zwischenzeit wie folgt verändert.

Verweis: Tabelle 6.4.4.1 und Tabelle 6.4.4.3.

11 Supplementary

11.2 Zustand des Patienten

Abbildung 11.2.2: Zustand des Patienten (mit Fallback-Patienten (HKG))



## **11 Supplementary**

### **11.2 Zustand des Patienten**

#### **Abbildung 11.2.2: Zustand des Patienten (mit Fallback-Patienten (HKG))**

Anmerkung:

1\* - Stark verbessert

2\* - Verbessert

3\* - Eher verbessert

4\* - Nicht verändert

5\* - Eher verschlechtert

6\* - Verschlechtert

7\* - Stark verschlechtert

<sup>1</sup> Der Zustand des Patienten hat sich im Hinblick speziell auf die neurologischen Symptome in der Zwischenzeit wie folgt verändert.

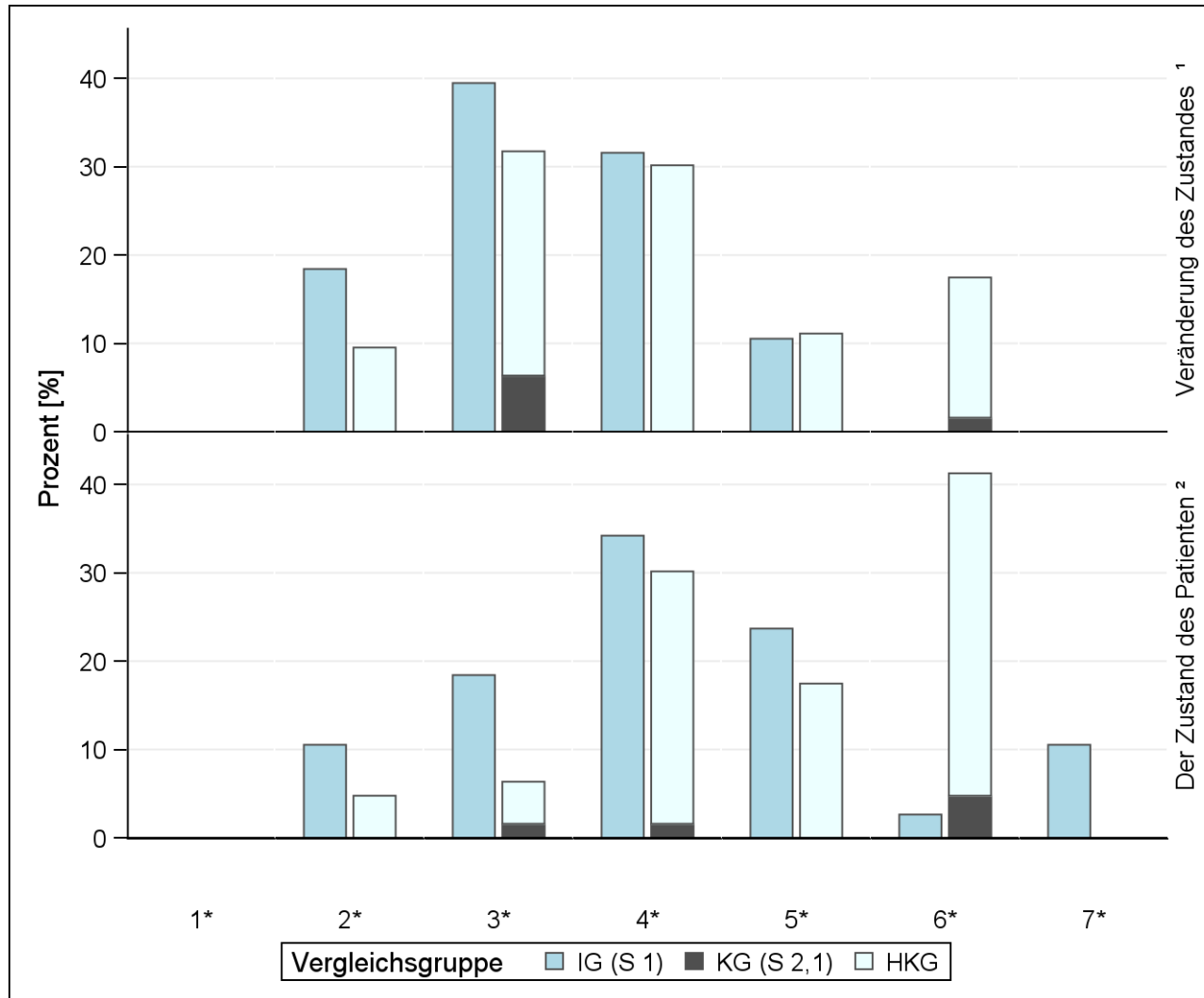
Verweis: Tabelle 6.4.4.1, Tabelle 6.4.4.3, Tabelle 10.3.12.1 und Tabelle 11.2.1.



11 Supplementary

11.2 Zustand des Patienten

Abbildung 11.2.3: Zustand des Patienten (Kombination KG und Fallback-Patienten (HKG)) (andere Darstellung)



## **11 Supplementary**

### **11.2 Zustand des Patienten**

#### **Abbildung 11.2.3: Zustand des Patienten (Kombination KG und Fallback-Patienten (HKG)) (andere Darstellung)**

Anmerkung:

1\* - Stark verbessert

2\* - Verbessert

3\* - Eher verbessert

4\* - Nicht verändert

5\* - Eher verschlechtert

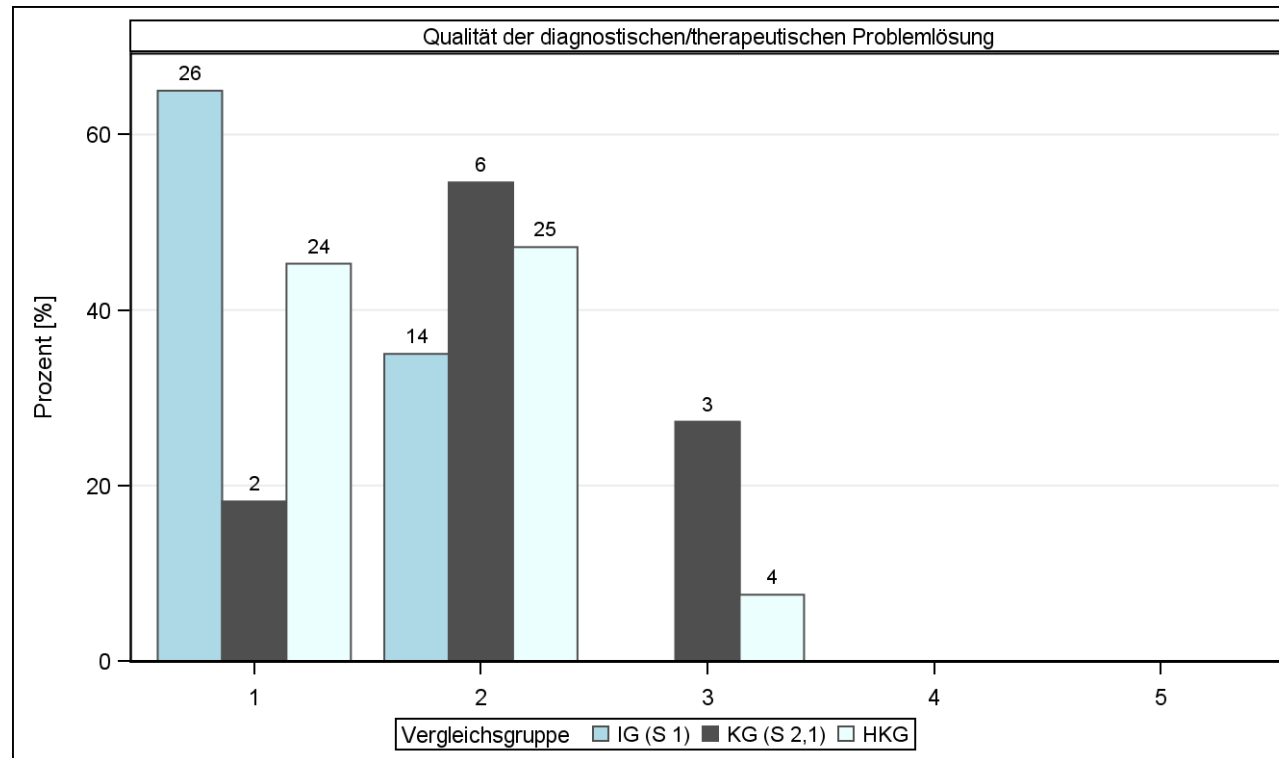
6\* - Verschlechtert

7\* - Stark verschlechtert

<sup>1</sup> Der Zustand des Patienten hat sich im Hinblick speziell auf die neurologischen Symptome in der Zwischenzeit wie folgt verändert.

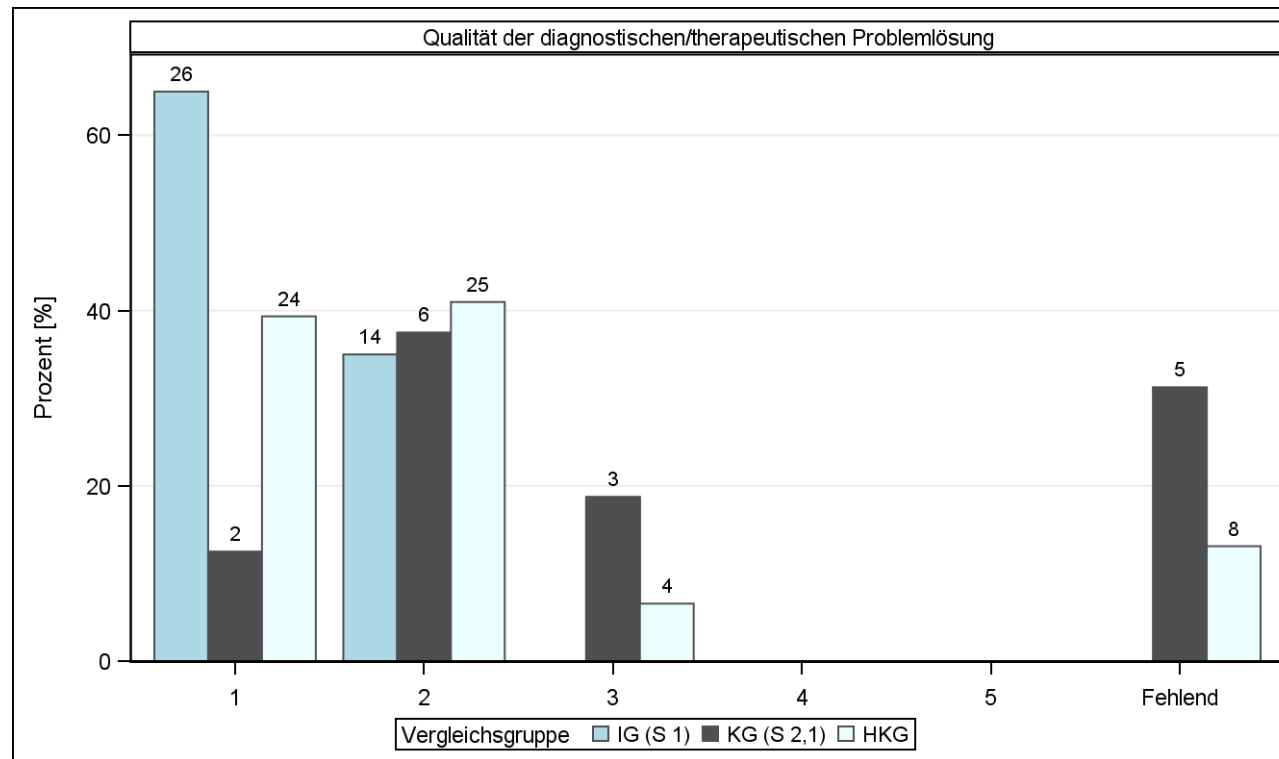
<sup>2</sup> Der Zustand des Patienten hat sich in der Zwischenzeit allgemein wie folgt verändert.

Verweis: Tabelle 6.4.4.1, Tabelle 6.4.4.3, Tabelle 10.3.12.1 und Tabelle 11.2.1.

**11 Supplementary****11.3 Qualität der diagnostischen/therapeutischen Problemlösung****Abbildung 11.3.1: Qualität der diagnostischen/therapeutischen Problemlösung (mit Fallback-Patienten (HKG))**

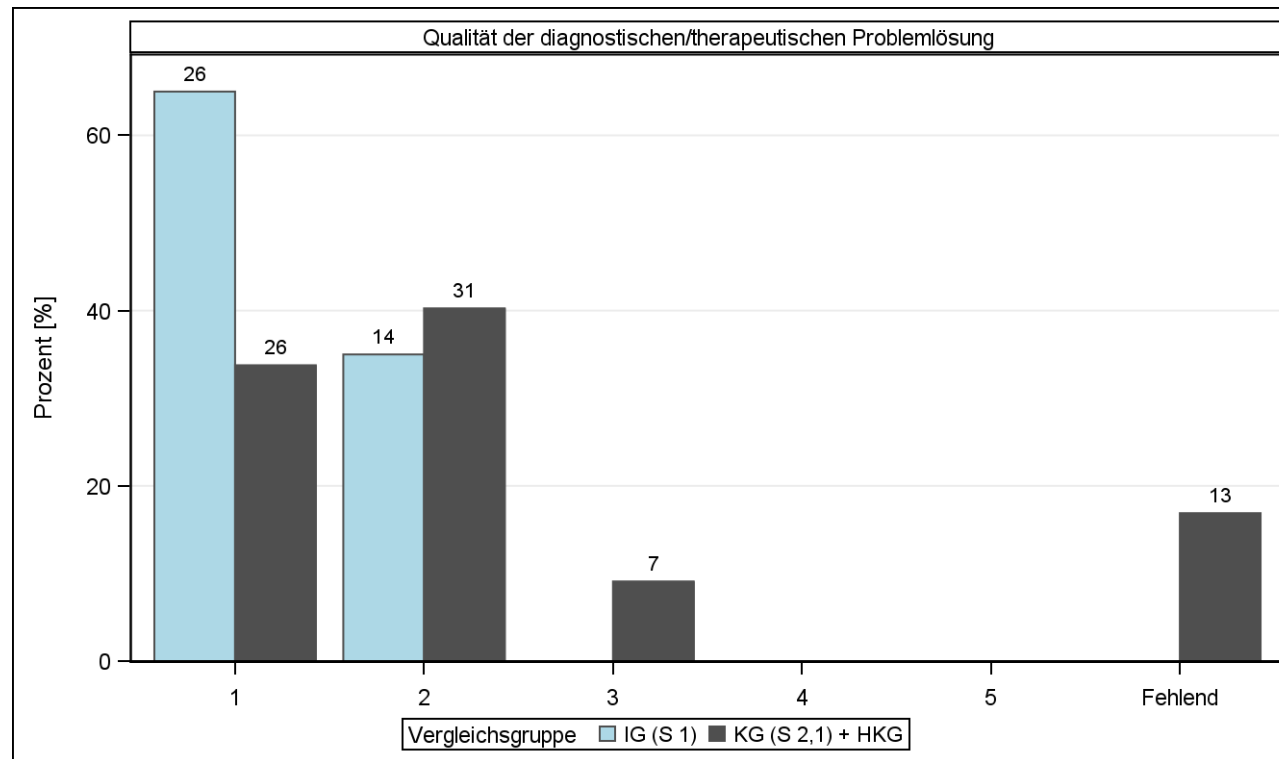
Anmerkung: 1 = gut, ..., 5 = schlecht

Verweis: Tabelle 10.4.4.

**11 Supplementary****11.3 Qualität der diagnostischen/therapeutischen Problemlösung****Abbildung 11.3.2: Qualität der diagnostischen/therapeutischen Problemlösung (mit Fallback-Patienten (HKG)) - inklusive Fehlwerte**

Anmerkung: 1 = gut, ..., 5 = schlecht

Verweis: Tabelle 10.4.4.

**11 Supplementary****11.3 Qualität der diagnostischen/therapeutischen Problemlösung****Abbildung 11.3.3: Qualität der diagnostischen/therapeutischen Problemlösung (Kombination KG und Fallback-Patienten (HKG)) - inklusive Fehlwerte**

Anmerkung: 1 = gut, ..., 5 = schlecht

Verweis: Tabelle 10.4.4.

**11 Supplementary****11.4 Patientenzahlen je Zentrum****Tabelle 11.4.1: Patientenzahlen je Zentrum**

FAS:

Randomisierungszuteilung	Anzahl Patienten									
	N	N(missing)	Mean	SD	Min	Q1	Median	Q3	Max	IQR
Interventionsgruppe (S 1,1; S 1,2)	16	0	3.8	4.1	0	1.0	3.0	5.5	16	4.5
Kontrollgruppe (S 2,1; S 2,2)	16	0	3.3	4.0	0	0.0	3.0	5.0	15	5.0
Gesamt	32	0	3.6	4.0	0	0.0	3.0	5.5	16	5.5

ES:

Randomisierungszuteilung	Anzahl Patienten									
	N	N(missing)	Mean	SD	Min	Q1	Median	Q3	Max	IQR
Interventionsgruppe (S 1,1; S 1,2)	16	0	2.4	2.4	0	0.0	2.0	5.0	7	5.0
Kontrollgruppe (S 2,1; S 2,2)	16	0	1.8	1.9	0	0.0	1.5	3.0	6	3.0
Gesamt	32	0	2.1	2.2	0	0.0	2.0	3.5	7	3.5

## Ergänzung zu Abschnitt Gesundheitsökonomische Ergebnisse

### Induzierte Effekte / Krankenhauseinweisungen

#### Vergleich über Patient:innen nach Intervention oder Quasi-Konsil

#### Induzierte Effekte (Mengengrößen)

Es lagen insgesamt über Interventions- und Kontrollgruppe (einschließlich HKG) 95 Patient:innen vor, bei denen nach dem Event „Telekonsil“ bzw. „Quasi-Konsil“ eine Krankenhauseinweisung festgestellt werden konnte. Bei Herausnahme der historischen Kontrollgruppe ergab sich folgende Verteilung.

	N	1<=KH<=3	Mittelwert	Std.- Abweichung	Std.-Fehler	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts		Maximum
						Untergrenze	Obergrenze	
S 2.1	6	3	0,5	0,54772	0,22361	-0,0748	1,0748	1
S. 1.1 & S. 1.2 & S. 2.2	44	6	0,1364	0,34714	0,05233	0,0308	0,2419	1
Gesamt	50	9	0,18	0,38809	0,05488	0,0697	0,2903	1

Tabelle 1 Mittelwertvergleich ohne historische Kontrollgruppe

Der Welch-Test zeigt – die Fallzahl in der Kontrollgruppe ist eindeutig zu klein – keinen signifikanten Unterschied an.

Robuste Testverfahren zur Prüfung auf Gleichheit der Mittelwerte

	Statistika	df1	df2	Sig.
Welch	2,507	1	5,561	,168

a. Asymptotisch F-verteilt

Tabelle 2 Test auf Gleichheit der Mittelwerte

Eine ANOVA auf Testung der Unterschiede zwischen der Interventionsgruppe S1,1, S1,2 und S2,1 sowie der Kontrollgruppe S2,1 sowie HKG ergab folgendes Ergebnis:

	Levene-Statistik	df1	df2	Sig.
Basiert auf dem Mittelwert	26,081	1	93	<,001
Basiert auf dem Median	6,159	1	93	,015
Basierend auf dem Median und mit angepassten df	6,159	1	75,465	,015
Basiert auf dem getrimmten Mittel	21,117	1	93	<,001

Tabelle 3 Test auf Varianzhomogenität

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Zwischen den Gruppen	1,546	1	1,546	6,159	,015
Innerhalb der Gruppen	23,339	93	,251		
Gesamt	24,884	94			

Tabelle 4 ANOVA Krankenhauseinweisungen nach Telekonsil

		Punktschätzung	95% Konfidenzintervall	
			Unterer	Oberer
ent2	Eta-Quadrat	,062	,002	,174
	Epsilon-Quadrat	,052	-,009	,165

## Anhang 7: Ergänzungen zur Gesundheitsökonomie

Omega-Quadrat, fester Effekt	,052	-,009	,163
Omega-Quadrat, Zufallseffekt	,052	-,009	,163

- a. Eta-Quadrat und Epsilon-Quadrat werden basierend auf dem Modell mit festen Effekten geschätzt.  
b. Negative, aber weniger verzerrte Schätzungen werden beibehalten, nicht auf Null aufgerundet.

**Tabelle 5 ANOVA Effektgrößen<sup>a,b</sup>**

Robuste Testverfahren zur Prüfung auf Gleichheit der Mittelwerte ent2				
	Statistik <sup>a</sup>	df1	df2	Sig.
Welch	6,636	1	81,791	,012

a. Asymptotisch F-verteilt

**Tabelle 6 Welch-Test**



## Ergänzung zum Abschnitt deduktive Kategorienanwendung Patientenzufriedenheit

Für die Kodierung von Patienteninterviews hinsichtlich der ordinalskalierten Ausprägungen von Zufriedenheit (sehr hoch, hoch, mittel, niedrig, sehr niedrig) wurde der folgende Kodierleitfaden entwickelt:

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
K1: Sehr hohe Zufriedenheit	Sehr hohe subjektive Gewissheit, eine sehr gute Facharztberatung erhalten zu haben: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sehr positive Erwartungen werden vollständig bestätigt;</li> <li>- Positive Erwartungen werden übertroffen,</li> <li>- Unerwartete, sehr positive Erfahrungen.</li> </ul>	„Das war sehr angenehm, weil ich mich dadurch einfach, ja, mich nicht so einer Anstrengung aussetzen musste.“ (Patient:in)	Mindestens ein Aspekt der Definition muss erfüllt sein.
K2: Hohe Zufriedenheit	Hohe subjektive Gewissheit, eine gute Facharztberatung erhalten zu haben: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Positive Erwartungen werden vollständig bestätigt;</li> <li>- Negative Erwartungen werden nicht bestätigt;</li> <li>- Unerwartete, positive Erfahrungen.</li> </ul>	„Das war in Ordnung.“ (Patient:in)	Mindestens ein Aspekt der Definition muss erfüllt sein.
K3: Mittlere Zufriedenheit	Subjektive Gewissheit, eine teilweise angemessene Facharztberatung erhalten zu haben: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Positive Erwartungen werden nur teilweise bestätigt.</li> <li>- Negative Erwartungen werden nur teilweise bestätigt.</li> </ul>	„die kleinen Probleme mit den Fragebögen, mit den allgemeinen, habe ich Ihnen ja schon geschildert.“ (Patient:in)	Mindestens ein Aspekt der Definition muss erfüllt sein.
K4: Niedrige Zufriedenheit	Hohe subjektive Gewissheit, keine gute Facharztberatung erhalten zu haben: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Negative Erwartungen werden vollständig bestätigt.</li> <li>- Positive Erwartungen werden nicht bestätigt.</li> <li>- Unerwartete, negative Erfahrungen.</li> </ul>	Kein Ankerbeispiel für niedrige Zufriedenheit aus dem Interviewmaterial extrahierbar.	Mindestens ein Aspekt der Definition muss erfüllt sein.
K5: Sehr niedrige Zufriedenheit	Sehr hohe subjektive Gewissheit, überhaupt keine gute Facharztberatung erhalten	Kein Ankerbeispiel für sehr niedrige Zufriedenheit aus dem Interviewmaterial	Mindestens ein Aspekt der Definition muss

Anhang 8: Kodierleitfaden

	<p>zu haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sehr negative Erwartungen werden vollständig bestätigt;</li> <li>- Negative Erwartungen werden im negativen Sinn übertroffen;</li> <li>- Unerwartete, sehr negative Erwartungen;</li> <li>- Negative Grundüberzeugungen, schwere Depression, Aversion;</li> <li>- Unethisches Verhalten der Beratenden.</li> </ul>	extrahierbar.	erfüllt sein.
K6: Zufriedenheit nicht erschließbar	<p>Zufriedenheit nicht erschließbar wegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erfahrung(en) unklar, ambivalent oder indifferent;</li> <li>- Ergebnis(se) unklar, ambivalent oder indifferent.</li> </ul>	„Die Situation ist seit der letzten Befragung sehr viel schlechter geworden.“ (Patient:in)	Mindestens ein Aspekt der Definition muss erfüllt sein.

Tabelle 1: Kodierleitfaden für die Kategorie Patientenzufriedenheit

## Ergänzung zum Abschnitt deduktive Kategorienanwendung Angehörigenzufriedenheit

Die Kategorie Angehörigenzufriedenheit wurde für den Kodierleitfaden ebenfalls ordinalskaliert (sehr hoch, hoch, mittel, niedrig, sehr niedrig). Folgender Kodierleitfaden wurde für die Kodierung entwickelt:

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
K1: Sehr hohe Zufriedenheit	<p>Sehr hohe subjektive Gewissheit, eine sehr gute Facharztberatung erhalten zu haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sehr positive Erwartungen werden vollständig bestätigt;</li> <li>- Positive Erwartungen werden übertroffen,</li> <li>- Unerwartete, sehr positive Erfahrungen.</li> </ul>	„Da war ich sehr positiv überrascht, für diese super Möglichkeit, überhaupt; dass sich jemand so viel Zeit nimmt. Und ich weiß bestimmt, dass der Herr Professor viel zu tun hat, mit Sicherheit. Und das waren die ersten Ärzte, die wirklich ehrlich mit uns gesprochen und sich Zeit genommen haben.“ (Angehörige:r)	Mindestens ein Aspekt der Definition muss erfüllt sein.
K2: Hohe Zufriedenheit	<p>Hohe subjektive Gewissheit, eine gute Facharztberatung erhalten zu haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Positive Erwartungen werden vollständig bestätigt;</li> </ul>	„Dahingehend, dass (...) er die Medikation für gut befand, die bisher schon gelaufen ist. Das hat mich bestärkt, dass auch mein Hausarzt dieser Sache, also	Mindestens ein Aspekt der Definition muss erfüllt sein.

Anhang 8: Kodierleitfaden

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Negative Erwartungen werden nicht bestätigt;</li> <li>- Unerwartete, positive Erfahrungen.</li> </ul>	<p>der Hausarzt des Angehörigen dieser Sache gut gewachsen war.“ (Ang_Pat_ID_208012, 52)</p>	
K3: Mittlere Zufriedenheit	<p>Subjektive Gewissheit, eine teilweise angemessene Facharztberatung erhalten zu haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Positive Erwartungen werden nur teilweise bestätigt.</li> <li>- Negative Erwartungen werden nur teilweise bestätigt.</li> </ul>	<p>„Ja, also man hat sich natürlich erhofft, dass die Medikamente gut anschlagen und aber das ist natürlich jetzt auch/ muss man ja erst ein bisschen abwarten, ob das jetzt, genau, ob man nicht doch noch zusätzliche Verbesserung erwarten kann. Aber es wurden unsere Erwartungen schon erfüllt.“ (Ang-Pat_ID_117002, 128)</p>	<p>Mindestens ein Aspekt der Definition muss erfüllt sein.</p>
K4: Niedrige Zufriedenheit	<p>Hohe subjektive Gewissheit, keine gute Facharztberatung erhalten zu haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Negative Erwartungen werden vollständig bestätigt.</li> <li>- Positive Erwartungen werden nicht bestätigt.</li> <li>- Unerwartete, negative Erfahrungen.</li> </ul>	<p>„Für die Zukunft bei normalen, sagen wir einmal, ist es sicherlich sinnvoll. Aber ich glaube, und zwar in dem Fall von meiner Frau war es nicht so wirklich sinnvoll. Aber das ist meine persönliche Meinung dazu, gell.“ (Ang_Pat_ID_124001, 33)</p>	<p>Mindestens ein Aspekt der Definition muss erfüllt sein.</p>
K5: Sehr niedrige Zufriedenheit	<p>Sehr hohe subjektive Gewissheit, überhaupt keine gute Facharztberatung erhalten zu haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sehr negative Erwartungen werden vollständig bestätigt;</li> <li>- Negative Erwartungen werden im negativen Sinn übertroffen;</li> <li>- Unerwartete, sehr negative Erwartungen;</li> <li>- Negative Grundüberzeugungen, schwere Depression, Aversion;</li> <li>- Unethisches Verhalten der Beratenden.</li> </ul>	<p>„Weil ich möchte lieber einen Mann vor Ort haben, wenn ich Fragen habe, dass ich dann den anrufen kann, dass ich mit dem einen Termin ausmachen kann und so weiter und dem gegenüber sitze und dann das besprechen kann mit dem. Ist für mich wesentlich vorteilhafter, wie wenn ich das nur so wie heute das praktiziert wird, über E-Mail oder vielleicht auch so Videokonferenzen.“ (Ang_Pat_ID_124001, 49)</p>	<p>Mindestens ein Aspekt der Definition muss erfüllt sein.</p>
K6: Zufriedenheit nicht	<p>Zufriedenheit nicht erschließbar wegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erfahrung(en) unklar,</li> </ul>	<p>„Wir haben jetzt halt mal geguckt, ob es was wird.“ (Ang_Pat_ID_102002, 17)</p>	<p>Mindestens ein Aspekt der Definition muss</p>

Anhang 8: Kodierleitfaden

erschließbar	ambivalent oder indifferent; - Ergebnis(se) unklar, ambivalent oder indifferent.		erfüllt sein.
--------------	---	--	---------------

Tabelle 2: Kodierleitfaden für die Kategorie Angehörigenzufriedenheit

## Ergänzung zum Abschnitt deduktive Kategorienanwendung Einzelinterviews konsilsanfragende Ärzt:innen

Für die Kategorie Arbeitszufriedenheit bei konsilsanfragenden Ärzt:innen wurde ein ordinalskaliertes Kodierleitfaden erstellt (sehr hoch, hoch, mittel, niedrig, sehr niedrig). Die Kodierung erfolgte mithilfe des folgenden Leitfadens:

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
K1: Sehr hohe Zufriedenheit	Sehr hohe subjektive Gewissheit, eine sehr gute Facharztberatung erhalten zu haben: - Sehr positive Erwartungen werden vollständig bestätigt; - Positive Erwartungen werden übertroffen, - Unerwartete, sehr positive Erfahrungen.	„Die eigentliche Erfahrung war sehr gut. Also mit dem fachärztlichen Rückhalt, mit der neurologischen Expertise, das war immer hilfreich.“ (Ärzt:in, SAPV)	Mindestens ein Aspekt der Definition muss erfüllt sein.
K2: Hohe Zufriedenheit	Hohe subjektive Gewissheit, eine gute Facharztberatung erhalten zu haben: - Positive Erwartungen werden vollständig bestätigt; - Negative Erwartungen werden nicht bestätigt; - Unerwartete, positive Erfahrungen.	„Also auch die Rückmeldung von meinen Kollegen, das war auch treffend, konkret und das, was man sich erwartet hat oder erwarten konnte.“ (Ärzt:in, SAPV)	Mindestens ein Aspekt der Definition muss erfüllt sein.
K3: Mittlere Zufriedenheit	Subjektive Gewissheit, eine teilweise angemessene Facharztberatung erhalten zu haben: - Positive Erwartungen werden nur teilweise bestätigt. - Negative Erwartungen werden nur teilweise bestätigt.	„Die erste Erfahrung war, dass es relativ aufwendig war für uns. Also das Studienprozedere, mit den Aufklärungen.“ (Ärzt:in, SAPV)	Mindestens ein Aspekt der Definition muss erfüllt sein.

## Anhang 8: Kodierleitfaden

K4: Niedrige Zufriedenheit	Hohe subjektive Gewissheit, keine gute Facharztberatung erhalten zu haben: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Negative Erwartungen werden vollständig bestätigt.</li> <li>- Positive Erwartungen werden nicht bestätigt.</li> <li>- Unerwartete, negative Erfahrungen.</li> </ul>	Kein Ankerbeispiel für niedrige Zufriedenheit aus dem Interviewmaterial extrahierbar.	Mindestens ein Aspekt der Definition muss erfüllt sein.
K5: Sehr niedrige Zufriedenheit	Sehr hohe subjektive Gewissheit, überhaupt keine gute Facharztberatung erhalten zu haben: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sehr negative Erwartungen werden vollständig bestätigt;</li> <li>- Negative Erwartungen werden im negativen Sinn übertroffen;</li> <li>- Unerwartete, sehr negative Erwartungen;</li> <li>- Negative Grundüberzeugungen, schwere Depression, Aversion;</li> <li>- Unethisches Verhalten der Beratenden.</li> </ul>	Kein Ankerbeispiel für sehr niedrige Zufriedenheit aus dem Interviewmaterial extrahierbar.	Mindestens ein Aspekt der Definition muss erfüllt sein.
K6: Zufriedenheit nicht erschließbar	Zufriedenheit nicht erschließbar wegen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erfahrung(en) unklar, ambivalent oder indifferent;</li> <li>- Ergebnis(se) unklar, ambivalent oder indifferent.</li> </ul>	Kein Ankerbeispiel für Zufriedenheit nicht erschließbar aus dem Interviewmaterial extrahierbar.	Mindestens ein Aspekt der Definition muss erfüllt sein.

Tabelle 3: Kodierleitfaden für die Kategorie Arbeitszufriedenheit (konsilfragende Ärzt:innen)

## Ergänzungen zum Abschnitt deduktive Kategorienbildung Einzelinterviews konsilsgebende Ärzt:innen

Für die Kategorie Arbeitszufriedenheit bei konsilgebenden Ärzt:innen wurde ein ordinalskaliertes Kodierleitfaden erstellt (sehr hoch, hoch, mittel, niedrig, sehr niedrig). Die Kodierung erfolgte mithilfe des folgenden Leitfadens:

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
K1: Sehr hohe Zufriedenheit	Sehr hohe subjektive Gewissheit, eine sehr gute Facharztberatung erteilt zu haben:	„Und da war es auch einige Male wirklich sehr, sehr spannend, gell? Wo ich sage: Schön, so macht es	Mindestens ein Aspekt der Definition muss erfüllt sein.

Anhang 8: Kodierleitfaden

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sehr positive Erwartungen werden vollständig bestätigt;</li> <li>- Positive Erwartungen werden übertroffen,</li> <li>- Unerwartete, sehr positive Erfahrungen.</li> </ul>	<p>Spaß. Genau dafür sind wir da." (Konsilärzt:in)</p>	
K2: Hohe Zufriedenheit	<p>Hohe subjektive Gewissheit, eine gute Facharztberatung erteilt zu haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Positive Erwartungen werden vollständig bestätigt;</li> <li>- Negative Erwartungen werden nicht bestätigt;</li> <li>- Unerwartete, positive Erfahrungen.</li> </ul>	<p>„Ich habe schon das Gefühl, dass (...) die das schon gut annehmen können diese Form der Beratung.“ (Konsilärzt:in)</p>	<p>Mindestens ein Aspekt der Definition muss erfüllt sein.</p>
K3: Mittlere Zufriedenheit	<p>Subjektive Gewissheit, eine teilweise angemessene Facharztberatung erteilt zu haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Positive Erwartungen werden nur teilweise bestätigt.</li> <li>- Negative Erwartungen werden nur teilweise bestätigt.</li> </ul>	<p>„Es gab nur selten mal Probleme, wo man sich dann ein bisschen geärgert hat und wenn, dann konnte man einiges per Telefon dann doch noch erledigen, was eigentlich nicht Ziel des Telekonsils war, weil dann sieht man uns ja nicht, aber immerhin.“ (Konsilärzt:in)</p>	<p>Mindestens ein Aspekt der Definition muss erfüllt sein.</p>
K4: Niedrige Zufriedenheit	<p>Hohe subjektive Gewissheit, keine gute Facharztberatung erteilt zu haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Negative Erwartungen werden vollständig bestätigt.</li> <li>- Positive Erwartungen werden nicht bestätigt.</li> <li>- Unerwartete, negative Erfahrungen.</li> </ul>	<p>Kein Ankerbeispiel für niedrige Zufriedenheit aus dem Interviewmaterial extrahierbar.</p>	<p>Mindestens ein Aspekt der Definition muss erfüllt sein.</p>
K5: Sehr niedrige Zufriedenheit	<p>Sehr hohe subjektive Gewissheit, überhaupt keine gute Facharztberatung erteilt zu haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sehr negative Erwartungen werden vollständig bestätigt;</li> <li>- Negative Erwartungen werden im negativen Sinn übertroffen;</li> <li>- Unerwartete, sehr negative Erwartungen;</li> </ul>	<p>Kein Ankerbeispiel für sehr niedrige Zufriedenheit aus dem Interviewmaterial extrahierbar.</p>	<p>Mindestens ein Aspekt der Definition muss erfüllt sein.</p>

## Anhang 8: Kodierleitfaden

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Negative Grundüberzeugungen , schwere Depression, Aversion;</li> <li>- Unethisches Verhalten der Beratenden.</li> </ul>		
K6: Zufriedenheit nicht erschließbar	Zufriedenheit nicht erschließbar wegen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erfahrung(en) unklar, ambivalent oder indifferent;</li> <li>- Ergebnis(se) unklar, ambivalent oder indifferent.</li> </ul>	Kein Ankerbeispiel für Zufriedenheit nicht erschließbar aus dem Interviewmaterial extrahierbar.	Mindestens ein Aspekt der Definition muss erfüllt sein.

Tabelle 4: Kodierleitfaden für die Kategorie Arbeitszufriedenheit (konsilgebende Ärzt:innen)

## Ergänzungen zum Abschnitt deduktive Kategorienanwendung Gruppeninterviews konsilsanfragende Ärzt:innen

Für die Kategorie Arbeitszufriedenheit wurde ein ordinalskaliertes Kodierleitfaden für konsilsanfragende Ärzt:innen mit mehrmaliger Konsilerfahrung erstellt (Skalierung: sehr hoch, hoch, mittel, niedrig, sehr niedrig). Die Kodierung erfolgte mithilfe des folgenden Leitfadens:

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
K1: Sehr hohe Zufriedenheit	Sehr hohe subjektive Gewissheit, eine sehr gute Facharztberatung erhalten zu haben: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sehr positive Erwartungen werden vollständig bestätigt;</li> <li>- Positive Erwartungen werden übertroffen;</li> <li>- Unerwartete, sehr positive Erfahrungen.</li> </ul>	„Also ich fand das sehr, sehr gut, dass die Kollegen vor Ort dem Patienten über das Tablet halt auch gesehen haben und mit dem auch direkt kommunizieren konnten. Also das wurde auch uns von den Patienten positiv rückgemeldet, dass sie die Kollegen gesehen haben und auch direkt mit denen reden konnten.“ (Ärzt:in, SAPV)	Mindestens ein Aspekt der Definition muss erfüllt sein.
K2: Hohe Zufriedenheit	Hohe subjektive Gewissheit, eine gute Facharztberatung erhalten zu haben: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Positive Erwartungen werden vollständig bestätigt;</li> <li>- Negative Erwartungen werden nicht bestätigt;</li> <li>- Unerwartete, positive Erfahrungen.</li> </ul>	„Also hat das gemacht, was wir wollten (lacht) und das hat funktioniert auch. Also, vollstens erfüllt unsere Erwartungen.“ (Ärzt:in, SAPV)	Mindestens ein Aspekt der Definition muss erfüllt sein.
K3: Mittlere Zufriedenheit	Subjektive Gewissheit, eine teilweise angemessene Facharztberatung erhalten zu	„Ich finde es gar nicht so leicht über eine Tele-Situation einen Patienten so	Mindestens ein Aspekt der Definition muss

Anhang 8: Kodierleitfaden

	<p>haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Positive Erwartungen werden nur teilweise bestätigt.</li> <li>- Negative Erwartungen werden nur teilweise bestätigt.</li> </ul>	<p>neurologisch, sozusagen, vor zu untersuchen, dass am anderen Ende (...) jetzt in dem Fall der Professor [NAME] auch die richtigen Schlüsse daraus ziehen kann. Ich kann mich dann nur darauf verlassen, dass das genügen wird, sozusagen.“ (Ärzt:in, SAPV)</p>	<p>erfüllt sein.</p>
K4: Niedrige Zufriedenheit	<p>Hohe subjektive Gewissheit, keine gute Facharztberatung erhalten zu haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Negative Erwartungen werden vollständig bestätigt.</li> <li>- Positive Erwartungen werden nicht bestätigt.</li> <li>- Unerwartete, negative Erfahrungen.</li> </ul>	<p>„Man hat verschiedene Aspekte in dieser Ablehnung. (...) man muss den Arbeitsaufwand muss man durchaus im Blick haben, auch innerhalb des Teams.“ (Ärzt:in, SAPV)</p>	<p>Mindestens ein Aspekt der Definition muss erfüllt sein.</p>
K5: Sehr niedrige Zufriedenheit	<p>Sehr hohe subjektive Gewissheit, überhaupt keine gute Facharztberatung erhalten zu haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sehr negative Erwartungen werden vollständig bestätigt;</li> <li>- Negative Erwartungen werden im negativen Sinn übertroffen;</li> <li>- Unerwartete, sehr negative Erwartungen;</li> <li>- Negative Grundüberzeugungen, schwere Depression, Aversion;</li> <li>- Unethisches Verhalten der Beratenden.</li> </ul>	<p>„Wir hatten das auch schon öfter, dass dann [NAME] nicht erreichbar war, dann waren wir wieder weg. Also, sowas ist nicht gut für ein gutes Konsil. Und spricht auch nicht für das Konsil.“ (Ärzt:in, SAPV)</p>	<p>Mindestens ein Aspekt der Definition muss erfüllt sein.</p>
K6: Zufriedenheit nicht erschließbar	<p>Zufriedenheit nicht erschließbar wegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erfahrung(en) unklar, ambivalent oder indifferent;</li> <li>- Ergebnis(se) unklar, ambivalent oder indifferent.</li> </ul>	<p>„Die Geschwindigkeit der Erkrankung und der Verlauf, die waren so rapide, dass wir eigentlich zweimal am Tag ein Telekonsil gebraucht hätten, also die therapeutische Empfehlung, die in der Früh gegeben worden ist, die war spätestens am nächsten Tag in der Früh schon wieder</p>	<p>Mindestens ein Aspekt der Definition muss erfüllt sein.</p>



		hinfällig.“ (Ärzt:in, SAPV)	
--	--	-----------------------------	--

Tabelle 5: Leitfaden für die Kategorie Arbeitszufriedenheit (konsilianfragende Ärzt:innen mit mehrfacher Konsilerfahrung)

## Ergänzungen zum Abschnitt deduktive Kategorienanwendung Gruppeninterviews für Mitarbeiter:innen aus dem Hospiz

Für die Kategorie Arbeitszufriedenheit bei Hospiz-Mitarbeitenden wurde ein ordinalskaliertes Kodierleitfaden für Hospizmitarbeitende mit mehrmaliger Konsilerfahrung erstellt. Die Ordinalskala war unterteilt in sehr hoch, hoch, mittel, niedrig, sehr niedrig. Der Kodiervorgang erfolgte mithilfe des folgenden Leitfadens:

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
K1: Sehr hohe Zufriedenheit	Sehr hohe subjektive Gewissheit, eine sehr gute Facharztberatung erhalten zu haben: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sehr positive Erwartungen werden vollständig bestätigt;</li> <li>- Positive Erwartungen werden übertroffen,</li> <li>- Unerwartete, sehr positive Erfahrungen.</li> </ul>	„Das ging wirklich zügig und hochprofessionell und wir waren wirklich alle sehr zufrieden damit.“ (Hospiz)	Mindestens ein Aspekt der Definition muss erfüllt sein.
K2: Hohe Zufriedenheit	Hohe subjektive Gewissheit, eine gute Facharztberatung erhalten zu haben: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Positive Erwartungen werden vollständig bestätigt;</li> <li>- Negative Erwartungen werden nicht bestätigt;</li> <li>- Unerwartete, positive Erfahrungen.</li> </ul>	„Es war so ein umfassendes Bild, es wurde alles zusammengetragen, dann wurden ein paar Ideen besprochen, eine Vereinbarung. Es war Zeit für Fragen (...) und das war irgendwie für alle zufriedenstellend.“ (Hospiz)	Mindestens ein Aspekt der Definition muss erfüllt sein.
K3: Mittlere Zufriedenheit	Subjektive Gewissheit, eine teilweise angemessene Facharztberatung erhalten zu haben: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Positive Erwartungen werden nur teilweise bestätigt.</li> <li>- Negative Erwartungen werden nur teilweise bestätigt.</li> </ul>	„Und das wäre eine gute, gelungene Versorgung. Aber halt der Studienwahnsinn war halt für uns ein bisschen/ und das würde mich auch abschrecken in Zukunft.“ (Hospiz)	Mindestens ein Aspekt der Definition muss erfüllt sein.
K4: Niedrige Zufriedenheit	Hohe subjektive Gewissheit, keine gute Facharztberatung erhalten zu haben: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Negative Erwartungen werden vollständig bestätigt.</li> <li>- Positive Erwartungen werden nicht</li> </ul>	Kein Ankerbeispiel für niedrige Zufriedenheit aus dem Interviewmaterial extrahierbar.	Mindestens ein Aspekt der Definition muss erfüllt sein.

Anhang 8: Kodierleitfaden

	<p>bestätigt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unerwartete, negative Erfahrungen.</li> </ul>		
K5: Sehr niedrige Zufriedenheit	<p>Sehr hohe subjektive Gewissheit, überhaupt keine gute Fachartberatung erhalten zu haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sehr negative Erwartungen werden vollständig bestätigt;</li> <li>- Negative Erwartungen werden im negativen Sinn übertroffen;</li> <li>- Unerwartete, sehr negative Erwartungen;</li> <li>- Negative Grundüberzeugungen , schwere Depression, Aversion;</li> <li>- Unethisches Verhalten der Beratenden.</li> </ul>	Kein Ankerbeispiel für sehr niedrige Zufriedenheit aus dem Interviewmaterial extrahierbar.	Mindestens ein Aspekt der Definition muss erfüllt sein.
K6: Zufriedenheit nicht erschließbar	<p>Zufriedenheit nicht erschließbar wegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erfahrung(en) unklar, ambivalent oder indifferent;</li> <li>- Ergebnis(se) unklar, ambivalent oder indifferent.</li> </ul>	„Weil letzten Endes solange die Symptome kontrolliert sind, braucht es kein Konsil. Wenn es sich zuspitzt und man braucht ein Konsil, dann ist vielleicht der Drops schon gelutscht. Gell, dann ist man schon zu spät dran. Weil dann ist man ja schon in dieser Akutsituation.“ (Hospiz)	Mindestens ein Aspekt der Definition muss erfüllt sein.

Tabelle 6: Kodierleitfaden für die Kategorie Arbeitszufriedenheit (Mitarbeitende aus dem Hospizbereich)

## Fallbackstrategie – Historische Kontrollgruppe

Diagnose	ICD-10	Wertung
Motoneuronerkrankungen (Amyotrophe Lateralsklerose/ progressive Muskelatrophie/ Primäre Lateralsklerose)	G12.	1
Glioblastom (Hirneigene Tumore)	C71	1
Parkinsonsyndrom	G20	2
Atypische Parkinsonsyndrome; MSA; PSP, CBD	G23	1
Multiple Sklerose	G35	1
Status Epilepticus	G41	1
Epileptischer Anfall/ Epilepsie	G40	3
Cerebrale Metastasen	C79.3 /C79.4	3
Meningeosis Carcinomatosa	C79	3
Ischämie/Stroke	I63 /I64	2
Hirnblutung Subarachnoidale Blutung	I61 I60	2
Demenz	F00 /F01 /F02 /F03	3
Creutzfeld Jakob/ Prionenerkrankung	A81	1
Chorea Huntington	G10	1
Meningitis	A87 /G00 /G01 /G02	2
Polyneuropathie Hereditäre Neuropathie	G62 G60	3
Spinale Muskelatrophie	G12	1
Spino cerebelläre Ataxie	G11	1
Muskeldystrophien	G71	1
Hemiparese	G81	1
Paraparese	G82	1
Vigilanzminderung	R40	1
Sprech- Sprachstörungen	R47	1
Bösartige Neubildung der Meningen	C70	2
Sonstige Krankheiten des Gehirns	G93	2
Delir	F05	1

**Tabelle 1:** Diagnosenliste zur Auswahl der Fallbackpatienten inklusive Gewichtung der Diagnosen (=Wert); Einschluss, wenn, 1...Diagnose als Haupt oder Nebendiagnose vorhanden ist, 2... Diagnose als Hauptdiagnose vorhanden ist, 3...nicht einschließen in die Suche, bei Nebendiagnose nicht ausschließen.

## Anhang 9: Fallbackstrategie

Medikamentengruppe	Wirkstoff
Antiepileptika	Levetiracetam, Lacosamid, Valproinsäure, Lamotrigin, Carbamazepin, Oxcarabzepin, Pregabalin,
Dompamin	Levodopa
Mao-B Hemmer	Rasagilin, Selegilin
Dopaminagonisten	Ropinirol, Pramipexol, Apomorphin, Piribedil, Bromocriptin, Pergolid, Lisurid, Cabergolin,
COMT-Hemmer	Entacapon, Tolcapon,
NMDA-Antagonisten	Amantadin
Anticholinergika	Biperiden
ALS Medikation	Riluzol

Table 2: Medikamentenliste zur Auswahl der Fallbackpatienten

Symptome	ICD-10
Delir	F05
Speichelfluss	K11.7
Schlafstörungen	G47
Desorientiertheit	R41/ F23.0
Tremor /Myoklonien/ Spastik	R25 /G25
Schluckstörungen	R13
Laryngospasmus	J38.5
Hirndruck	G93.6
Kopfschmerz	R51
Paresen	G82
Dysarthrie	R47
Aphasie	R47
Pathologisches Lachen/Weinen	
Verschleimung	
Schmerzen bei Neurolog. Hauptdiagnose	

Table 3: Mögliche Symptome anhand derer ein Event identifiziert wurde

## Fragebogen unabhängiger Rater

Pat. ID: \_\_\_\_\_

Bewertung Schwere des Symptoms durch unabhängigen Rater. Lickert Skala 1-5 (1 sehr leicht, 5 sehr schwer)

Behandlung Leitliniengerecht j/n

Therapie aus Sicht Neuropalliativer Experte geeignet j/n

Qualität der diagnostischen/therapeutischen Problemlösung: Lickert Skala 1-5 (1 sehr gut, 5 sehr schlecht)

Freitextfeld



Anhang 9: Fallbackstrategie


2) Es wird der ECOG/ Karnofsky (ECOG mit der größt möglichen zeitlichen Nähe vor dem definierten Event Zeitpunkt eingetragen); (tV\_Konsilbüro)

3) Wie überrascht wären die Ärztin oder der Arzt, falls die Patientin oder der Patient innerhalb der nächsten vier Wochen versterben würde? *Völlig überrascht; Überrascht; Eher überrascht; Neutral; Eher nicht überrascht; Nicht überrascht; Überhaupt nicht überrascht;* (tV\_Konsilbüro)

4) Palliativverlauf – Versorgungsform Teilversorgung, Vollversorgung, Beratung; (tV\_Konsilbüro)

5) Bitte nennen Sie alle zusätzlichen relevanten Diagnosen/Symptome (die bisher nicht in dem technischen Dokumentationssystem sind). Geben Sie bitte auch an, zu welcher Kategorie diese gehören (Mehrfachantworten möglich).

	<i>Neurologi</i>	<i>Psychiatri</i>	<i>Onkologie</i>	<i>Kardiologi</i>	<i>Pneumolo</i>	<i>Infektiolo</i>	<i>Kardiovas</i>	<i>Andere, und zwar</i>

6) **Nennen Sie bitte alle im Konsil bearbeiteten und gegebenenfalls neuen Diagnosen**

Anhang 9: Fallbackstrategie

<i>Diagnose</i>	Bewusstseinsstörung	Schmerzen	Epileptische Anfälle/Ereignisse	Spastik/Muskelkrämpfe	Bewegungsstörung	Pseudohypersalivation/Verschleimung	Schlafstörung	Paresen/Hirnnervenausfälle	Psychose/Delir/Unruhe	Dyspnoe/Erstickungsanfälle	Therapiezieländerung	Beratung	Andere

- 1) Bitte geben Sie das Krankheitsstadium des Patienten an: *Stabil – Symptome kontrolliert, Betreuungsaspekte erfasst, Familiensituation stabil; Instabil – Neue/Verschlechterte Probleme über Tage; Sich verschlechternd – neue/verschlechterte Symptome über Wochen, zunehmende Belastung der Angehörigen; Sterbend – Tod innerhalb von Tagen erwartet* (tV\_Konsilbüro)
  
- 2) Bitte nennen Sie alle Medikamente, die der Patient erhält. Geben Sie bitte auch an, zu welcher Kategorie diese gehören (Mehrfachantworten möglich). (tV\_Konsilbüro)
  
- 3) Welche besonderen Maßnahmen erhält der Patient?  
 Zentralvenöser Zugang; Port ;Medikamentenpumpe; PEG; Trachealkanüle; Beatmung nicht invasiv; Palliative Chirurgie / Operationen; Palliative Chemotherapie; Palliative Radiatio / Strahlentherapie; Palliative Wundversorgung (bei Wunden, Dekubitus); (tV\_Konsilbüro)
  
- 4) Welche Handlungen folgen aus dem Konsil (Bitte ankreuzen, Mehrfachantworten möglich)? Bitte führen Sie die Empfehlung im Freitextfeld aus. (t1\_Konsiliar)

Krankenhauseinweisung umgehend als Notfall



## Anhang 9: Fallbackstrategie

Krankenhauseinweisung innerhalb von zwei Tagen

Änderung der Palliativ-Versorgungsform

Änderung der oralen Medikation: neue Medikamente beginnen

Änderung der oralen Medikation: bisherige Medikamente in der Dosierung verändern

Änderung der nicht-oralen Medikation: neue Medikamente beginnen

Änderung der nicht-oralen Medikation: bisherige Medikamente in der Dosierung verändern

Änderung von nichtpharmakologischen Maßnahmen

Wiedervorstellung/-beurteilung innerhalb von zwei Tagen mit erneutem Kontakt zu Patientin

Wiederbeurteilung innerhalb von zwei Tagen mit Kontakt zu Ärztin oder Arzt,

Wiederbeurteilung innerhalb von sieben Tagen mit Kontakt zu Ärztin oder Arzt, aber nicht zu Patientin oder

Wiederbeurteilung innerhalb von einem Monat mit Kontakt zu Ärztin oder Arzt, aber nicht zu Patientin oder Patient

Weitere bitte hier ergänzen:

- 5) Wie war der allgemeine Verlauf? Bitte führen Sie den Verlauf im Freitext aus.  
*Krankenhauseinweisung, Zeitpunkt; Tod, Zeitpunkt; Änderung der Palliativ-Versorgungsform, Zeitpunkt; Änderung der oralen Medikation: neue Medikamente beginnen, Zeitpunkt; Änderung der oralen Medikation: bisherige Medikamente in der Dosierung verändern, Zeitpunkt; Änderung der nicht-oralen Medikation: neue Medikamente beginnen, Zeitpunkt; Änderung der nicht-oralen Medikation: bisherige Medikamente in der Dosierung verändern, Zeitpunkt; Änderung von nichtpharmakologischen Maßnahmen, Zeitpunkt;*  
(t2\_Konsilbüro\_KG)
  
- 6) Der Zustand des Patienten hat sich im Hinblick speziell auf die neurologischen Symptome in der Zwischenzeit wie folgt verändert: Er hat sich...  
*Stark verbessert, verbessert, eher verbessert, nicht verändert, eher verschlechtert, verschlechtert, stark verschlechtert;* (t2\_Konsilbüro\_KG)
  
- 7) Der Zustand des Patienten hat sich in der Zwischenzeit allgemein wie folgt verändert: Er hat sich...  
*Stark verbessert, verbessert, eher verbessert, nicht verändert, eher verschlechtert, verschlechtert, stark verschlechtert;* (t2\_Konsilbüro\_KG)
  
- 8) Wurden eigentlich vorstellbare Maßnahmen nicht ausgeführt? Wenn ja, nennen Sie diese bitte, geben Sie die Wichtigkeit an und den Grund dafür, dass sie nichtausgeführt wurden.  
(t2\_Konsilbüro\_KG)
  
- 9) Was haben die Ärztinnen/Ärzte unternommen, um das neurologische Problem zu behandeln?

## Anhang 9: Fallbackstrategie

(Mehrfachantworten sind möglich) *Beobachtung (beobachten und abwarten, „wait and see“, „watchful waiting“)* *Literaturstudium: Benutzung von Lehrbüchern, Leitlinien, wissenschaftlichen Publikationen etc. ;Telefonische Beratung durch Ärztinnen und Ärzte mit Fachspezialisierung für Neurologie Telefonische Beratung durch Ärztinnen und Ärzte ohne Fachspezialisierung für Neurologie; Konsil durch Ärztinnen und Ärzte mit Fachspezialisierung für Neurologie; Geplante Krankenhauseinweisung (s.o.); Notfall-Krankenhauseinweisung (s.o.) (t2\_Konsilbüro\_KG)*

## Erhebungsinstrumente TANNE-Evaluation

Nachfolgende Tabelle stellt die Erhebungsinstrumente der TANNE-Evaluation zusammen:

Prädiktor	Datenquelle	Wirkperspektiven/ adressierte Stakeholder
Intraindividuelle Verbesserung der Symptomlast (IPOS) pro Gruppe	Fragebogen  (arztbezogene Fragebogen als primäre Quelle). Ergänzend werden die IPOS-Angaben des Patienten sowie der Angehörigen ausgewertet	Medizinische Wirksamkeit (Ergebnisevaluation)
Interventionsvergleich der intraindividuellen Verbesserung der Symptomlast (IPOS) als „primärer Endpunkt“		
Lebensqualität Patient:innen (McGillQOL)	Fragebogen	Medizinische Wirksamkeit (Effektevaluation)/Patient:innen
Funktionsfähigkeit d. Patient:innen (Karnofsky-Index/ECOG)	Fragebogen	Krankheitsschwere/ Gruppenvergleich
Zufriedenheit mit der Lösung des neurologischen Problems - Sicherheit/Lösungsqualität des Problems	Fragebogen	Medizinische Wirksamkeit (Effektevaluation)/Patient:innen, Angehörige
Zufriedenheit mit der Lösung des neurologischen Problems – Behandlungserfolg	Fragebogen	Medizinische Wirksamkeit (Effektevaluation); SAPV-Team
Zufriedenheit mit der Lösung des neurologischen Problems – Arzteinschätzung	Fragebogen	Medizinische Wirksamkeit/Ärzt:innen
Akzeptanz & Akzeptabilität bei	Fragebogen	Prozessevaluation/ Patient:innen, Angehörige und SAPV-Team- & Hospizmitarbeitenden
Betreuungszufriedenheit	Fragebogen	Prozessevaluation/ Patient:innen und Bezugspersonen
Betreuungs-/Konsilzufriedenheit	Fragebogen	Prozessevaluation/ Ärzt:innen
Zufriedenheit mit Organisation des Konsils	Fragebogen	Prozessevaluation/ Patient:innen, Angehörigen, Ärzt:innen, Konsiliar:innen
Zufriedenheit mit Organisation der Palliativversorgung	Fragebogen	Prozessevaluation/ Bezugspersonen, Ärzt:innen

01NVF19004\_TANNE Anhang Nr10 Erhebungsinstrumente TANNE

zeitliche Inanspruchnahme	Fragebogen	Prozessevaluation/ Patient:innen und Bezugspersonen
zeitliche Inanspruchnahme bei	Fragebogen	Prozessevaluation/ Ärzt:innen und Konsiliar:innen
subjektive Belastung der Bezugspersonen durch Pflege	Fragebogen	Prozessevaluation/Bezugspersonen
Technikzufriedenheit/Übertragungsqualität	Daten MEYDOC® QC	Prozessevaluation/ Ärzt:innen, Konsiliar:innen
Übertragungsqualität Telekonsil	Interviews & Fokusgruppen	Prozessevaluation/SAPV-Teams
Patienten-, Angehörigen- und Arbeitszufriedenheit	Interviews & Fokusgruppen	Prozessevaluation/ Patient:innen, Bezugspersonen, konsilianfragende und konsilgebende Ärzt:innen
Workflow Zentrum	Interviews & Fokusgruppen	Prozessevaluation
Workflow SAPV-Team- & Hospizmitarbeitende	Interviews & Fokusgruppen	Prozessevaluation/ SAPV-Team- & Hospizmitarbeitende
Lessons learned (IG), Ethikbewertung Telekonsil (IG, KG)	Workshop	Prozessevaluation / SAPV-Teams (IG und KG)
Inanspruchnahmemenge medizinischer/pflegerischer Leistungen (Kontaktzeiten) innerhalb der SAPV (Within Costs) bei Nicht-AOK-Versicherten	PalliDoc und ISPC	Gesundheitsökonomische Evaluation/SAPV- bzw. Hospiz-Teams sowie Patient:innen
Inanspruchnahmemenge medizinischer/pflegerischer Leistungen (Kontaktzeiten) innerhalb der SAPV mit Kostengewichten (Within Costs) bei AOK-Versicherten	AOK-Abrechnungsdaten / PalliDoc und ISPC	Gesundheitsökonomische Evaluation/ SAPV- bzw. Hospiz-Teams sowie Patient:innen
Induzierte Inanspruchnahmen – Krankenhauseinweisungen, ambulante ärztliche Leistungen bei „Unterbrechungen“ der SAPV-Zeit (induced costs) bei Nicht-AOK-Versicherten	PalliDoc und ISPC	Gesundheitsökonomische Evaluation/ SAPV- bzw. Hospiz-Teams sowie Patient:innen
Induzierte Inanspruchnahmen – Krankenhauseinweisungen, ambulante ärztliche Leistungen bei „Unterbrechungen“ der SAPV-Zeit (induced costs) bei AOK-Versicherten	AOK-Abrechnungsdaten / PalliDoc und ISPC	Gesundheitsökonomische Evaluation/ SAPV- bzw. Hospiz-Teams sowie Patient:innen
Palliativsituation (Versorgungsform, Diagnosen, Medikamente, Maßnahmen)	Fragebogen	Medizinische Wirksamkeit / SAPV-Teams

01NVF19004\_TANNE Anhang Nr10 Erhebungsinstrumente TANNE

Neurosymptome (Symptome und Surprise-Question)	Fragebogen	Medizinische Wirksamkeit / SAPV-Teams
Palliativverlauf (Versorgungsform, Diagnosen, Medikamente, Maßnahmen)	Fragebogen	Medizinische Wirksamkeit / SAPV-Teams
Neurobeurteilung (Neurosymptome, Neurodiagnosen, Empfehlungen, Medikamente, Surprise-Question)	Fragebogen	Medizinische Wirksamkeit / SAPV-Teams
Neuroverlauf (Symptome, Diagnosen, Verlauf, Medikamente, Maßnahmen, Surprise-Frage)	Fragebogen	Medizinische Wirksamkeit / SAPV-Teams
Konsiläquivalent (Hilfsmittel für Lösung d. neurologischen Problems)	Fragebogen	Prozessevaluation/SAPV-Teams
Technikbereitschaft	Fragebogen	Prozessevaluation/SAPV-Teams
Teampartizipation	Fragebogen	Prozessevaluation/SAPV-Teams
Einstellung zu Teamarbeit	Fragebogen	Prozessevaluation / Gesundheitsökonomische Evaluation
Soziodemografie der Patient:innen, Angehörigen, Ärzt:innen, Konsiliar:innen und Teams	Fragebogen/ISPC/Pallidoc	Prozessevaluation / Gesundheitsökonomische Evaluation

**Tabelle 1 Erhebungsinstrumente im TANNE-Projekt**

## Anhang 11: Demografische Daten

### Demografische Daten – FAS

Demografische Daten der Patient:innen; Daten aus den Primärdokumentationssystemen (FAS, ES) und aus den Patient reported outcome measures (PROMs); k.A. = keine Angaben; \* = höchste, je Patient abgeleitete Angabe;

Demografie Patient		Vergleichsgruppe und Studienarm					
		IG		verz. IG	IG ges.	KG	
		S1,1	S1,2	S1	S2,2	S1+S2,2	S2,1
<b>FAS</b>	Anzahl (Nt)	32	30	61	29	90	24
<b>Geschlecht (n; %)</b>	fehlend	0	2	2	0	2	1
	männlich	13 (40.6)	13 (46.4)	25 (42.4)	18 (62.1)	43 (48.9)	11 (47.8)
	weiblich	19 (59.4)	15 (53.6)	34 (57.6)	11 (37.9)	45 (51.1)	12 (52.2)
<b>Alter Mittelwert (STD)</b>	fehlend	0	2	2	0	2	1
		70.9 (14.1)	70.0 (14.4)	70.7 (14.1)	68.0 (9.2)	69.8 (12.7)	61.5 (12.5)
<b>ECOG</b>	fehlend	5	10	15	18	33	7
	ECOG≤2	10 (37.0)	8 (40.0)	17 (37.0)	0	17 (29.8)	11 (64.7)
	ECOG>2	17 (63.0)	12 (60.0)	29 (63.0)	11 (100)	40 (70.2)	6 (35.3)
<b>Patienten je Teamart</b>	SAPV	29 (90.6)	26 (86.7)	54 (88.5)	15 (51.7)	69 (76.7)	20 (83.3)
	Hospize	3 (9.4)	4 (13.3)	7 (11.5)	14 (48.3)	21 (23.3)	4 (16.7)
<b>Patienten je Region</b>	ländlich	15 (46.9)	10 (63.3)	34 (55.7)	17 (58.6)	51 (56.7)	18 (75.0)
	städtisch	17 (53.1)	11 (36.7)	27 (44.3)	12 (41.4)	39 (43.3)	6 (25.0)
<b>Grunderkrankung</b>	neurologisch	30 (93.8)	27 (90.0)	56 (91.8)	29 (100)	85 (94.4)	23 (100)
	neurodegenerativ	20 (62.5)	10 (33.3)	29 (47.5)	13 (44.8)	42 (46.7)	5 (21.7)
<b>Versorgungstage</b>	fehlend	0	4	4	1	5	1
<b>Median</b>		66.5	55.7	58.0	65.5	61.0	69.0
<b>Q1/Q3</b>		29.0/170.5	30.0/88.0	30.0/128.0	32.5/108.0	31.0/112.0	35.0/118.0
<b>Versorgungsart*</b>	Vollversorgung	-	-	-	-	-	-
	Teilversorgung	24 (82.8)	21 (80.8)	44 (81.5)	14 (93.3)	58 (84.1)	16 (80.0)
	Beratung	4 (13.8)	-	4 (7.4)	2 (13.3)	6 (8.7)	3 (15.0)
	Koordination	3 (10.3)	1 (3.8)	3 (5.6)	2 (13.3)	5 (7.2)	5 (25.0)

## 01NVF19004\_TANNE Anhang Nr. 11 Demografische Daten

## Demografische Daten ES inklusive HKG (historische Kontrollgruppe)

Demografie Patient		Vergleichsgruppe und Studienarm						HKG
		IG		verz. IG	IG ges.	KG		
ES		S1,1	S1,2	S1	S2,2	S1+S2,2	S2,1	
	Anzahl Nt	23	17	39	15	54	13	61
<b>Geschlecht (n; %)</b>	fehlend	0	0	0	0	0	1	0
	Männlich	9 (39.1)	9 (52.9)	17 (43.6)	6 (40.0)	23 (42.6)	6 (46.2)	33 (54.1)
	weiblich	14 (60.9)	8 (47.1)	22 (56.4)	9 (60.0)	31 (47.5)	7 (53.8)	28 (45.9)
<b>Alter Mittelwert (STD)</b>	fehlend	0	0	0	0	0	1	0
		73.1 (14.8)	69.6 (15.2)	72.1 (14.9)	68 (7.7)	70.9 (13.3)	61.2 (10.0)	66.2 (14.6)
<b>ECOG</b>	fehlend	3	6	9	6	12	3	13
	ECOG≤2	3 (15.0)	3 (16.7)	6 (15.8)	6 (40.0)	12 (22.6)	2 (28.6)	15 (31.3)
	ECOG>2	17 (85.0)	15 (83.3)	32 (84.2)	9 (60.0)	41 (77.4)	5 (71.4)	33 (68.6)
<b>Patient je Teamart</b>	SAPV	21 (91.3)	13 (76.5)	33 (84.6)	12 (80.0)	45 (83.3)	14 (100)	61 (100)
	Hospiz	2 (8.7)	4 (23.5)	6 (15.4)	3 (20.0)	9 (16.7)	0	0
<b>Patient je Region</b>	ländlich	8 (34.8)	7 (41.2)	15 (38.5)	14 (93.3)	29 (53.7)	11 (78.6)	56 (91,8)
	städtisch	15 (65.2)	10 (58.8)	24 (61.5)	1 (6.7)	25 (46.3)	3 (21.4)	5 (8,2)
<b>Grund-erkrankung</b>	neurologisch	21 (93.1)	14 (82.4)	34 (87.2)	15 (100)	49 (90.7)	14 (100)	61 (100)
	neurodegenerativ	15 (65.2)	7 (41.2)	21 (53.8)	10 (66.7)	31 (57.4)	3 (21.4)	17 (27.8)
<b>Versorgungst- tage</b>	fehlend	0	2	2	0	2	1	0
<b>Median</b>		93.0	57.0	64.0	66.0	65.0	71.0	40.0
<b>Q1/Q3</b>		44.0/175.0	41.0/82.0	42.0/151.0	32.0/109.0	37.0/131.5	46.0/117.0	13.0/76.0

01NVF19004\_TANNE Anhang Nr. 11 Demografische Daten

<b>Versorgungsart*</b>	Vollversorgung	-	-	-	-	-		
	Teilversorgung	18 (85.7)	10 (76.9)	27 (81.8)	11 (91.7)	38 (84.4)	11 (78.6)	57 (93.4%)
	Beratung	-	-	-	2 (16.7)	2 (4.4)	1 (7.1)	5 (8.2%)
	Koordination	3 (14.3)	1 (7.7)	3 (9.1)	2 (16.7)	5 (11.1)	4 (28.6)	4 (6.6%)

**Demografische Daten aus PROMs**

Demografie Patient	Vergleichsgruppe und Studienarm					
	IG		verz. IG		IG ges.	KG
Patienten (PROM)	S1,1	S1,2	S1	S2,2	S1+S2,2	S2,1
<b>Nt</b>	14	5	19	11	30	3
<b>Mittelwert (STD)</b>	65.4 (15.6)	55.6 (17.4)	62.8 (16.2)	53.1 (19.5)	59.2 (17.8)	63.0 (8.7)
<b>Geschlecht (n; %)</b>	weiblich				22	
	10 (71.4)	6 (100)	16 (80)	6 (54.5)	7 (29.2)	3 (100)
	männlich				0	
	4 (28.6)	0	4 (20)	5 (45.5)	9 (29.0)	0
	divers/k. A.				0	
	0	0	0	0	0	0
<b>höchster Bildungsabschluss</b>	<b>Nt</b>					
	11	5	16	11	27	6
Mittlere Reife/Realschulabschluss	6 (54.5)	0	6 (37.5)	6 (54.5)	12 (44.4)	3 (50.0)
Abgeschlossenes Studium (Diplom, Bachelor, Master, Doktor)	2 (18.2)	4 (80.0)	6 (37.5)	2 (18.2)	8 (29.6)	0
Haupt- oder Volksschulabschluss	2 (18.2)	1 (20.0)	3 (18.8)	3 (27.3)	6 (22.2)	3 (50.0)
Sonstiges	1 (9.1)	0	1 (6.3)	0	1 (3.7)	0
Abitur oder Kein Abschluss	0	0	0	0	0	0
<b>berufliche Tätigkeit</b>						
Hausfrau/Hausmann	0	0	0	2 (18.2)	2 (7.4)	0
selbständig	0	1 (20)	1 (6.3)	3 (27.3)	4 (14.8)	0
Arbeiterin/Arbeiter	2 (18.2)	1 (20.0)	3 (18.8)	2 (18.2)	5 (18.5)	0
Angestellte/Angestellter	7 (63.6)	2 (40.0)	9 (56.3)	3 (27.3)	12 (44.4)	6 (9.4)
Beamtin/Beamter	1 (9.1)	1 (20.0)	2 (12.5)	1 (9.1)	3 (11.1)	0
Sonstiges	1 (9.1)	0	1 (6.3)	0	1 (3.7)	0
Arbeitslos	0	0	0	0	0	0



## 01NVF19004\_TANNE Anhang Nr. 11 Demografische Daten

<sup>[1]</sup> Studienanfang (tA) und Studienende (tE); Nt Anzahl der Teams, Nm Anzahl der Mitarbeitenden, Angaben von mehreren Mitarbeitenden je Team möglich.

## Primärer Endpunkt

### Weitere Analysen zum primären Endpunkt

			N	Estimate	Lower	Upper	Pr >  t
Veränderung iPOS (Professionelle)	Vergleichsgruppe	IG	16	-2.625	-5.694	0.444	0.086
		KG	6	-1.333	-6.345	3.678	0.566

**Tabelle 1** Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung - iPOS (Professionelle)

	Estimate	Lower	Upper	Pr >  t
Veränderung iPOS (Professionelle)	-1.292	-7.168	4.585	0.635

**Tabelle 2** Statistische Analyse der Intervention für iPOS (Professionelle)

Vergleichsgruppe	Estimate	Lower	Upper	Pr >  t
<b>Veränderung iPOS (Professionelle)</b>				
IG + verz. IG vs. KG	-0.458	-6.158	5.242	0.866
IG (beschränkt auf 1. Jahr) vs. KG	0.048	-9.088	9.183	0.989
IG + verz. IG (bei vollständig umgesetzter Konsilempfehlung) vs. KG	-0.608	-6.083	4.867	0.810
IG vs. KG; Alters- und Baseline-adjustiert	-0.622	-6.022	4.779	0.797
IG + verz. IG vs. KG; Alters- und Baseline-adjustiert	0.178	-4.699	5.055	0.938
IG (beschränkt auf 1. Jahr) vs. KG; Alters- und Baseline-adjustiert	1.658	-12.717	16.033	0.669
IG + verz. IG (bei vollständig umgesetzter Konsilempfehlung) vs. KG; Alters- und Baseline-adjustiert	0.066	-5.289	5.421	0.978

**Tabelle 3** Statistische Analyse der Intervention für iPOS (Professionelle) - Sensitivitätsanalysen

### Subskala iPOS Professionelle – psychologische und praktische Probleme

			N	Estimate	Lower	Upper	Pr >  t
IG + verz. IG	Vergleichsgruppe	IG + verz. IG	30	-1.479	-3.183	0.224	0.085
		KG	7	-0.055	-3.130	3.021	0.971
IG (beschränkt auf 1. Jahr)	Vergleichsgruppe	IG	11	-1.455	-3.129	0.220	0.081
		KG	7	-0.571	-2.671	1.528	0.553
IG + verz. IG (bei vollständig umgesetzter Konsilempfehlung)	Vergleichsgruppe	IG + verz. IG	19	-2.287	-3.511	-1.064	0.001
		KG	7	-0.518	-2.501	1.465	0.582

## Anhang 12: Primärer Endpunkt

			N	Estimate	Lower	Upper	Pr >  t
Alters- und Baseline-adjustiert	Vergleichsgruppe	IG	21	-1.848	-2.865	-0.832	0.002
		KG	7	-0.202	-1.954	1.550	0.808
IG + verz. IG; Alters- und Baseline-adjustiert	Vergleichsgruppe	IG + verz. IG	30	-1.482	-2.797	-0.168	0.029
		KG	7	-0.131	-2.544	2.282	0.911
IG (beschränkt auf 1. Jahr) Alters- und Baseline-adjustiert	Vergleichsgruppe	IG	11	-1.574	-2.928	-0.220	0.029
		KG	7	-0.383	-2.092	1.325	0.612
IG + verz. IG (bei vollständig umgesetzter Konsilempfehlung); Alters- und Baseline-adjustiert	Vergleichsgruppe	IG + verz. IG	19	-1.999	-3.192	-0.806	0.004
		KG	7	-0.615	-2.458	1.229	0.478

**Tabelle 4** Statistische Analyse der Intervention für iPOS Subskala: psychologische und praktische Probleme (Professionelle) - Sensitivitätsanalysen

## Quantitative Daten Prozessevaluation

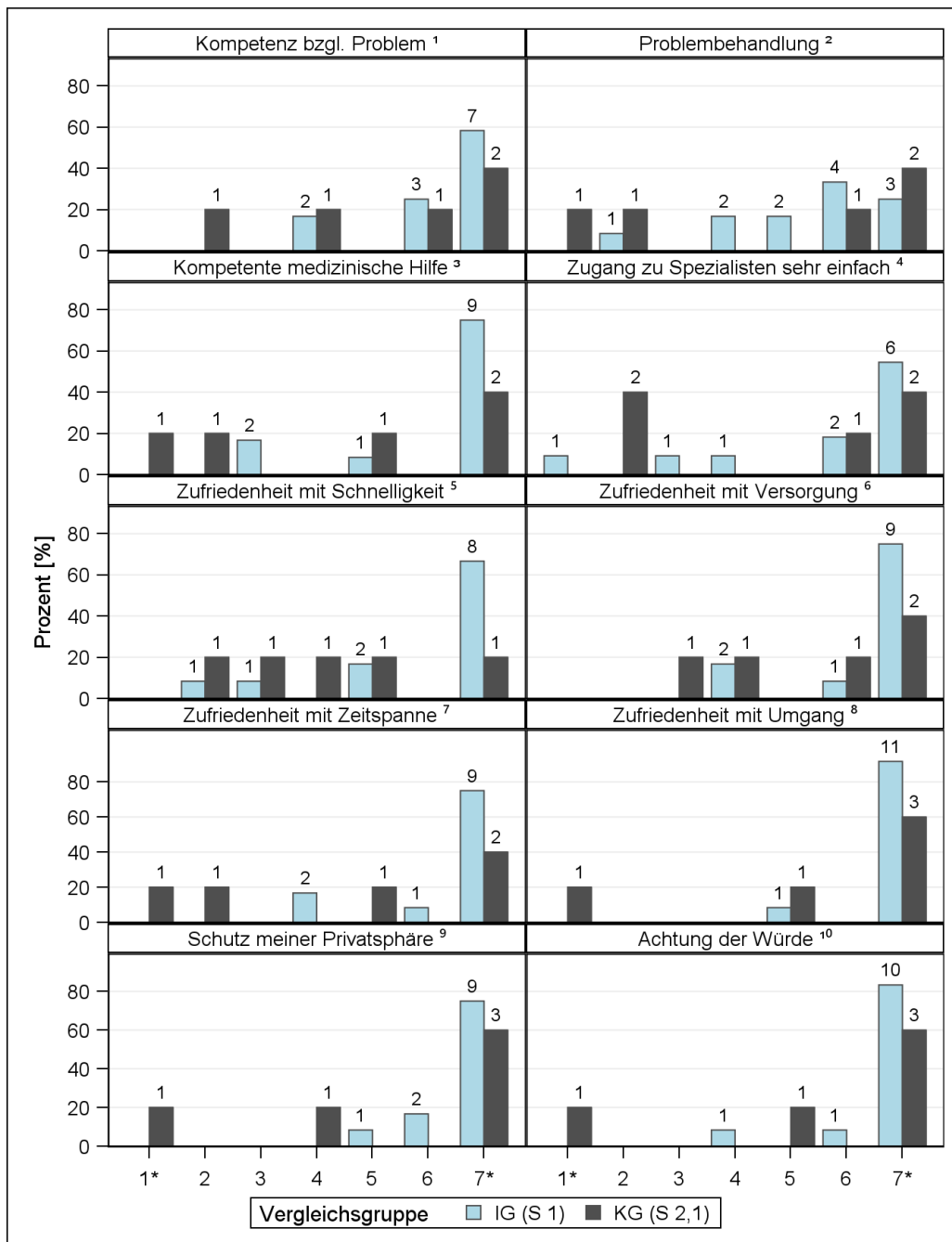


Abbildung 1: Einzelitems zur Versorgungs- und Beratungszufriedenheit (Patient). Abbildung der Einzelitems in Form von Häufigkeiten. Skala von 1\*... trifft überhaupt nicht zu bis 7\*... trifft voll und ganz

<sup>1</sup> Die Ärzte und Ärztinnen schienen sich mit meinen medizinischen Problemen sehr gut auszukennen.

<sup>2</sup> Die Ärzte und Ärztinnen konnten auch besondere medizinische Probleme sehr gut behandeln.

<sup>3</sup> Ich hatte den Eindruck, immer kompetente medizinische Hilfe zu bekommen, wann immer ich sie auch brauchte.

<sup>4</sup> Ich empfand den Zugang zu Spezialisten und Spezialistinnen, die ich brauchte, als sehr einfach.

<sup>5</sup> Ich war mit der Schnelligkeit, mit der ich die passende medizinische Hilfe bekam, sehr zufrieden.

<sup>6</sup> Ich war mit meiner medizinischen Versorgung insgesamt sehr zufrieden.

<sup>7</sup> Ich war sehr zufrieden mit der Zeitspanne, die sich die Ärzte und Ärztinnen nahmen.

<sup>8</sup> Ich war sehr zufrieden mit der Höflichkeit, dem Respekt, der Sensibilität und der Freundlichkeit der Ärzte und Ärztinnen.

<sup>9</sup> Ich war sehr zufrieden mit dem Schutz meiner Privatsphäre.

<sup>10</sup> Ich war sehr zufrieden mit der Art und Weise, wie die Ärzte und Ärztinnen meine Würde achteten.

## Anhang 13: Quantitative Daten Prozessevaluation

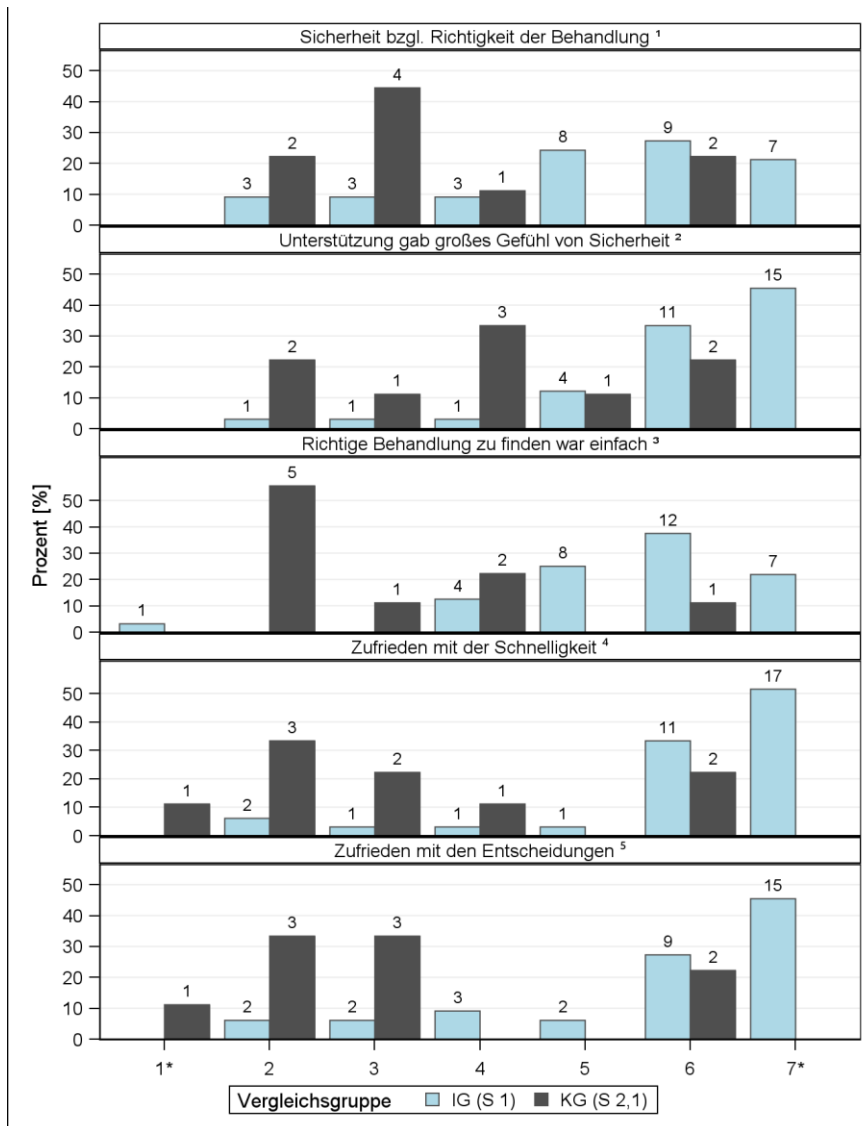


Abbildung 2: Einzelitems zur Versorgungszufriedenheit Professionelle. 1\* - trifft überhaupt nicht zu 7\* - trifft voll und ganz zu.

<sup>1</sup> Ich war mir hinsichtlich der Richtigkeit der Behandlung der neurologischen Probleme sehr sicher.

<sup>2</sup> Die Unterstützung, die ich zur Lösung des neurologischen Problems bekam und/oder die weiteren Quellen, die ich nutzte, gaben mir ein großes Gefühl von Sicherheit.

<sup>3</sup> Ich empfand es als sehr einfach, mit Unterstützung oder weiteren Quellen die richtige Behandlung für die neurologischen Probleme zu finden.

<sup>4</sup> Ich war mit der Schnelligkeit, mit der der Patient oder die Patientin die passende neurologische Therapie bekam, sehr zufrieden.

<sup>5</sup> Ich war mit den Entscheidungen bezüglich der Behandlung seiner oder ihrer neurologischen Probleme insgesamt sehr zufrieden.

## Anhang 13: Quantitative Daten Prozessevaluation

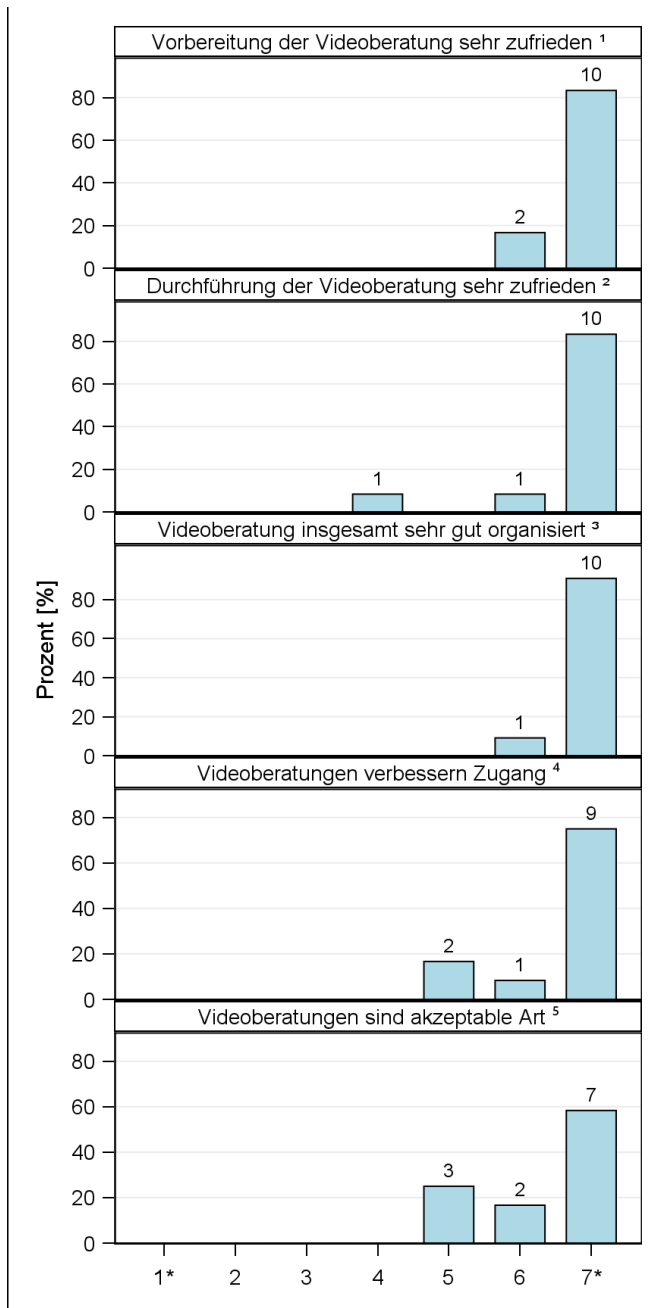


Abbildung 3: Einzelitems zur Zufriedenheit mit der Videoberatung - Patient.

1\* - trifft überhaupt nicht zu

7\* - trifft voll und ganz zu

<sup>1</sup> Ich war mit der Vorbereitung der Videoberatung sehr zufrieden.

<sup>2</sup> Ich war mit der Durchführung der Videoberatung sehr zufrieden.

<sup>3</sup> Die Videoberatung war insgesamt sehr gut organisiert.

<sup>4</sup> Videoberatungen verbessern meinen Zugang zu Dienstleistungen im Gesundheitswesen.

<sup>5</sup> Videoberatungen sind für mich eine akzeptable Art, um Dienstleistungen im Gesundheitswesen zu erhalten.

## Qualitative Daten Prozessevaluation

Erhebungsphase	Einschlusskriterium	Interviewtyp	Zielgruppe	Anzahl der Interviews
Mai 2021 bis Juni 2023	Nach stattgefundenem Telekonsil	Einzelinterview	Patient:innen	6
			Pflegende	18
			Angehörige	
			SAPV/Hospiz	1
		Neurologie	1	
		Zwischensumme n=26		
Juli 2021 bis Oktober 2021	Pilotphase	Gruppeninterview	SAPV	2
		Summe		n=2
Juni 2023 bis Juli 2023	Nach Ende aller Telekonsile	Einzelinterview	SAPV/Hospiz	5
			Neurologie	1
		Zwischensumme		n=6
		Gruppeninterview	SAPV/Hospiz	3
		Zwischensumme		n=3
		Gesamtsumme		N=37

**Tabelle 1:** Überblicksdarstellung zu Erhebungsphasen mit Angaben zu Einschlusskriterien, Interviewtypen, Zielgruppen und Anzahl der Interviews.

	Anforderung	Kodierung	Fundstelle
SEHR HOHE PATIENTENZUFRIEDENHEIT			
01	Sehr gute Gesamtbewertung des Telekonsils.	PZ sehr hoch	(Patient:in)
02	Sehr positive Gesamtbewertung, sehr gute Stimmung.	PZ sehr hoch	(Patient:in)
03	Sehr hohe Zufriedenheit mit Behandlungsempfehlung.	PZ sehr hoch	(Patient:in)
04	Körperliche Anstrengungen können vermieden werden.	PZ sehr hoch	(Patient:in)
05	Wahrnehmung einer höheren Versorgungsqualität wegen längerer Beratungszeit im direkten Vergleich zum	PZ sehr hoch	(Patient:in)

## 01NVF19004\_TANNE Anhang Nr. 14 Qualitative Daten Prozessevaluation

	Facharztbesuch in der neurologischen Praxis.		
06	Sehr positive Bewertung des Telekonsil als Versorgungsform ohne Anfahrtswege, ohne körperliche Belastung und ohne logistischen Aufwand für den Transport von lebensnotwendigen Hilfsmitteln (z.B. Beatmungsgerät).	PZ sehr hoch	(Patient:in)
07	Sehr zufrieden mit Telekonsil.	PZ sehr hoch	(Patient:in)
08	Neue Impulse erhalten.	PZ sehr hoch	(Patient:in)
09	Positiv überrascht über Ablauf und Inhalt, keine Verbesserungsvorschläge.	PZ sehr hoch	(Patient:in)
10	Begeisterung nach erstmaligem Telekonsil.	PZ sehr hoch	(Patient:in)
11	Sehr positive Bewertung des Telekonsils	PZ sehr hoch	(Patient:in)
12	Niedriger Aufwand, sehr einfache Durchführung.	PZ sehr hoch	(Patient:in)
13	Sehr positiv überrascht über reibungslosen Ablauf.	PZ sehr hoch	(Patient:in)
14	Sehr positive Bewertung Telekonsil, keine Belastung wegen Anfahrt.	PZ sehr hoch	(Patient:in)
HOHE PATIENTENZUFRIEDENHEIT			
15	Facharztberatung ohne Krankentransport möglich.	PZ hoch	(Patient:in)
16	Wahrnehmung identischer Beratungsinhalte wie beim herkömmlichen Arztbesuch.	PZ hoch	(Patient:in)
17	Bewertung von Telekonsil positiver als Telefonat und gleichwertig mit herkömmlichem Arztbesuch.	PZ hoch	(Patient:in)
18	Interessante Beratungsinhalte auf den Ebenen Arzt-zu-Patienten sowie Arzt-zu-Arzt.	PZ hoch	(Patient:in)
19	Positive Gesamtbewertung des Telekonsils.	PZ hoch	(Patient:in)
20	Einwandfreie Funktionsweise von Kommunikationstechnik.	PZ hoch	(Patient:in)
21	Belastungsfreier Ablauf des Telekonsils.	PZ hoch	(Patient:in)
22	Hohe Zufriedenheit wegen Medikamentenempfehlung.	PZ hoch	(Patient:in)
23	Positive Bewertung des Telekonsils.	PZ hoch	(Patient:in)
24	Patient würde sich wieder für ein Telekonsil entscheiden.	PZ hoch	(Patient:in)
25	Patient würde sich wieder für ein Telekonsil entscheiden.	PZ hoch	(Patient:in)
26	Positive Bewertung des Telekonsils.	PZ hoch	(Patient:in)
27	Telekonsil wird als wenig belastend empfunden.	PZ hoch	(Patient:in)



28	Unkomplizierte Technik für Einsatz von Telekonsil.	PZ hoch	(Patient:in)
29	Interessante Beratungsinhalte.	PZ hoch	(Patient:in)
30	Telekonsil als ideale Alternative zum Krankenhaus.	PZ hoch	(Patient:in)
31	Telekonsil wird als nicht belastend empfunden.	PZ hoch	(Patient:in)
32	Kommunikation via Telekonsil als gleichwertig im Vergleich zur Kommunikation unter Anwesenden.	PZ hoch	(Patient:in)
33	Kommunikation via Telekonsil als gleichwertig im Vergleich zur Kommunikation unter Anwesenden.	PZ hoch	(Patient:in)
34	Sehr gute Bewertung des Telekonsils wegen Beratung von zwei Ärzten.	PZ hoch	(Patient:in)
35	Gute Bewertung von Telekonsil als Versorgungsform der Zukunft.	PZ hoch	(Patient:in)
MITTLERE PATIENTENZUFRIEDENHEIT			
36	Probleme mit dem Ausfüllen von Fragebögen.	PZ mittel	(Patient:in)
PATIENTENZUFRIEDENHEIT NICHT ERSCHLIESSBAR			
37	Gesundheitssituation hat sich nach Telekonsil sehr verschlechtert, steht nicht direkt in einem Zusammenhang mit Telekonsil.	PZ nicht erschließbar	(Patient:in)

Tabelle 2: Kodierung für die Kategorie Patientenzufriedenheit

Patientenzufriedenheit (PZ)	sehr hoch	hoch	mittel	niedrig	sehr niedrig	Nicht erschließbar
Absolute Häufigkeit (je Fundstelle)	14	21	1	0	0	1
Prozentuale Häufigkeit (Fundstellen insgesamt in %)	37.84	56.76	02.70	00.00	00.00	02.70
Absolute Häufigkeit (je Dokument)	3	4	1	0	0	1
Prozentuale Häufigkeit (Dokumente insgesamt in %)	60.00	80.00	20.00	00.00	00.00	20.00

Tabelle 3 Kategorienstatistik für die Kategorie Patientenzufriedenheit.

	<b>Anforderung</b>	<b>Kodierung</b>	<b>Fundstelle</b>
<b>SEHR HOHE ANGEHÖRIGENZUFRIEDENHEIT</b>			
01	Sehr hohe fachliche Kompetenz.	AZ sehr hoch	(Angehörige:r)
02	Positiv überrascht sein über sehr hohe Beratungsqualität.	AZ sehr hoch	(Angehörige:r)
03	Sehr gute Bewertung hinsichtlich Vorbereitung, Inhalt und Dauer des Telekonsils.	AZ sehr hoch	(Angehörige:r)
04	Beratung vom Spezialisten, die sonst nicht zugänglich gewesen wäre.	AZ sehr hoch	(Angehörige:r)
05	Telekonsil hat Erwartungen positiv übertroffen.	AZ sehr hoch	(Angehörige:r)
06	Sehr gute Beratung und Vermittlung eines guten Gefühls nach Telekonsil.	AZ sehr hoch	(Angehörige:r)
07	Begeisterung nach erstmaliger Erfahrung mit Telekonsil.	AZ sehr hoch	(Angehörige:r)
08	Kein Krankentransport notwendig.	AZ sehr hoch	(Angehörige:r)
09	Telekonsil hat Erwartungen übertroffen.	AZ sehr hoch	(Angehörige:r)
10	Wahrnehmung von positiver Resonanz im Gespräch.	AZ sehr hoch	(Angehörige:r)
11	Bewertung als ideale Alternative zum Krankenhaus.	AZ sehr hoch	(Angehörige:r)
12	Telekonsil übertrifft die Erwartungen.	AZ sehr hoch	(Angehörige:r)
13	Bewertung als ideale Alternative zum Krankenhaus	AZ sehr hoch	(Angehörige:r)
14	Telekonsil hat Erwartungen übertroffen.	AZ sehr hoch	(Angehörige:r)
15	Telekonsil hat Erwartungen übertroffen.	AZ sehr hoch	(Angehörige:r)
16	Sehr hohe Zufriedenheit wegen Telekonsil in der Häuslichkeit.	AZ sehr hoch	(Angehörige:r)
17	Beratungsqualität hat Erwartungen übertroffen.	AZ sehr hoch	(Angehörige:r)
18	Telekonsil hat Erwartungen hinsichtlich der Vermittlung von Fachwissen übertroffen.	AZ sehr hoch	(Angehörige:r)
<b>HOHE ANGEHÖRIGENZUFRIEDENHEIT</b>			
19	Vorbereitung des Telekonsils mit geringem Aufwand.	AZ hoch	(Angehörige:r)
20	Problemloser Start des Telekonsils.	AZ hoch	(Angehörige:r)
21	Problemloser Ablauf des Telekonsils.	AZ hoch	(Angehörige:r)
22	Zufriedenstellende Bild- und Tonqualität.	AZ hoch	(Angehörige:r)
23	Hohe fachliche Kompetenz, Entscheidungsstärke.	AZ hoch	(Angehörige:r)

## 01NVF19004\_TANNE Anhang Nr. 14 Qualitative Daten Prozessevaluation

24	Entlastungserfahrung durch Bestätigung der bisherigen Behandlung.	AZ hoch	(Angehörige:r)
25	Hohe Nutzenwahrnehmung für Patienten.	AZ hoch	(Angehörige:r)
26	Hoffnung auf Hilfe bekommen.	AZ hoch	(Angehörige:r)
27	Bestärkung durch Bestätigung der bisherigen Behandlung.	AZ hoch	(Angehörige:r)
28	Entlastungserfahrung durch Bestätigung bisheriger Behandlung.	AZ hoch	(Angehörige:r)
29	Bestätigung positiver Erwartungen nach Telekonsil.	AZ hoch	(Angehörige:r)
30	Bestätigung positiver Erwartungen nach Telekonsil.	AZ hoch	(Angehörige:r)
31	Gespräch mit Möglichkeiten für Rückfragen.	AZ hoch	(Angehörige:r)
32	Bewertung von Telekonsil als gleichwertige Behandlungsform.	AZ hoch	(Angehörige:r)
33	Bestätigung positiver Erwartungen nach Telekonsil.	AZ hoch	(Angehörige:r)
34	Patient konnte Vertrauen aufbauen.	AZ hoch.	(Angehörige:r)
35	Bestätigung positiver Erwartungen nach Telekonsil.	AZ hoch	(Angehörige:r)
36	Bestätigung positiver Erwartungen nach Telekonsil.	AZ hoch	(Angehörige:r)
37	Bestätigung positiver Erwartungen nach Telekonsil.	AZ hoch	(Angehörige:r)
38	Nützliche Tipps zur Medikamentengabe und Wechselwirkung von Medikamenten.	AZ hoch	(Angehörige:r)
39	Bestätigung positiver Erwartungen nach Telekonsil.	AZ hoch	(Angehörige:r)
40	Wahrnehmung eines hohen Interesses an gesundheitlicher Situation des Patienten.	AZ hoch	(Angehörige:r)
41	Behandlungsempfehlung hat geholfen.	AZ hoch	(Angehörige:r)
42	Mehrere Personen können an fachärztlicher Beratung teilnehmen.	AZ hoch	(Angehörige:r)
43	Medizinische Fragen können ohne Krankenhausaufenthalt abgeklärt werden.	AZ hoch	(Angehörige:r)
44	Bewertung von Telekonsil als gleichwertig im Vergleich zur Arztpraxis.	AZ hoch	(Angehörige:r)
45	Wahrnehmung einer hohen Problemlösungskompetenz.	AZ hoch	(Angehörige:r)
46	Nützliche Tipps zur Medikamentengabe.	AZ hoch	(Angehörige:r)
47	Bestätigung positiver Erwartungen nach Telekonsil.	AZ hoch	(Angehörige:r)
48	Anwesenheit eines Professors.	AZ hoch	(Angehörige:r)

49	Bestätigung positiver Erwartungen nach Telekonsil.	AZ hoch	(Angehörige:r)
50	Erklärung des Gesundheitszustandes.	AZ hoch	(Angehörige:r)
51	Schonende Beratung für Patient:innen.	AZ hoch	(Angehörige:r)
52	Neurologische Beratung genauer als Hausarztberatung.	AZ hoch	(Angehörige:r)
53	Bestätigung positiver Erwartungen nach Telekonsil.	AZ hoch	(Angehörige:r)
54	Bestätigung positiver Erwartungen nach Telekonsil.	AZ hoch	(Angehörige:r)
55	Gute, fachkundige Beratung.	AZ hoch	(Angehörige:r)
MITTLERE ANGEHÖRIGENZUFRIEDENHEIT			
56	Telekonsil hat den Erwartungen teilweise entsprochen.	AZ mittel	(Angehörige:r)
57	Nur teilweise Bestätigung positiver Erwartungen.	AZ mittel	(Angehörige:r)
NIEDRIGE ANGEHÖRIGENZUFRIEDENHEIT			
58	Bewertung von Telekonsil als nicht sinnvoll bei bestimmten Patienten.	AZ niedrig	(Angehörige:r)
59	Erwartungen nach Telekonsil nicht erfüllt.	AZ niedrig	(Angehörige:r)
SEHR NIEDRIGE ANGEHÖRIGENZUFRIEDENHEIT			
60	Ablehnende Haltung gegenüber telemedizinischen Leistungen generell.	AZ sehr niedrig	(Angehörige:r)
ANGEHÖRIGENZUFRIEDENHEIT NICHT ERSCHLIESSBAR			
61	Offene, abwartende Haltung nach Telekonsil.	AZ nicht erschließbar	(Angehörige:r)

Tabelle 4: Kodierung für die Kategorie Angehörigenzufriedenheit

Angehörigenzufriedenheit (AZ)	sehr hoch	hoch	mittel	niedrig	sehr niedrig	nicht erschließbar
Absolute Häufigkeit der extrahierten Fundstellen zu einer Kategorie	18	37	2	2	1	1
Prozentuale Häufigkeit der extrahierten Fundstellen in Bezug auf alle Kategorien	29.51	60.66	03.28	03.28	01.64	01.64
Absolute Häufigkeit an Dokumenten	10	17	2	1	1	1

mit Fundstelle						
Prozentuale Häufigkeit der Dokumente mit Fundstelle in Bezug auf alle Dokumente	55.56	94.44	11.11	05.56	05.56	05.56

Tabelle 5: Kategorienstatistik für die Kategorie Angehörigenzufriedenheit

	Anforderung	Kodierung	Fundstelle
<b>SEHR HOHE ARBEITZUFRIEDENHEIT</b>			
01	Bewertung von neurologischer Expertise als sehr gut und hilfreich.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
02	Sehr gute Bewertung von Zugang zu Facharzt mit Expertise in Palliativmedizin und Neurologie für nicht mobile Patienten ohne Krankenseinweisung.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
03	Sehr viel höhere Sicherheit bei Symptomkontrolle nach Telekonsil.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
04	Sehr spannende Erfahrungen gemacht.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
05	Sehr unproblematische Vorbereitung dank Austauschmöglichkeit von Patientendaten mittels Pallidoc.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
06	Sehr unkomplizierte Durchführung auch in kleinen Wohnungen.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
07	Sehr gute Beratung bei Patientin mit komplexer neurologischer Symptomatik.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
08	Sehr einfache Nutzung der MEYDOC App.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
09	Sehr hoch Zufriedenheit wegen Zugangsmöglichkeit zu neurologischer Expertise für den Bedarfsfall.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
10	Sehr hohe Relevanz von Telekonsilen für die Palliativversorgung.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
11	Telekonsil als qualitativ hochwertigere Versorgungsform verglichen mit Telefonkonsil.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
12	Sehr gute Impulse durch Telekonsil und Bestärkung für weitere Nutzung.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
13	Sehr gute Gesamtbewertung des Einsatzes von Telekonsilen.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
14	Lerneffekte bei Parkinson Medikation.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)

## 01NVF19004\_TANNE Anhang Nr. 14 Qualitative Daten Prozessevaluation

15	Sehr gute Bewertung, hilfreich.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
16	Sehr gute Bewertung, Wertschätzung gegenüber Patienten.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
17	Sehr gute Möglichkeit für die Integration von fachlicher Expertise bei der Patientenversorgung vor Ort.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
18	Bewertung der Videofunktion als wichtig für qualitativ hochwertige Konsile.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
19	Sehr hohe Bewertung des medizinischen Nutzens.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
20	Begeisterung, weil dem Patienten geholfen werden konnte.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
21	Wahrnehmung einer sehr hohen, psychologisch-emotionalen Kompetenz bei der Gesprächsführung mit Patienten.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
22	Bewertung des Telekonsils als optimal.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
23	Sehr gute Bewertung der ausgesprochenen Behandlungsempfehlung.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
24	Erwartungen wurden übertroffen.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
25	Sehr positive Bewertung des Telekonsils.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
26	Sehr positive Bewertung des Telekonsils	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
27	Sehr praktikable Ratschläge erhalten.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
28	Sehr positiv überrascht über Beziehungsaspekt bei der Arzt-Patienten-Kommunikation via Telekonsil.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
29	Sehr gute Möglichkeit, auf Expertise zurückzugreifen.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
30	Sehr hohe Kompetenz, insbesondere Medikamente.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
31	Sehr hohes Renommee der Konsilärzte.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
32	Sehr hohe Zufriedenheit hinsichtlich des Ergebnisses, Arztbrief für Krankenkasse.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
33	Sehr gute, patientenorientierte Beratung.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
34	Sehr gute Versorgungsform für schwer transportfähige Patienten.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
35	Sehr gute, neurologische Fachkompetenz.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
36	Sehr hohe Expertise bei MS und ALS.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
37	Sehr positiv überrascht über Ideen und Vorschläge.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
38	Sehr hohe Expertise und differenzierte Informationen zu	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)

	Mechanismen, Medikamenten und Vorgehensweisen.		
39	Sehr hoher, wahrgenommener Nutzen für Teams und Patienten.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
40	Sehr gute Bewertung von Telekonsilen als Kompensation fachlicher Defizite, fehlender Expertise im Team.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
HOHE ARBEITSZUFRIEDENHEIT			
41	Unkomplizierter Einsatz von Telekonsilen.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
42	Telekonsil entsprach positiv den Erwartungen.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
43	Einfache, technische Vorbereitung.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
44	Hohe Relevanz von Telekonsilen für neurologische Notfälle und Symptomkontrolle in der Palliativversorgung.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
45	Komplikationsloser, nicht aufwändiger Einsatz.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
46	Einfache Bedienung und Technologie, damit verbunden: hohe Technikakzeptanz auch bei älteren Menschen.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
47	Angemessene Dauer.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
48	Telekonsil als sinnvolle Ergänzung zur häuslichen Versorgung.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
49	Sachlich und zielgerichteter Inhalt.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
50	Zusätzliche Expertise erzeugt Sicherheit bei Patienten und Angehörigen.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
51	Telekonsil erzeugt Sicherheit für die weitere Behandlung.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
52	Telekonsil als Projekt zur Weiterentwicklung der Palliativversorgung.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
53	Videofunktion unterstützt den fachlichen Austausch zwischen Arzt und Konsilarzt.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
54	Unkomplizierte Vorbereitung.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
55	Unkomplizierter Aufbau und Ablauf.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
56	Positive Bewertung des Telekonsils, auch wenn nicht alle Konsile zum erwünschten Ergebnis führen konnten.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
57	Guter, fachlicher Austausch.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
58	Unkomplizierte Nutzung von Telekonsilen.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
59	Unkomplizierte, gute Beratung.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)

60	Hilfreiche Beratung im häuslichen Umfeld von Patienten.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
<b>MITTLERE ARBEITZUFRIEDENHEIT</b>			
61	Viel Aufwand für Studienteilnahme, insbesondere Aufklärungen, führte zu weniger Telekonsilen als erwartet.	ArbZ mittel	(Ärzt:in, SAPV)
62	Studienteilnahme war mit Belastungen für Patienten und Angehörige verbunden, führte zu weniger Telekonsilen.	ArbZ mittel	(Ärzt:in, SAPV)
63	Unterschiedliche Wahrnehmungen des Aufwands für Telekonsile innerhalb des Teams.	ArbZ mittel	(Ärzt:in, SAPV)
64	Hoher Aufwand für Studienteilnahme.	ArbZ mittel	(Ärzt:in, SAPV)

Tabelle 6: Kodierung für die Kategorie Arbeitszufriedenheit (konsilanfragende Ärzt:innen)

<b>Arbeitszufriedenheit (AZ)</b>	<b>sehr hoch</b>	<b>hoch</b>	<b>mittel</b>	<b>niedrig</b>	<b>sehr niedrig</b>	<b>nicht erschließbar</b>
Absolute Häufigkeit der extrahierten Fundstellen zu einer Kategorie	40	20	4	0	0	0
Prozentuale Häufigkeit der extrahierten Fundstellen in Bezug auf alle Kategorien	62.50	31.25	6.25	00.00	00.00	00.00
Absolute Häufigkeit an Dokumenten mit Fundstelle	6	6	3	0	0	0
Prozentuale Häufigkeit der Dokumente mit Fundstelle in Bezug auf alle Dokumente	100.00	100.00	50.00	00.00	00.00	00.00

Tabelle 7: Kategorienstatistik für die Kategorie Arbeitszufriedenheit (konsilanfragende Ärzt:innen)

	<b>Anforderung</b>	<b>Kodierung</b>	<b>Fundstelle</b>
<b>SEHR HOHE ARBEITZUFRIEDENHEIT</b>			
01	Sehr froh über fachneurologische Telekonsile.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)



## 01NVF19004\_TANNE Anhang Nr. 14 Qualitative Daten Prozessevaluation

02	Sehr gut, dass alle Anwesenden einbezogen worden sind.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
03	Sehr gut, dass Kollegen den Patienten über das Tablet gesehen haben und direkt kommunizieren konnten.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
04	Ablauf wurde als problemlos empfunden.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
05	Sehr aufgeschlossene Angehörige und Patienten.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
06	Sehr zufrieden mit Telekonsil insgesamt.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
07	Erst skeptisch, dann sehr positiv überrascht.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
08	Sehr positive Unterstützung.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
09	Sehr gewinnbringend bezüglich medizinischer Fragestellungen.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
10	Sehr spezielle Facharztberatung.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
11	Sehr begeistert über Beratungsmöglichkeit.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
12	Sehr positive Bewertung bei sehr speziellen Fragestellungen.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
13	Sehr hohes subjektives Sicherheitsempfinden bei Botox-Behandlung.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
14	Sehr positive Bewertung von Telekonsilen als Chance für die Palliativversorgung.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
15	Sehr gute und fachlich hoch kompetente Beratung.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
16	Telekonsil als Segen, führte zu einer deutlichen Verbesserung.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
17	Sehr angenehme Zusammenarbeit.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
18	Sehr positive Gesamtbewertung.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
19	Sehr unkomplizierter Ablauf von Telekonsilen.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
20	Sehr guter Ablauf.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
21	Sehr positiv, dass Angehörige mit einbezogen wurden.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
22	Sehr guter Ablauf.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
23	Zusammenarbeit extrem unkompliziert und absolut zeitnah.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
24	Große Begeisterung, hoher Nutzen für professionelles Handeln im Team.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)
25	Telekonsil wurde als sehr spannend empfunden.	ArbZ sehr hoch	(Ärzt:in, SAPV)

HOHE ARBEITSZUFRIEDENHEIT			
26	Videokonsil besser als Telekonsil, Sichtbarkeit des Patienten wichtig.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
27	Beruhigend zu wissen, dass es die Möglichkeit für Telekonsile gibt.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
28	Information und Beratung zu Behandlungsalternativen.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
29	Vorteile von Telekonsil gegenüber Telefonkonsil.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
30	Bewertung von Telekonsil als gute Sache.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
31	Unproblematische Vorbereitung.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
32	Erwartungen wurden vollstens erfüllt.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
33	Entlastung durch erhöhte Sicherheit bei diagnostischer und therapeutischer Unsicherheit, wirkt präventiv für das gesamte Team.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
34	Telekonsil als optionales Werkzeug in der Palliativmedizin.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
35	Ablauf war angenehm stressfrei.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
36	Sehr gutes, unverzichtbares Beratungsangebot.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
37	Hohe Sicherheit bei Botox-Behandlung.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
38	Keine Probleme beim Ablauf von Telekonsilen.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
39	Telekonsil als Kompetenzerweiterung innerhalb der SAPV.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
40	Vermittlung von Ruhe und Zuversicht bei Telekonsil-Beratung.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
41	Erhalt von Informationen zur Selbstinformation.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
42	Telekonsil als Austausch zwischen Palliativmedizinerinnen und Neurologen.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
43	Gute Bewertung von Ablauf und Inhalt der Telekonsile.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
44	Sehr positiv überrascht über Botox-Behandlung.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
45	Entlastung für Ärzte durch Fachärzte, die unterstützen und Sicherheit geben.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
46	Einfache Terminierung.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
47	Telekonsil vermittelt Sicherheit für Angehörige.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
48	Zweites Augenpaar mit spezifischer neurologischer Expertise.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)

## 01NVF19004\_TANNE Anhang Nr. 14 Qualitative Daten Prozessevaluation

49	Zusätzliche Sicherheit, zusätzliches Standbein.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
50	Unkomplizierte Einbindung von Telekonsilen in Arbeitsabläufe.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
51	Unproblematischer Ablauf von Telekonsilen.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
52	Zeitersparnis durch diagnostische und therapeutische Absicherung.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
53	Entlastung aufgrund von Wissensvermittlung.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
54	Unterstützung durch Wissen und pragmatische Entscheidungen.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
55	Telekonsil als Möglichkeit, etwas dazuzulernen.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
56	Positives Feedback von Patienten.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
57	Mehr Zeit für Patienten bei Telekonsil im Vergleich zum Besuch in der neurologischen Praxis.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
58	Sinnvolle Maßnahme, um Symptomlast zu lindern.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
59	Direkter Ansprechpartner, der den Patienten auch sieht.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
60	Unterstützung beim Ausfüllen von Fragebögen durch Studienbüro.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
61	Einfache Bedienung auch für ältere, nicht-technikaffine Kollegen aus dem Team.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
62	Hohes Interesse an neurologischem Wissen im SAPV-Team.	ArbZ hoch	(Ärzt:in, SAPV)
MITTLERE ARBEITSZUFRIEDENHEIT			
63	Einverständnis der Angehörigen als zeitintensiver Aspekt.	ArbZ mittel	(Ärzt:in, SAPV)
64	Ambivalenz zwischen Notwendigkeit der Beratung und Erwünschtheit derselben seitens des Angehörigen.	ArbZ mittel	(Ärzt:in, SAPV)
65	Fehlende Akzeptanz bei Angehörigem erschwert Durchführung von Telekonsil.	ArbZ mittel	(Ärzt:in, SAPV)
66	Unsicherheit bei der Übermittlung von untersuchungsrelevanten Informationen hinsichtlich Vollständigkeit.	ArbZ mittel	(Ärzt:in, SAPV)
67	Bewertung bis auf wenige Ausnahmen positiv.	ArbZ mittel	(Ärzt:in, SAPV)
NIEDRIGE ARBEITSZUFRIEDENHEIT			
68	Telekonsil als zusätzlicher Aufwand.	ArbZ niedrig	(Ärzt:in, SAPV)

69	Studienteilnahme als hohe Belastung, Ausfüllen von Fragebögen ungut für Angehörige nach Todesfall.	ArbZ niedrig	(Ärzt:in, SAPV)
70	Hoher Arbeitsaufwand für Telekonsil innerhalb des Teams.	ArbZ niedrig	(Ärzt:in, SAPV)
71	Technische Probleme, schlechte Datenverbindung.	ArbZ niedrig	(Ärzt:in, SAPV)
72	Hohe Belastung für Angehörige durch Fragebögen.	ArbZ niedrig	(Ärzt:in, SAPV)
73	Technische Probleme, Verbindungsprobleme.	ArbZ niedrig	(Ärzt:in, SAPV)
74	Ansprechperson für Telekonsil war mehrfach nicht erreichbar, mehrere Telekonsile kamen nicht zustande.	ArbZ sehr niedrig	(Ärzt:in, SAPV)
75	Sehr hoher mühsamer Aufwand für Vor- und Nachbearbeitung, kein Bock auf Telekonsil.	ArbZ sehr niedrig.	(Ärzt:in, SAPV)
<b>ARBEITZUFRIEDENHEIT NICHT ERSCHLIESSBAR</b>			
76	Therapeutische Empfehlung spätestens am nächsten Tag hinfällig.	ArbZ nicht erschließbar.	(Ärzt:in, SAPV)

**Tabelle 8: Kodierung für die Kategorie Arbeitszufriedenheit (konsilanfragende Ärzt:innen mit mehrfacher Konsilerfahrung) Gruppeninterviews.**

<b>Arbeitszufriedenheit (AZ)</b>	<b>sehr hoch</b>	<b>hoch</b>	<b>mittel</b>	<b>niedrig</b>	<b>sehr niedrig</b>	<b>nicht erschließbar</b>
Absolute Häufigkeit der extrahierten Fundstellen zu einer Kategorie	12	8	3	0	0	1
Prozentuale Häufigkeit der extrahierten Fundstellen in Bezug auf alle Kategorien	50.00	33,33	12.50	00.00	00.00	04.17
Absolute Häufigkeit an Dokumenten mit Fundstelle	2	2	1	0	0	1
Prozentuale Häufigkeit der Dokumente mit Fundstelle in Bezug auf alle Dokumente	100.00	100.00	50.00	00.00	00.00	50.00

**Tabelle 9: Kategorienstatistik für die Kategorie Arbeitszufriedenheit (konsilanfragende Ärzt:innen mit mehrfacher Konsilerfahrung) Gruppeninterviews**

<b>Anforderung</b>	<b>Kodierung</b>	<b>Fundstelle</b>
--------------------	------------------	-------------------

SEHR HOHE ARBEITSZUFRIEDENHEIT			
01	Optimale Vorbereitung seitens der SAPV-Teams.	ArbZ sehr hoch	(Konsilärzt:in)
02	Spannende Erfahrungen im Rahmen von Telekonsilen.	ArbZ sehr hoch	(Konsilärzt:in)
03	Sehr hohe Arbeitszufriedenheit wegen interessantem Betätigungsfeld.	ArbZ sehr hoch	(Konsilärzt:in)
04	Spannende Erweiterung der Palliativversorgung.	ArbZ sehr hoch	(Konsilärzt:in)
05	Sehr gute Nachbereitung der Telekonsile mit schriftlicher Information über Inhalte des Telekonsils für SAPV-Teams.	ArbZ sehr hoch	(Konsilärzt:in)
06	Sehr spannende Krankheitsfälle.	ArbZ sehr hoch	(Konsilärzt:in)
07	Sehr gute Vorbereitung der Teams vor Ort.	ArbZ sehr hoch	(Konsilärzt:in)
HOHE ARBEITSZUFRIEDENHEIT			
08	Keine technischen Probleme.	ArbZ hoch	(Konsilärzt:in)
09	Gefühl, Beratung wird gut angenommen.	ArbZ hoch	(Konsilärzt:in)
10	Gute Positionierung von Kamera, Patient und Angehörigen.	ArbZ hoch	(Konsilärzt:in)
MITTLERE ARBEITSZUFRIEDENHEIT			
11	Internetverbindung für Telekonsil nicht immer zuverlässig.	ArbZ mittel	(Konsilärzt:in)
12	Teilweise Nachfragen zu medizinischen Fragestellungen, die eigentlich bekannt sein sollten.	ArbZ mittel	(Konsilärzt:in)
13	Teilweise kein Feedback zu Telekonsil.	ArbZ mittel	(Konsilärzt:in)
14	Teilweise eingeschränkte Sicht auf Patienten.	ArbZ mittel	(Konsilärzt:in)
15	Keine Rückmeldung zu Behandlungsempfehlungen.	ArbZ mittel	(Konsilärzt:in)
16	Wunsch nach Nachbesprechung, Kontrolle, Wiedervorstellung für Verbesserung der telekonsiliarischen Gesamtleistung.	ArbZ mittel	(Konsilärzt:in)

Tabelle 10: Kodierung für die Kategorie Arbeitszufriedenheit (konsilgebende Ärzt:innen)

Arbeitszufriedenheit (AZ)	sehr hoch	hoch	mittel	niedrig	sehr niedrig	nicht erschließbar
Absolute Häufigkeit der extrahierten Fundstellen zu einer Kategorie	7	3	6	0	0	0

01NVF19004\_TANNE Anhang Nr. 14 Qualitative Daten Prozessevaluation

Prozentuale Häufigkeit der extrahierten Fundstellen in Bezug auf alle Kategorien	43.75	18.75	37.50	00.00	00.00	00.00
Absolute Häufigkeit an Dokumenten mit Fundstelle	2	2	1	0	0	0
Prozentuale Häufigkeit der Dokumente mit Fundstelle in Bezug auf alle Dokumente	100.00	100.00	50.00	00.00	00.00	00.00

**Tabelle 11: Kategorienstatistik für die Kategorie Arbeitszufriedenheit (konsilgebende Ärzt:innen)**

## TANNE – Webinare und Vorträge

### Organisatorische Themen

- Start-up Webinar von Dr. Weck für den Interventions- und Kontrollarm zum Studienstart
- Webinar – Studienablauf von Dr. Weck jeweils für den Interventions- und Kontrollarm zum Studienstart
- Webinar - Update/Questions&Answers von Prof. Lorenzl, Dr. Weck, Hr. Reichmann, Hr. Galchenko für den Interventionsarm; 23.09.2021
- Webinar - Update/Questions&Answers (Kontrollarm) von Prof. Lorenzl, Dr. Weck, Hr. Reichmann, für alle am Projekt Mitarbeitenden; 27.09.2021
- Webinar – Einführung in die nächste Studienphase (Telekonsilanwendung) ab 01.06.2022 von Frau Dr. Weck an den Kontrollarm, 28.04.2022, 09.05.2022, 16.05.2022
- Webinar - Tipps und Tricks im Umgang mit dem Tablett bei Telekonsilen, Hr. Galchenko für alle Projekt-Teilnehmer, 29.09.2022

### Fachliche Themen

- Webinar – Delir von Prof. Lorenzl für Ärzte des Interventionsarms; 20.02.2021
- Webinar – Akupressur und Akupunktur in der Neuropalliative Care von Prof. Lorenzl für Pflegende des Interventionsarms; 05.07.2021
- Webinar – Cannabis von Prof. Lorenzl für den Interventionsarm; 22.11.2021
- Webinar - Epileptische Anfälle in der Neuropalliative Care von Dr. Weck für Pflegende des Interventionsarms, 21.02.2021
- Webinar - Maligne hirneigene Tumore von Dr. Weck für den Interventionsarm, 21.03.2021
- Webinar – Fallbesprechungen von Dr. Weck und Prof. Lorenzl für alle Projekt-Teilnehmer, 20.06.2022
- Webinar - PEG-Anlage bei neurodegenerativen Erkrankungen von Dr. Weck für die Pflegende, 25.07.2022
- Webinar – Myoklonien in Palliative Care von Prof. Lorenzl für alle Teilnehmenden, 02.02.2023
- Webinar – Stroke in der Palliative Care von Dr. Weck für alle Teilnehmenden, 02.03.2023

### Einzelvorträge Teamindividuell

- Webinar - Neurologische Erkrankungen in der Palliativ Care von Dr. Weck, 17.11.2022
- Webinar - Vortrag über Neuropalliative Care von Dr. Weck, 22.11.2022
- Vortrag über Myoklonien von Dr. Weck, 23.01.2022
- TANNE Schulung Frau Dr. Weck, Caritas Aichach-Friedberg, 11.07.2022

## Ergebnisse Fallbackstrategie

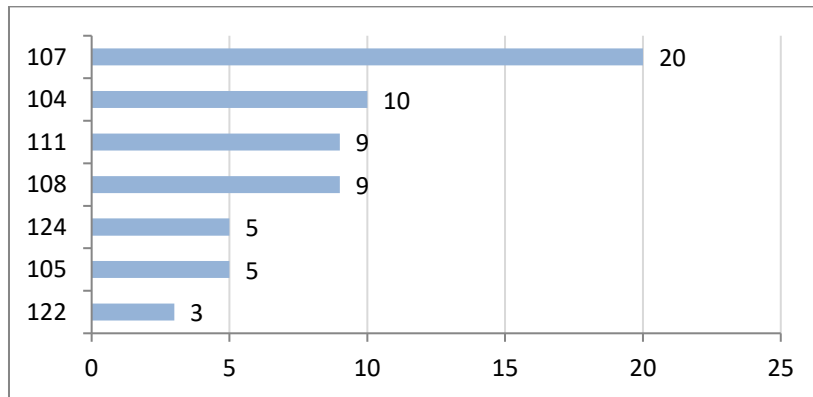


Tabelle 1: Anzahl der Patient:innen der historischen Kontrollgruppe je Team.

		Gruppe		std.
		Kontrollgruppe (N=14)	HKG (N=61)	Differenzen
Alter [Jahre] zu Beginn der Versorgung	Mean ± SD	61.1 ± 9.6	66.2 ± 14.6	0.406

		Gruppe		std.		
		Kontrollgruppe (N=14)		HKG (N=61)	Differenzen	
		n	%	n	%	
Geschlecht: männlich		7	50.00	33	54.10	0.082
Geschlecht: weiblich		7	50.00	28	45.90	0.082
Pflegegrad: Pflegegrad 1		1	7.14	0	0.00	0.392
Pflegegrad: Pflegegrad 2		4	28.57	12	19.67	0.209
Pflegegrad: Pflegegrad 3		3	21.43	12	19.67	0.043
Pflegegrad: Pflegegrad 4		3	21.43	10	16.39	0.129
Pflegegrad: Pflegegrad 5		0	0.00	6	9.84	0.467
Pflegegrad: kein Pflegegrad vorhanden		1	7.14	16	26.23	0.530
Pflegegrad: keine Angabe zum Pflegegrad		2	14.29	5	8.20	0.194
Aufenthaltsort: Häusliche Versorgung		12	85.71	47	77.05	0.224
Aufenthaltsort: Senioren- und Pflegeheim		0	0.00	10	16.39	0.626

Tabelle 2: Quantifizierung der Balanciertheit der HKG mit den Kontrollpatient:innen in der TANNE-Studie anhand standardisierter Differenzen - Kontinuierliche Variablen - Alter, oberer Abschnitt, kategoriale Variablen, unterer Abschnitt.



Anhang 16: Ergebnisse Fallbackstrategie

Vergleichsgruppe und Studienarm		Bewertung Schwere des Symptoms durch unabhängigen Rater										Gesamt	
		1		2		3		4		5			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	0	0	0	6	26.1	16	69.6	1	4.3	23	100
	S 1,2	0	0	0	0	5	29.4	9	52.9	3	17.6	17	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	11	27.5	25	62.5	4	10.0	40	100
verz. IG	S 2,2	0	0	0	0	4	28.6	9	64.3	1	7.1	14	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	15	27.8	34	63.0	5	9.3	54	100
KG	S 2,1	0	0	0	0	4	26.7	11	73.3	0	0	15	100
HKG		0	0	0	0	12	20.0	31	51.7	17	28.3	60	100

Tabelle 3: Bewertung aller Fälle durch den unabhängigen Rater, hinsichtlich der Schwere des neurologischen Problems/Symptoms. 1 = nicht schwer, 5 = besonders schwer.

Bewertung Schwere des Symptoms durch AGA	N	%
1	2	3.3
2	13	21.3
3	30	49.2
4	14	23.0
5	2	3.3
Gesamt	61	100

Tabelle 4: Bewertung der historischen Kontrollgruppe, hinsichtlich der Schwere des neurologischen Problems/Symptoms durch das Studienbüro. 1... nicht schwer, 5... besonders schwer.

Vergleichsgruppe und Studienarm		Behandlung Leitliniengerecht?				Gesamt	
		Ja		Nein			
		N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	17	94.4	1	5.6	18	100
	S 1,2	13	100	0	0	13	100
	Gesamt (S 1)	30	96.8	1	3.2	31	100
verz. IG	S 2,2	11	100	0	0	11	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	41	97.6	1	2.4	42	100
KG	S 2,1	6	100	0	0	6	100
Fallback		37	88.1	5	11.9	42	100

Tabelle 5: Anteil der leitliniengerechten Behandlung laut unabhängiger Rater.

Anhang 16: Ergebnisse Fallbackstrategie

Behandlung Leitliniengerecht?	IG				verz. IG		KG		Fallback	
	S 1,1		S 1,2		S 2,2		S 2,1			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Fehlend	18	72.0	13	65.0	11	68.8	6	37.5	42	68.9
Fehlend	7	28.0	7	35.0	5	31.3	10	62.5	19	31.1

Tabelle 6: Anzahl der nicht-fehlenden und fehlenden Werte zu Berechnung des Anteils der leitliniengerechten Behandlung.

Vergleichsgruppe und Studienarm		Therapie aus Sicht Neuropalliativer Experte geeignet?									
		sehr geeignet		eher geeignet		eher... <sup>1</sup>		überhaupt... <sup>2</sup>		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	12	52.2	11	47.8	0	0	0	0	23	100
	S 1,2	8	47.1	9	52.9	0	0	0	0	17	100
	Gesamt (S 1)	20	50.0	20	50.0	0	0	0	0	40	100
verz. IG	S 2,2	10	71.4	4	28.6	0	0	0	0	14	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	30	55.6	24	44.4	0	0	0	0	54	100
KG	S 2,1	1	10.0	9	90.0	0	0	0	0	10	100
Fallback		25	46.3	27	50.0	2	3.7	0	0	54	100

Tabelle 7: Bewertung aller aufbereiteten Fälle, hinsichtlich der Geeignetheit der Therapie bezogen auf das Event.

Vergleichsgruppe und Studienarm		Wäre die Krankenhauseinweisung durch das hinzuziehen einer neurologischen Expertise verhinderbar gewesen?								Gesamt	
		ja		eher ja		eher nein		nein			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	S 1,2	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
	Gesamt (S 1)	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
verz. IG	S 2,2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
KG	S 2,1	0	0	3	33.3	6	66.7	0	0	9	100
Fallback		0	0	5	31.3	6	37.5	5	31.3	16	100

Tabelle 8: Bewertung der Krankenhauseinweisungen aus Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. bezüglich der Vermeidbarkeit durch eine neuropalliative Beratung.

## Technische Evaluation

Vergleichsgruppe und Studienarm		SUS Grading								Gesamt	
		100... <sup>1</sup>		99-81... <sup>2</sup>		80-60... <sup>3</sup>		<60... <sup>4</sup>			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IG	S 1,1	2	11.8	9	52.9	6	35.3	0	0	17	100
	S 1,2	6	42.9	7	50.0	1	7.1	0	0	14	100
	Gesamt (S 1)	8	25.8	16	51.6	7	22.6	0	0	31	100
verz. IG	S 2,2	4	33.3	5	41.7	3	25.0	0	0	12	100
	Gesamt (S 1 + S 2,2)	12	27.9	21	48.8	10	23.3	0	0	43	100

Tabelle 1: Grading entsprechend dem Gesamt Score des System Usability Scale.

1- 100 - entsprechen einem perfekten System ohne Usability-Probleme

2- 99-81 - Werte über 80 deuten auf eine gute bis exzellente Usability hin

3- 80-60 - Werte zwischen 60 und 80 sind als grenzwertig bis gut zu interpretieren

4-<60 - Werte unter 60 sind Hinweise auf erhebliche Usability-Probleme

## Sekundäre Endpunkte - Lebensqualität

### McGillQOL

Quality of Life	tV		t2	
	IG	KG	IG	KG
	N = 11	N = 4	N = 11	N = 4
N(fehlernd)	0	0	0	0
Mittelwert	3.3	3.8	3.5	4.0
STD	1.9	3.0	2.1	1.2
Min	1	0	1	3
Q1	2.0	1.5	2.0	3.0
Median	3.0	4.0	3.0	4.0
Q3	5.0	6.0	5.0	5.0
Max	6	7	8	5
Änderung zu tV	-	-	N = 11	N = 4
N(fehlernd)			0	0
Mittelwert			0.2	0.3
STD			2.1	3.1
Min			-3	-4
Q1			-1.0	-2.0
Median			0.0	1.0
Q3			1.0	2.5
Max			5	3

Tabelle 1: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung im McGill QOL – deskriptive Statistik, complete cases.

			N	Estimate	Lower	Upper	Pr >  t
Veränderung Quality of Life	Vergleichsgruppe	IG	11	0.354	-2.324	3.032	0.702
		KG	4	0.045	-4.557	4.648	0.977

Tabelle 2: Statistische Analyse der intraindividuellen Veränderung – Mc Gill QOL

	Estimate	Lower	Upper	Pr >  t
Veränderung McGill (Patienten)				

## 01NVF19004\_TANNE Anhang Nr. 18 Sekundäre Endpunkte

IG+verz. IG vs. KG	0.098	-2.923	3.119	0.940
IG (beschränkt auf 1. Jahr) vs. KG	-0.334	-5.508	4.839	0.850
IG + verz. IG (bei vollständig umgesetzter Konsilempfehlung) vs. KG	-0.493	-6.703	5.716	0.765
IG vs. KG; Alters-adjustiert	-0.316	-7.595	6.962	0.869
IG + verz. IG vs. KG; Alters- adjustiert	-0.312	-3.407	2.783	0.806
IG (beschränkt auf 1. Jahr) vs. KG; Alters-adjustiert	-0.699	-7.916	6.517	0.717
IG + verz. IG (bei vollständig umgesetzter Konsilempfehlung) vs. KG; Alters- adjustiert	-0.812	-19.731	18.107	0.682

---

**Tabelle 3: Statistische Analyse der Intervention für McGill QOL – Sensitivitätsanalysen.**

## Beschreibung der Missings

Die Daten der folgenden Tabelle beziehen sich auf das Evaluationsset. Es werden die eventbezogenen Visiten aufgelistet. Bei 10 Patienten wurde weder vor noch nach Konsil eine Visite durchgeführt, d.h. hier wurden keine Daten durch die Professionellen (Ärzt:innen, Pflegende der Leistungserbringer) erhoben.

tV - Vor Konsil / Zum Event	t2 - Nach Konsil / Nach Event	N	%
X	X	59	72.7
-	-	10	13
X	-	6	7.8
-	X	2	2.6

Table 1: Übersicht über Eventbezogene Visiten im Evaluationsset. X... Visite durchgeführt, -... Visite fehlend,

Die folgende Tabelle listet auf, wie viele komplett ausgefüllte iPOS Fragebögen (Professionelle) vorhanden sind. Aufgeteilt werden die Daten nach Interventionsgruppe (inkl. verzögerte Intervention) und Kontrollgruppe. In den Zeilen Subskalen werden die für die jeweilige Subskala komplett ausgefüllten Fragebögen aufgelistet.

Erhebung	Anzahl IG + verzögerte IG	Anzahl KG
IPOS Gesamtscore	24	6
<u>Subskalen</u>		
Körperliche Symptome	38	8
Gastro-Intestinale Symptome	43	7
Psychologische und Praktische Probleme	30	7

Table 2: Anzahl der Complete Cases für Interventionsgruppe (S1,1 und S1,2) inklusive verzögerte Interventionsgruppe und die KG Kontrollgruppe (S2,1). Aufgelistet nach Gesamtscore und Subscores.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Gründe für fehlende Visiten.

Erhebungszeitpunkt	Grund für Missing	
<b>TV und T2 Missing</b>	Krankenhauseinweisung	<b>9</b>
	Andere (Notfalltelefonat)	<b>1</b>
<b>T2 Missing</b>	Krankenhauseinweisung	<b>1</b>
	Verstorben	<b>5</b>
<b>TV Missing</b>	Andere (tr statt t1 ausgefüllt)	<b>1</b>
	Unklar	<b>1</b>
	<b>N=</b>	<b>18</b>

Table 3: Gründe für fehlende Fragebögen bei Eventbezogenen Visiten.

## Fragebogenstruktur:

Durch unterschiedliche Wege im Fragenverlauf ergibt sich eine Mindestfragenanzahl von 7 und ein Maximum von 11 Fragen pro befragte Person.

Erster Teil – Strukturinformation:

Im ersten Teil wurde zunächst die berufliche Position der Teilnehmenden erfragt. Eine Mehrfachauswahl war möglich, da innerhalb der SAPV-Teams und Hospize nicht auszuschließen ist, dass eine Person mehrere Ämter bzw. Positionen innerhalb der Institution ausübt. Mit der nächsten Frage wurden die Teilnehmer:innen der Online-Befragung in drei Gruppen aufgeteilt:

- TANNE-Projekt Teilnehmer:innen,
- TANNE-Projekt Ablehner:innen und
- Personen, die im Verlauf des Projekts ihre Teilnahme an der TANNE-Studie zurückgezogen haben.

Abhängig von der gewählten Antwort erscheint eine weitere Frage, welche nach der Inanspruchnahme von Unterstützungsmöglichkeiten (Videokonsil; Anfragen per Mail und Telefon) im Projekt TANNE fragt. Die letzte Frage des ersten Teils beschäftigt sich mit der möglichen Ablehnung weiterer Studien im Palliativbereich.

Zweiter Teil – Befragungsgruppen:

Die Kombinationen der Strukturinformationen des ersten Fragebogenteils ergeben sechs Gruppen.

- TANNE-Teilnahme nicht abgelehnt, Teilnahme bei anderen Studien abgelehnt
- TANNE-Teilnahme und Teilnahme bei Anderen abgelehnt
- TANNE-Teilnahme abgelehnt, Andere nicht abgelehnt
- TANNE-Teilnahme und Andere nicht abgelehnt
- TANNE-Teilnahme zurückgezogen, Andere nicht abgelehnt
- TANNE-Teilnahme zurückgezogen, Andere abgelehnt

Im zweiten Teil der Online-Befragung folgen je nach Gruppe und der zugrundeliegenden Kombination die Frage nach den Gründen für die Teilnahmeverweigerung an der TANNE-Studie und/oder an anderen Studien in der Palliativversorgung. Je nach Antwortverhalten im ersten Teil des Fragebogens, wird nach den Gründen des Rückzugs aus der TANNE-Studie gefragt. Neben den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten hat jede Frage ein Freitextfeld. Darüber hinaus sind bei jeder Frage Mehrfachantworten möglich.

Im Anschluss wird nach generellem Feedback bzw. Erfahrungen mit der TANNE-Studie und/oder weiteren Studien an denen bereits teilgenommen worden ist, gefragt. Da sowohl das Feedback als auch generelle Erfahrungen sehr individuell sind, wird an dieser Stelle ein Freitextfeld verwendet.

Dritter Teil – Implikationen für zukünftige Studien:

Der dritte und letzte Teil des Fragebogens nimmt ebenfalls wieder Bezug zu den vorherigen Antworten. Abhängig von den gegebenen Antworten wird erfragt, welche Eigenschaften eine Studie aufweisen müsste, damit die befragte Person an dieser teilnehmen würde. Die folgenden Fragen nach der Anzahl der Anfragen bzw. Teilnahmen an anderen Studien in den letzten fünf Jahren, sowie die Frage zur Relevanz von wissenschaftlicher Forschung in dem jeweiligen Tätigkeitsbereich wird jeder/m Teilnehmer:in gestellt, um darüber die grundsätzliche Teilnahmebereitschaft und das Interesse an Forschung ermitteln zu können.



## Anhang 21: Nichtteilnahme/Ablehnungsgründe

### Nichtteilnahme Ablehnungsgründe

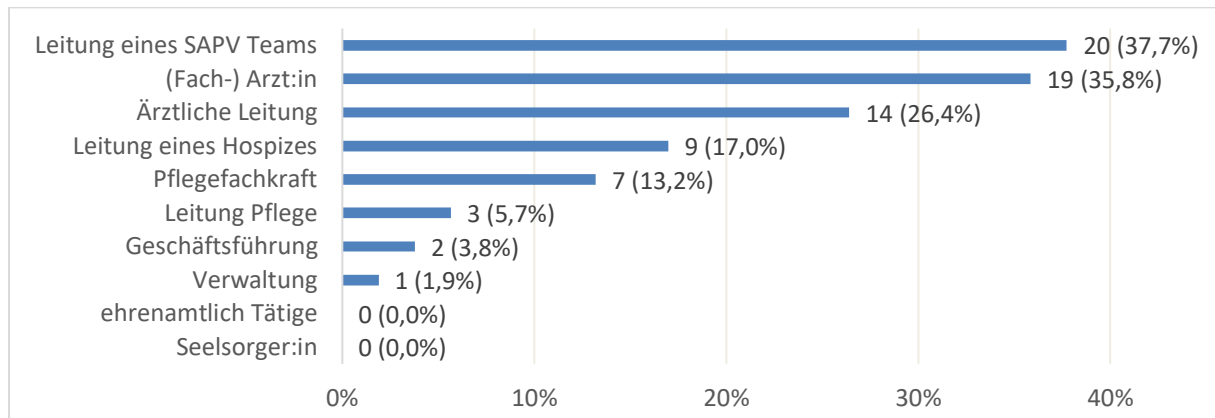


Abbildung 1: Berufliche Position der Teilnehmer:innen; N=53, Mehrfachantworten möglich

## Teilnehmende der Prozessevaluation (quantitativer Studienteil)

Untereinheit Fragebogen	Vergleichsgruppe und Studienarme					
	IG		verz. IG		IG ges.	KG
Einzelitems zur <b>Versorgungs- und Beratungszufriedenheit - Patient</b>	S1,1	S1,2	S1	S2,2	S1+S2, 2	S2, 1
<b>Nt</b>	9	3	12	7	19	5
<b>Item: Frage nach Zugang zu Spezialisten Nt</b>	8	3	11	7	18	5
<b>Konsilzufriedenheit - Professionelle</b>						
<b>Nt</b>	20	13	33	12	45	9
<b>Zufriedenheit mit der Videoberatung</b>						
<b>Nt</b>	9	3	12	7	19	5
<b>Item: Frage nach Organisation der Videoberatung Nt</b>	8	3	11	7	18	5

**Tabelle 1: Anzahl der Teilnehmenden zu den einzelnen Fragestellungen zur Zufriedenheit je Vergleichsgruppe und Studienarm. Nt... Anzahl der ausgefüllten Fragebögen. 1. Missing bei Item Frage nach Zugang zu Spezialisten und Frage nach Organisation der Videoberatung.**

Angaben zur Demografie aller Patienten, die Patient reported outcomes ausgefüllt haben, finden sich im Anhang 11.

## Teilnehmende der Prozessevaluation (qualitativer Studienteil)

[Anmerkung: An den Einzelinterviews haben jeweils eine und an den Gruppeninterviews jeweils zwei Personen teilgenommen. Die Gesamtzahl N bei der Darstellung der Ergebnisse im qualitativen Studienteil der Prozessevaluation bemisst sich nach der Anzahl die Dokumente (Transkripte) mit N=37. Die Anzahl der Teilnehmenden weicht mit N=42 somit von der Anzahl der Dokumente (Transkripte) ab.]

Erhebungsinstrument	Anzahl der Dokumente (Transkripte)
Einzelinterviews	32
Gruppeninterviews	5
	gesamt 37

Tabelle 2: Datengrundlage für die Prozessevaluation (qualitativer Studienteil) geordnet nach Erhebungsinstrumenten

Subgruppe	Anzahl der Teilnehmenden
Patient:innen	6
Angehörige	18
Konsilanfragende Ärzt:innen	12
Konsilgebende Ärzt:innen	2
Mitarbeitende aus dem Hospiz	4
	gesamt 42

Tabelle 3: Teilnehmende der Prozessevaluation (qualitativer Studienteil) geordnet nach Subgruppen

		Vergleichsgruppe und Studienarme				
		IG		verz. IG		ges.
		S1,1	S1,2	S1	S2,2	S1+S2,2
<b>Nt</b>		15	1	16	8	24
<b>Alter Mittelwert (STD)</b>		71.9 (16.8)	71.0 (-)	71.8 (16.2)	67.8 (10.5)	70.5 (14.4)
<b>Geschlecht (n; %)</b>	weiblich	7 (46.7)	0 (-)	7 (43.8)	2 (25.0)	9 (37.5)
	männlich	8 (53.3)	1 (100)	9 (56.3)	6 (75.0)	15 (62.5)
	divers/k. A.	0	0	0	0	0
<b>ECOG</b>	fehlend	0	1	0	4	5
	ECOG≤2	5 (33.3)	0 (-)	5 (33.3)	0	5 (26.3)
	ECOG>2	10 (66.7)	0 (-)	10 (66.7)	4 (100)	14 (73.7)

Tabelle 4: Demografische Daten der Patienten zu denen Interviews stattgefunden haben, Nt... Anzahl der ausgefüllten Fragebögen

22 (91,7%) der Patienten zu denen Interviews stattgefunden hatten wurden in SAPV betreut, 2 (8,3%) der Patienten wurden in einem Hospiz betreut.

# Ernährungssonden bei neurodegenerativen Erkrankungen

Christiane Weck, Stefan Lorenzl; 25.07.2022

# Erkrankungen

- Parkinson
- Atypische Parkinsonsyndrome
- Motoneuronenerkrankungen
- Demenz

# Gründe für Schluckstörung

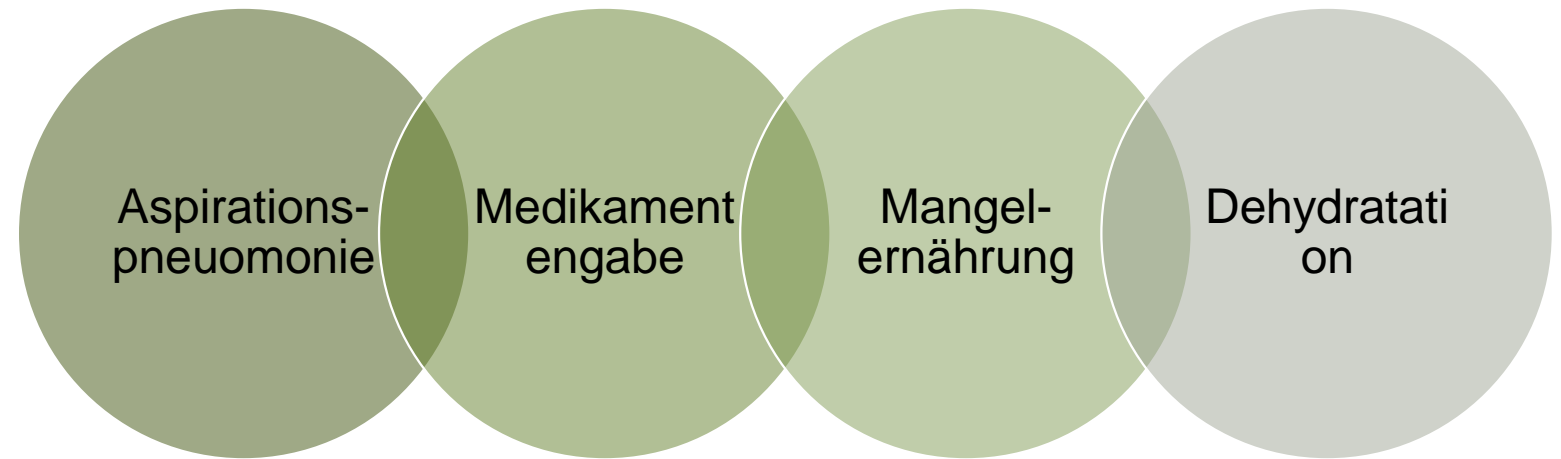
- Beginn in jeder Phase möglich
- Gründe:
  - Essen im Mund zu transportieren
  - Probleme zu kauen
  - Pseudohypersalivation/Siallorrhoe
  - Verminderter Schluckreflex
  - Gestörter Schluckprozess mit verzögertem oder inkomplettem Glottisschluss
  - Ösophagusperistaltik herabgesetzt

# Symptome

- Schwierigkeiten Nahrung oder Flüssigkeit zu schlucken
- Husten oder Würgen während oder nach der Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme
- unbeabsichtigter Gewichtsverlust
- häufiges Räuspern
- belegte Stimme nach dem Essen/Trinken
- Reflux
- Globusgefühl
- Schmerzen beim Schlucken
- Speichelfluss aus dem Mund



# Probleme



Allgemeine  
Empfehlungen

Konsistenz

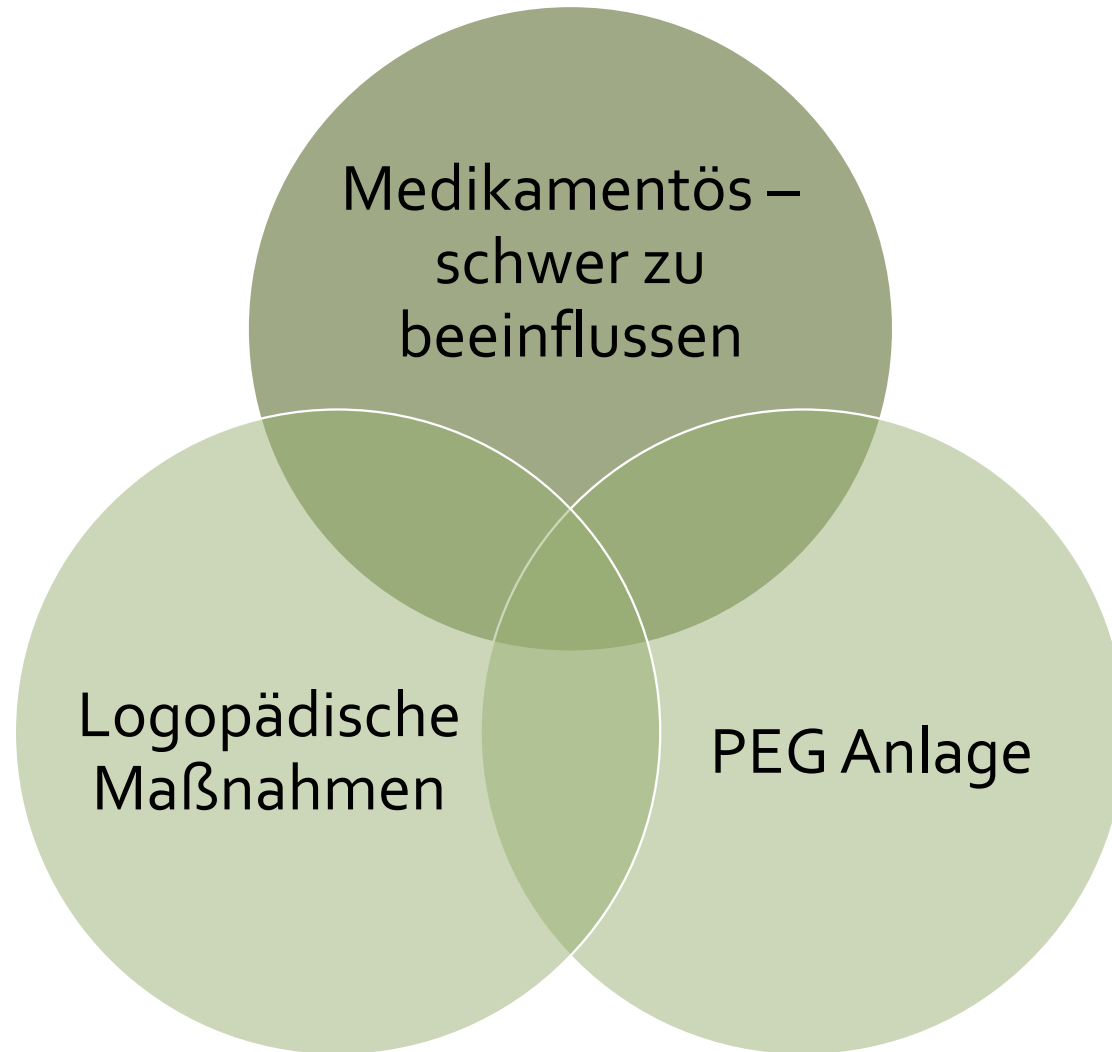
Aufrechte Position

On-Phase

Andicken

Angepasste Utensilien

# Therapie



# Ernährungs sonden

- Percutaneous endoscopic/radiologic Gastrostomy (PEG/PRG)
- Direct percutaneous endoscopic jejunostomy (DPEJ)



Lorenzl

# PEG/DPEJ

- Indikationen allgemein
  - Inadäquate Versorgung (qualitativ/quantitativ) >2-3/4 Wochen
  - Dysphagie mit der Gefahr der Atemwegsobstruktion, Dehydratation, Gewichtsverlust, Aspirationspneumonie
- Komplikationsraten 0-57%
- Frühe Komplikationen
  - Lokale Wundinfektion 15%
  - Schmerz
  - Fieber
  - Transiente Leckage
- Späte Komplikationen
  - Verstopfung/Leckage
  - Mortalitätsrate 0-28%
- Patienten mit neurodegenerativen Erkrankungen haben ein höheres Komplikationsrisiko

# Soziale Bedeutung von Essen

- Zuneigung
- Gastfreundschaft
- Religiöse  
Hintergründe



# Ethische und Soziale Überlegungen



## Vorteile

- Kalorienzufuhr
- Medikamentengabe
- Vereinfacht Pflege

## Nachteile

- Nimmt Autonomie
- Reduzierte Kontakte
- Komplikationen

# Parkinson

Möglichst früh im  
Krankheitsverlauf diskutieren

Wie, wann und warum eine  
Ernährung beendet werden  
soll, muss diskutiert werden,  
sobald die Option einer  
Ernährungssonde in Betracht  
gezogen wird.

Ausreichende  
Flüssigkeitszufuhr -  
Obstipation

Parkinsonmedikation über  
die Sonde gegeben kann den  
Zustand des Pat. über einen  
längeren Zeitraum  
verbessern



# Motoneuron- erkrankungen

- Im KH Verlauf/ wenige Monate nach Krankheitsbeginn/ erstes Symptom
- Malnutrition und Dehydratation
- Hohes Aspirations- und Pneumonierisiko

## Motoneuron- erkrankungen

- Rasch progredienter Verlauf (>1 Punkt ALS FRS/Monat)
- Frühzeitig begonnene hochkalorische Nahrung
- 30-Tagesmortalität von 3-11% (Risikofaktoren: hohes Alter, Malnutrition, schlechte Atemfunktion)
- ACP - Nutzungseinschränkungen oder Nutzungsverzicht nach individuellen Vorstellungen

# Demenz

- Menschen mit fortgeschrittenen Demenzen kein positiver Effekt auf Überlebenszeit und Ausmaß der Mangelernährung/Dehydratation

# Zusammenfassung

- Unterschiede bei den einzelnen KH Bildern
- Hoch individuelle Entscheidung – Entscheidungsprozess so früh als möglich beginnen (Anlage/ Beendigung)
- Essen bedeutet viel mehr als eine reine Zufuhr von Nährstoffen
- Parkinson/atpyische Parkinsonsyndrome – suffiziente Medikamentengabe

# 1. Fallbesprechung

20.06.2022

# 1. Fall

Patientin, 84a

Amyotrophe Lateralsklerose mit überwiegend bulbärer Symptomatik

Noch mobil, sitzt am Tisch, kommuniziert indem sie schreibt

## **Aktuelles Problem:**

Tagsüber rinnt Speichel aus dem Mund, nachts dann das Problem eines zu trockenen Mundes

# 1. Fall

**Progressive Bulbär Paralyse**

**Siallorhoe/Pseudohypersalivation**

# Amyotrophe Lateralsklerose

Degenerative Erkrankung des kortikospinalen Trakts (1. Motoneuron) und der Hirnnervenkerne und spinalen Vorderhörner (2. Motoneuron) (+ *frontotemporaler Kortex + sensibles System*)

- 3 klassische klinische Präsentationen
  - Bulbärer onset
  - Beginn an den Extremitäten (40-50% oEx, 20-30% uEx)
  - Progressive Muskelatrophie



# PBP

- Hirnnervenkerne IX-XII
- Dysarthrie, Dysphagie, Zungenatrophie, Zungenfaszikulationen,
- Keine periphere Beteiligung innerhalb der ersten 6 Monate
  
- Medianes Gesamtüberleben kürzer
- Ältere Frauen
- Wahrscheinlichkeit einer kognitiven Beeinträchtigung (FTD) höher

# Fall

- Arztbrief 11/2021
- Seit Ende 2020 progrediente Schluckstörung (trinken nur mehr wenn sehr konzentriert, Essen gehe besser)
- Mai 2021 plötzliche Sprechstörung
- Verlangsamtes Sprechen/Dysarthrie/Masseteratrophie/  
überspringende Reflexe an den Armen

# Pseudohyper- salivation

- Hypersalivation – Mehrproduktion von Speichel
- Relativer Speichelüberfluss

# Medikamentös

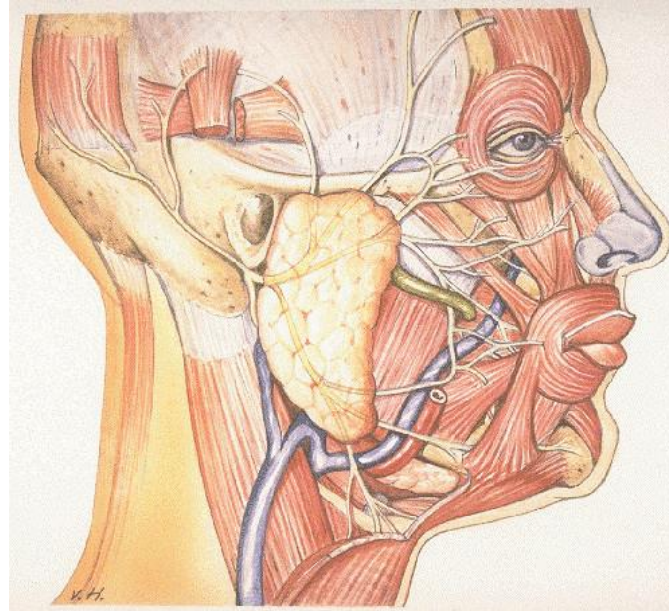
## Anticholinergika

- Scopolamin (Scopoderm TTS, 1-2 Pflaster alle 3d)
- Atropin (Atropintropfen (2 %-Lösung) 6-24 gtt p.o. 3 x tgl)
- Glycopyrrolat - (Robinul® 0,2-0,4 mg s.c. 3x tgl)

## Amitryptilin (Tropfenform)

## Gastrozepin (Pirenzepin)

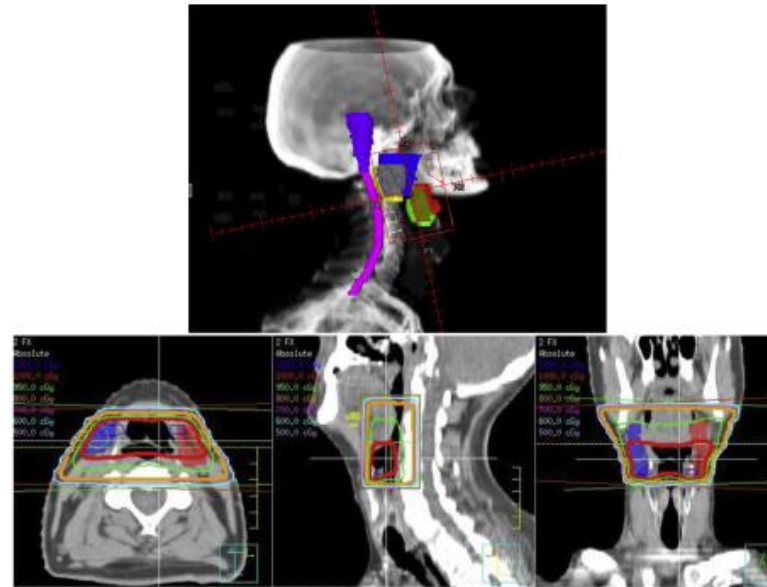
# Botoxtherapie



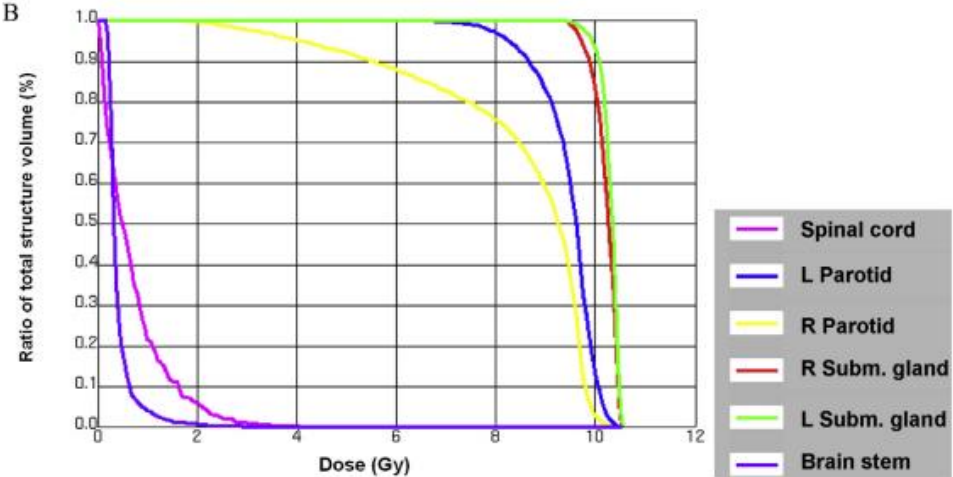
Anatomytool.org

# Bestrahlung

A



B



Abbreviations: R: right; L: left; Subm: submandibular gland; Gy, gray; DRR: Digital Reconstructed Radiograph.

**Fig. 1.** Radiation therapy dose–volume distribution in salivary glands. (A) Digital reconstructed radiograph (DRR) showing axial, sagittal, frontal dosimetric views and (B) dose–volume histogram using a 2-field technique.

# Bestrahlung

**Table 2** Sialorrhea Scoring Scale (SSS) grades and response criteria

Score	Description
1	Dry, never drools
2	Mild, only the lips are wet, occasionally
3	Mild, only the lips are wet, frequently
4	Moderate, wet on the lips and chin, occasionally
5	Moderate, wet on the lips and chin, frequently
6	Severe, drools to the extent that clothing becomes damp, occasionally
7	Severe, drools to the extent that clothing becomes damp, frequently
8	Profuse, clothing, hands and objects become wet, occasionally
9	Profuse, clothing, hands and objects become wet, frequently

Response criteria according to SSS	
1-3	Complete
4-5	Partial
6-9	Absence

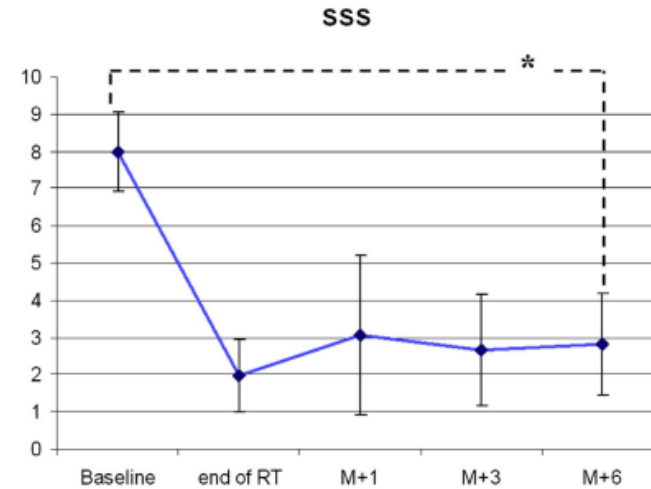
**Table 4** Grade 1 and 2 toxicities

	During RT n (%)	M1* n (%)	M3* n (%)	M6* n (%)
<b>Overall population</b>				
No. of patients assessed	50 (100)	50 (100)	41 (100)	38 (100)
Total no. of toxicities	17 (34)	4 (8)	6 (15)	2 (5)
Xerostomia	3 (6)	0 (0)	1 (2)	0 (0)
Mild pain	4 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Saliva thickening	3 (6)	4 (8)	5 (12)	2 (5)
Swallowing difficulty	2 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Taste modification	5 (10)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<b>According to RT dosage</b>				
No. of patients assessed				
10 Gy	30 (100)	30 (100)	23 (100)	21 (100)
20 Gy	20 (100)	20 (100)	18 (100)	17 (100)
Total no. of toxicities ( <i>P</i> <sup>†</sup> )	.6	.6	.4	.5
10 Gy	9 (30)	2 (7)	5 (22)	2 (9)
20 Gy	8 (40)	2 (10)	2 (11)	0 (0)

Abbreviation: RT = radiation therapy.

\* After RT.

† Fisher's exact test.



# 1. Fall

- Beginn mit Amitryptilin Tropfen 2-2-0 (ggf. steigern)
- Raumluft befeuchten für die Nacht, Sprühfläschchen mit Speichelfluss anregenden Substanzen Abends,



# Palliative Care Challenge of Patients with PBP

S. Bublitz

- 14 (13/1) Patienten
- 68.5 y Symptombeginn
- 27.5 m mittlere Überlebenszeit
- Dysarthrie – Schluckbeschwerden – Zungenbrennen
- Isolierte bulbäre Symptomatik median 24 m

# Sialorrhoe

- Häufigstes/herausforderndstes Symptom
- medikamentös (14/14)
  - Scopolamin 1 Pat. mit kognitiven Problemen
  - Amitriptylin 1 Pat. mit Kreislaufproblemen
- Botox (4/14)
- RX (1/14) (1 Pat. war geplant Durchführung nicht möglich)

# Zäher Schleim

9/14 – später im KH Verlauf, kein Ansprechen auf Anticholinergika

mechanischer Insufflator-Exsufflator / Hustenassistent / Cough Assist

7/14 - nicht toleriert von 3 Pat.

# Palliative Care Challenges

**TABLE 1B |** Demographic data and timeframe of interventions of patient cohort with progressive bulbar palsy.

	<b>Median (range)</b>	
Age at onset (years)	68.5 (53–80)	<i>n</i> = 14
Time to diagnosis (months)	10.5 (3–16)	<i>n</i> = 14
First spinal symptoms (months since onset)	24 (12–30)	<i>n</i> = 12
Gastrostomy placement (months since onset)	21 (5–27)	<i>n</i> = 11
Survival time after gastrostomy (months)	7 (0–15)	<i>n</i> = 9
NIV initiation (months since onset)	23 (16–30)	<i>n</i> = 7
Death (months since onset)	27.5 (7–37)	<i>n</i> = 10

# NIV

- 6/14 – Symptome nächtlicher Hypoventilation,
- 1/14 akuter Infekt
  
- Überwiegend nicht gut toleriert bei Siallorhoe/ Mundtrockenheit/  
Kollaps der Pharyngealen Muskulatur

# Sterbephase/ Todesort

- Sterbeort: 6/10 Krankenhaus
  - 3/6 ICU
  - 2/6 Neurologie
  - 1/6 Palliativstation
- Todesursache:
  - 4/10 Bronchopulmonaler Infekt
  - 4/10 exzessive orale Sekretion und ventilatorische Insuffizienz (ohne klinische Zeichen eines Infektes)
  - 1/10 Sturz
  - 1/10 kurz nach PEG Anlage –
- Symptomkontrolle in der Sterbephase
  - Morphin
  - Midazolam

# Maligne hirneigene Tumore in der Palliative Care

21.03.2022

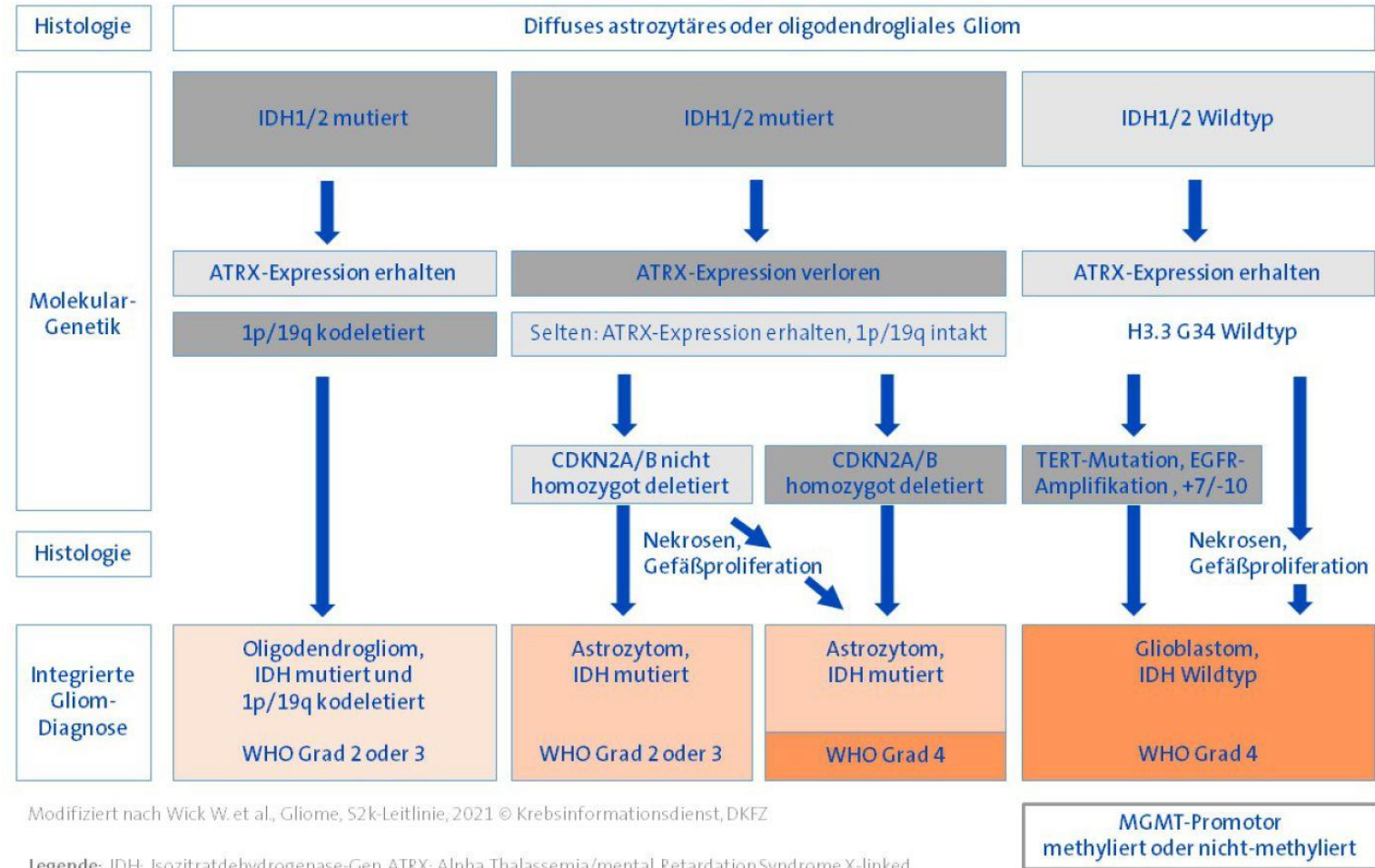
# Inhalt

- Allgemeines zu Tumoren
  - WHO Klassifikation
  - Therapien
  - Corticosteroide
- Allgemeines zur Palliative Care
- Symptome



# Allgemeines

## Diffuse Gliome vom Erwachsenentyp 2021



Modifiziert nach Wick W. et al., Gliome, S2k-Leitlinie, 2021 © Krebsinformationsdienst, DKFZ

**Legende:** IDH: Isozitratdehydrogenase-Gen, ATRX: Alpha Thalassemia/mental Retardation Syndrome X-linked, 1p/19q kodeletiert: Verlust des kurzen Arms von Chromosom 1 und des langen Arm von Chromosom 19, H3.3 G34-Wildtyp: Histon 3.3, Aminosäure Glycin an Position 34 nicht ausgetauscht, CDKN2A/B: Cyclin-Dependent Kinase Inhibitor 2A/B-Gen, TERT: Telomerase Reverse Transkriptase-Gen, EGFR: Epidermal Growth Factor Receptor-Gen, +7/-10: Trisomie 7 und Monosomie 10, WHO: World Health Organisation, MGMT: O6-Methylguanin-DNA-Methyltransferase, Farbcodierung Molekulargenetik Hellgrau/Dunkelgrau: Abwesenheit/Anwesenheit der wesentlichen molekularen Marker, Farbcodierung Integrierte Gliom-Diagnose Farbtintensität: zunehmend aggressives Tumorwachstum.

# Gesamt - Überleben

## TABELLE

### Charakteristika der drei wichtigsten molekularen Gruppen diffuser astrozytärer und oligodendroglialer Gliome des Erwachsenenalters

	Diffuse Gliome mit IDH-Mutation und 1p/19q-Kodeletion	Diffuse Gliome mit IDH-Mutation	Diffuse Gliome ohne IDH-Mutation
<b>Molekulare Biomarker</b>			
IDH1/2	mutiert	mutiert	Wildtyp
1p/19q	kodeletiert	intakt	intakt
ATRX	erhaltene nukleäre Expression	Verlust der nukleären Expression	erhaltene nukleäre Expression
hTERT-Promotor	mutiert	Wildtyp	mutiert
<b>Typischerweise assoziierte histologische Befunde und Prognose</b>			
Histologie	oligodendrogliale	astrozytär	astrozytär
WHO-Grad	II oder III	II oder III (selten IV)	IV (selten II oder III)
Medianes Gesamtüberleben	> 15 Jahre	8–12 Jahre	< 2–3 Jahre

Dt. Ärzteblatt

# Bildgebende Diagnostik

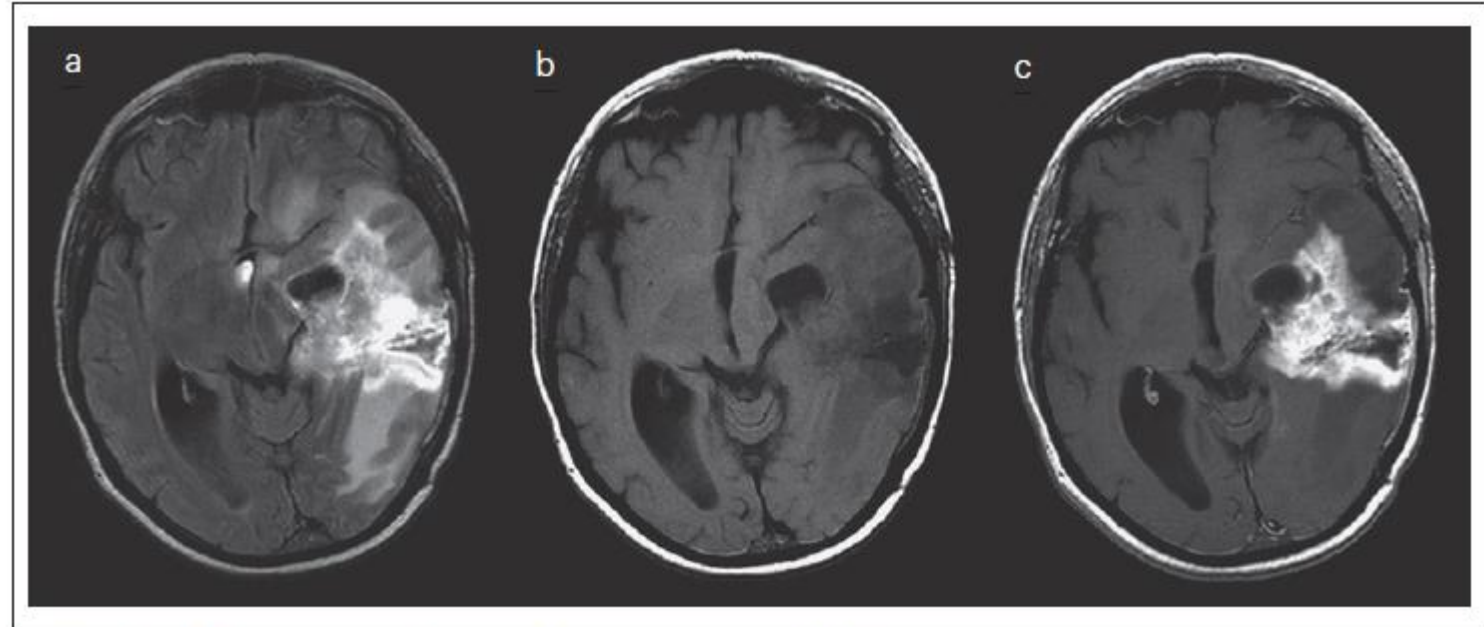


Abbildung 1: FLAIR (a) und T1-gewichtetes MRT vor (b) und nach (c) Applikation von Gd-BOPTA (MultiHance).

Dt. Ärzteblatt

MRT –

2 Ebenen, Schichtdicke max. 5mm, mit und ohne KM (DGN LL)

# Therapie Neurochirurgie

- Maximal mögliche Tumorreduktion
- „Prävention neuer neurologischer Defizite hat ...höhere Priorität als die Radikalität der Operation“ (DGN LL)
- 5-ALA, MRT gesteuert, usw.
- Bis spätestens 72h nach OP MRT+KM

Standard-  
therapie

ORIGINAL ARTICLE

## Radiotherapy plus Concomitant and Adjuvant Temozolomide for Glioblastoma

Roger Stupp, M.D., Warren P. Mason, M.D., Martin J. van den Bent, M.D., Michael Weller, M.D., Barbara Fisher, M.D., Martin J.B. Taphoorn, M.D., Karl Belanger, M.D., Alba A. Brandes, M.D., Christine Marosi, M.D., Ulrich Bogdahn, M.D., Jürgen Curschmann, M.D., Robert C. Janzer, M.D., Samuel K. Ludwin, M.D., Thierry Gorlia, M.Sc., Anouk Allgeier, Ph.D., Denis Lacombe, M.D., J. Gregory Cairncross, M.D., Elizabeth Eisenhauer, M.D., and René O. Mirimanoff, M.D., for the European Organisation for Research and Treatment of Cancer Brain Tumor and Radiotherapy Groups and the National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group\*



Stupp 2005

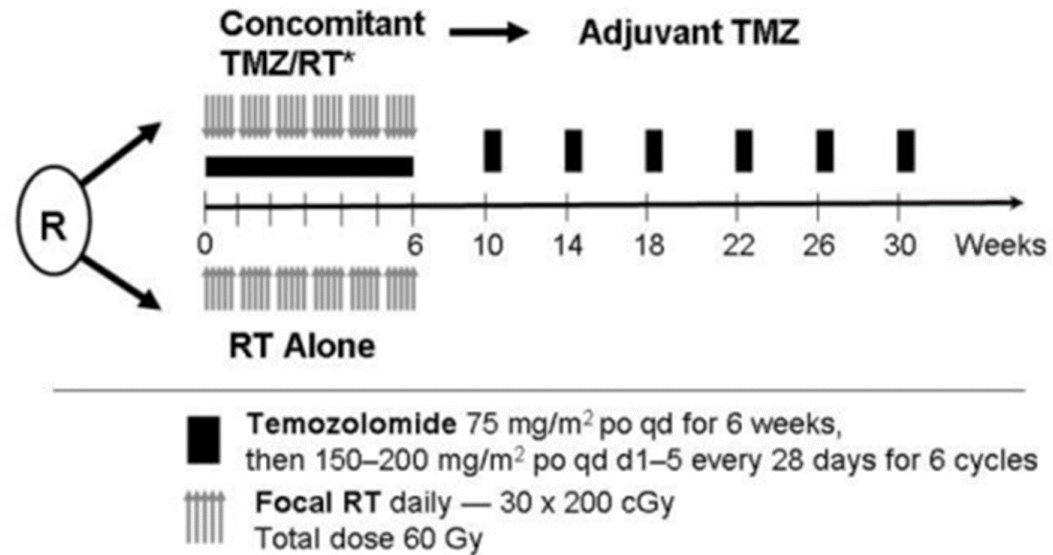
- **Fraktionierte Bestrahlung**

- Einzeldosis 2 Gy; Gesamtdosis von 60 Gy
- 5 Tage/ Woche 6 Wochen
- Zielvolumen + Sicherheitssaum 0,5-2cm
- (diff. Infiltratives Wachstum)
- Gefahr der Nekrose/ Schädigung strahlensens. Strukturen

- **Hypofraktionierte Bestrahlung**

- Erhöhung der Einzeldosis, bei schlechter Prognose zur Verkürzung der Gesamtbestrahlungszeit bei gleicher biologischer Wirksamkeit
- 40 Gy in 15 Einzelfraktionen.

# Chemo- therapie



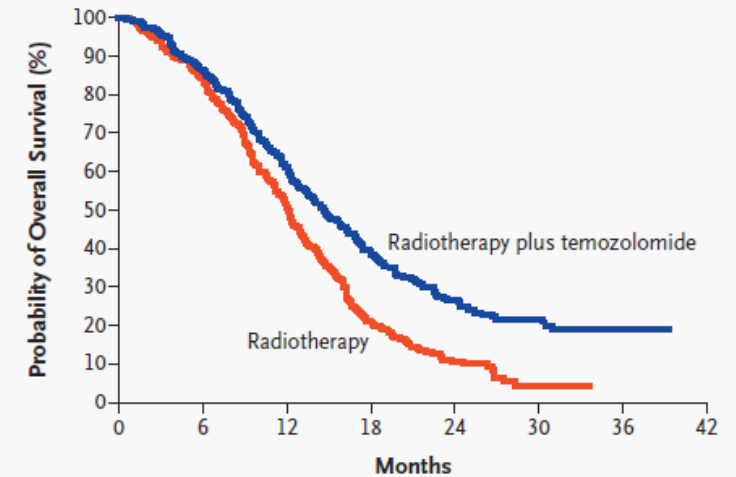
\*PCP prophylaxis was required for patients receiving TMZ during the concomitant phase.

Stupp 2005

# Chemo- therapie

**Table 3. Overall and Progression-free Survival According to Treatment Group.\***

Variable	Radiotherapy (N=286)	Radiotherapy plus Temozolomide (N=287)
	<i>value (95% CI)</i>	
Median overall survival (mo)	12.1 (11.2–13.0)	14.6 (13.2–16.8)
Overall survival (%)		
At 6 months	84.2 (80.0–88.5)	86.3 (82.3–90.3)
At 12 months	50.6 (44.7–56.4)	61.1 (55.4–66.7)
At 18 months	20.9 (16.2–26.6)	39.4 (33.8–45.1)
At 24 months	10.4 (6.8–14.1)	26.5 (21.2–31.7)
Median progression-free survival (mo)	5.0 (4.2–5.5)	6.9 (5.8–8.2)
Progression-free survival (%)		
At 6 months	36.4 (30.8–41.9)	53.9 (48.1–59.6)
At 12 months	9.1 (5.8–12.4)	26.9 (21.8–32.1)
At 18 months	3.9 (1.6–6.1)	18.4 (13.9–22.9)
At 24 months	1.5 (0.1–3.0)	10.7 (7.0–14.3)



No. at Risk	0	6	12	18	24	30	36	42
Radiotherapy	286	240	144	59	23	2	0	0
Radiotherapy plus temozolomide	287	246	174	109	57	27	4	4

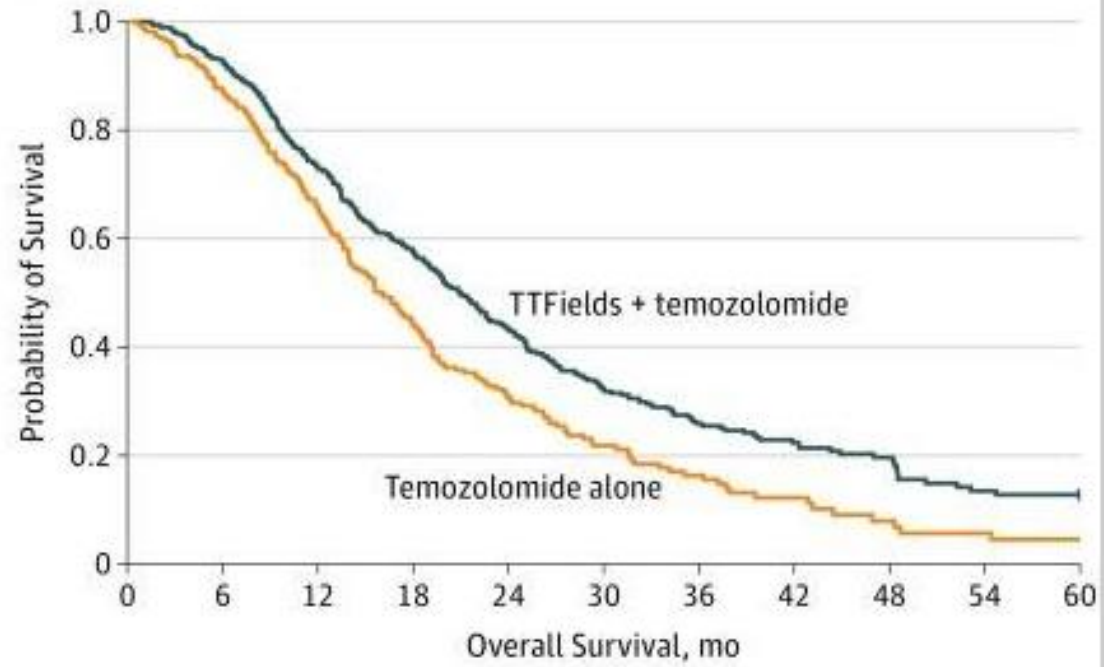
**Figure 1. Kaplan–Meier Estimates of Overall Survival According to Treatment Group.**

The hazard ratio for death among patients treated with radiotherapy plus temozolomide, as compared with those who received radiotherapy alone, was 0.63 (95 percent confidence interval, 0.52 to 0.75;  $P < 0.001$ ).

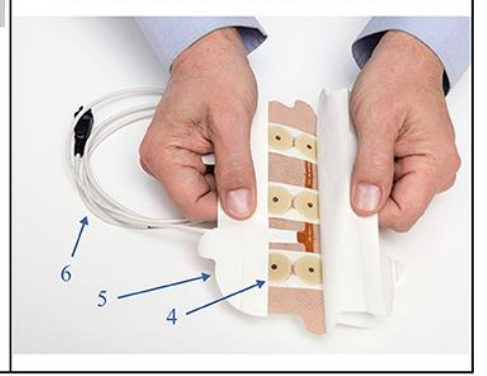
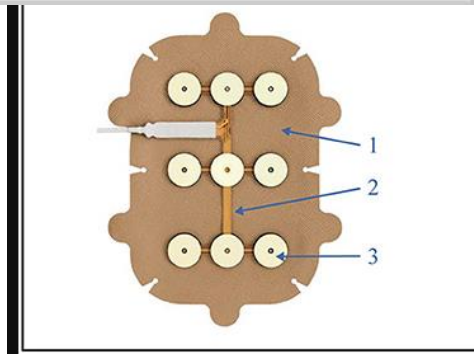


# Tumor treating Fields

**B** Overall survival



466	424	333	256	174	107	65	45	30	19	16
229	191	144	95	60	33	22	13	7	5	2

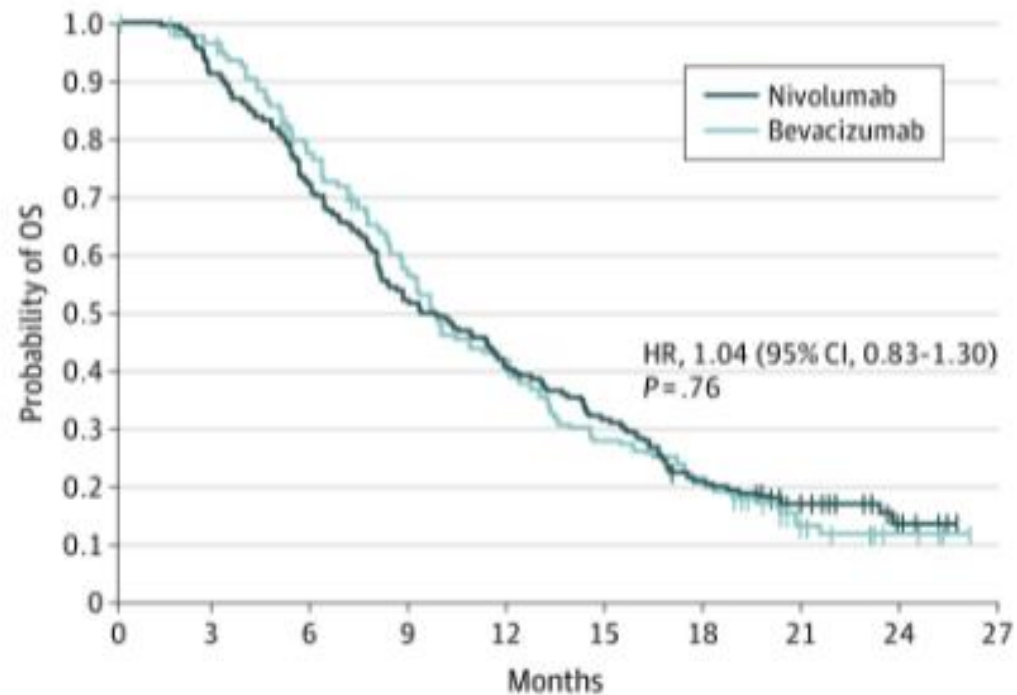


Stupp 2017

# Rezidiv- therapie

**A** Probability of OS by intervention

Intervention	Events, No.	Median OS (95% CI), months	OS Rate (95% CI), %		
			6 Months	12 Months	18 Months
Nivolumab	154	9.8 (8.2-11.8)	72.3 (65.2-78.2)	41.8 (34.7-48.8)	21.7 (16.1-27.9)
Bevacizumab	147	10.0 (9.0-11.8)	78.2 (71.2-83.6)	42.0 (34.6-49.3)	21.6 (15.8-28.0)



No. at risk		0	3	6	9	12	15	18	21	24	27
Nivolumab	184	168	133	96	77	59	39	24	9	0	
Bevacizumab	185	169	135	99	72	48	37	14	5	0	

Reardon 2020

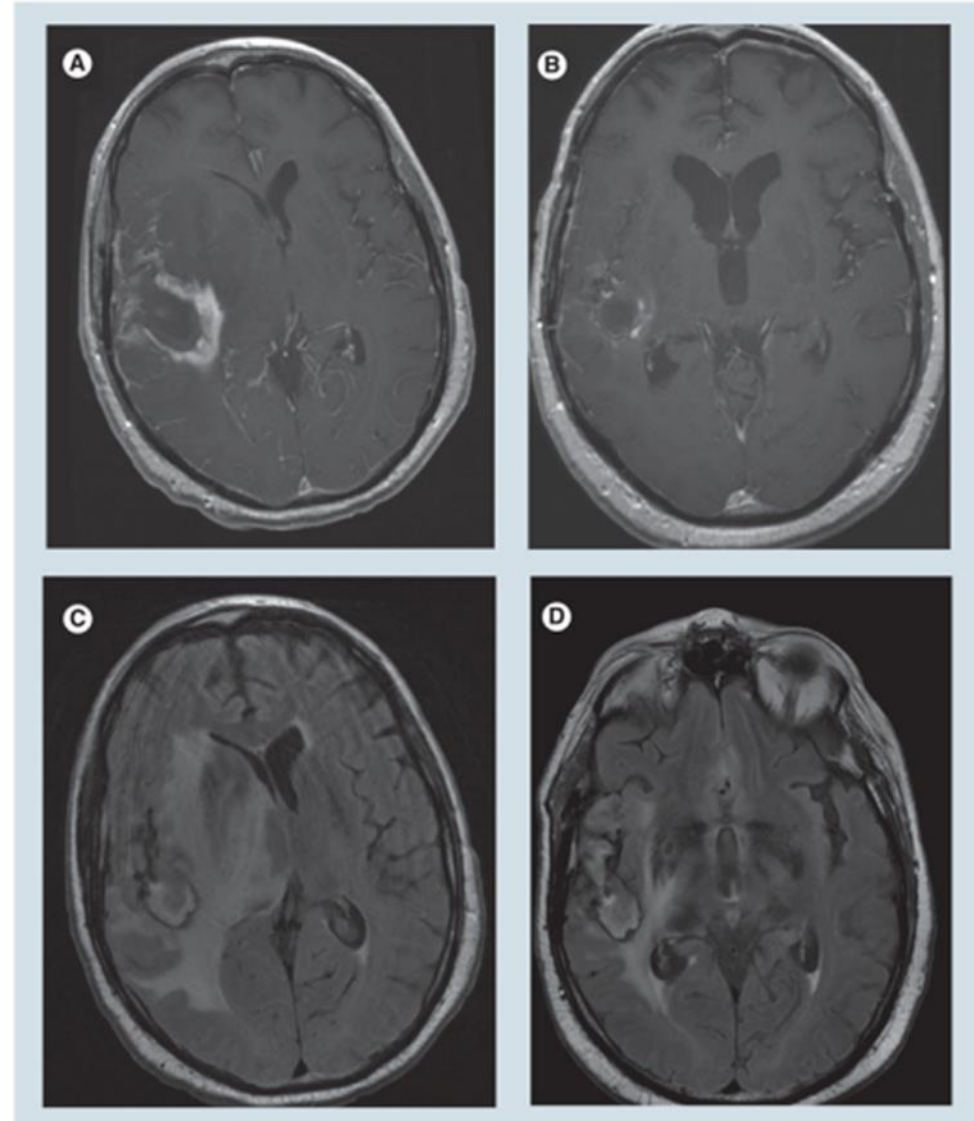
# Therapie- prinzipien

- KPS > 60
- Keine Therapie über den TU Progress hinaus
- Regelmäßige MR Kontrollen – Monitoring Therapieerfolg

# Cortico- steroid

- Keine Evidenz für den Routinegebrauch von Corticosteroiden OHNE das Vorhandensein von neurologischen Symptomen
- Antiödematös – modulieren die Durchlässigkeit der Blut-Hirnschranke
- Häufigstes Steroid Dexamethason (lange HWZ, geringe mineralcorticoide Wirkung, geringe Tendenz Psychosen zu verursachen)

Wirkung



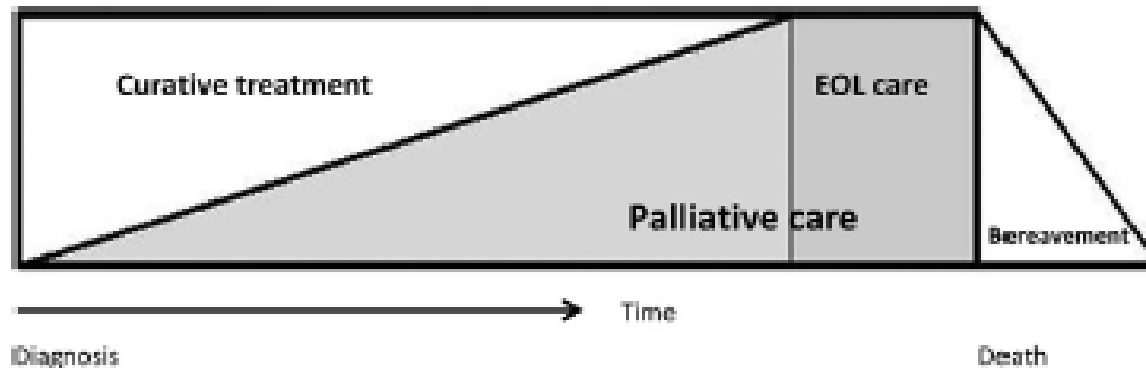
# Neben- wirkungen

- 72% Hyperglycämie ( mglw. kürzere Überlebenszeit)
- Art. Hypertonie
- Steroidmyopathie
- Gastrointestinale Probleme (peptische Ulzera/Blutungen) abhängig von Dosis und Dauer,
- Immunsuppression (PJP)
- Psychiatrische Nebenwirkungen (Angst, Irritabilität, Schlafstörungen, Depression, Manie, Psychose) abhängig von der Dosis -10%
- Gedächtnisstörungen

# Dosierung

- Dosierung individuell 4-24mg
  - Besserung bereits Stunden nach Cortisongabe max. Benefit 24-72h
  - Cortisonreduktion, sobald Symptome gebessert
  - maximale Startdosis 16mg aufgeteilt auf 4 Dosen
- Höhere Dosen: keine Unterschiede in klin. Studien (KPS) bezüglich Wirkung, mehr Nebenwirkungen (8mg beste Ergebnisse)
- Abdosierung so schnell als möglich wieder beginnen
- Zweimal täglich, NCH auch Dosierungsintervalle von 4-6h i.v.

# Palliativ- Versorgung

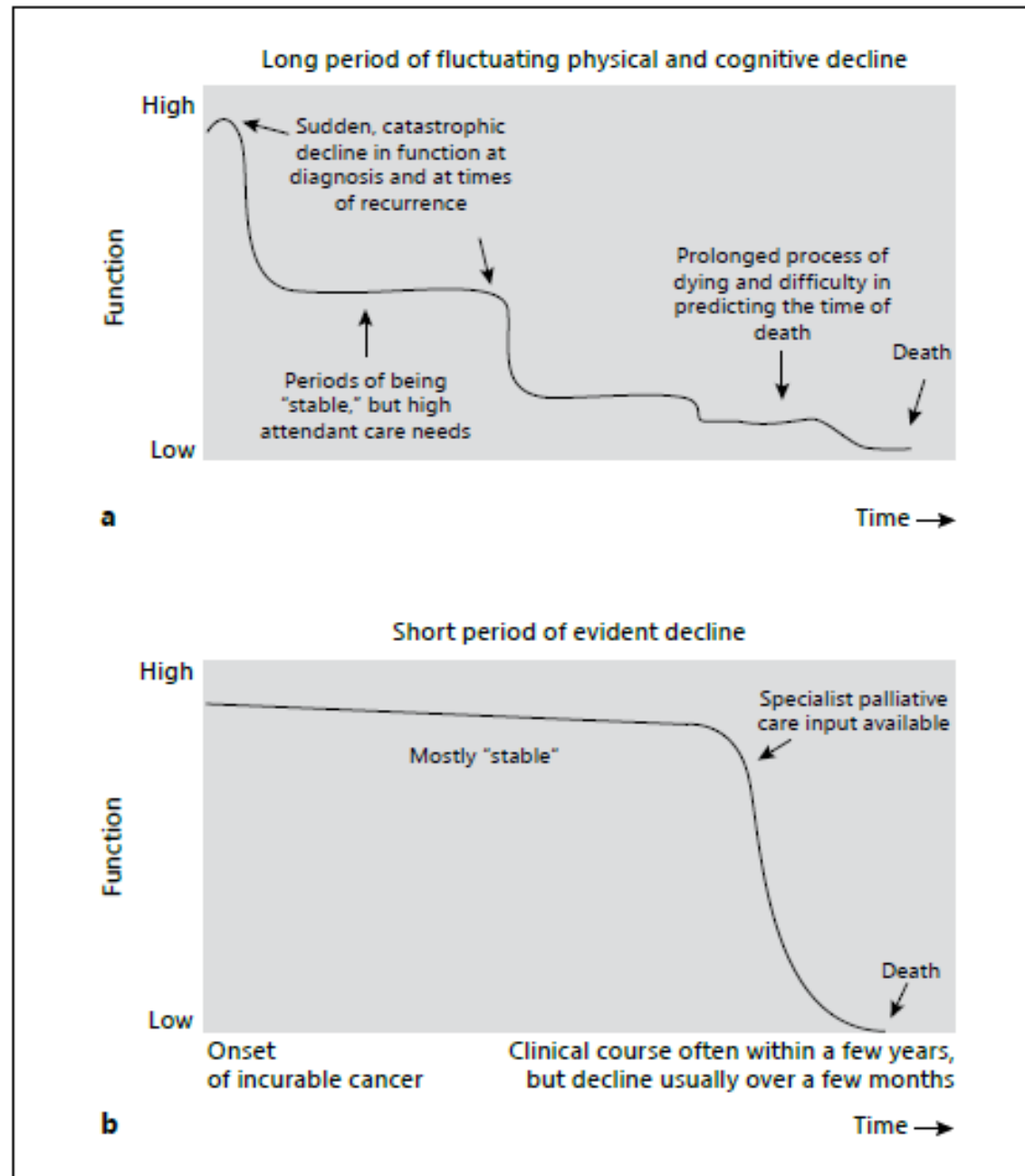


**Fig. 19.1.** Model of care in glioma patients. Palliative care is started from diagnosis in conjunction with curative treatment. At the start of the end-of-life (EOL) phase, curative treatment has ended and palliative care becomes EOL care. (Adapted from Sizoo (2013) and Lynn and Adamson (2003)).

Koekkoek 2016



# Krankheits- verlauf



**Fig. 1.** Disease trajectories in patients with malignant cerebral glioma (a) and "classic" cancer (b). Reproduced with permission from Philip et al. [7].

# Symptome

- Anfälle 37%
- Kognitive Einbußen 36%
- Benommenheit 35%
- Dysphagie 30%
- Kopfschmerzen 27%
- Verwirrtheit 27%
- Aphasie 24%
- motorische Defizite 21%
- Fatigue 20%
- Dyspnoe 20%
- Depression 15%

# Symptome im Krankheits- verlauf

Kopfschmerzen,  
Schwindel

Therapie  
Nebenwirkungen

Benommenheit,  
Fatigue,  
neurologische  
Defizite

Crooms 2020

# Motorische Defizite

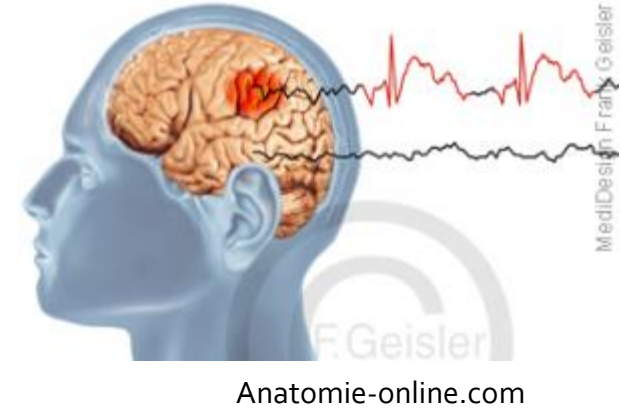
- Funktionell unabhängige Patienten (544)
  - Abhängigkeit nach 10 Monaten 56%
  - Abhängigkeit nach 18 Monaten 70%
- Therapie:
  - Physio-, Ergotherapie
  - Corticosteroide

# Kopf- schmerzen

- 23-90% Häufigkeit
- Zunahme der Frequenz und Intensität im Krankheitsverlauf
  - Therapie Corticosteroide
  - NSAID
  - Analgetika
  - Coanalgetika
  - Am Lebensende Opioide (s.c., transdermal) häufiger (pragmatische Lösung)

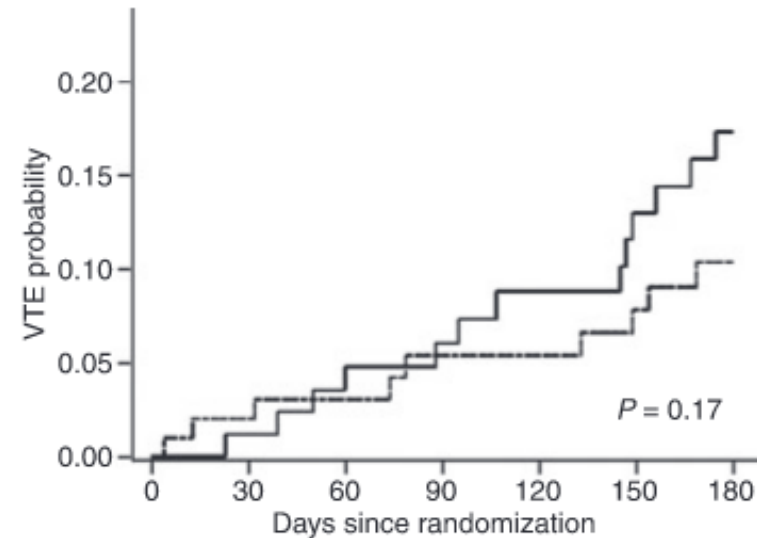
# Epilepsie

- Fokale Epilepsie
- Niedriggradige TU
- EOL Phase auch de novo möglich
- Risiko in EOL erhöht bei positive Anamnese (Epilepsie/Status Epilepticus)
- Schluckstörungen (reduz. Bewußtsein)
- Therapie:
  - akut – Midazolam Nasenspray, Diazepam rektal, buccales Cloanzepam
  - Midazolam, Levetiracetam, Phenobarbital s.c.
  - Ggf. Palliative Sedierung bei begrenzter Lebenserwartung



# Embolien

- Höchstes Tumorassoziertes Risiko für VTE
- Inzidenz 32% (2 Jahren) (höchstes Risiko bis 6 Monate nach OP)
- Kein Nachweis eines Benefits für Thromboseprophylaxe über die perioperative Phase hinaus
- Antikoagulation mit LMWH vermeiden bei kürzlicher TU Blutung/Thrombozyten < 50000



Placebo	—	87	84	79	74	65	61	59
LMWH	- - -	99	95	88	82	78	74	69

# Fatigue

- Ursachen: Therapien (Strahlentherapie, Antikonvulsive Medikation, chirurgische Therapie, Chemotherapie)
- Häufig (einzelne Studien bis zu 96%)
- Primäres outcome & sekundäres Outcome (Depression, Schlafstörungen, geringe Lebensqualität)
- Nicht pharmakologisch (Verhaltenstherapie, physikalische Übungen)
- Modafinil ist Placebo nicht überlegen
- Methylphenidat, Armodafinil, Donepezil, kein sicherer Nachweis

Day 2016; Pace 2017



Icon-icons.com



# Depression

- 15% - 20% Depression
- Keine RCTs für medikamentöse Therapien
- Methylphenidat, Oxcarbazepin, Bupropion, Ginko biloba, Donepezil
- Multimodale psychosoziale Intervention, signifikanter Benefit

# Kognition

- 50% haben bei Diagnosestellung Schwierigkeiten die Therapie Situation/  
Wahlmöglichkeiten/Nutzen-Risiko zu verstehen
- 50% aller Patienten haben in den letzten Wochen ihres Lebens die Fähigkeit verloren ihre eigenen Entscheidungen zu treffen
- ACP

# Kognition

- Ursachen: Strahlentherapie, Antikonvulsive Medikation
- Therapie:
  - Methylphenidat vielversprechend
  - Modafinil nicht besser als Placebo
- Ggf. supportive Medikamente reduzieren

# End of life

## Prevalence of disease-specific and general end-of-life symptoms in glioma patients

<b>Disease-specific symptoms</b>	<b>Prevalence*</b>
Impaired consciousness	44–93%
Delirium	15–85%
Seizures	28–56%
Dysphasia	39–48%
Motor deficits	41–42%
Dysphagia	8–85%
Visual disturbances	22%
Cognitive deficits	33–45%
Headache	33–62%
<b>General end-of-life symptoms</b>	<b>Prevalence</b>
Fatigue	25–67%
Incontinence	23–40%
Bodily pain	10–25%
Dyspnea	12–24%
Anxiety	9–18%
Depression	8–12%

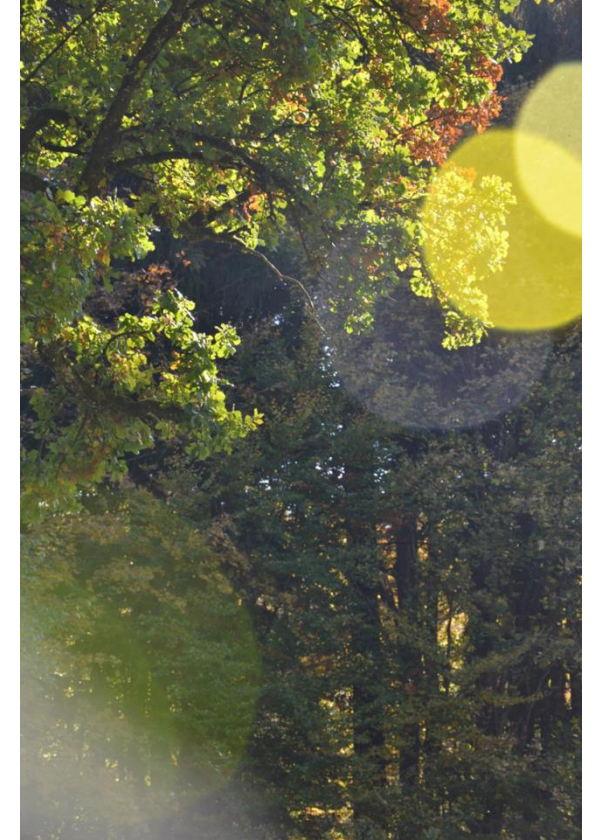
\*Arber et al., 2010; Bausewein et al., 2003; Faithfull et al., 2005; Flechl et al., 2013; Koekkoek et al., 2014c; Obemdorfer et al., 2008; Ostgathe et al., 2010; Pace et al., 2009, 2013; Sizoo et al., 2010, 2014b; Voltz and Borasio, 1997.

# Bewusstseins- störungen

- Prävalenz verdoppelt sich in der letzten Woche im Vergleich zu 3 Monaten vor dem Tod
- 81-95% in der letzten Woche vor dem Tod
- Tumor Effekt, Epileptische Anfälle, Delirium

# Delirium

- Bei 62% der Patienten, steigende Inzidenz in der Woche vor dem Tod
- Hyperaktiv (10-54%)– hypoaktiv (46-49%) – gemischt (41%)
- Olanzapin, Risperidon, Aripiprazol, Haloperidol, gleichwertig
  - Niedrig dosiertes Haloperidol – 1. Wahl (Expertenmeinung)
- Ggf. Palliative Sedierung in der letzten Lebensphase



# Zusammen- fassung

- Frühzeitige Einbindung von Palliative Care ist sinnvoll
- ACP besonders wichtig
  - Beendigung der Therapie
  - Sterbeort

VIELEN DANK für IHRE  
AUFMERKSAMKEIT





KRANKENHAUS   
AGATHARIED  
Akademisches Lehrkrankenhaus der LMU München

**Herzlich Willkommen**

# 24/7 Telekonsil

Neurologie

Palliative Care

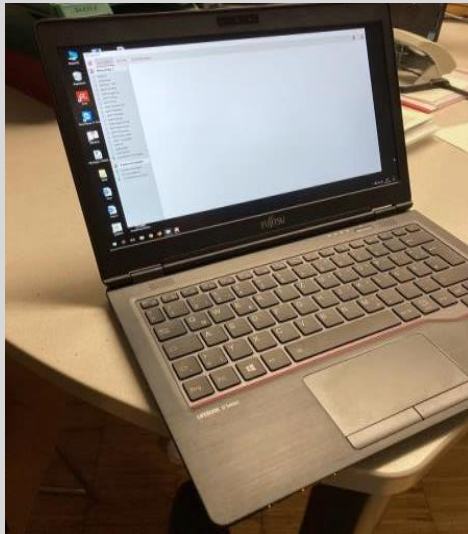
Neurologie KH Agaharied

SAPV Team / Hospiz



## Neurologie

Neurologie KH Agatharied



## Palliative Care

SAPV Team /Hospiz



# Quantitative Daten

Juni 2017 – Dezember 2019

77 Telekonsile

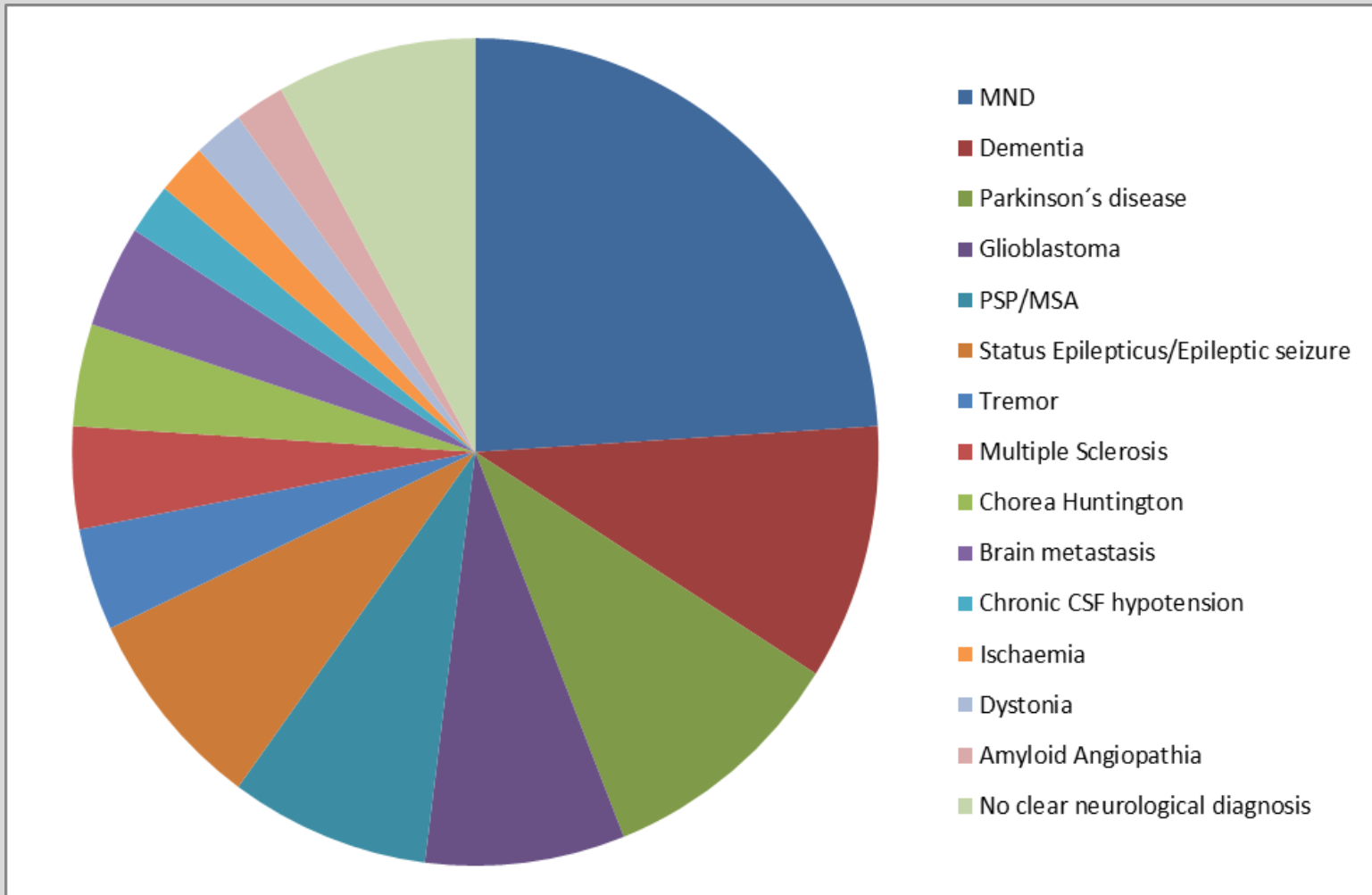
50 Patienten

45 Videokonsile

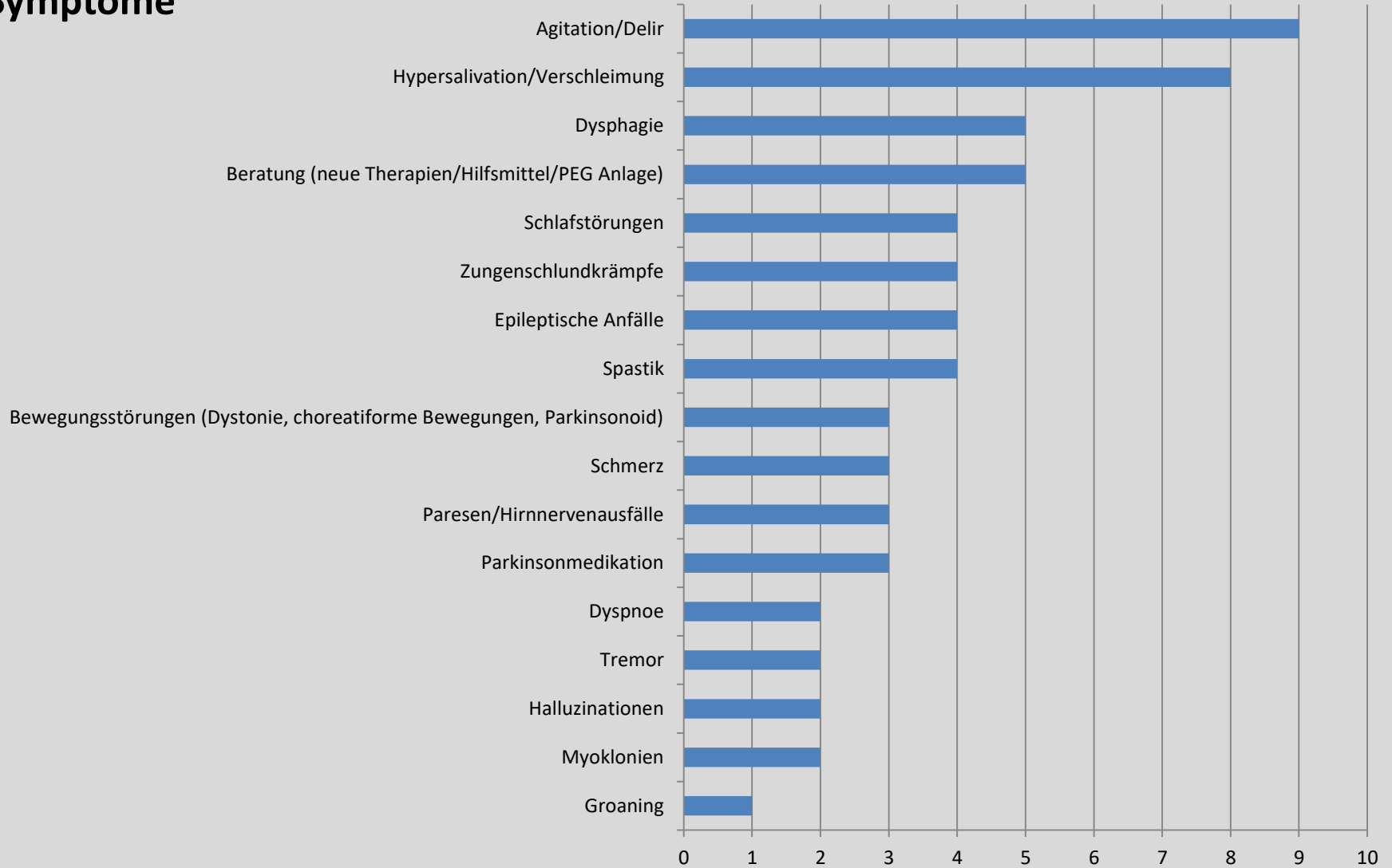
25 Telefonische Beratungen

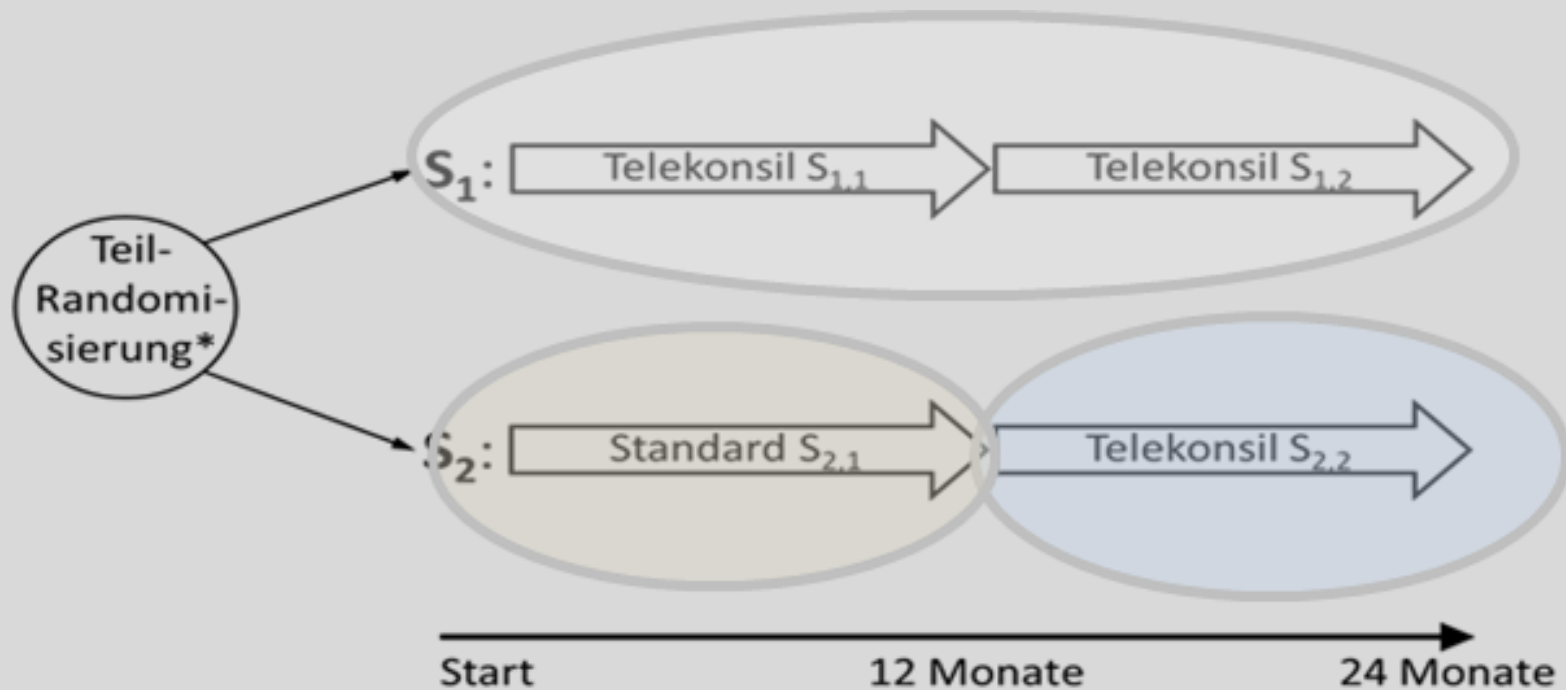
7 Beratungen via E-Mail

# Neurologische Diagnosen

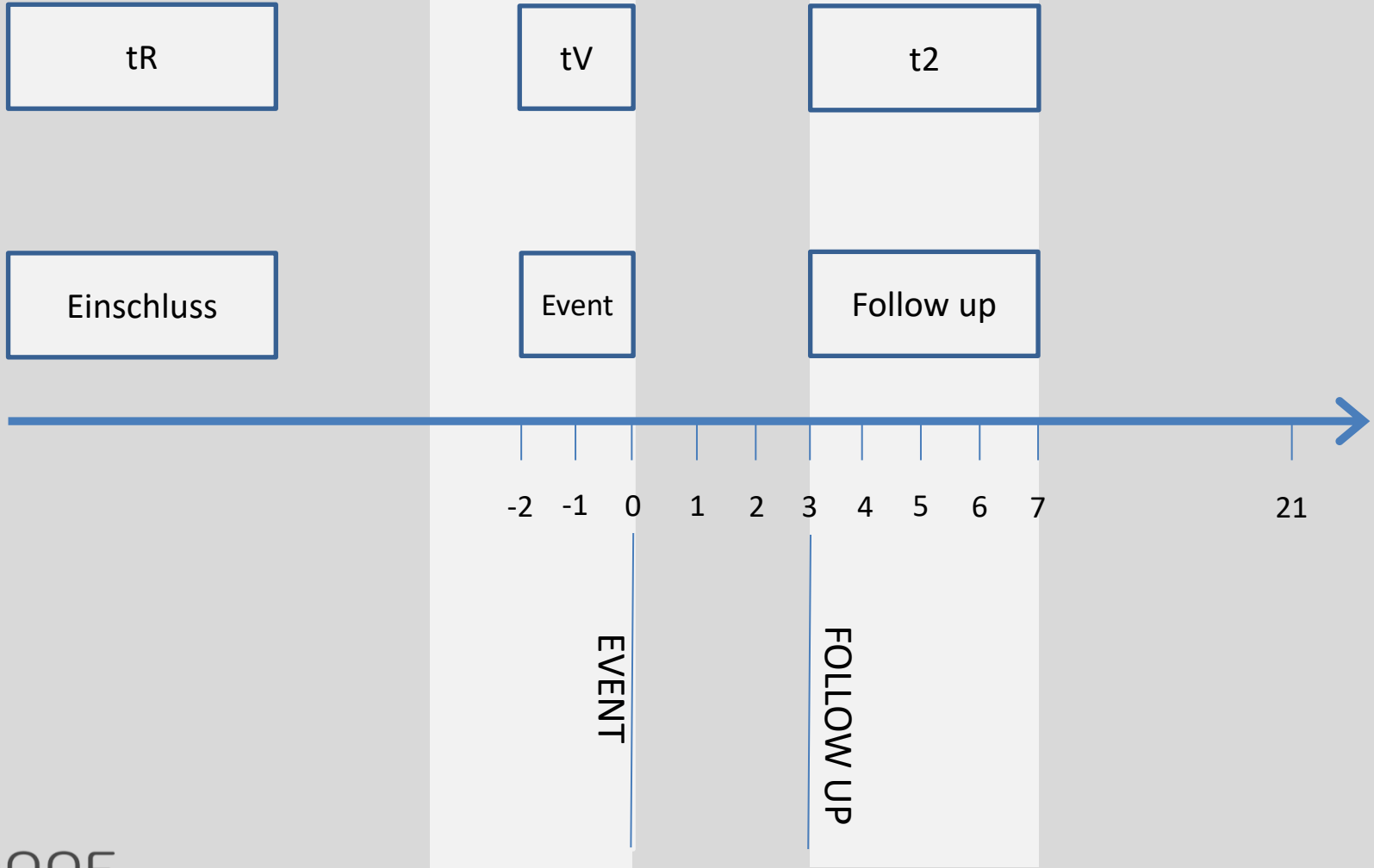


# Symptome





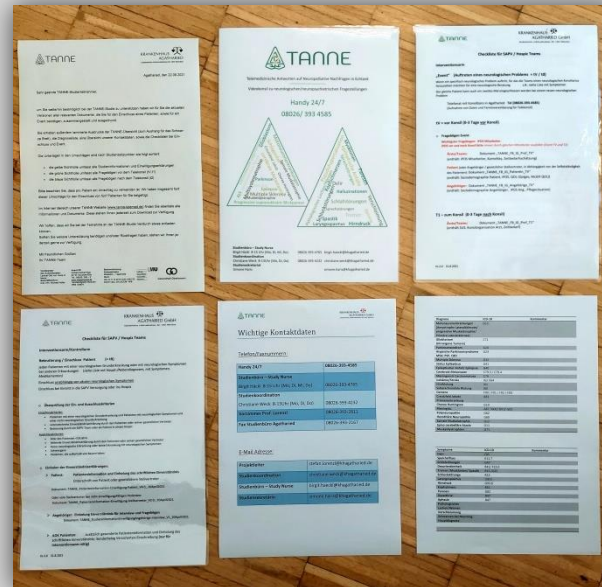
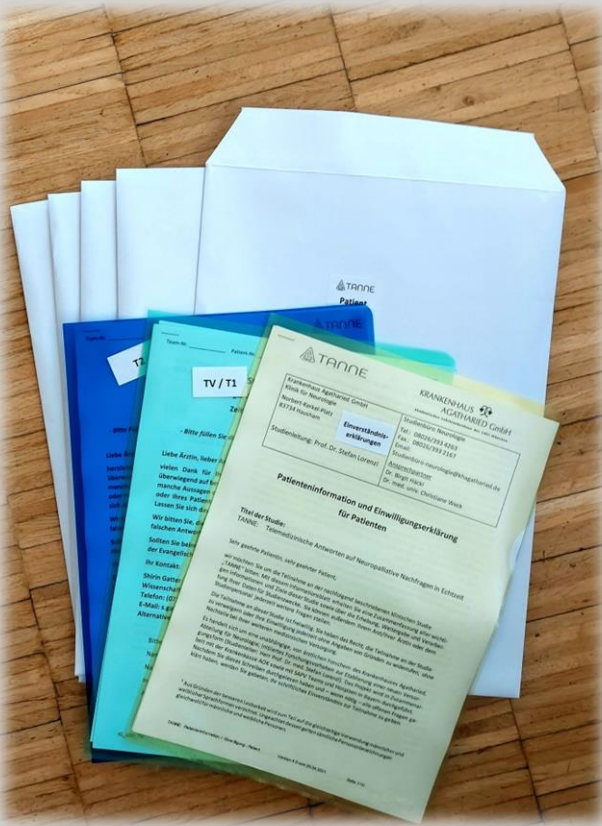
# Evaluationszeitpunkte/ Kontrollarm





# Mappen

- Material für Patienten
- Zusätzliches Hilfsmaterial



# Auswahl der Patienten

Nach Diagnosen

Diagnose	ICD-10
<b>Motoneuronerkrankungen (Amyotrophe Lateralsklerose/ progressive Muskelatrophie/ Primäre Lateralsklerose)</b>	G12.
<b>Glioblastom (Hirneigene Tumore)</b>	C71
<b>Parkinsonsyndrom</b>	G20
<b>Atypische Parkinsonsyndrome MSA; PSP, CBD</b>	G23
<b>Multiple Sklerose</b>	G35
<b>Status Epilepticus</b>	G41
<b>Epileptischer Anfall/ Epilepsie</b>	G40
<b>Cerebrale Metastasen</b>	C79.3 / C79.4
<b>Meningeosis Carcinomatosa</b>	C79
<b>Ischämie/Stroke</b>	I63 /I64
<b>Hirnblutung Subarachnoidale Blutung</b>	I61 I60
<b>Demenz</b>	F00 / F01 / F02 / F03
<b>Creutzfeld Jakob/ Prionenerkrankung</b>	A81
<b>Chorea Huntington</b>	G10
<b>Meningitis</b>	A87 /G00/ G01/ G02
<b>Polyneuropathie Hereditäre Neuropathie</b>	G62 G60
<b>Spinale Muskelatrophie</b>	G12
<b>Spino cerebelläre Ataxie</b>	G11
<b>Muskeldystrophien</b>	G71

## Auswahl der Patienten

Nach Symptomen

Symptome	ICD-10
Delir	F05
Speichelfluss	K11.7
Schlafstörungen	G47
Desorientiertheit	R41/ F23.0
Tremor /Myoklonien/ Spastik	R25 /G25
Schluckstörung	R13
Laryngospasmus	J38.5
Hirndruck	G93.6
Kopfschmerz	R51
Paresen	G82
Dysarthrie	R47
Aphasie	R47
Pathologisches Lachen/Weinen	
Verschleimung	
Schmerzen bei Neurolog. Hauptdiagnose	

## Auswahl der Patienten

Nach Medikamenten

Medikamentengruppe	Wirkstoff
Antiepileptika	Levetiracetam, Lacosamid, Valproinsäure, Lamotrigin, Carbamazepin, Oxcarabzepin, Pregabalin,
Dompamin	Levodopa
Mao-B Hemmer	Rasagilin, Selegilin
Dopaminagonisten	Ropinirol, Pramipexol, Apomorphin, Piribedil, Bromocriptin, Pergolid, Lisurid, Cabergolin,
COMT-Hemmer	Entacapon, Tolcapon,
NMDA-Antagonisten	Amantadin
Anticholinergika	Biperiden
ALS Medikation	Riluzol

# Ablauf



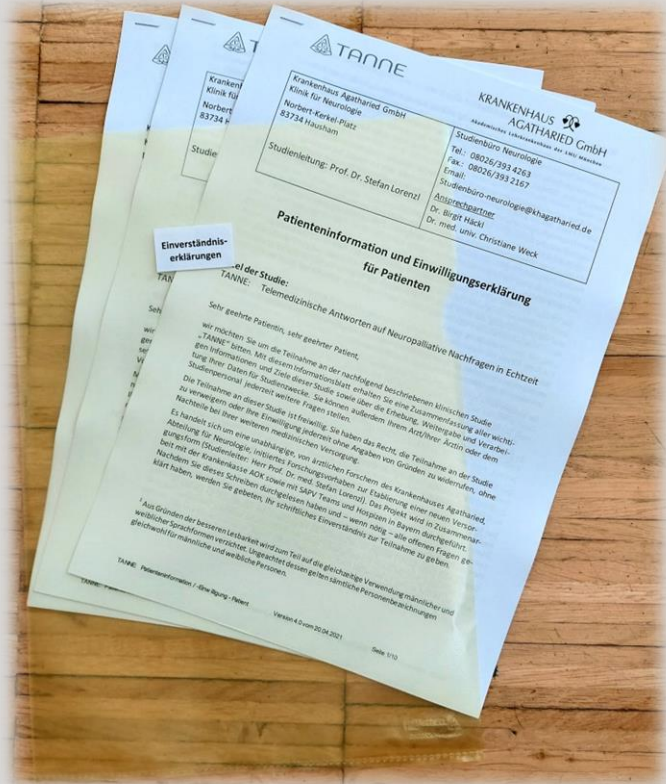
tR

Gelbe Hülle

- Einverständniserklärung Patient

– Ggf. Vertreter

- Einverständniserklärung Angehöriger



# Checkliste

## Checkliste für SAPV / Hospiz Teams

### Interventionsarm/Kontrollarm

#### Rekrutierung / Einschluss Patient (= tR)

Jeden Patienten mit einer neurologischen Grunderkrankung oder mit neurologischen Symptomen bei anderen Erkrankungen (siehe Liste mit Haupt-/Nebendiagnosen, mit Symptomen, Medikamenten)

Einschluss unabhängig von akuten neurologischen Symptomen

Einschluss bei Eintritt in die SAPV Versorgung oder ins Hospiz

#### ○ Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien

##### Einschlusskriterien:

- Patienten mit einer neurologischen Grunderkrankung und Patienten mit neurologischen Symptomen und einer nicht-neurologischen Grunderkrankung
- unterzeichnete Einverständniserklärung durch den Patienten oder seinen gesetzlichen Vertreter
- Betreuung durch ein SAPV-Team oder als Patient in einem Hospiz

##### Ausschlusskriterien

- Alter des Patienten <18 Jahre
- fehlende Einverständniserklärung durch den Patienten oder seinen gesetzlichen Vertreter
- Keine neurologische Erkrankung oder keine Erkrankung mit neurologischen Symptomen
- Schwangere
- Patienten, die außerhalb von Bayern leben

#### ○ Einholen der Einverständniserklärungen:

- **Patient:** **Patienteninformation und Einholung des schriftlichen Einverständnis**  
Unterschrift von Patient oder gesetzlichem Stellvertreter

Dokument: TANNE\_Patienteninformation-Einwilligung-Patient\_V4 0\_ 20April2021

Oder vom Stellvertreter bei nicht einwilligungsfähigen Patienten:

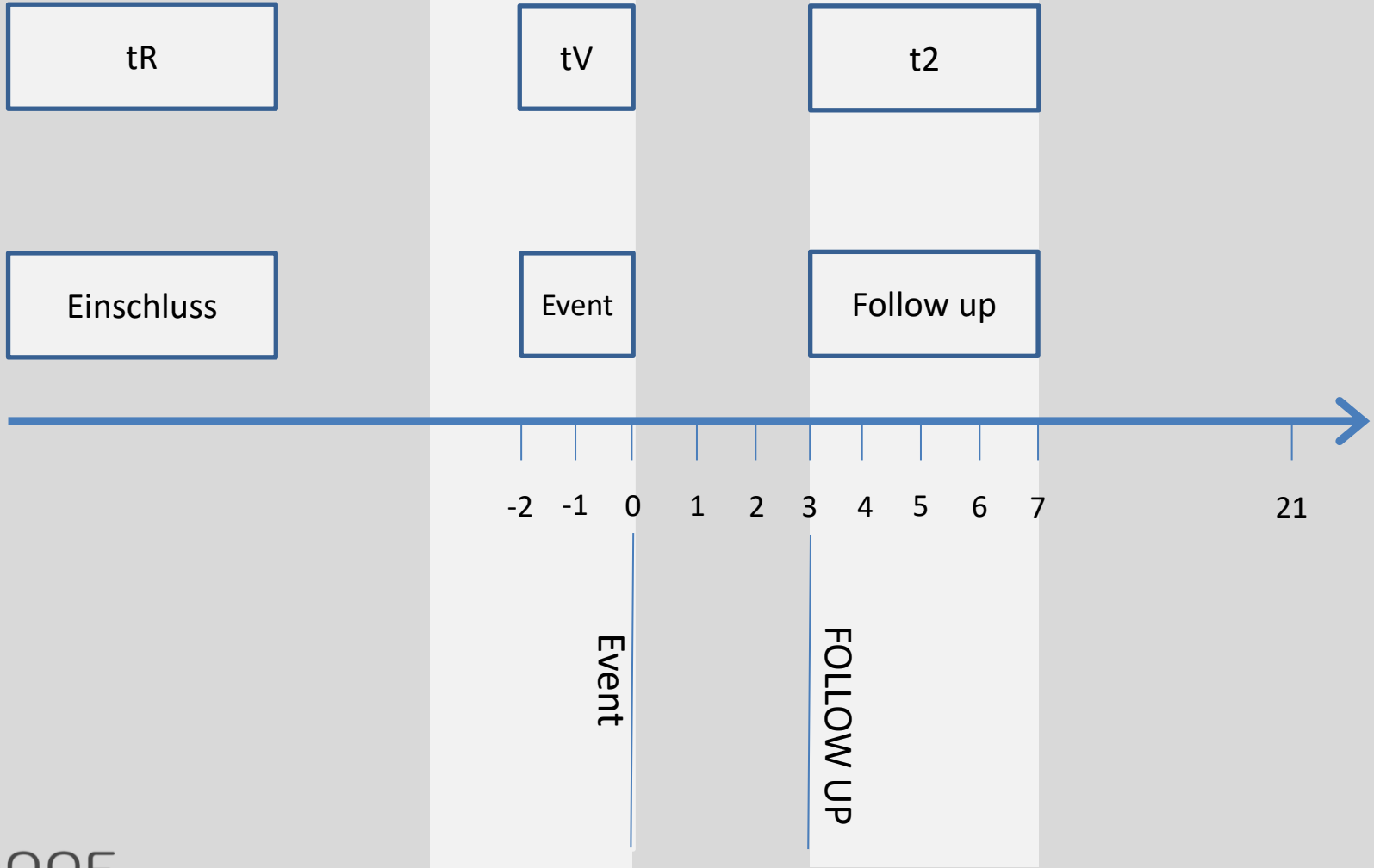
Dokument: TANNE\_Patienteninformation-Einwilligung-Stellvertreter\_V2 0\_ 20April2021

- **Angehöriger:** **Einholung Einverständnis für Interview und Fragebögen**

Dokument: TANNE\_StudieninformationEinwilligungAngehörige-Interview\_V1\_20April2021

- **AOK Patienten:** zusätzlich gesonderte Patienteninformation und Einholung des schriftlichen Einverständnis; Sonderbeleg Versicherten-Einschreibung (**nur für Interventionsarm nötig**)

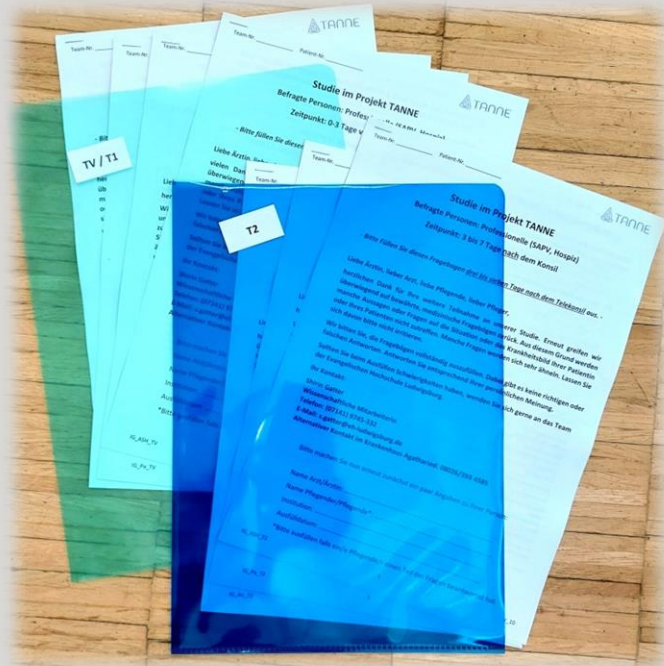
# Evaluationszeitpunkte/ Kontrollarm





## EVENT

Grüne und Blaue Hülle



- Grüne Hülle – tV/t1
  - VOR Event
    - Mitarbeiter/Patienten/Angehörigen FRAGEBOGEN
- Blaue Hülle – t2
  - NACH Event
    - Mitarbeiter/Patienten/Angehörigen FRAGEBOGEN
- ALLE Fragebögen sind in der Hülle vorhanden – NICHT ALLE müssen zwingend ausgefüllt werden

## EVENT

### Mindestdatensatz

- iPOS Mitarbeiter vor und nach Event
- Telefonat mit Studienbüro vor und nach Event
- EVENT auch ohne vorheriges tR möglich, dann fallen die Datenerhebungen zusammen

## Checkliste für SAPV / Hospiz Teams

### Kontrollalarm

#### „Event“ (Auftreten eines neurologischen Problems = tV)

Wenn ein spezifisch neurologisches Problem auftritt, für das die Teams um ein Telekonsil anfragen **würden** und wenn eine zusätzliche Hilfe in Anspruch genommen wird, um den Pat. behandeln zu können, z.B. Literaturrecherche, Konsil durch Niedergelassene Neurologen usw.; z.B.: siehe Liste mit Symptomen

Eine Einweisung ins Krankenhaus gilt immer als Event

Der gleiche Patient kann auch ein zweites Mal eingeschlossen werden bei einem neuen neurologischen Problem

Telefonat mit Zentrale in Agatharied Tel (08026-393-4585)  
(Aufnahme von Daten)

#### tV = vor Event / Konsiläquivalent (0-3 Tage vor Event)

##### o Fragebögen Event:

**Wichtigster Fragebogen: iPOS Mitarbeiter**

*iPOS vor und nach Konsil bitte immer durch gleichen Mitarbeiter ausfüllen (Event und T2)*

**Ärzte/Teams:** Dokument „TANNE\_FB\_KG\_Prof\_TV“  
(enthält: iPOS Mitarbeiter, Karnofsky)

**Patient** (oder Angehöriger / gesetzlicher Stellvertreter, in Abhängigkeit von der Selbstständigkeit des Patienten): Dokument „TANNE\_FB\_KG\_PatientIn\_TV“  
(enthält: Soziodemographie Patient, iPOS, QOL (Qolges, McGill QOL))

**Angehöriger:** Dokument „TANNE\_FB\_KG\_Angehörige\_TV“  
(enthält: Soziodemographie Angehöriger, iPOS Ang., Pflegesituation)

## Hilfe



- Wenn Patienten oder Angehörige Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens benötigen:
  - EH Ludwigsburg
  - Studienbüro Krankenhaus Agatharied
  - Fr. Dr. B. Häckl

## Ausblick...

- Ab 13. Monat dann auch Telekonsile/ SOPs/Vorträge in Selbsthilfegruppen
- Aufwandsentschädigung

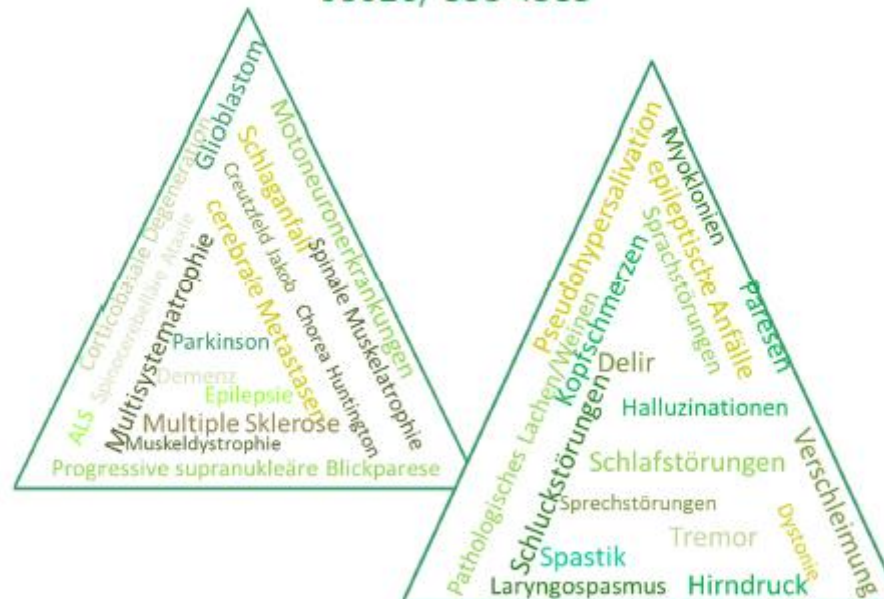


Telemedizinische Antworten auf Neuropalliative Nachfragen in Echtzeit

Videokonsil zu neurologischen/neuropsychiatrischen Fragestellungen

Handy 24/7

08026/ 393 4585



**Studienbüro – Study Nurse**

Birgit Häckl 8-15 Uhr (Mo, Di, Mi, Do)

**Studienkoordination**

Christiane Weck 8-13Uhr (Mo, Di, Do)

**Studiensekretariat**

Simone Haris

08026-393-4765 birgit.haackl@khagatharied.de

08026-393-4232 christiane.weck@khagatharied.de

simone.haris@khagatharied.de



**Fragen?**



**Vielen Dank!**



# Stroke in der Palliative Care

Christiane Weck 2.3.2023

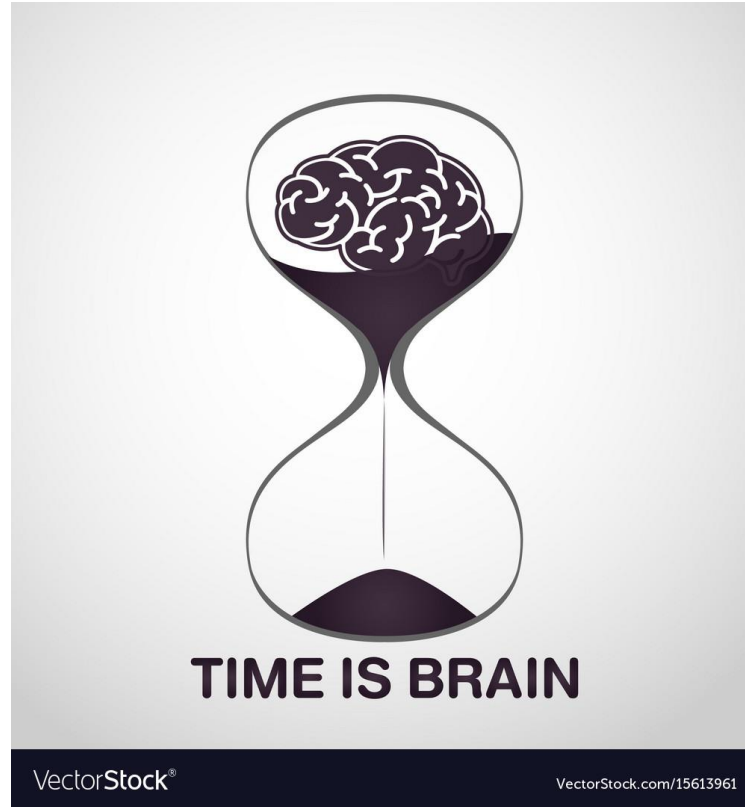
Weiblich, 85 Jahre alt,  
Hemiparese rechts,  
Blickdeviation nach links,  
Neglect nach rechts, globale  
Aphasie  
NIHSS bei Aufnahme 20

# Stroke Fakten

- Häufigste Ursache für Behinderung
- Zweithäufigste Todesursache

Wafa, 2020, Stroke

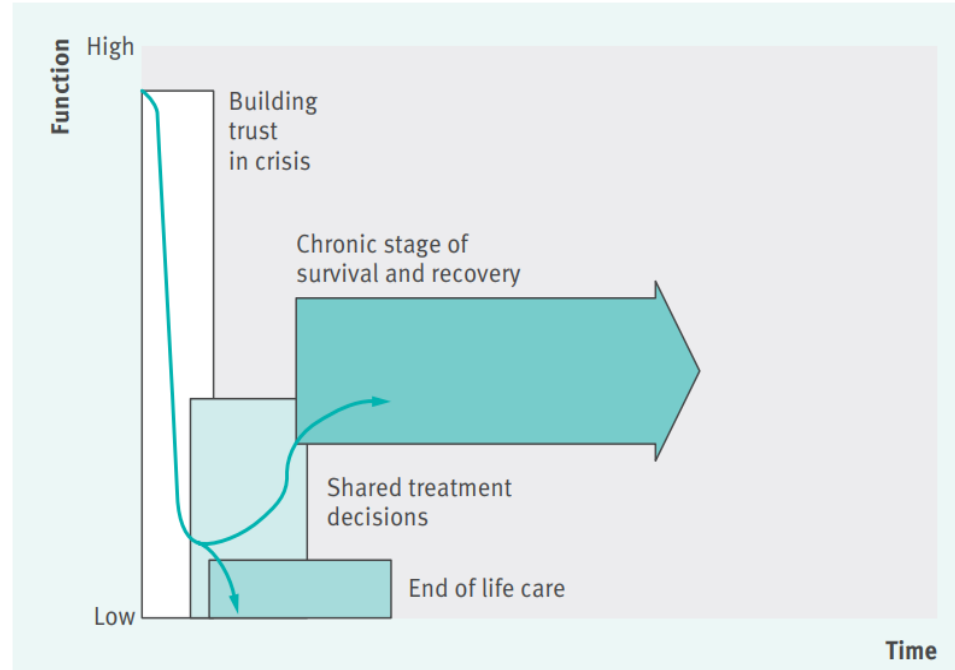
# Moderne Therapie



# Palliative Care

- Zugang zur Palliative Care sollen jene Patienten erhalten, mit...
  - Diagnose eines akuten, schweren und lebensbedrohlichen Schlaganfalls
  - Einem Stroke, der die täglichen Funktionen beeinträchtigt oder die Lebenserwartung oder Lebensqualität vorhersehbar reduziert
  - Mit einem Schlaganfall, der mit erheblichen Funktionseinschränkungen einhergeht und die unter fortschreitenden chronischen Begleiterkrankungen leiden

# Phasen



- Stroke
- Trauma
- Akute entzündliche Erkrankungen

Creutzfeld, 2018

# Frühe Todesfälle

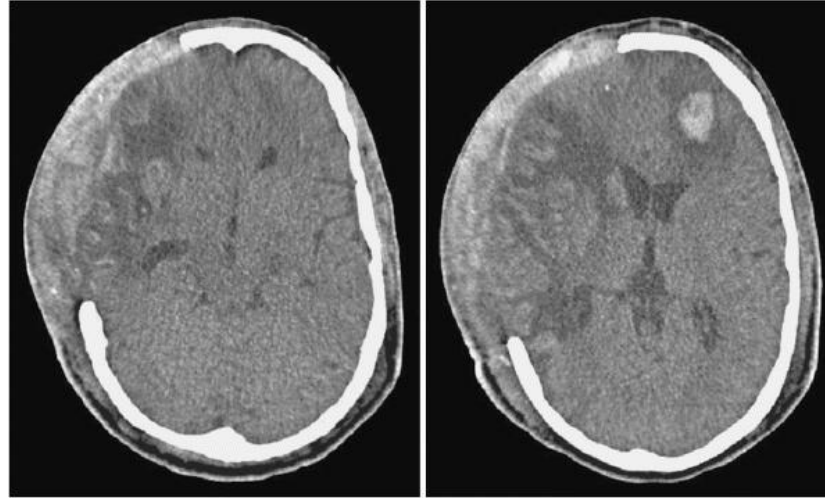
---

Hirntod

---

Verzichtserklärung/Patientenverfügung

# Kraniektomie



Gruber A et al. Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 2008; 9 (4): 12-19 ©

- Frühe Dekompression:
- Innerhalb von 48h
- Herabgesetzte Mortalität 71% auf 21%
- Zunahme der Wahrscheinlichkeit des Überlebens mit minimalem Funktionsdefizit (21% auf 43%)
- Benefit nur für Pat. < 60 Jahre



## PC- Bedürfnisse

Dysphagie  
(96,8%)

Todesrasseln  
(31.5%-60.7%)

Dyspnoe  
16.3%-48.4%)

Schmerz  
(30.3%-42.7%)

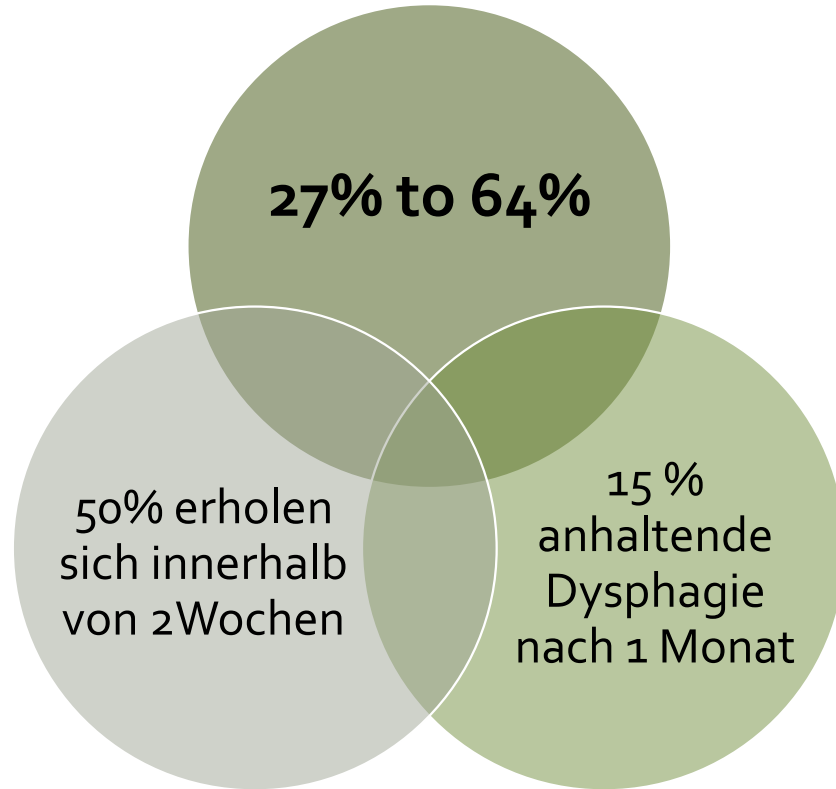
Angst (12.9%-  
18.9%)

Delirium und  
Konfusion  
(7.9-19.4%)

% number reported

Cowey, 2021

# Dysphagie



# Künstliche Ernährung

- 50 % überleben die 6 Monate nicht,
- 65% schwere Behinderung,
- 20% moderate Behinderung
- 15% keine/leichte Behinderungen.

## Sondenernährung

- frühzeitiger Sondenernährung
  - nicht signifikanten Rückgang der Todesfälle
  - nicht signifikanten Anstieg der Behinderung
  - Geringe signifikante Erhöhung des Risikos für Magen-Darm-Blutungen nach 6 Monaten

# Schmerz

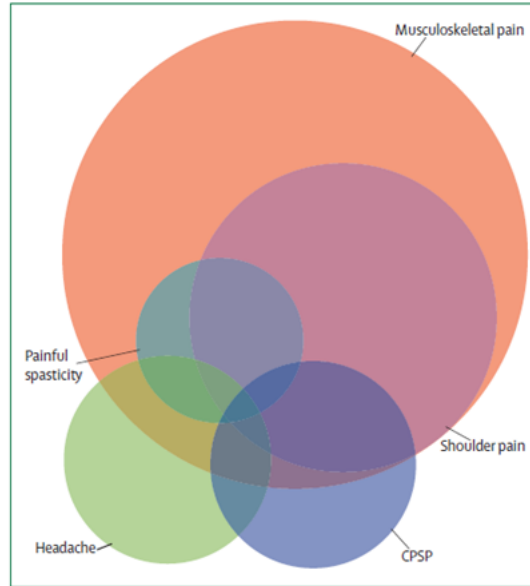
- Chronische Schmerzen  $\frac{1}{4}$  der Stroke Patienten
  - Jüngerer Alter
  - Weibliches Geschlecht
  - Hoher NIHSS
  - Hoher HbA1c

Creutzfeld, 2011

# Schmerz- arten

- Post stroke pain
- Hemiplegischer Schulter Schmerz
- Schmerzhaftes Spastik
- Spannungskopfschmerz

Creutzfeld, 2011



**Figure 1: Common types of chronic pain that can occur after stroke**  
 Diagram of the complexity of post-stroke pain. Individual patients can have various combinations of one or several pain types (overlapping areas). The sizes of the circles are approximate to relative frequency (spasticity 7%, headache 10%, CPSP 10%, shoulder pain 20%, musculoskeletal pain 40%). CPSP=central post-stroke pain.

# CPSP

Ursache – Läsion zentral

Prävalenz 1-12%

Am höchsten nach Infarkten in der Region, die für die Schmerzperzeption verantwortlich ist

(laterale Medulla Platte, venteroposteriorer Teil des Thalamus, Sensorischer Kortex)



# Charakteristika CPSP

- Schmerzen spontan oder hervorgerufen
- Spontanschmerz kontinuierlich oder intermittierend
- Mißempfindungen (Dysästhesien, Allodynie, Hyperalgesie)

# Therapie CPSP

- Amitryptiline
- Trizyklische AD und SNRI (selektive noradrenerge Inhibitoren)
- LTG
  - PGB/CBZ keine Wirkung
- GBP
  - Opiode keine Wirkung

# HSP

- Wochen bis Monate
- Umso höher, je höher funktionelles Defizit
- Sensorische und motorische Defizite, Subluxation, eingeschränkte passive Beweglichkeit

# Therapie

- Physiotherapie
- Schlinge während Bewegung
- Keine Überkopfbewegungen
- Kälte/Wärme/Massage
- NSAR
- Ggf. Botox Injektion
- Intraartikuläre Steroide
- Elektr. Stimulation
- Hohe Heilungschancen

# Schmerzhafter Spastik

- Physiotherapie
- Positionierung (antispastische)
- Baclofen, Tizanidine, Dantrolen

- Baclofen
  - Sedierende Effekte, Konfusion, Schwäche,
- Tizanidin
  - Sedierende Effekte, Konfusion, Schwäche, Schwindel,
- Dantrolen
  - LeberTox

# Fatigue

Prävalenz >50%

Ggf. korreliert mit Depression und Einschränkung

Mögl. Weitere Ursachen klären

- Hypothyreoidismus, Anämie, Mangelernährung, Depression, Dehydratation, Infektion, Schlaf Apnoe,

Med. Therapie

- Modafinil (Hirnstamm ja/Kortex nein)
- Methylphenidat nicht erprobt

Nicht pharmakologische Maßnahmen:

- Diät, Übungen, assistive Technologien

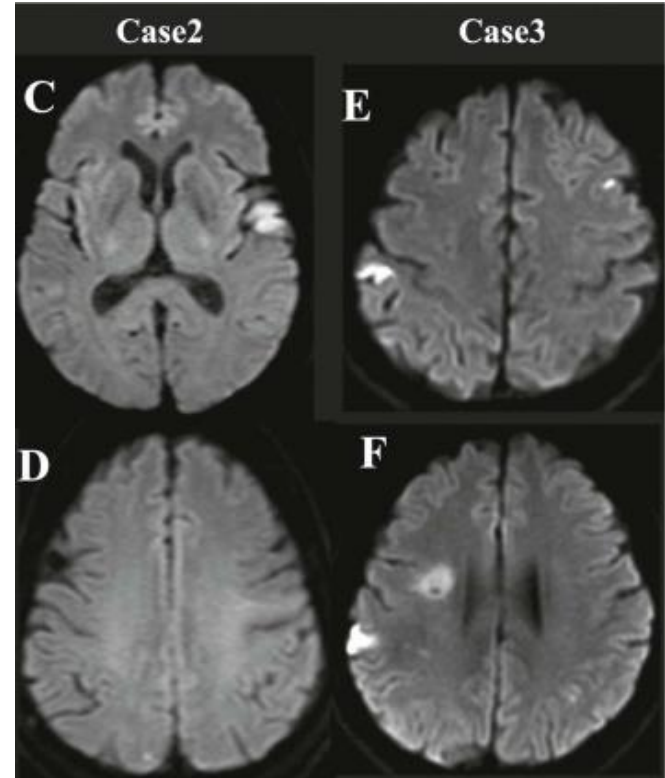
# Anfälle

Häufigste Ursache  
für Anfälle in der  
älteren  
Bevölkerung

5-12% 1 bis  
mehrere Anfälle  
nach Stroke

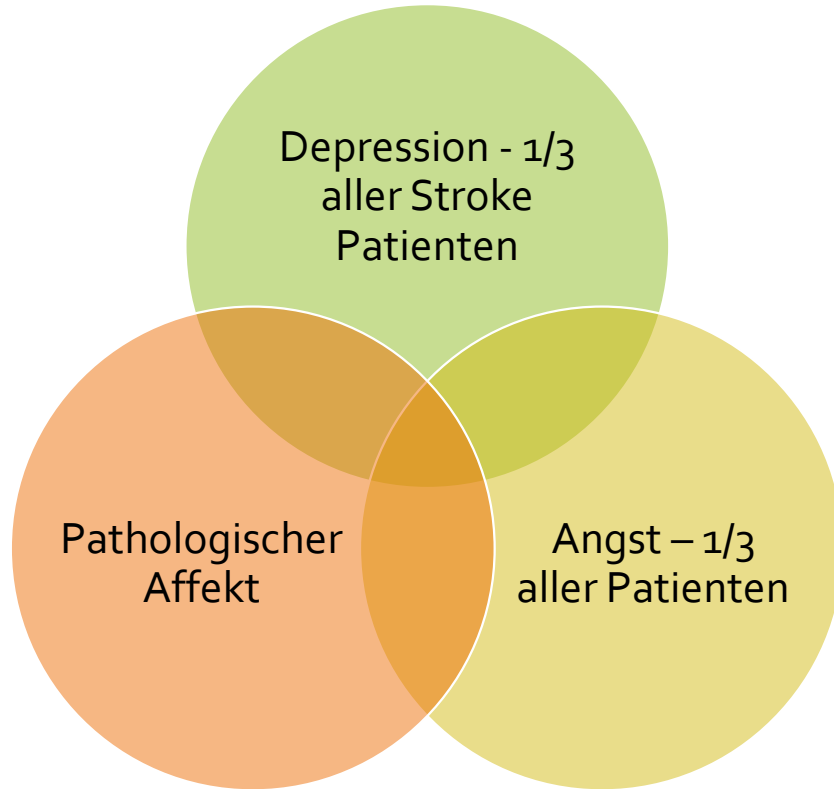
Höher bei  
kortikaler Läsion  
und schwerem  
Stroke

Höheres Risiko  
einer Epilepsie bei  
late post stroke  
seizures (>2 WO)





Neuro-  
psychiatrische  
Symptome



- VIELEN DANK für IHRE Aufmerksamkeit

# Palliativmedizinische Neurologie

Christiane Weck – 22.03.2022

# Beispiele

Mb. Parkinson

Atypische  
Parkinsonsyndrome

Motoneuronerkrankungen

Multiple Sklerose

Mb. Huntington

Stroke

Creutzfeldt-Jakob

Hirneigene Tumoren

Traumata

# Beispiele

Mb. Parkinson

Atypische  
Parkinsonsyndrome

Motoneuronerkrankungen

Hirneigene Tumoren

# Besonderheiten

- Chronische Erkrankungen – schwer vorhersagbare Krankheitstrajektoren
- Verlieren manchmal früh im Krankheitsverlauf die Möglichkeit zu kommunizieren
  - Schlaganfall (Sprachstörungen)
  - Motoneuronerkrankungen (Sprechstörungen)
  - Mb. Parkinson/atypische Parkinsonsyndrome (Sprechstörungen)
  - Demenz – kognitive Einschränkungen
- Wesensveränderungen
  - FTD: Impulskontrollstörungen, fehlende Empathie, Apathie
  - Huntington: Apathie, Depression, Zwangsstörungen

# Chronische Erkrankungen – Ende schwere vorhersagbar

Vorhersagbare Verschlechterung +  
unvorhersagbare Ereignisse  
(Unfälle/Stürze/Infektionen)

# Trigger- punkte

Diagnosestellung

Krankenhausaufenthalte

Unbeabsichtigter Gewichtsverlust

Kognitive Veränderungen

Häufige Stürze

Schwere Comorbiditäten

Änderung des Funktionsstatus

Schluckstörung



# Early Integration

- MND/ALS Krankheitsverlauf 2-5 Jahre, Einbindung kurz nach Diagnose
- PD Krankheitsverlauf bis zu 15 Jahre, späterer Beginn mit PC

EAPC consensus Paper on palliative care in neurology; 2016

# Symptome

## Physische Symptome

- Schmerzen
- Trockener  
Mund/vermehrter  
Speichelfluss
- Verstopfung
- Appetitverlust
- Fatigue
- Schlaflosigkeit

## Psychische- /Spirituelle Symptome

- Trauer
- Depression
- Angst
- spirituelles Leid
- Würdeverlust
- Depersonalisation

# Beispiele

- NMS
- Caregiver Burden

Mb. Parkinson

Atypische  
Parkinsons Syndrome

Motoneuronerkrankungen

Hirneigene Tumoren

- Siallorhoe
- Dysphagie/PEG
- Hilfsmittel

- Epileptische Anfälle
- Kognitive Defizite

# Mb. Parkinson

Rigor

Tremor

Akinese

Zunehmende nicht motorische Symptome (NMS) im Krankheitsverlauf

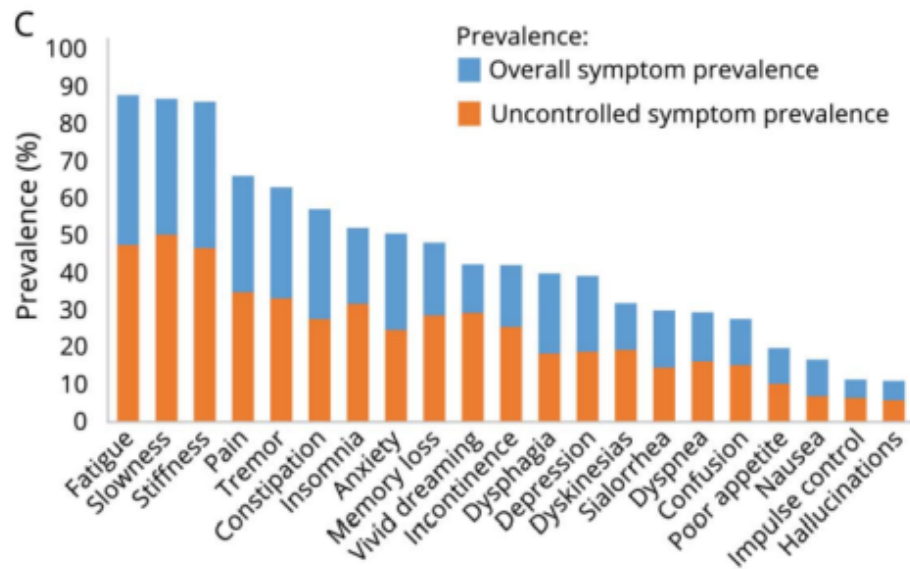
NONMOTOR SYMPTOMS IN PD

1645

TABLE 3. Prevalence of NMS domains and disease stage

NMS domains	All N = 1,072 (%)	Disease Stage (Hoehn and Yahr scale)			
		1 N = 167 (%)	1.5-2 N = 515 (%)	2.5-3 N = 325 (%)	4-5 N = 49 (%)
Gastrointestinal	654 (61.0)	76 (45.5)	280 (54.4)	250 (76.9)	36 (73.5)
Pain	653 (60.9)	85 (50.9)	302 (58.6)	218 (67.1)	39 (79.6)
Urinary	614 (57.3)	72 (43.1)	266 (51.7)	222 (68.3)	44 (89.8)
Cardiovascular	158 (14.7)	22 (13.2)	70 (13.6)	53 (16.3)	11 (22.5)
Sleep	687 (64.1)	80 (47.9)	312 (60.6)	245 (75.4)	40 (81.6)
Fatigue	623 (58.1)	63 (37.7)	291 (56.5)	224 (68.9)	40 (81.6)
Apathy	328 (30.6)	41 (24.6)	138 (26.8)	119 (36.6)	24 (49.0)
Attention/memory	479 (44.7)	63 (37.7)	208 (40.4)	168 (51.7)	32 (65.3)
Skin	260 (24.3)	24 (14.4)	102 (19.8)	112 (34.5)	16 (32.7)
Psychiatric	716 (66.8)	102 (61.1)	326 (63.3)	238 (73.2)	41 (83.7)
Respiratory	191 (17.8)	16 (9.6)	80 (15.5)	74 (22.8)	15 (30.6)
Miscellaneous	515 (48.0)	62 (37.1)	247 (48.0)	168 (51.7)	29 (59.2)

# Symptome bei Mb. Parkinson



# Caregiver Burden

## High Burden and Depression Among Late-Stage Idiopathic Parkinson Disease and Progressive Supranuclear Palsy Caregivers.

Schmotz C<sup>1,2</sup>, Richinger C<sup>1,2</sup>, Lorenzl S<sup>1,2,3</sup>.

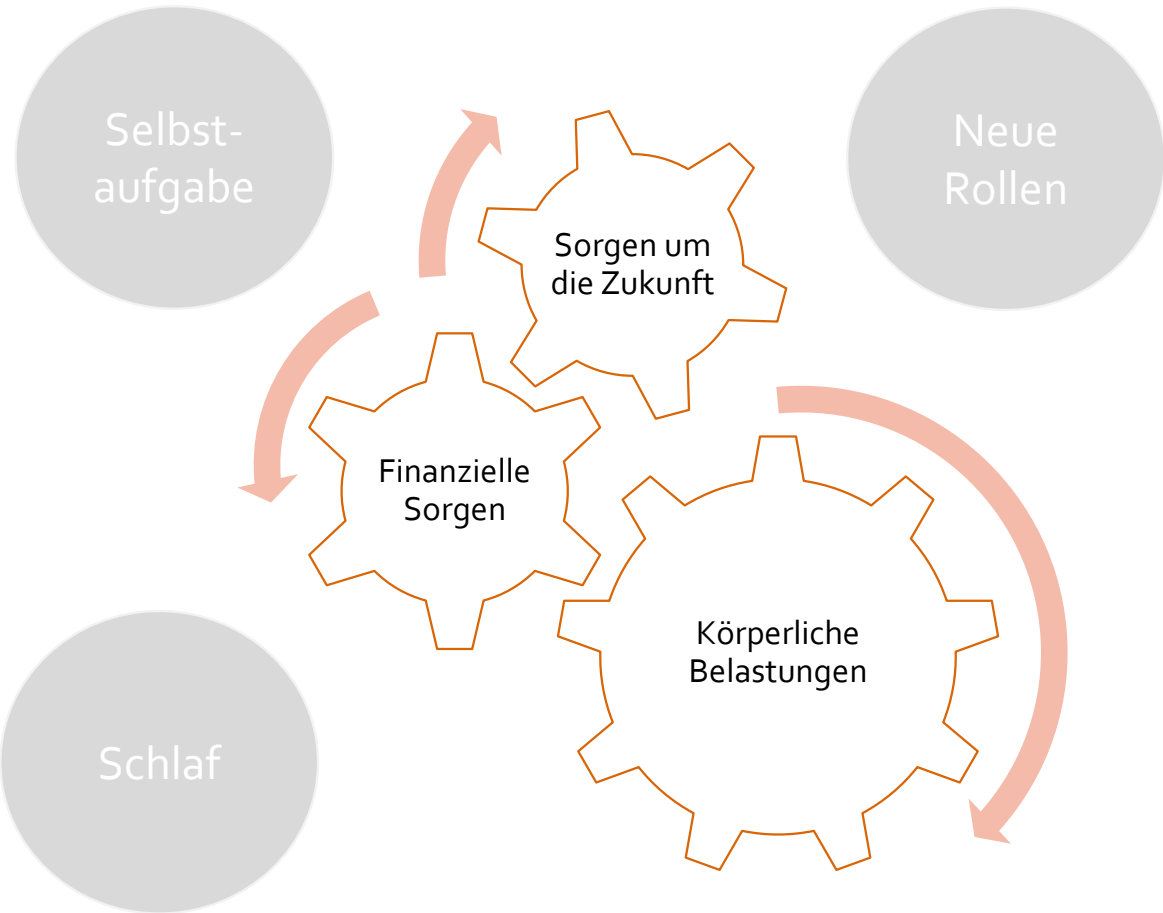
**Table 2.** Sociodemographic and Clinical Variables of Patients and Caregivers in Both Groups of Diagnosis IPD and PSP.

Variables	IPD	PSP
Patients	n (%)	n (%)
Participants	20 (50.0)	20 (50.0)
Men	11 (55.0)	10 (50.0)
Women	9 (45.0)	10 (50.0)
Patients with psychosis	7 (35.0)	2 (10.0)
	Mean (SD)	Mean (SD)
Patient age, years	76.2 (6.4)	70.8 (6.0)
Disease duration, years	15.3 (7.6)	6.3 (3.0)
Hoehn and Yahr	4.3 (0.5)	4.9 (0.4)
Schwab and England ADL	23.5 (13.1)	14.0 (9.9)
UPDRS I-IV	66.5 (17.1)	78.7 (13.4)
UPDRS III	29.9 (9.1)	38.3 (6.5)
MMSE-24 (N = 35; <21 path)	18.9 (6.2)	18.3 (7.1)
GDS-30 (N = 37; ≥10 path)	15.9 (7.2)	10.2 (3.5)
Caregivers	n (%)	n (%)
Participants	20 (50.0)	20 (50.0)
Men	6 (30.0)	9 (45.0)
Women	14 (70.0)	11 (55.0)
	Mean (SD)	Mean (SD)
Caregiver age, years	67.1 (10.5)	70.0 (8.6)
ZBI	36.5 (15.3)	42.8 (8.7)
BDI-II [≥ 9 path]	12.5 (5.5)	15.1 (8.9)

- 41-60 moderat belastet
- 21-40 wenig belastet

Abbreviations: BDI, Beck Depression Inventory; GDS, Geriatric Depression Scale; IPD, idiopathic Parkinson disease; PSP, progressive supranuclear palsy; SD, standard deviation; UPDRS, Unified Rating Scale for Parkinsonism; ZBI, Zarit Caregiver Burden Inventory.

# Caregiver Burden





# ALS

Degenerative Erkrankung des kortikospinalen Trakts (1. Motoneuron) und der Hirnnervenkerne und spinalen Vorderhörner (2. Motoneuron)

(+ *frontotemporaler Kortex + sensibles System*)

- 3 klassische klinische Präsentationen
  - Bulbärer onset
  - Beginn an den Extremitäten (40-50% oEx, 20-30% uEx)
  - Progressive Muskelatrophie

# Symptome

- Ateminsuffizienz
- Muskelkrämpfe
- Schmerzen
- Dysphagie
- Verschleimung
- Siallorhoe

# Dysphagie

- Im KH Verlauf/ wenige Monate nach Krankheitsbeginn/ erstes Symptom
- Malnutrition und Dehydratation
- Hohes Aspirations- und Pneumonierisiko

# Ernährungs sonden

- Percutaneous endoscopic/radiologic Gastrostomy (PEG/PRG)
- Direct percutaneous endoscopic jejunostomy (DPEJ)



Lorenzl

## PEG

- Rasch progredienter Verlauf ( $>1$  Punkt ALS FRS/Monat)
- Frühzeitig begonnene hochkalorische Nahrung
- 30-Tagesmortalität von 3-11% (Risikofaktoren: hohes Alter, Malnutrition, schlechte Atemfunktion)
- ACP - Nutzungseinschränkungen oder Nutzungsverzicht nach individuellen Vorstellungen

# Pseudo- hypersaliv ation

- Hypersalivation – Mehrproduktion von Speichel
- Relativer Speichelüberfluss

## Medikamentös

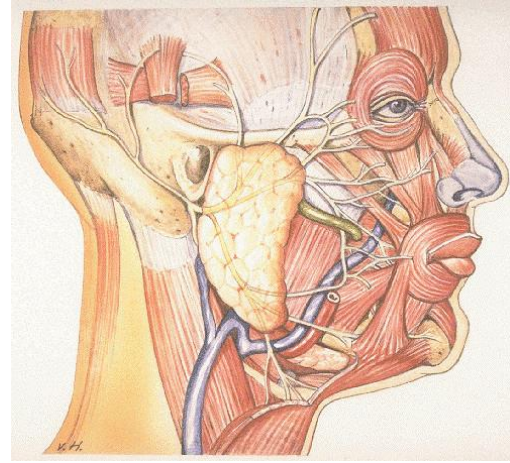
### Anticholinergika

- Scopolamin (Scopoderm TTS, 1-2 Pflaster alle 3d)
- Atropin (Atropintropfen (2 %-Lösung) 6-24 gtt p.o. 3 x tgl)
- Glycopyrrolat - (Robinul® 0,2-0,4 mg s.c. 3x tgl)

### Amitryptilin (Tropfenform)

### Gastrozepin (Pirenzepin)

# Botox- therapie

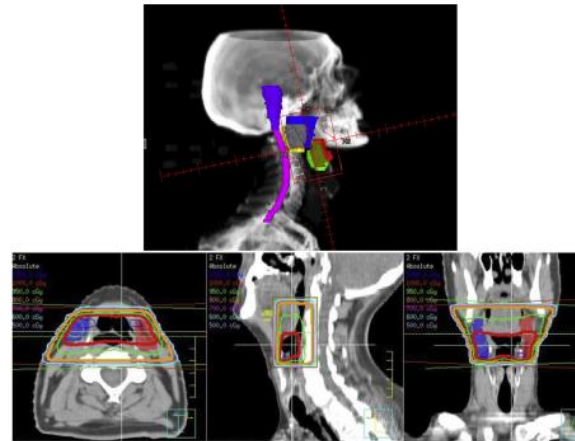


Anatomytool.org

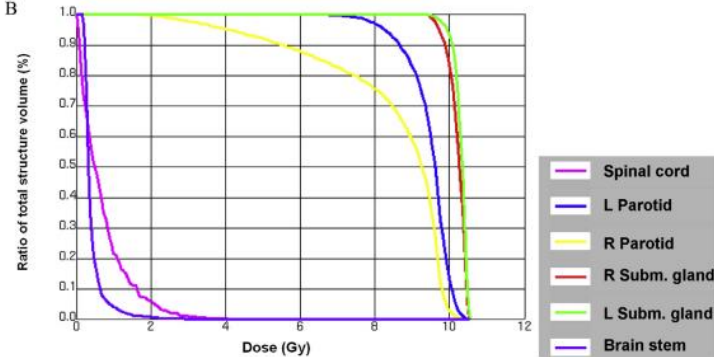


# Bestrahlung

A



B



Abbreviations: R: right; L: left; Subm: submandibular gland; Gy, gray; DRR: Digital Reconstructed Radiograph.

**Fig. 1.** Radiation therapy dose–volume distribution in salivary glands. (A) Digital reconstructed radiograph (DRR) showing axial, sagittal, frontal dosimetric views and (B) dose–volume histogram using a 2-field technique.

Assouline, 2014;

# Bestrahlung

**Table 2** Sialorrhea Scoring Scale (SSS) grades and response criteria

Score	Description
1	Dry, never drools
2	Mild, only the lips are wet, occasionally
3	Mild, only the lips are wet, frequently
4	Moderate, wet on the lips and chin, occasionally
5	Moderate, wet on the lips and chin, frequently
6	Severe, drools to the extent that clothing becomes damp, occasionally
7	Severe, drools to the extent that clothing becomes damp, frequently
8	Profuse, clothing, hands and objects become wet, occasionally
9	Profuse, clothing, hands and objects become wet, frequently

Response criteria according to SSS	
1-3	Complete
4-5	Partial
6-9	Absence

**Table 4** Grade 1 and 2 toxicities

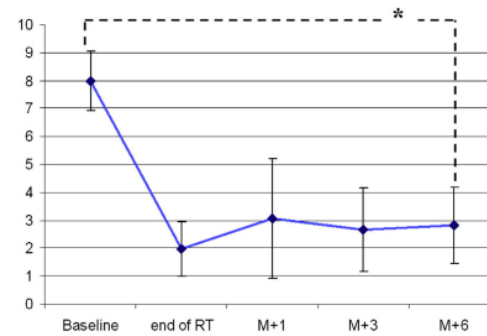
	During RT n (%)	M1 <sup>†</sup> n (%)	M3 <sup>*</sup> n (%)	M6 <sup>*</sup> n (%)
<b>Overall population</b>				
No. of patients assessed	50 (100)	50 (100)	41 (100)	38 (100)
Total no. of toxicities	17 (34)	4 (8)	6 (15)	2 (5)
Xerostomia	3 (6)	0 (0)	1 (2)	0 (0)
Mild pain	4 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Saliva thickening	3 (6)	4 (8)	5 (12)	2 (5)
Swallowing difficulty	2 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Taste modification	5 (10)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<b>According to RT dosage</b>				
No. of patients assessed				
10 Gy	30 (100)	30 (100)	23 (100)	21 (100)
20 Gy	20 (100)	20 (100)	18 (100)	17 (100)
Total no. of toxicities (P <sup>†</sup> )	.6	.6	.4	.5
10 Gy	9 (30)	2 (7)	5 (22)	2 (9)
20 Gy	8 (40)	2 (10)	2 (11)	0 (0)

Abbreviation: RT = radiation therapy.

\* After RT.

† Fisher's exact test.

**SSS**



Assouline, 2014;

# Hirneigene Tumore

# Symptome

- Anfälle 37%
- Kognitive Einbußen 36%
- Benommenheit 35%
- Dysphagie 30%
- Kopfschmerzen 27%
- Verwirrtheit 27%
- Aphasie 24%
- motorische Defizite 21%
- Fatigue 20%
- Dyspnoe 20%
- Depression 15%

# Mögliche Symptome

Verwirrtheit

Aufmerksamkeit

Kontaktverlust

Sprachverarmung

Blickwendung

Entäußerungen

Automatismen

Bewegungsarrest

Schläfrigkeit

# AKUT - THERAPIE

- Anfall, der nicht länger als 2 Min dauert muss nicht/kann nicht im Akutstadium therapiert werden
- Anfälle, die länger dauern, kurz aufeinanderfolgende Anfälle
- >5 Min. = Status epilepticus

## THERAPIE

# Lorazepam

- Weniger fettlöslich als Diazepam, wird nicht so schnell in die Peripherie verteilt, wirkt länger -> größerer Anfallskontrolle
- i.v., intranasal,
- i.m. unpraktikabel, da später Wirkeintritt
- Bei Zimmertemperatur (20-25°C) 0,8 Monate stabil (Grönheit 2018)

Diazepam

Midazolam

- Hohe lipophile Eigenschaft, passiert BH Schranke gut, verteilt sich aber schnell ins Gewebe
- Rektal, i.v.
  
- Wasserlöslich, i.v., i.m., s.c., nasal, buccal
- dem Lorazepam nicht unterlegen
- Stabil für 60 Tage bei Zimmertemperatur (Grönheit 2018)



# Therapie - Prophylaxe

- Das primäre Ziel der Therapie ist Anfallsfreiheit bei guter Verträglichkeit der Medikamente

# Antikonvulsiva

Substanzname	Kürzel	Erste Zieldosis	Maximaldosis	Titration-Geschwindigkeit	Enzym-Induktion + Enzym-Hemmung -	Zulassung
Brivaracetam***	BRV	50–100 mg/d	200 mg/d	s	(+)	Add-on, FE
Carbamazepin +	CBZ	600 mg/d	1600 mg/d	m	+	MT, FE
Gabapentin +	GBP	900 mg/d	3600 mg/d	s		MT, FE
Lacosamid ***	LCM	200 mg/d	400–600 mg/d $\text{dE}$	s – m		MT, FE
Eslicarbazepinacetat ##	ESL	800 mg/d	1200 mg/d	s – m		Add-on, MT, FE
Lamotrigin **	LTG	100 mg/d	600 mg/d	l		MT, FE, IGE
Levetiracetam ***	LEV	1000 mg/d	3000 mg/d	s		MT, FE, IGE (Add-on)
I Oxcarbazepin + ****	OXC	900 mg/d	2400 mg/d	m	+	MT, FE
Perampanel §	PER	4 mg/d	12 mg/d	m – l		Add-on, FE, IGE
Phenobarbital #	PB	100 mg/d	300 mg/d	l	+	MT, FE, IGE
Phenytoin *** +	PHT	200 mg/d	400 mg/d	s – m	+	MT, FE
Pregabalin	PGB	300 mg/d	600 mg/d	s		Add-on, FE
Topiramate	TPM	100 mg/d	400 mg/d	m – l		MT, FE, IGE
Valproinsäure ***	VPA	750 mg/d	2000 mg/d	m	–	MT, FE, IGE
Zonisamid	ZNS	200 mg/d	500 mg/d	l		MT, FE
Acetazolamid €	AZA	250 mg/d	1000 mg/d	s		Add-on
Bromid	Br	1000 mg/d	4000 mg/d	l		MT, IGE
II Clobazam	CLB	15 mg/d	30 mg/d	s		FE, IGE
Clonazepam ***	CLZ	2 mg/d	6 mg/d	s		FE, IGE
Ethosuximid	ESM	1000 mg/d	2000 mg/d	m		MT (nur Absenzen)

# Wahl des Anti- konvulsivums

- Hohes Interaktionspotential
  - CBZ, OXC, Phenytoin, Phenobarbital
- LEV Nebenwirkung Depression/Aggressivität
- Lamotrigin lange Aufdosierung
- VPA Gewichtszunahme, Tremor, Thrombopenie,
  
- Bioverfügbarkeit von Generika beträgt 25% nach oben und 20% nach unten, Austausch kann im Extremfall eine Schwankungsbreite von über 40% bedeuten
  
- (Corticosteroide)

# Applikations- formen

- I.V. - LEV, LCM, PHT, VPA,
- S.c. Levetiracetam sicher und effektiv
- S.c. Lacosamid (Fallbericht)
- Rektal Carbamazepin, Lamotrigin, Levetiracetam, Phenobarbital, Topiramamat und Valproinsäure
- Off label

Grönheit, 2018

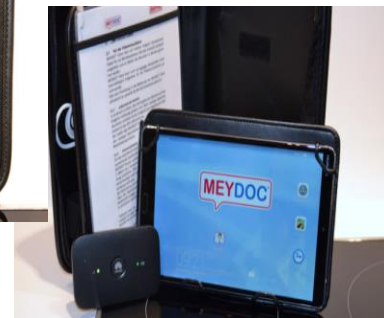
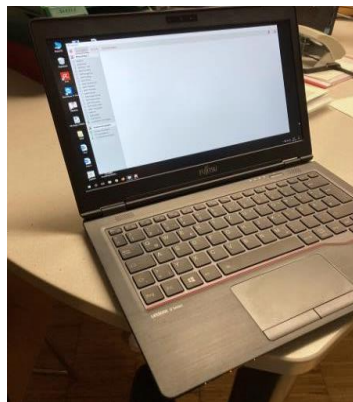
# Kognition

- 50% haben bei Diagnosestellung Schwierigkeiten die Therapie Situation/ Wahlmöglichkeiten/Nutzen-Risiko zu verstehen
- 50% aller Patienten haben in den letzten Wochen ihres Lebens die Fähigkeit verloren ihre eigenen Entscheidungen zu treffen
- ACP

# Zusammenfassung

- Auch neurologische Erkrankungen können eine komplexe und hohe Symptomlast haben
- Profitieren von Palliative Care
- Häufige Erkrankungen in der neuropalliative Care
  - Parkinson/atyp. Parkinsonsyndrome
  - Motoneuronerkrankungen
  - hirneigene Tumore
- Behandlung häufiger Symptome:
  - Dysphagie
  - Pseudohypersalivation
  - epileptische Anfälle

TANNE





VIELEN DANK





**P**ARACELSUS  
MEDIZINISCHE PRIVATUNIVERSITÄT



**TANNE**

---

# Akupunktur und Akupressur

Stefan Lorenzl

---

Stiftungsprofessur Palliative Care  
Institut für Pflegewissenschaft und -praxis  
und

Abteilung Neurologie, Krankenhaus Agatharied, Deutschland  
und Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin der LMU, München Großhadern, Deutschland

# Evidence-based Acupuncture ?



# Formen der Akupunktur

---

## **Akupunktur:**

- Behandlung der Meridianpunkte mit einer Nadel (Metalle, auch Gold)

## **Moxibustion:**

- Behandlung der Akupunkturpunkte mit einer Art Rauchstab

## **Akupressur:**

- Behandlung der Akupunkturpunkte mit Fingerdruck

## **Laserakupunktur:**

- Behandlung der Akupunkturpunkte mit Laser

## **Aurikulomedizin (Ohrakupunktur):**

- Behandlung spezieller Punkte im Ohr (dort wird der Mensch als Embryo wiedergespiegelt)



TANNE

## CERTIFICATE

This is to certify that  
LORENZL STEFAN PHILIPP

of GERMANY

has taken a course of  
ACUPUNCTURE & MOXIBUSTION

from MARCH 2, 1993 to  
MARCH 27, 1993

at China Beijing International

Acupuncture Training Centre sponsored by State Administration  
of Traditional Chinese Medicine, People's Republic of China.

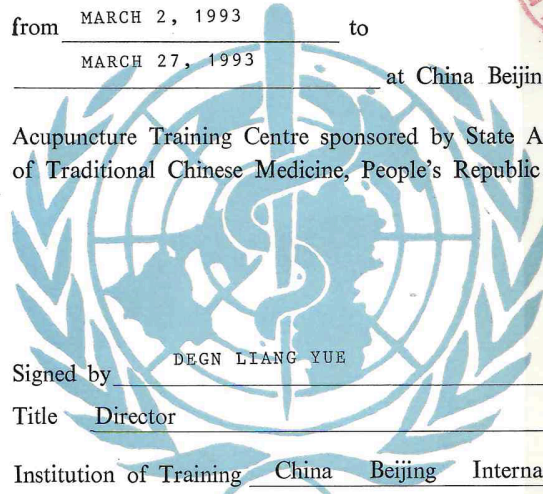
Signed by DEGN LIANG YUE

Title Director

Institution of Training China Beijing International

Acupuncture Training Centre

Date MARCH 27, 1993



# Peking 1993











*Table 1*  
**Systematic Reviews of Acupuncture for Supportive Cancer Care**

First Author, Year (Ref.)	Condition	No. of Primary Studies	Quality of Primary Studies	Meta- analysis	Conclusion (Quote)	Quality of SR	Overall Result +/-
Chao 2009 <sup>5</sup>	Therapy-related adverse effects in breast cancer patients	26	Mostly poor	No	...no conclusive remarks can be made	Good	+/-
Lee 2009 <sup>6</sup>	Hot flashes in prostate cancer patients	6	Mostly poor	Yes	The evidence is not convincing...	Good	-
Lee 2009 <sup>7</sup>	Hot flashes in breast cancer	6	Mostly good	Yes	The evidence is not convincing...	Good	-
Lu 2007 <sup>8</sup>	Chemotherapy-induced leucopenia	11	Poor	Yes	...studies may lead to false-positive estimation	Poor	+/-
Ezzo 2006 <sup>9</sup>	Chemotherapy-induced nausea and vomiting	11	Variable	Yes	...suggests a biologic effect of acupoint stimulation...	Excellent	+
Jedel 2005 <sup>10</sup>	Xerostomia	3	Mostly poor	No	...there is no evidence for the efficacy of acupuncture...	Good	-
Lee 2005 <sup>11</sup>	Cancer pain	7	Mostly poor	No	The notion that acupuncture is effective... is not supported by... rigorous clinical trials	Good	-

+ = positive; - = fails to show effectiveness; +/- = unclear.



# Übelkeit und Erbrechen

---

Chemotherapie-induzierte Übelkeit  
und Erbrechen

Metaanalyse mit 11 RCTs:

- Akupunktur positiv, Evidenzgrad 1a,  
Empfehlungsgrad A



# Übelkeit und Erbrechen

---

Streitberger et al.

80 Patienten mit Chemotherapie vor Stammzelltransplantation

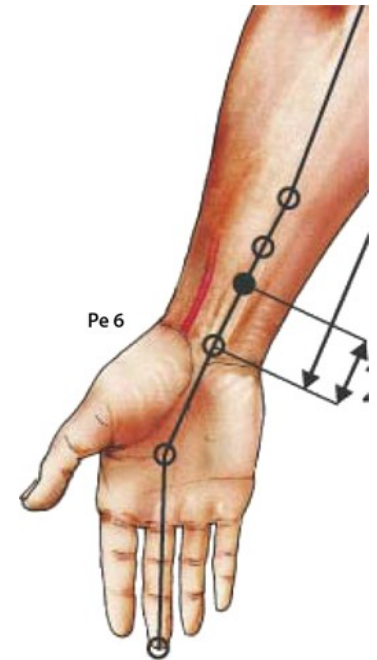
Odansetron und Aku vs. Sham-Aku

Single-Point-Akupunktur Pe 6 30 min vor 1. Chemotherapie und  
am Tag darauf

Kein sign. Unterschied zwischen den Gruppen

Roscoe et al. 2002; Treish et al 2003:

Aku-Armband: 1x pos. 1x neg.



# Dyspnoe

---

1 Metaanalyse mit 5 RCTs (Bausewein et al. 2008)

- 5x Verbesserung, 3x signifikant zu Placebo

# Dyspnoe

---

Vickers et al 2005:

Aku vs. Sham-Aku

47 Patienten mit Lungen-Carcinom:

1x Behandlung, Soforteffekte und Effekte nach 1 Woche

KG6; Lu1; Lu7; Ni6; Ma 36; Sternum oberes Drittel oder KG17;  
Ohr: Niere und Lunge

Kein sign. Unterschied, Trend: Verschlechterung durch AKU  
(Dyspnoe Score)

# Dyspnoe

---

Maa et al 2003:

Aku vs. Akupressur vs. Standardbehandlung

41 Patienten mit COPD

20x Aku-Behandlung, bzw. tgl. Selbstbehandlung über 8 Wochen,

Lu1; Pe 6; Ma 36; LG14; Extra 17

St. Georg Respiratory Questionnaire: Aku 18,5fach , Akupressur 6,57fach verbessert gegenüber Standardbehandlung

# Schmerz

---

1 Metaanalyse mit 3 RCTs (Paley et al. 2011)

- 3x Verbesserung durch Aku,
- 2x schlechte Studienqualität



# Schmerz

---

Alimi et al. 2003

- Ohrakupunktur, Ohraku an Placebopunkten, Ohrsamen an Placebopunkten

90 Patienten mit VAS>30mm

Repräsentationszonen der Schmerzlokalisierung mit Hautwiderstandsmessung, 2x mit Dauernadeln (Abstand 30d)

Schmerzintensität VAS nach 30d und 60d

Schmerzreduktion um 36% in Verumgruppe, 2% in Placebogruppe

# „Hot flashes“ - Hitzewallungen

---

3 Metaanalysen (Chao et al. 2009; Lee et al. 2009; Lee et al. 2009)

- häufig schlechte Studienqualität, häufig Aku= Sham
- Prostata-CA: 1 RCT: Aku und Aku+ EA reduzieren HFs (Frisk et al. 2009); 5 uncontrolled trials (positiv)
- Mamma-Ca: <Hormontherapie (Fisk et al 2008)  
= Entspannung (Nedstrand et al. 2005)/ Venlafaxin (Walker et al. 2008):



# Hot flashes

---

Walker et al 2010

50 Patientinnen mit hot flashes bei Mamma-Ca

Aku gegen Venlafaxin (SSRI)

Aku 2x/Woche über 4 Wochen, dann 1x/Woche über 8 Wochen,

40 min pro Behandlung

Semistandardisiertes Schema: Bl 23, Ni 3, Mi6

Und ggfs. möglich (TCM-Diagnose): LG 14, GB 20, Lu 9, Le 3, LG 20, Ma 36, KG 6, Pe 7, He 7.

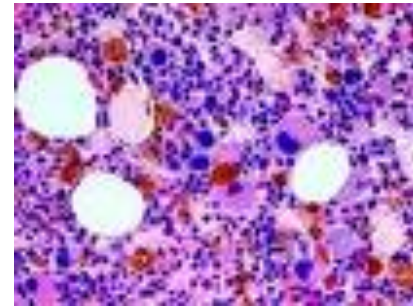
Hot flashes ↓ ,QoL ↑ ,Depression ↓

Nach 2 Wochen Symptomrückkehr in Venlafaxingruppe, nicht in Akugruppe

# Chemotherapie-induzierte Leukopenie/ Neutropenie

---

- 11 Studien, alle aus China, schlechte Qualität, positive Ergebnisse
- davon 7 mit White blood cell count,
- alle 7 zeigen Leukozytenanstieg



# Chemotherapie-induzierte Leukopenie/ Neutropenie

---

Lu et al 2009: Randomized-controlled Trial zu Neutropenie

Patientinnen mit Ovarial-Ca.

Aku vs. Sham-Aku

10 Behandlungen (2-3x/ Woche), Beginn 1 Woche vor 2. Zyklus  
Chemo

-Le3; Ni3; Mi 6; Ma36; Mi10; Di4; Pe6; Di11; LG20

-Elektrostimulation Ma36 und Mi6

Leukozyten  $>$ , Grad 2-4 Leukopenien geringer, aber Nadir und G-CSF  
gleich; (Lu et al 2009):

# Xerostomie

---

1 Review mit 3 RCTs (Jedel et al. 2005)

- kaum Akueffekte nachweisbar (1x positiv, 2x negativ (1x Sham, 1x Warteliste))



# Xerostomie

---

Blom et al 1993

20 Patienten mit Xerostomie versch. Ursache

Aku vs. Sham-Aku

20 min Behandlung 2x/Woche über 6 Wochen

-Lokal/segmental: Ma 3;4;5;6; Dü 17

-Aku: Pe 6; Di 4; 8; 10; Dü 3;7; Ni 3;5; Mi 4;6;8

- Ohr: ShenMen; Vegetativ; Niere, Milz; Mund; Subcortex;  
Pankreas; Endokrinum;

# Sicherheit der Akupunktur

---

In a 6-year survey of more than 65 000 treatments at an acupuncture teaching clinic in Japan, only 94 adverse events were reported, the most common being failure to remove needles and bruising with or without localized pain.<sup>56</sup> No serious or severe adverse events were recorded in this study.

Results from a 2001 prospective survey of 78 British physiotherapists and physicians trained in acupuncture were similar. The practitioners provided nearly 32 000 treatments, and 43 significant events were reported, all classified as minor.<sup>57</sup>

The authors of a 2004 prospective study on 97 733 acupuncture treatments with German practitioners conclude that in the hands of competent, well-trained, and skilled practitioners, acupuncture is one of the safer forms of medical intervention.<sup>58,59</sup>



# Sicherheit in der Palliative Care

---

Allg. Überlegungen:

- Patienten oft sensibler
- Nadeltiefe bei Kachexie
- keine Behandlungseffekte → Tumorprogress?

Kontraindikationen:

- Gerinnungsstörungen
- Lymphödem
- Nadelung in Tumor oder Ulzerationen
- Nadelung in der Nähe von instabiler WS (Bsp. Multiples Myelom)



# Evidence-based Acupuncture ?

---

Sybille Kramer<sup>1</sup>, Dominik Irrnich<sup>2</sup>, Stefan Lorenzl<sup>3</sup>

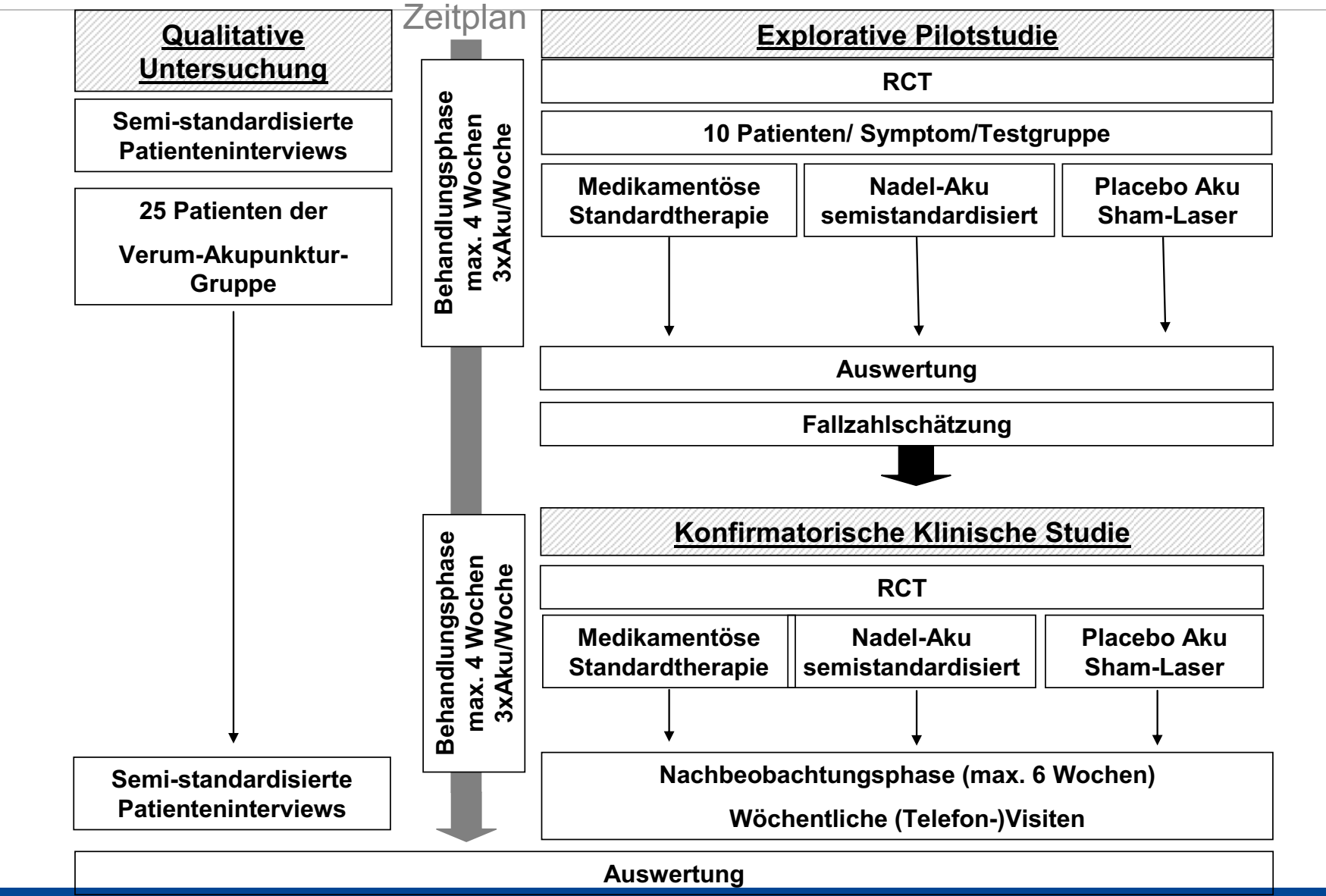
<sup>1</sup>Klinik für Orthopädie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Klinikum der Universität München, München, Deutschland

<sup>2</sup>Interdisziplinäre Schmerzambulanz, Klinik für Anaesthesiologie, Klinikum der Universität München, München, Deutschland

<sup>3</sup>Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg, Österreich

## Semistandardisierte Akupunkturkonzepte zur Symptomkontrolle in der Palliativmedizin

# Ablauf



# Schema Acu-Pall

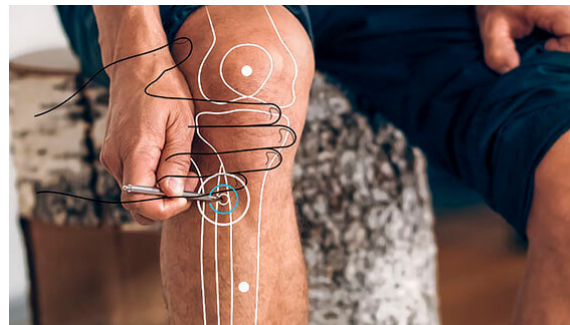
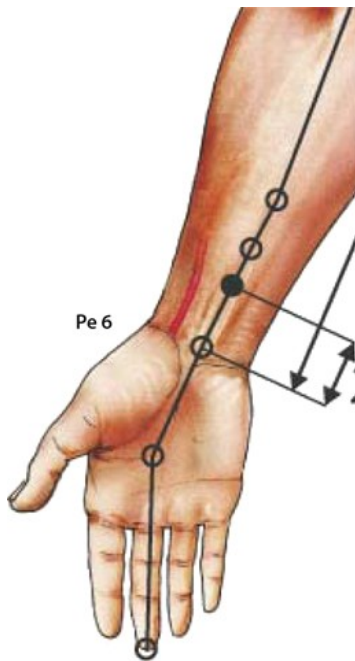
<u>Symptom</u>	<u>Basispunkte</u>	<u>Zusätzlicher Pool</u>
Übelkeit/Erbrechen	Pe 6, Ma36, KG17	Mi6/ KG12/ Mi4.
Dyspnoe	KG17/ Pe6/Lu7	Lu1/Lu5/Lu9, Bl13, Ma 40/LG26,/ Ex Ding-Chuan
Juckreiz	He7/ Di11; LG20	Le3/ He7; Mi 10; LG14
Hypersalivation	lokal: <b>Ma4</b> /LG 26/ KG24/; Ma 40;	Mi6/ Di4/ Ni3; Bl20; Di20; Ma36; weiter lokal: 3E17/ Ma6/
Depression	<b>He7</b> ; Le3/ Mi6/ He5	Bl 18/ Bl/20/Ma 36; Bl 15/ Bl 44/ Bl23/ LG20/Ni6/ He3/ Bl52/ KG6/ Gb25/ Kg17/ Ying-tang/ Lu7
Angst	<b>He7</b> ; Ni 3; LG20	Bl23; Bl15; Lu7/ Ni6/ Bl44/ Dü3/Bl62/He3
Xerostomie	Ma6; Ma7; Ni3	Mi6; Ma36/ Di4/Di20/ KG23/ Ma4

**Tabelle 2: Akupunkturschema:** Semistandardisiert, da eine standardisierte Behandlung an den oben angegebenen Basispunkten vorgeschrieben ist, optional aber Punkte aus dem zusätzlichen Pool hinzugenommen werden können, genau wie Punkte, die entsprechend der individuellen TCM Diagnose ausgewählt werden, sowie Mikrosystem-Punkte.



# Übelkeit und Erbrechen

<u>Symptom</u>	<u>Basispunkte</u>	<u>Zusätzlicher Pool</u>
Übelkeit/Erbrechen	Pe 6, Ma36, KG17	Mi6/ KG12/ Mi4.



# Juckreiz

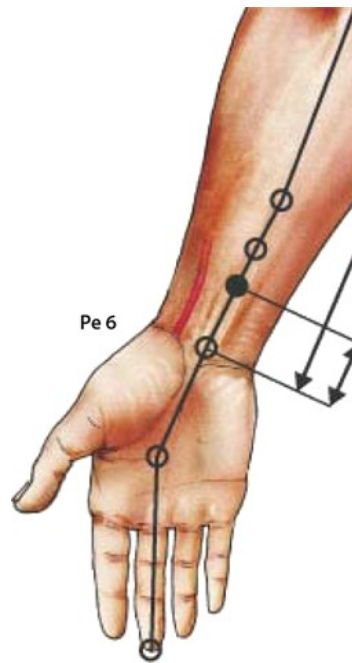
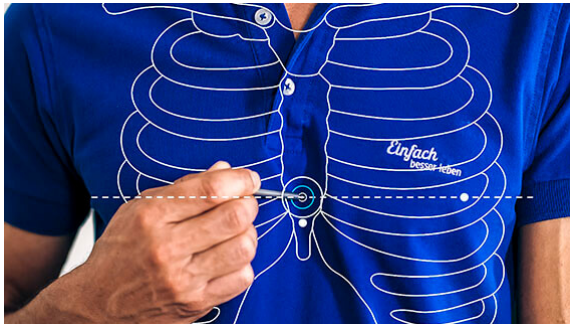
<u>Symptom</u>	<u>Basispunkte</u>	<u>Zusätzlicher Pool</u>
Juckreiz	He7/ Di11; LG20	Le3/ He7; Mi 10; LG14





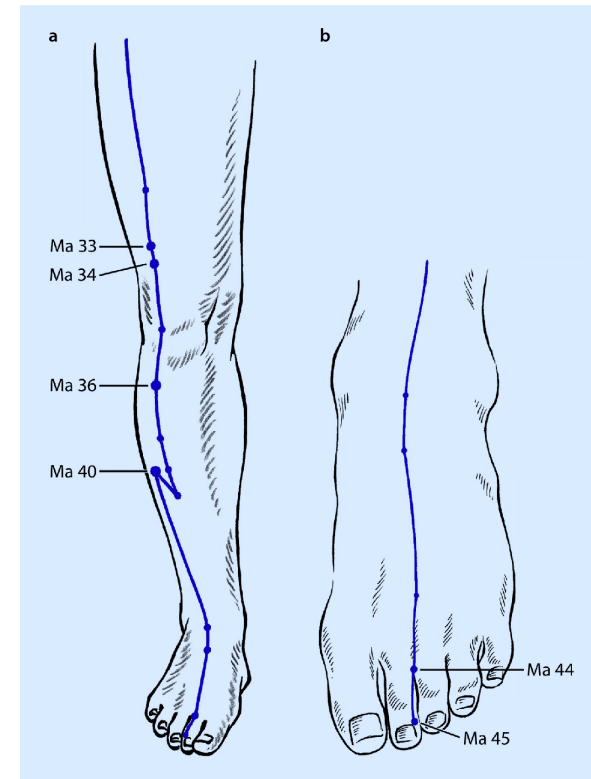
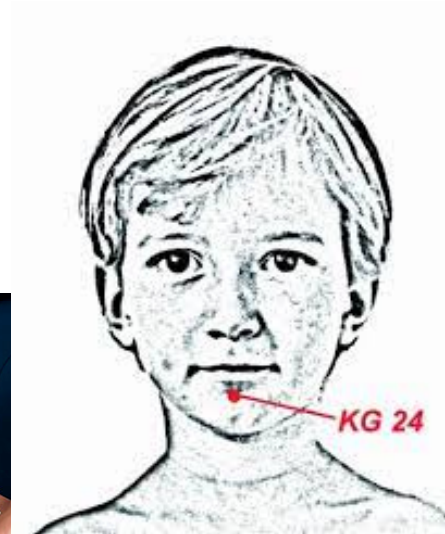
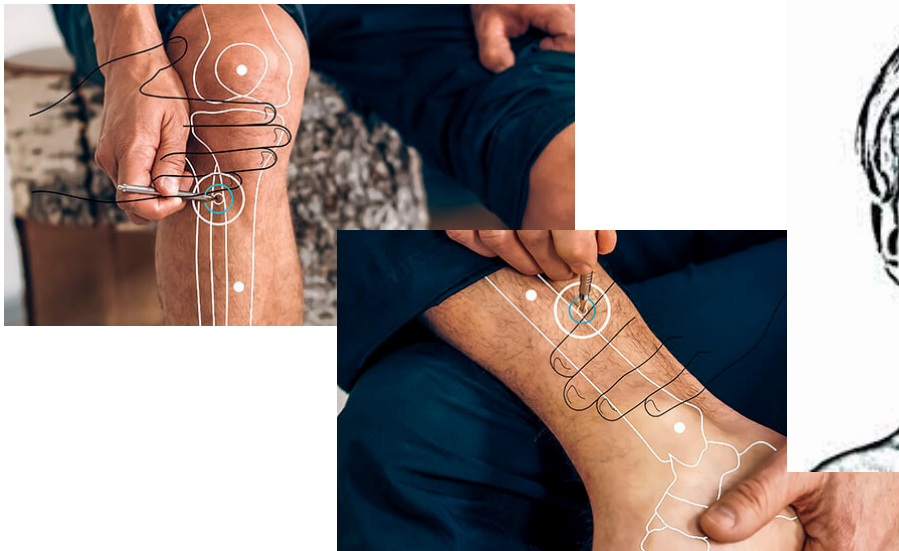
# Dyspnoe

<u>Symptom</u>	<u>Basispunkte</u>	<u>Zusätzlicher Pool</u>
Dyspnoe	KG17/ Pe6/Lu7	Lu1/Lu5/Lu9, B113, Ma 40/LG26,/ Ex Ding-Chuan



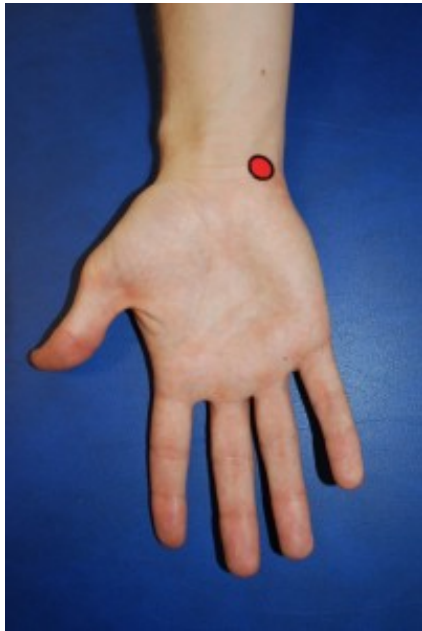
# Hypersalivation

<u>Symptom</u>	<u>Basispunkte</u>	<u>Zusätzlicher Pool</u>
Hypersalivation	Ma4/LG 26/ KG24/; Ma 40;	Mi6/ Di4/ Ni3; B120; Di20; Ma36; weiter lokal: 3E17/ Ma6/



# Depression

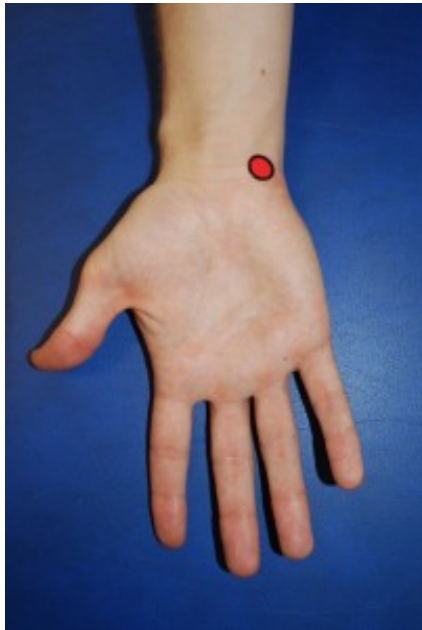
<u>Symptom</u>	<u>Basispunkte</u>	<u>Zusätzlicher Pool</u>
Depression	He7; Le3/ Mi6/ He5	Bl 18/ Bl/20/Ma 36; Bl 15/ Bl 44/ Bl23/ LG20/Ni6/ He3/ Bl52/ KG6/ Gb25/ Kg17/ Ying-tang/ Lu7



<https://www.naturmed.de/blog/akupunkturpunkte-uebersicht/akupunkturpunkte-des-milzmeridian/> und <https://www.rehaexperte.de/2014/04/22/akupressur/> und [https://www.bandagenspezialist.de/shop/product/akupunkturstift/?gclid=CjwKCAjwuIWHBhBDEiwACXQYsW9lwX9C141L\\_Zaz-dETRD7X\\_\\_Tfrg8jA49cITdwgoa2bABSux8rfRoCUjoQAvD\\_BwE](https://www.bandagenspezialist.de/shop/product/akupunkturstift/?gclid=CjwKCAjwuIWHBhBDEiwACXQYsW9lwX9C141L_Zaz-dETRD7X__Tfrg8jA49cITdwgoa2bABSux8rfRoCUjoQAvD_BwE)

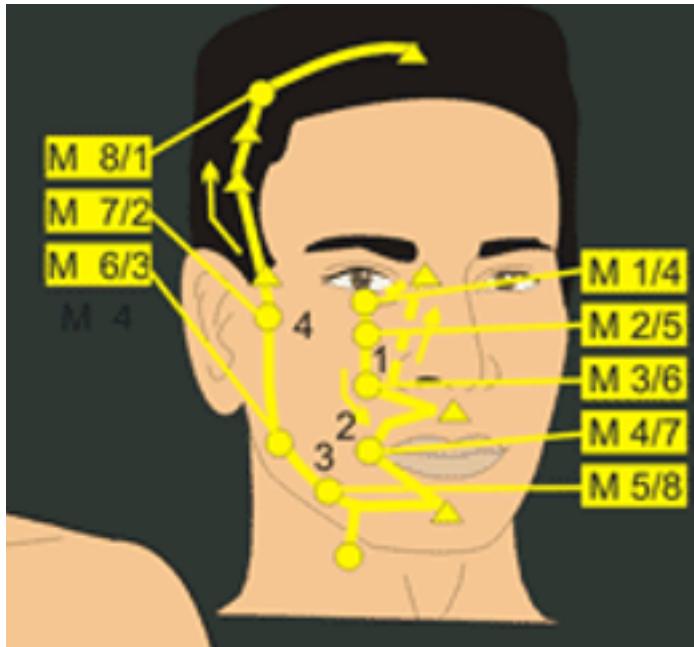
# Angst

<u>Symptom</u>	<u>Basispunkte</u>	<u>Zusätzlicher Pool</u>
Angst	He7; Ni 3; LG20	B123; B115; Lu7/ Ni6/ B144/ Dü3/B162/He3



# Xerostomie

<u>Symptom</u>	<u>Basispunkte</u>	<u>Zusätzlicher Pool</u>
Xerostomie	Ma6; Ma7; Ni3	Mi6; Ma36/ Di4/Di20/ KG23/ Ma4



<http://www.akupunktur-hand.at/magen.htm>



# Danke für Ihre Aufmerksamkeit!



## Arbeitsgruppe Neurologie und Neuropalliative Care

**Christiane Weck  
Piret Paal  
Sarah Bublitz  
Andrea Egger-Rainer  
Birgit Häckl  
Simone Harris  
Katharina Lex  
Georg Nübling  
Elisabeth Fellner  
Janine Rabe  
Markus Brandt  
Stefan Lorenzl**



gefördert von:

**Bayerisches Staatsministerium, Deutsche Parkinsonvereinigung, DLR, BMBF,  
Deutscher Stifterverband, H2020, Paula Kubitschek-Vogel-Stiftung**



**P**ARACELTUS  
MEDIZINISCHE PRIVATUNIVERSITÄT

Institut für Pflegewissenschaft und –praxis  
Stiftungsprofessur Palliative Care

---

# **Medizinisches Cannabis Pharmakologie und aktuelle Studienlage**

Prof. Dr. med. Stefan Lorenzl

---

Univ.-Prof. (Palliative Care Salzburg)  
Dipl. Pall. Med. (Univ. Cardiff)

*23.06.2021*



# Cannabis

---

**Cannabaceae:** einjährige und ausdauernde, milchsaftführende Kräuter (Cannabis) oder Lianen (Humulus), z. T. harzhaltig; gemäßigte Zone: nördl. Hemisphäre

**Cannabis sativa:** aus Asien stammende, verwilderte Kulturpflanze mit handförmig 5-7zählig gefingerten Blättern; Größe: 0,40-2,0 m; Blütezeit: Juli-August  
ca. 4000 pharmakologische Inhaltsstoffe



# Nutzung der Hanfpflanze

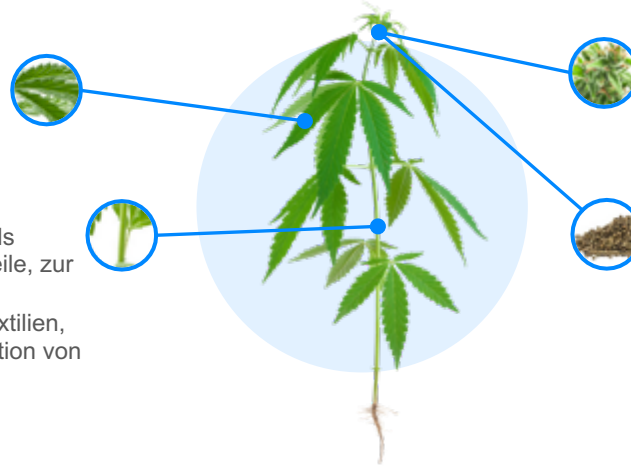
Die Hanfpflanze wurde in der Geschichte der Menschheit in den verschiedensten Bereichen eingesetzt, von denen eine Auswahl hier dargestellt ist.

## Hanfblätter

Einsatz der Blätter zur Wundheilung.<sup>1</sup>

## Hanffasern

Nutzung der Fasern als Fäden und robuste Seile, zur Herstellung von Fischernetzen und Textilien, außerdem zur Produktion von Papier.<sup>1,2</sup>



## Hanfblüten

Pharmazeutischer Einsatz der weiblichen Blüten in der Medizin.<sup>3,4</sup>

## Hanfsamen

Verwendung der Samen in Kosmetika und Nahrungsmitteln, Einsatz des Öls als Lampenöl und Treibstoff in der industriellen Nutzung.<sup>2,5</sup>

1. Bonini SA et al. J Ethnopharmacol 2018;227:300–315.  
2. Häußermann K, Grotenhermen F, Milz E. Cannabis. Arbeitshilfe für die Apotheke. 2. aktualisierte Auflage. Deutscher Apothekerverlag, Stuttgart. 2018.  
3. Zaami S et al. Eur Rev Med Pharm Sci 2018;22(4):1161–1167.  
4. § 31 Abs. 6 SGB V  
5. Russo EB. Chem Biodiversity 2007;4(8):1614–48.

# Medizinische Nutzung von Cannabis

- Cannabis ist eine Gattung innerhalb der **Familie der Cannabaceae** (Hanfgewächse). Es ist unklar, ob es **unterschiedliche Arten** innerhalb der Gattung gibt (*Cannabis sativa*, *indica* und *ruderalis*) oder ob es sich um Unterarten von *C. sativa* handelt.<sup>2</sup>
- Jede Art verfügt über Eigenschaften, die man sich auch in der medizinischen Anwendung zunutze machen kann.

## *Cannabis sativa*<sup>6</sup>

- Stimulierende und energetische Wirkung („Kopf-High“)
- Gefühl von Optimismus und Wohlbefinden möglich
- Einsatz v. a. tagsüber

## *Cannabis indica*<sup>6</sup>

- Sedierende und entspannende Wirkung („Körper-High“)
- Vermittelt Ruhe und Gelassenheit
- Einsatz v. a. abends oder bei Schlafproblemen

## *Cannabis ruderalis*<sup>6</sup>

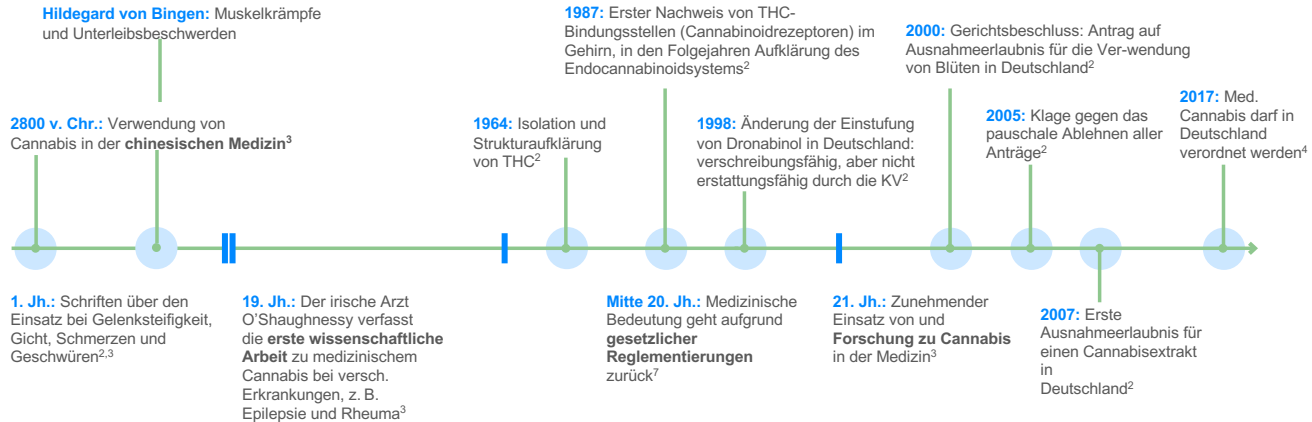
- Bildet nur wenig THC
- Weist einen hohen CBD-Gehalt auf

2. Häußermann K, Grotenhermen F, Milz E. Cannabis. Arbeitshilfe für die Apotheke. 2. aktualisierte Auflage. Deutscher Apothekerverlag, Stuttgart. 2018.  
6. Grotenhermen F, Häußermann K. Cannabis. Verordnungshilfe für Ärzte. 3. aktualisierte Auflage. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart. 2019.

# Geschichtliches



**Hildegard von Bingen:** Muskelkrämpfe und Unterleibsbeschwerden



KV: Krankenversicherung

2. Häußermann K, Grotenhermen F, Miltz E. Cannabis. Arbeitshilfe für die Apotheke. 2. aktualisierte Auflage. Deutscher Apotheker Verlag, Stuttgart. 2018.

3. Zaami S et al. Eur Rev Med Pharm Sci 2018;22(4):1161–1167.

4. § 31 Abs. 6 SGB V

7. Bridgeman MB, Abazia DT. P T 2017;42(3):180-188.

# Das Endocannabinoidsystem und Cannabinoidrezeptoren

- Das Endocannabinoidsystem (ECS) ist ein **evolutionär konserviertes Signalsystem**, das in allen Vertebraten vorkommt. Es ist in zahlreiche verschiedene physiologische sowie pathophysiologische Prozesse involviert.
- Die Aktivierung des CB1-Rezeptors führt zu einer **psychotropen Wirkung** <sup>5</sup>

## CB1

### Lokalisation<sup>6</sup>

V. a. Zentrales und peripheres Nervensystem

Zahlreiche Organe und Gewebe

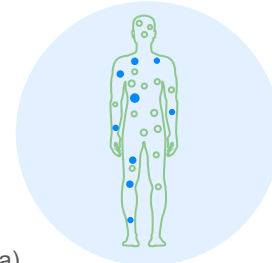


## CB2

### Lokalisation<sup>6</sup>

Zellen und Organe des Immunsystems

Nervenzellen (inkl. Astrozyten, Oligodendrozyten und Mikroglia)



Wichtigste Funktion des ECS ist die **Reduktion einer Überaktivität** aller Neurotransmitter, wie z. B. Dopamin, GABA, Glutamat, Serotonin, Glycin. Spezielle Cannabinoidrezeptoren vermitteln diese Hemmung.<sup>3</sup>

CB1/2: Cannabinoid- Rezeptor 1/2; GPCR: G-Protein-gekoppelter Rezeptor; ZNS: Zentrales Nervensystem

4. Castillo PE et al. Neuron 2012;78:70–81.

5. Grotenhermen F, Müller-Vahl K. Dtsch Arztebl Int 2012; 109(29–30):495–501.

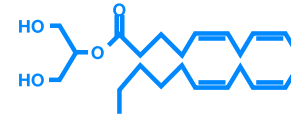
6. Sarzi-Puttini P et al. Expert Rev Clin Immunol 2019;15(10):1019–1032.

# Endocannabinoide

- Endocannabinoide sind die **endogenen Liganden** der Cannabinoidrezeptoren.
- Sie wirken an **exzitatorischen und inhibitorischen Synapsen**, wo sie lang- und kurzanhaltende Effekte vermitteln.
- Die bekanntesten Endocannabinoide sind **Anandamid** und **2-Arachidonylglycerol (2-AG)**. (weitere Endocannabinoide sind Palmitoylethanolamine, Nolethanolamine, Virodhamine)



**Anandamid** ist ein partieller Agonist an den CB-Rezeptoren und bindet mit etwas höherer Affinität an CB1 als an CB2.



**2-Arachidonylglycerol** hat eine größere Wirksamkeit an CB-Rezeptoren als Anandamid.

2-AG: 2-Acylglycerol; CB1/2: Cannabinoid-Rezeptor 1/2  
1. Abramovici H, Lamour S-A, Mammen G. Information for Health Care Professionals. Cannabis (marihuana, marijuana) and the cannabinoids. Oktober 2018.  
7. Sardinha J, Lehmann C, Kelly M. Signa Vitae 2013;8(1):9-14.

# Das endogene Cannabinoidsystem

---

Hohe Konzentrationen von CB1-Rezeptoren:

- Kleinhirn
- Hippocampus
- Basalganglien

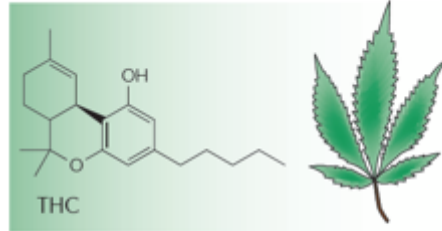


Niedrige Konzentrationen von CB1-Rezeptoren:

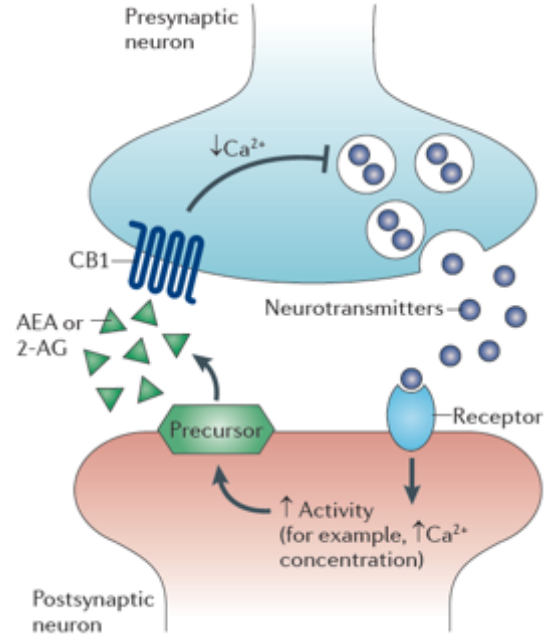
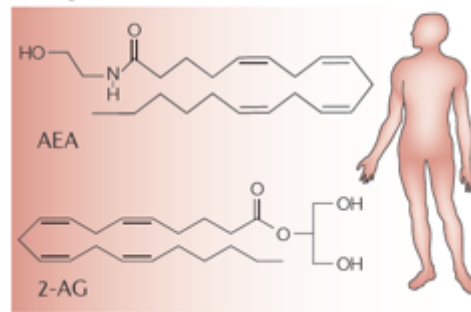
- Thalamus
- Hirnstamm

# Das Endocannabinoidsystem & Cannabinoidrezeptoren

## Plant-derived cannabinoid



## Endogenous cannabinoids



Valesco G. et al. Nature Rev Cancer 2021; 12:436-444



# Die Cannabispflanze und Phytocannabinoide

- THC und CBD sind die beiden **am meisten enthaltenen Cannabinoide** der Cannabispflanze und können aus der Cannabispflanze sowohl extrahiert als auch synthetisch hergestellt werden.<sup>13</sup>



- Die meisten Wirkungen von Cannabinoiden begründen sich durch ihre Wirkung auf die CB1/2-Rezeptoren, es wird jedoch auch eine Bindung an andere Rezeptoren wie den **5-HT<sub>3</sub>-Rezeptor** vermutet.<sup>5</sup>

## Cannabinoide wirken auf unterschiedliche Weise auf die CB1/2-Rezeptoren.<sup>1</sup>

5-HT<sub>3</sub>: 5-Hydroxytryptamin; CBD: Cannabidiol; CBG: Cannabigerol; CBDV: Cannabidivarin; CBC: Cannabichromen; THC: Δ<sup>9</sup>-trans-Tetrahydrocannabinol; THCV: Tetrahydrocannabivarin

1. Abramovici H, Lamour S-A, Mammen G. Information for Health Care Professionals. Cannabis (marihuana, marijuana) and the cannabinoids. Oktober 2018.

5. Grottenhermen F, Müller-Vahl K. Dtsch Arzteztg Int 2012; 109(29-30):495-501.

13. Bialas P, Drescher B, Gottschling S et al. Schmerz 2019;33(5):399-406.

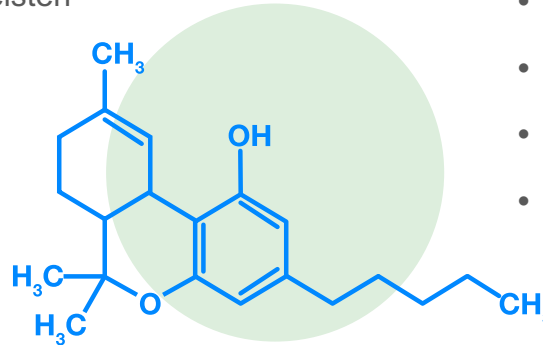
14. Russo EB. Br J Pharmacol 2011;163:1344-1364.

# Δ9-trans-Tetrahydrocannabinol (THC)

- Psychotroper Bestandteil von Cannabis<sup>1</sup>
- Kann an CB1- und -2-Rezeptor binden<sup>1</sup>
- Häufigstes Cannabinoid in den meisten verfügbaren Blütensorten<sup>15</sup>

## THC wirkt:<sup>3</sup>

- Schmerzlindernd
- Muskelrelaxierend
- Spastikmindernd
- Appetitsteigernd

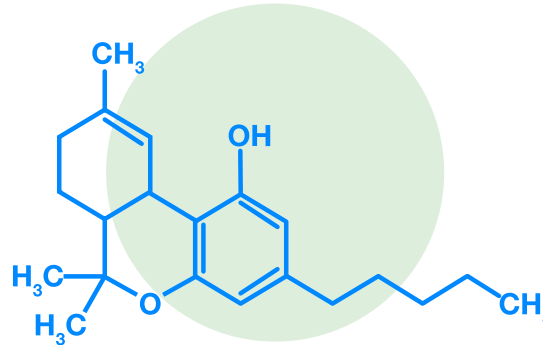


CB1/2: Cannabinoid-Rezeptor 1/2; THC: Δ9-trans-Tetrahydrocannabinol

1. Abramović H, Lamour S-A, Mannen G. Information for Health Care Professionals. Cannabis (marijuana, marijuana) and the cannabinoids. Oktober 2018.
3. Grotenhermen F, Häußermann K. Cannabis. Verordnungshilfe für Ärzte. 3. aktualisierte Auflage. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart. 2019.
15. Häußermann K, Grotenhermen F, Milz E. Cannabis. Arbeitshilfe für die Apotheke. 2. aktualisierte Auflage. Deutscher Apothekerverlag, Stuttgart. 2018.

# Cannabidiol (CBD)

- Keine oder schwache psychotrope Wirkung<sup>1</sup>
- Nur schwache Bindung an CB1/2-Rezeptoren<sup>1</sup>
- Beeinflusst auch weitere Rezeptoren, Kanäle und Enzyme<sup>1</sup>



## CBD wirkt:<sup>15</sup>

- Krampflindernd
- Antiepileptisch
- Angstlösend
- Antientzündlich
- Antiemetisch

CB1/2: Cannabinoid-Rezeptor 1/2; THC:  $\Delta^9$ -trans-Tetrahydrocannabinol

1. Abramovici H, Lamour S-A, Manßen G. Information for Health Care Professionals, Cannabis (marihuana, marijuana) and the cannabinoids, Oktober 2018.

15. Häußermann K, Grotenhermen F, Milz E. Cannabis. Arbeitshilfe für die Apotheke, 2. aktualisierte Auflage, Deutscher Apothekerverlag, Stuttgart, 2018.

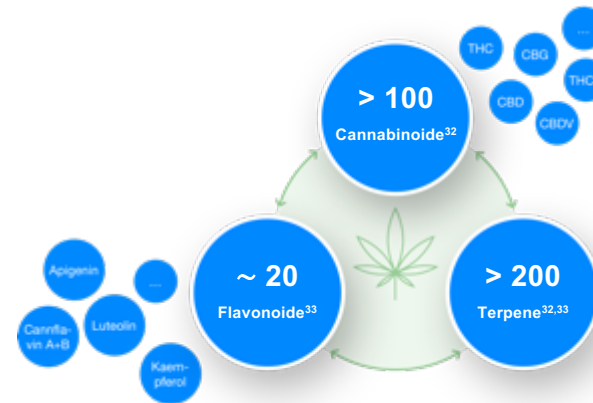
# Entourage-Effekt

Der Entourage-Effekt beschreibt das komplexe Zusammenspiel der einzelnen Pflanzenstoffe in der Cannabispflanze, die sich gegenseitig auf positive Art in ihrer Wirkung beeinflussen.

Bei bestimmten Darreichungsformen (z. B. Vollextrakt, Blüten) kann man von diesem Effekt profitieren

Über 100 derzeit bekannte Cannabinoide entfalten ihre therapeutische Wirkung durch Interaktion mit dem ECS, außerdem tragen über 200 Terpene zur individuellen Wirkung bei.

Circa 20 Flavonoide, also Pflanzenfarbstoffe und Antioxidantien mit therapeutisch vielfältiger Wirkung, sind in medizinischem Cannabis enthalten.



Zusammensetzung von medizinischem Cannabis

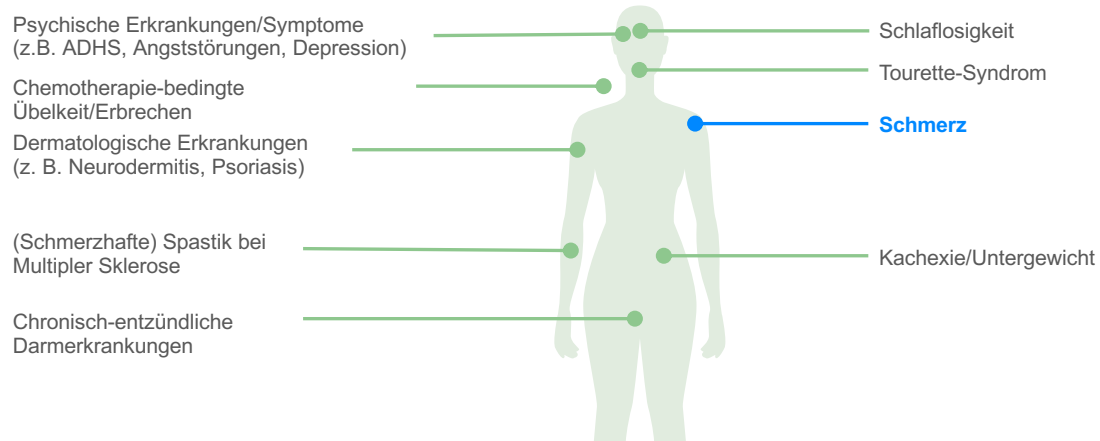
ECS: Endocannabinoidsystem; CBD: Cannabidiol; CBDV: Cannabidivarin; THC:  $\Delta^9$ -trans-Tetrahydrocannabinol; THCV: Tetrahydrocannabivarin

<sup>32</sup> Russo EB. Br J Pharmacol 2011;163:1344-1364.

<sup>33</sup> Andre CM et al. Front Plant Sci 2016;7:19.

# Anwendungen in der modernen Medizin

Eine Therapie mit medizinischem Cannabis kann in den folgenden Anwendungsgebieten erwogen werden:



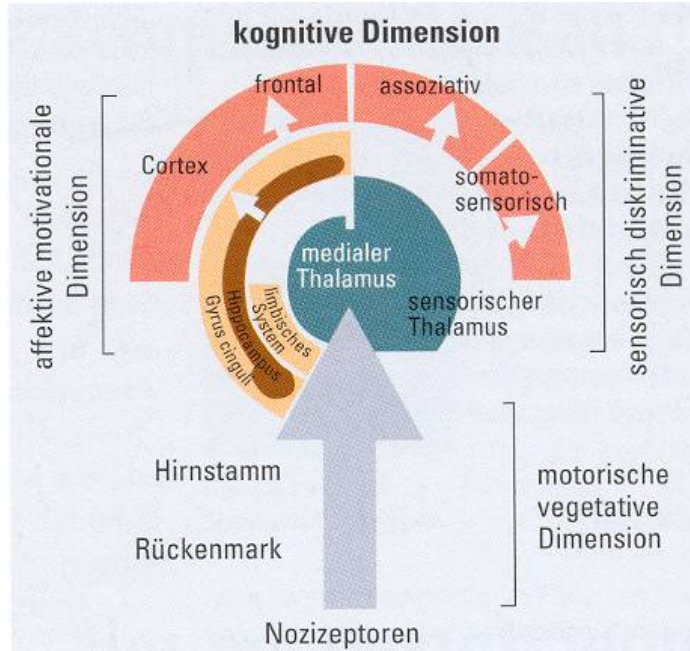
ADHS: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

12. Harlemann J. DGS-PraxisLeitlinie. Cannabis in der Schmerzmedizin. Version 1.0. 2018, unter: [https://dgs-praxisleitlinien.de/application/files/5715/4866/2853/PLL\\_Cann.pdf](https://dgs-praxisleitlinien.de/application/files/5715/4866/2853/PLL_Cann.pdf) (zuletzt aufgerufen Dezember 2020).

13. Müller-Vahl K, Grotenhermen F. Dtsch Arztebl International 2017;A352-356.

14. Whiting PF et al. JAMA 2015;313:2456-2473.

# Das bio-psychosoziale Schmerzmodell



## Schmerzdimensionen

*sensorisch-diskriminativ*  
(Thalamus, sensorischer Kortex)

*motorisch-vegetativ*  
(Hirnstamm, veget. Zentren)

*emotional-affektiv*  
(limbisches System)

*kognitiv*  
(frontale und assoziative Hirnrindenareale)

# Von Blüten und Fertigarzneimitteln im Handel

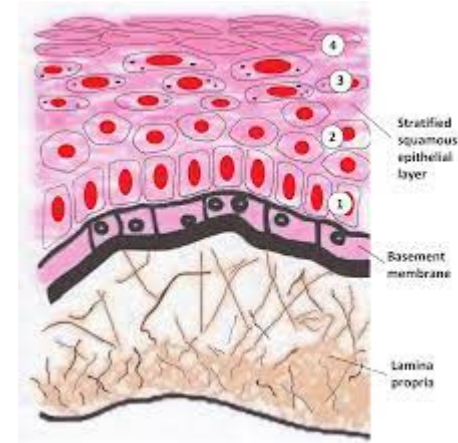
---

- Blüten (Cannabis flos): 104
- Extrakte: 27
- Ölige Lösungen: 3
- Fertigarzneien: 3
  
- Smart Lipids: 1

aber: der Absatz von Blüten steigt!

# Permeabilität der Mundschleimhaut

- Barriere für ölige Lösungen!
- Barriere für Extrakte!



- Inhalative Arzneistoffe hier neuer Ansatz?



# Übersicht der Darreichungsformen

THC-haltige Produkte	Darreichungsform	Wirkstoff(e)	Indikation
Ausgangsstoffe/ Rezepturarzneimittel	<b>Cannabisblüten</b> <sup>1</sup>	Vollspektrum mit THC und CBD	Verordnung im Rahmen der Vorgaben nach § 31 Abs. 6 SGB V <sup>2</sup>
Zubereitungen	<b>Cannabisextrakte</b> <sup>1</sup>	Vollspektrum mit THC und CBD	Verordnung im Rahmen der Vorgaben nach § 31 Abs. 6 SGB V <sup>2</sup>
Rezeptur- und Fertigarzneimittel mit dem Wirkstoff Dronabinol oder Nabilon	<b>Dronabinol</b> <sup>1</sup>	THC	Verordnung im Rahmen der Vorgaben nach § 31 Abs. 6 SGB V <sup>2</sup>
	<b>Canemes® Kapseln</b>	Nabilon (= vollsynthetisches Derivat von THC)	Chemotherapiebedingte Eresis und Nausea <sup>3,*</sup>
	<b>Sativex® Spray zur Anwendung in der Mundhöhle</b>	THC und CBD aus Cannabis-Vollextrakt	Mittelschwere bis schwere Spastik bei Erwachsenen aufgrund von Multipler Sklerose <sup>4,**</sup>

Olige Cannabidiol-Lösungen fallen nicht unter das BtM-Recht und finden unter anderem beim Lennox-Gastaut-Syndrom Anwendung.<sup>5</sup>

\* Canemes® ist für die Behandlung von chemotherapiebedingter Eresis und Nausea bei jenen Krebspatienten indiziert, die auf andere antiemetische Behandlungen nicht adäquat ansprechen.

\*\* Sativex® wird angewendet zur Symptomverbesserung bei Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Spastik aufgrund von Multipler Sklerose (MS), die nicht angemessen auf eine andere antispastische Arzneimitteltherapie angesprochen haben und die eine klinisch erhebliche Verbesserung von mit der Spastik verbundenen Symptomen während eines Anfangstherapieversuchs aufzeigen.

1. § 2 der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV)

2. § 31 Abs. 6 SGB V

3. Aktuelle Fachinformation Canemes®, Stand Januar 2019.

4. Aktuelle Fachinformation Sativex®, Stand März 2015.

5. Aktuelle Fachinformation Epidyolex®, Stand Juli 2020.

# Pharmakokinetik nach Anwendungsweise

Parameter	Inhalation <sup>25</sup>	Orale Einnahme <sup>25</sup>
Wirkeintritt	Innerhalb von Sekunden bis wenigen Minuten	Nach 30 – 90 Minuten
Maximale Wirkung	Nach etwa 20 Minuten	Nach 2 – 4 Stunden
Dauer der Wirkung	Ca. 2 – 3 Stunden	Ca. 4 – 8 Stunden
Bioverfügbarkeit	10 – 56 % <sup>8,19,*,**</sup>	5 – 20 % <sup>8,19,*</sup>
Besonderheiten	Schneller Wirkeintritt erleichtert die Dosisfindung <sup>8</sup>	

Die Wahl der Anwendungsweise hängt vom Wunsch des Patienten, der Symptomatik und eventuellen Begleiterkrankungen ab.<sup>25</sup>

Eine inhalative Anwendungsweise kann besonders bei Akutereignissen wie Schmerzspitzen geeignet sein, bei chronischen Schmerzen kann der langanhaltende Effekt der oralen Aufnahme von Vorteil sein.<sup>26</sup>

In Einzelfällen kann auch eine Kombination aus oraler und inhalativer Anwendung sinnvoll sein.<sup>25</sup>

\* In der Literatur werden je nach Untersuchung abweichende prozentuale Bereiche angegeben.

\*\* Als Faustregel gilt, dass sich 1/3 des THC's im Plasma wiederfinden.

8. Häußermann K, Grotenhermen F, Mitz E. Cannabis. Arbeitshilfe für die Apotheke. 2. aktualisierte Auflage. Deutscher Apothekerverlag, Stuttgart. 2018.

19. Huettis MA. Chem Biodivers 2007;4(8):1770–1804.

25. Müller-Vahl K, Grotenhermen F. Dtsch Arztebl International 2017;A352–356.

26. Karst M, Häuser W. Schmerzmedizin 2019; 35(1).

Systematic Review

**e** **Efficacy of Cannabis-Based Medicines for Pain Management: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials**

J. Aviram, RN, PhC<sup>1</sup> and G. Samuely-Leichtag, PT, PhC<sup>2</sup>

**Limitations:** Publication limitation could have been present due to the inclusion of English-only published studies. Additionally, the included studies were extremely heterogeneous. Only 7 studies reported on the patients' history of prior consumption of CBMs. Furthermore, since cannabinoids are surrounded by considerable controversy in the media and society, cannabinoids have marked effects, so that inadequate blinding of the placebo could constitute an important source of limitation in these types of studies.

**Conclusions:** The current systematic review suggests that CBMs might be effective for chronic pain treatment, based on limited evidence, primarily for neuropathic pain (NP) patients. Additionally, GI AEs occurred more frequently when CBMs were administered via oral/oromucosal routes than by inhalation.

# Review zu verschiedenen Indikationen zeigt Widersprüche

Table 7: Summary of Findings

Main S
"Currently available evidence suggests that efficacious for treatment of chronic pain, but offset by potentially serious harms" (p.402)
<b>Systematic reviews of cannabis-based n</b>
Systematic Review by Petzke et al. (2016) "Short-term and intermediate-term therapy: patients with chronic neuropathic pain after (p.463)
Systematic Review by Andrae et al. (2015) "Inhaled cannabis appears to provide short five to six patients treated" (p.463)
Systematic Review by Finneup et al. (2011) "Cannabinoids have weak recommendation
Systematic Review by Jawahar et al. (2013) "The relatively small number of trials in mul specific recommendations for treatment str:
<b>Systematic reviews of cannabis-based n</b>
Systematic Review by Fitzcharles et al. (2016) "There is insufficient evidence for recomne symptom management in patients with chr (p.464)
Systematic review by Fitzcharles et al. (2011) "Pain relief and effect on sleep may have si considerable mild to moderate adverse eve recommend cannabinoid treatments for ma study." (p.464)
Systematic Review by Wallit et al. (2016) "We found no convincing, unbiased, high-q in treating people with fibromyalgia" (p.464)
<b>Systematic reviews of cannabis-based n</b>
Systematic Review by Mucke et al. (2016) "Due to the sparse amount of data, it is not products for cancer pain." (p.466)
<b>Systematic reviews of cannabis-based n</b>
<b>Outcome: Pain</b>
Intervention   No. of   Finding

Table 7: Summary of Findings Inc

Main Study		
	studies (No. of RCTs)	
Cannabis sativa (smoked)	1 (1)	Positive effect
Dronabinol	4 (3)	Positive effect
THC extract	3 (2)	Positive effect
Nabiximols	8 (5)	Positive effect
THC:CBD extract	7 (5)	Mixed effect
Nabilone	1 (1)	Positive effect
CBD extract	2 (2)	Mixed effect
<b>Outcome: Quality of life</b>		
Intervention	No. of studies (No. of RCTs)	Finding
Cannabis sativa (smoked)	2 (2)	Mixed effect
Dronabinol	2 (2)	Mixed effect
THC extract	none	NA
Nabiximols	5 (5)	Mixed effect
THC:CBD extract	3 (3)	Mixed effect
Nabilone	2 (2)	Mixed effect
CBD extract	none	NA
<b>Outcome: Adverse events</b>		
Intervention	No. of studies (No. of RCTs)	Finding
Cannabis sativa (smoked)	2 (2)	AEs > comparat
Dronabinol	8 (6)	AEs > comparat
THC extract	1 (1)	AEs > comparat
Nabiximols	10 (7)	AEs > comparat
THC:CBD extract	8 (6)	AEs > comparat
Nabilone	3 (3)	AEs > comparat
CBD extract	1 (1)	AEs > comparat

Table 7: Summary of Findings Included Systematic Reviews and Meta-Analyses

Main Study Findings	Authors' Conclusion
(Note: Quality of evidence was based on the GRADE approach in Cochrane Handbook V5.1 High: RCTs or double-upgraded observational studies; Moderate: downgraded RCTs, or upgraded observational studies Low: double downgraded RCTs, or observational studies; Very low: triple-downgraded RCTs, or downgraded observational studies, or case series/case reports)	
Hauser, <sup>13</sup> 2017, Germany	
Conclusions of each systematic review are presented below.	
<b>Systematic reviews of cannabinoids for chronic neuropathic pain</b> Systematic Review by Petzke et al. (2016) Studies: 15 studies (1619 patients with chronic neuropathic disease) Efficacy: For >30% pain relief with cannabinoids compared with placebo, RD (95% CI): 0.01 (0.03 to 0.16) Safety: For cannabinoids compared with placebo: discontinuation due to adverse event, RD 0.04 (0.01 to 0.07); central nervous system adverse events: RD (95% CI), 0.38 (0.18 to 0.58); psychiatric disorders: RD (95% CI), 0.11 (0.06 to 0.16). No statistically significant group difference for SAEs. Conclusion: "Short-term and mid-term treatment may be considered in selected patients with chronic neuropathic pain after failure of first- and second-line therapy." (p.631)	*"Limited evidence is available to support the use of tetrahydrocannabinol/cannabidiol spray for the treatment of chronic neuropathic pain. •According to the quality criteria of evidence-based medicine, the available evidence for cannabinoids is inadequate for the indications of loss of appetite in patients with cancer or HIV/AIDS, fibromyalgia syndrome, Crohn's disease, musculoskeletal pain, rheumatoid arthritis, chronic pancreatitis, and cancer pain.
Systematic Review by Andrae et al. (2015) Studies: 5 studies (178 patients with chronic neuropathic pain) Efficacy: For medical marijuana compared with placebo, for >30% pain relief: OR (95% CI), 3.2 (1.59 to 7.24) Safety: No quantitative data synthesis Conclusion: "Inhaled cannabis appears to result in short-term relief of neuropathic pain in 1 of 5–6 patients treated." (p.631)	•The use of cannabinoids in pain management and palliative medicine should be regarded as individual therapeutic trials, except for chronic neuropathic pain.
Systematic Review by Jawar et al. (2013) Studies: 3 studies (400 patients neuropathic pain) Efficacy: For cannabinoids compared with placebo: SMD (95% CI), 0.08 (0.74 to 0.89) Safety: No quantitative data synthesis Conclusion: "Due to the comparatively small number of studies evaluating multiple-sclerosis patients with chronic pain, no specific treatment recommendations can be made." (p.631)	•Cannabinoid use in pain management and palliative medicine may cause relevant central nervous system (e.g. dizziness) and psychiatric adverse events (e.g. confusion, psychosis)." (p.633)
<b>Systematic reviews of cannabinoids for pain associated with rheumatic diseases</b> Systematic Review by Fitzcharles et al. (2016a) Studies: 4 RCTs (204 patients with fibromyalgia, rheumatoid arthritis, or osteoarthritis) Efficacy: For fibromyalgia patients THC/CBD reduced pain, and nabilone reduced pain in some patients but not in some patients. Study on osteoarthritis patients was terminated early as the FAAH inhibitor showed no effect. Safety: Dizziness, cognitive problems, vertigo and nausea were reported by 50% of the patients Conclusion: "The current evidence is inadequate to recommend cannabinoids for the treatment of pain associated with rheumatic diseases" (Supplement: eTable 2)	
Systematic Review by Fitzcharles et al. (2016b) Studies: 4 RCTs (160 patients with fibromyalgia, rheumatoid arthritis or musculoskeletal pain) Efficacy: No statistically significant difference between nabilone and placebo with respect to	

# Wirkung in der Schmerztherapie am besten gesichert

---

## Evidence:

Three trials found positive effects with cannabinoids in terms of pain management. In addition, one systematic review including seven trials found positive effects in six trials and negative effect in one trial with cannabinoids in terms of pain management.

## Recommendation:

"One class of medication is recommended for third-line treatment in the management of NeP – cannabinoids." (p.330)

It was also mentioned that use of cannabinoids is recommended but judicious prescribing practices are required.

Yadav (American Academy of Neurology),<sup>17</sup> 2014, US

## Fazit aus der Studienlage:

- methodisch nicht verwertbare Studien
- wenige Studien zur Resorption
- wenige kontrollierte, multizentrische Studien

## Review

<https://doi.org/10.9758/cpn.2017.15.4.301>

*Clinical Psychopharmacology and Neuroscience* 2017;15(4):301-312

*pISSN 1738-1088 / eISSN 2093-4327*

*Copyright ©2017, Korean College of Neuropsychopharmacology*

## A Systematic Review of the Effectiveness of Medical Cannabis for Psychiatric, Movement and Neurodegenerative Disorders

Keane Lim<sup>1</sup>, Yuen Mei See<sup>1</sup>, Jimmy Lee<sup>1,2,\*</sup>

<sup>1</sup>Research Division, Institute of Mental Health, <sup>2</sup>Department of General Psychiatry 1, Institute of Mental Health, Singapore

# BfArM-Begleiterhebung

- Zwischenauswertung von 01.02.2019
- N=4153 vollständige Datensätze:
  - » Patienten mit Therapiedauer = 1 Jahr
  - » Patienten mit Therapieabbruch
  - » Patienten ohne Therapieabbruch und ohne Therapiedauer = 1 Jahr, jedoch mit ansonsten vollständigen Daten
- Publikation liegt vor



**Leitthema**

Bundesgesundheitsbl 2019 · 62:845–854  
<https://doi.org/10.1007/s00103-019-02968-0>  
Online publiziert: 29. Mai 2019  
© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2019

**Gabriele Schmidt-Wolf · Peter Cremer-Schaeffer**  
Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bonn, Deutschland

**Begleiterhebung zur Anwendung von Cannabisarzneimitteln in Deutschland – Zwischenauswertung**

Schmidt-Wolf G et al. Bundesgesundheitsblatt 2019; 62:845-854; 29. Mai 2019

# Ärzte und Präparate

---

## Verordnungen durch:

- » 43%: Anästhesisten
- » 20%: Allgemeinmediziner
- » 13%: Internisten
- » 13%: Neurologen

## Zusatzbezeichnungen der verordnenden Ärzte:

- » 47%: Schmerztherapie
- » 37%: Palliativmedizin

## Präparateverteilung bei verordnenden Ärzten:

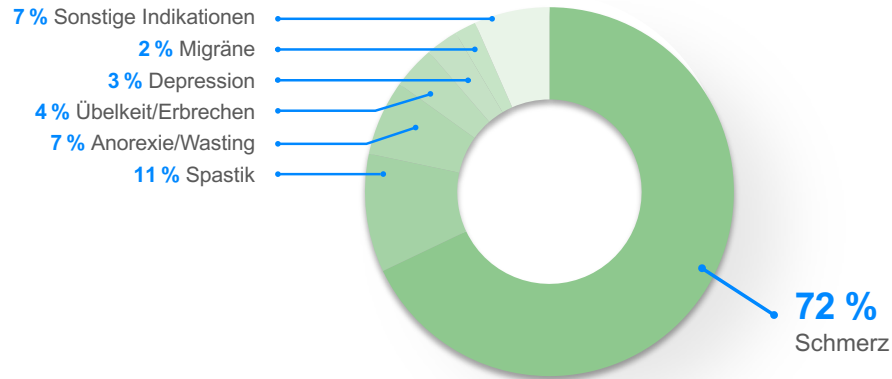
- Dronabinol: 75% von Anästhesisten
- Sativex®: 0% von Anästhesisten, 22% von Neurologen
- Blüten: 35% von Allgemeinärzten (22%/24% mit Zusatzbezeichnung Palliativ-/Schmerzmedizin)

Schmidt.Wolf G et al. Bundesgesundheitsblatt 2019; 62:845-854; 29. Mai 2019



# Cannabisverordnungen nach Indikation<sup>15</sup>

Erste Erkenntnisse, in welchen Indikationen medizinisches Cannabis im Praxisalltag tatsächlich verschrieben wird, liefern Daten aus der Begleiterhebung des BfArM (Stand: 06.03.2020).

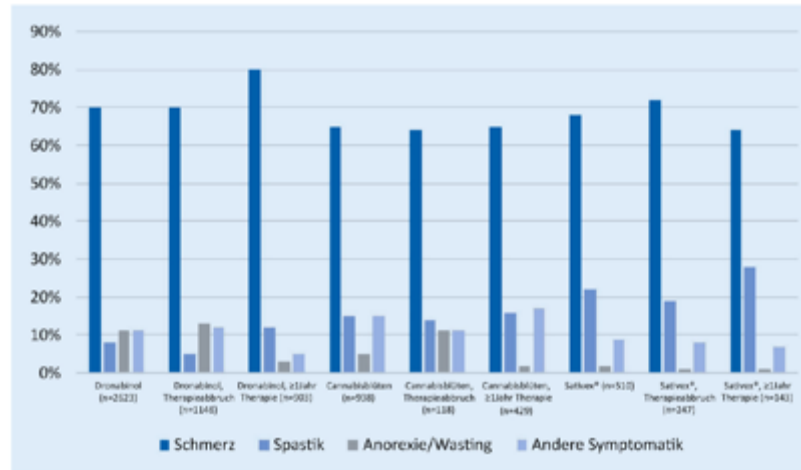


**BfArM:** Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

<sup>15</sup> Deutscher Bundestag, Drucksache 19/17592, Versorgungssituation und Bedarf von medizinischem Cannabis. Antwort der Bundesregierung auf kleine Anfrage, 2019, unter: <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/182/1918292.pdf> (zuletzt aufgerufen Dezember 2020).

# Schmerz ist wichtigste Indikation

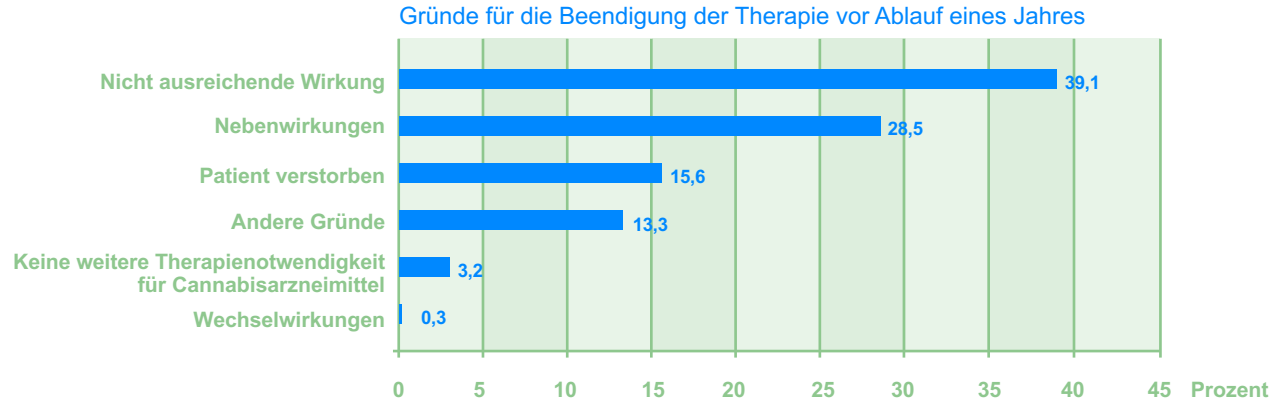
- Alle Präparate: Einsatz bei Schmerz in 68,8%
- Sativex®: Besonders häufiger Einsatz bei der nicht durch MS bedingten Spastik



Schmidt, Wolf G et al. Bundesgesundheitsblatt 2019; 62:845-854; 29. Mai 2019

# Gründe für einen Therapieabbruch

In der ersten Zwischenauswertung der Begleiterhebung des BfArM wurden u.a. die Gründe für einen Therapieabbruch zusammengestellt:<sup>23</sup>



**BfArM:** Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte  
23. Schmidt-Wolf G, Cremer-Schaeffer P. Bundesgesundheitsbl 2019; 62:845–854.

Erstellt nach Schmidt-Wolf G  
(2019)<sup>23</sup>

# Mögliche Nebenwirkungen



# Patienten profitieren zu ca. 20-75%

Indikation	Blüten (n=938)	Dronabinol (n=2623)	Sativex® (n=510)
<b>Schmerzen</b>	64,5% Besserung (n=611)	28,6% deutliche Besserung 35,7% moderate Besserung 33,2% unverändert (n=1838)	25,0% besser 40,1% unverändert
<b>Spastik</b>	52,8% Besserung (n=142)	38,9% deutlich besser 37,9% moderat besser (n=211)	36,9% deutlich besser 32,4% moderat besser
<b>Anorexie/Wasting</b>	49,0% Besserung (n=49)	21,7% deutlich besser 39,5% moderat besser 35,2% unverändert (n=281)	/
<b>Tumorpatienten</b>	52,0% Besserung	/	/
<b>Lebensqualität</b>	/	/	22,7% deutlich besser

Schmidt,Wolf G et al. Bundesgesundheitsblatt 2019; 62:845-854; 29. Mai 2019

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

---

MARTIN BOOTH



CANNABIS

"So good no one will need to do another for at least  
fifty years...mesmerizing detail, fantastical digressions,  
lots of jokes and wry asides"

JAMES DELINGPOLE, *LITERARY REVIEW*



# Das Delir in der Palliative Care

Univ.-Prof. Dr. med. Stefan Lorenzl, Dipl. Pall. Med. (Univ. Cardiff)

---

Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg  
und

Krankenhaus Agatharied, Deutschland

Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin LMU, München

ICH WEISS NICHT ER  
IST ETWAS DURCHEINANDER  
HEUTE - ICH GLAUBE  
ER IST VERWIRRT.



ACH NEIN -  
NICHT SCHON WIEDER  
EIN VERWIRRTER  
PATIENT! DIE SIND  
SO NA JA,  
'VERWIRREND!'



# Delir - klinische Charakteristika

---

- | Bewußtseinsstörung
- | kognitive Störung
- | Desorientiertheit
- | zeitliche Entwicklung (Stunden/Tage)
- | Fluktuationen

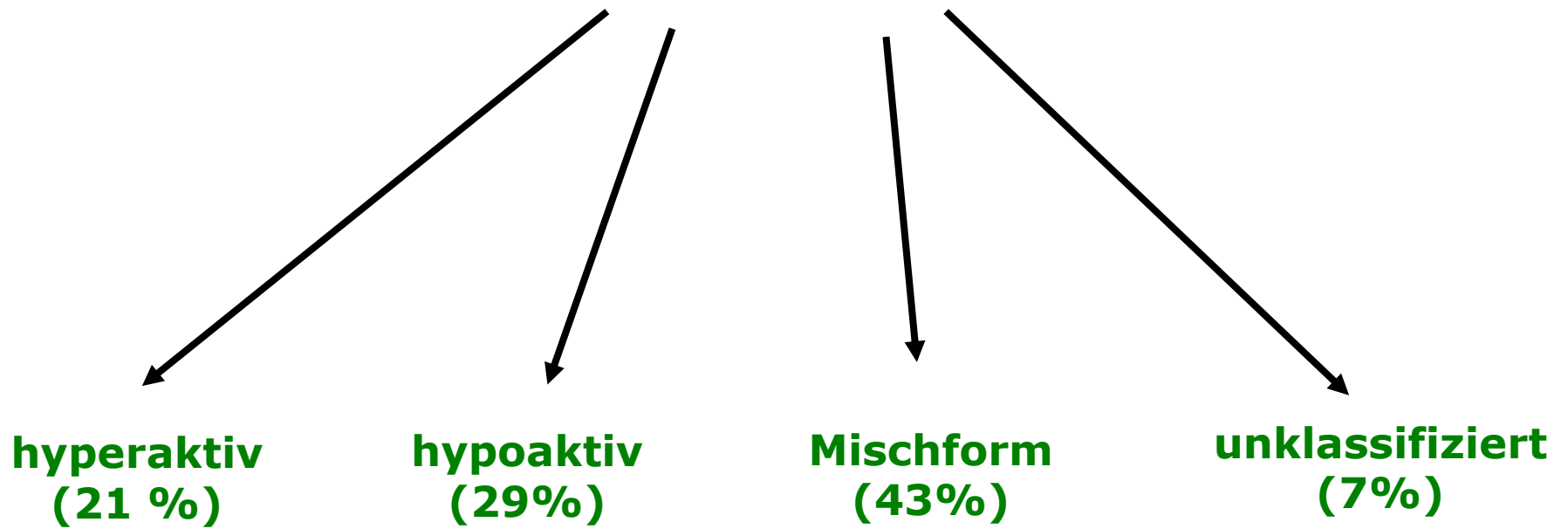
# Prävalenz

---

- Patienten > 65 J im Krankenhaus: 10- 20 % (Welz-Barth, 2008)
- in Pflegeheimen: 58 % (Weyerer et al., 2007)
- „hochaltrige“ Patienten: 14 – 56 % (Inouye et al., 1994; Schor et al., 2002)
- höchste Prävalenz für das hypoaktive Delir: 30 – 60 % (Gutzmann et al., 2005)

---

# Delir



# BEWUSSTSEINSSTÖRUNG ODER VERWIRRTHEIT?

---

- **Bewusstseinsstörung: qualitativ - quantitativ**
- quantitativ: Grad der Wachheit
- qualitativ: formale/inhaltliche Denkstörungen
- Cave: trotz Bewusstseinsstörung kann Wahrnehmung erhalten sein
- Bei quantitativen Bewusstseinsstörungen kann eine qualitative Störung leicht übersehen werden!

# KEINE Verwirrtheit:

---

- Patient versteht nicht (taub, ängstlich)
- Vergeßlichkeit
- Desorientiert nur zu Raum und Zeit als einziges Symptom
- Halluzinationen bei Einnahme von Sedativa
- Alpträume/Schlafstörungen bei Ängsten oder Schmerz

# Prädisponierende Faktoren

---

- Einbuße oder Verlust von Visus oder Akusis
- Kognitiver Status:
  - Demenz
  - stattgehabtes Delir
  - Depression
- Alter > 65 Jahre
- Medikamente:
  - Polymedikation
  - Psychopharmaka
  - anticholinerge Medikamente
- Elektrolytstörungen (**Hypercalcämie**, Hyponatriämie)
- Malnutrition/Dehydratation
- Hypoxämie
- Alkoholmissbrauch, Nikotinmissbrauch
- Komorbiditäten/Multimorbidität
  - Infektionen
  - multiple Vorerkrankungen
  - Leber- und Niereninsuffizienz
  - stattgehabter zerebrovaskulärer Insult
  - neurologische Vorerkrankung
  - Fraktur oder Trauma
  - terminale Erkrankung
  - metabolische Störung
- Funktioneller Status
  - Abhängigkeit, Immobilität
  - rezidivierende Stürze
  - Schmerzen
  - Obstipation
- Wenig soziale Kontakte
- Schlafentzug

# Delir - Pathophysiologie

---

- | Alkoholentzugsdelir: NMDA ▼ GABA-A ▲, dopaminerge und noradrenerge Transmission ▲
- | Benzodiazepinentzugsdelir: GABA ▼
- | 3 Hypothesen:
  1. Neurotransmitterhypothese: anticholinerge und dopaminerge Substanzen, metabolische Veränderungen
  2. Entzündungshypothese: Zytokine und Mikrogliaaktivierung
  3. Stresshypothese: sympathisches Nervensystem und Hypophysenachse

# Delir – diagnostische Skalen: CAM

---

## **Akuter Beginn und fluktuierender Verlauf**

Fremdanamnestic abklären: gibt es Hinweise für eine akute Veränderung des geistigen Zustandes des Patienten gegenüber seinem Normalverhalten?

Gibt es Tagesschwankungen innerhalb der qualitativen oder quantitativen

Bewusstseinsstörung

= 1\*

## **Störung der Aufmerksamkeit**

Hat der Patient Mühe, sich zu konzentrieren? Ist er leicht ablenkbar?

= 1\*

## **Denkstörungen**

Hat der Patient Denkstörungen im Sinne von inkohärentem, paralogischem sprunghaftem Denken?

= 1

## **Quantitative Bewusstseinsstörung**

Jeder Zustand ausser "wach" wie hyperalert, schläfrig, stuporös oder komatös

= 1

Die mit einem \* bezeichneten Punkte sind für die Diagnose obligatorisch

Beurteilung: 3 und mehr Punkte: wahrscheinliches Delir. Sensitivität 94 – 100 %, Spezifität 90 – 95 %



# Delir – SQID

---

**SQID = Single Question in Delirium**

**Glaube Sie, dass Frau / Herr ... in der letzten Zeit mehr verwirrt gewesen ist?**

Sensitivität 80 %, Spezifität 71 %

Sands et al., 2010

# Delir - Zusatzdiagnostik

---

- | Laboruntersuchungen (Blutbild, Kreatinin, CRP, Elektrolyte, Calcium, Leberparameter, Glukose, TSH, Urinstatus)
- | EEG
- | Liquoruntersuchungen
- | Computertomographie
- | Röntgen-Thorax
- | Echokardiographie des Herzens

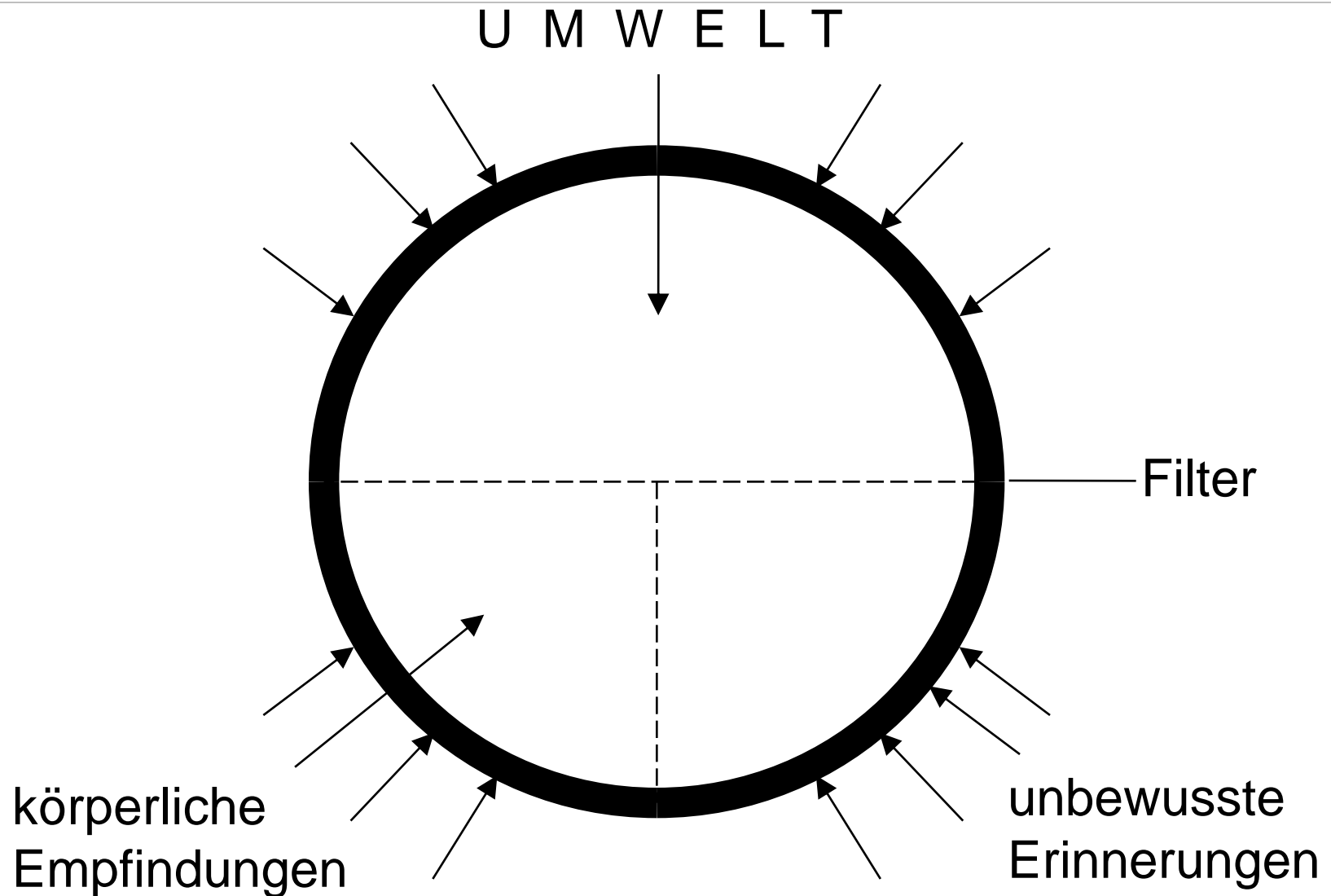
# Delir - Differentialdiagnose

---

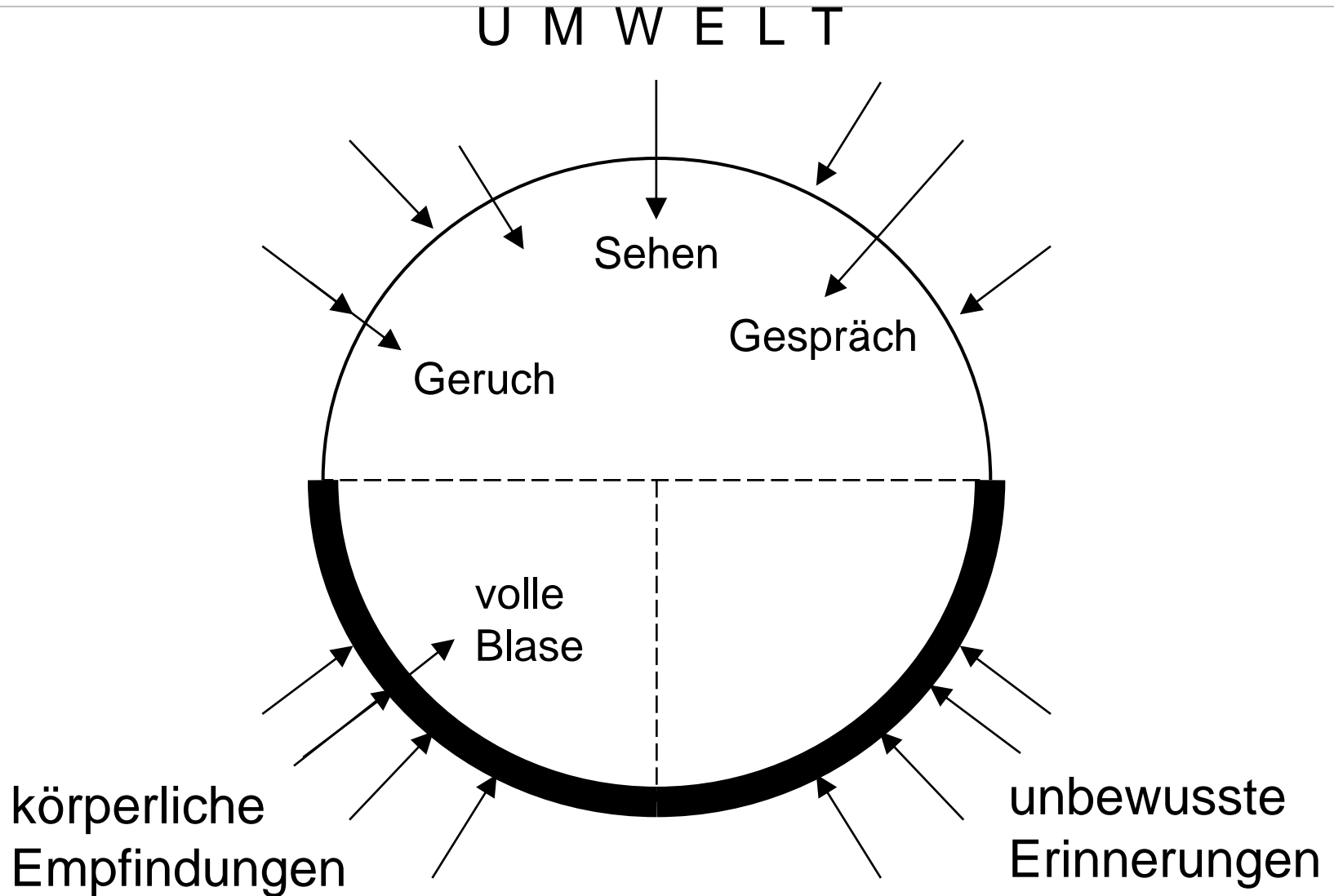
„Verwirrtheit“ ist ein unspezifischer Begriff; keine Diagnose, keine therapeutische Relevanz an sich!

	Delir	Demenz	Psychose	Epilepsie
Beginn	Std./Tage	Wo/Mo	Std./Tage	Sek/Min
Fluktuation	J	N	N	J/N
Anamnese	Auslöser	J	J	Auslöser
EEG	$\delta, \theta$	normal	normal	ETP

# Der Filter für **bewusste** Wahrnehmung

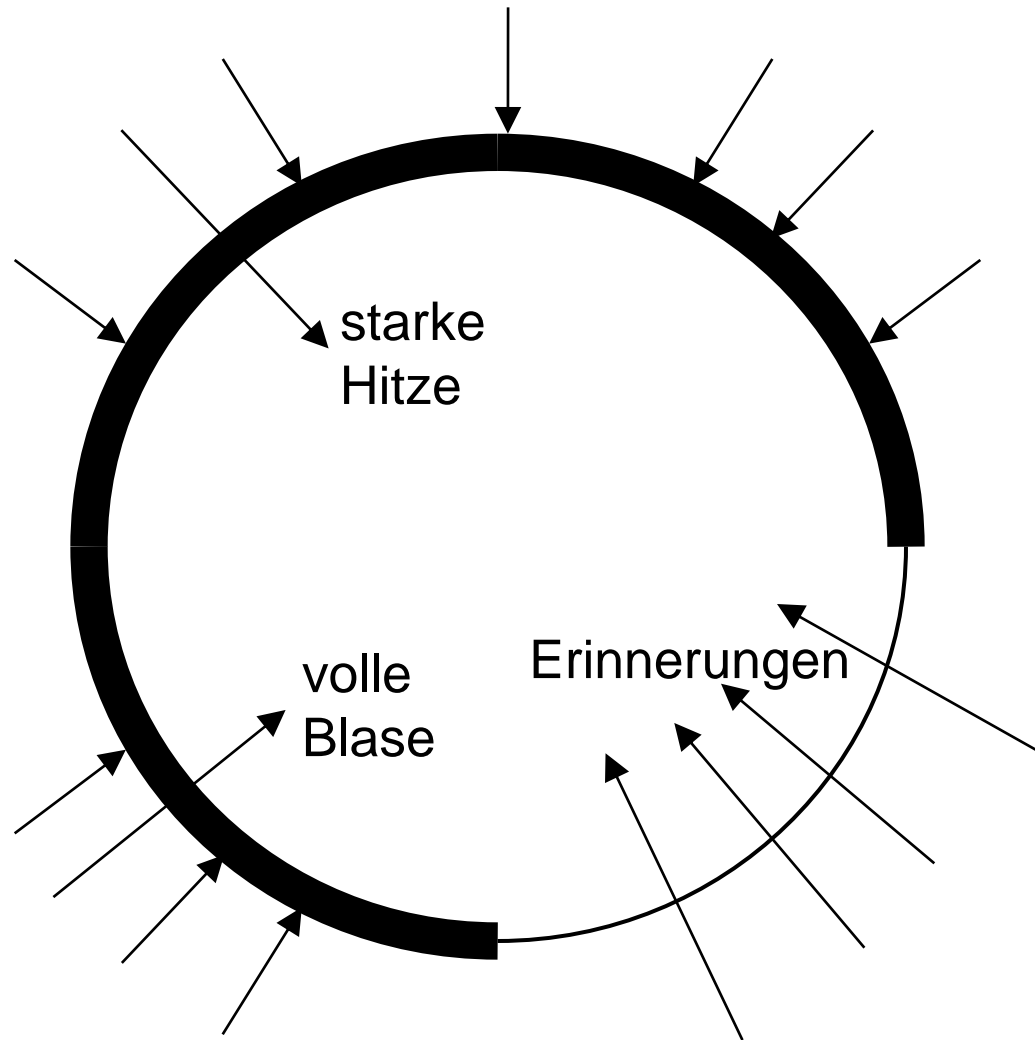


# Der Filter im **wachen** Zustand



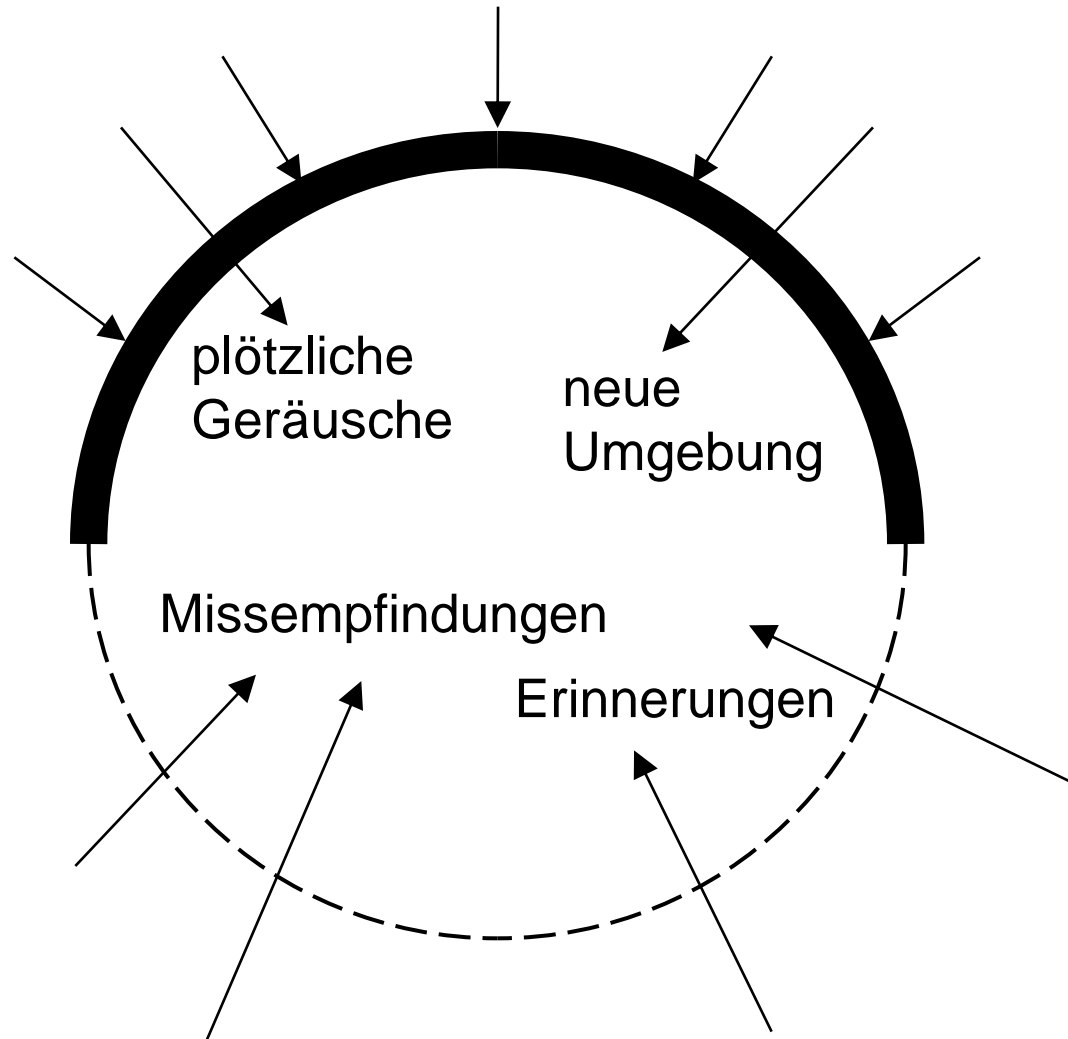
# Der Filter im Schlaf

---



# Der Filter bei Verwirrung

---



# Delir - Kosten

---

- | US\$ 295 / Tag Mehrkosten (Leslie et al., 2008)
- | 20 % der > 65-jährigen → 143-152 Millionen US\$ / Jahr (Inouye, 1999)
- | 39% höhere Kosten auf der Intensivstation und 31% höhere Krankheitskosten insgesamt (Milbrandt, 2004)
- | 947,55 Euro pro Aufenthalt (Weinrebe, 2009)





**Ars moriendi**  
ca. 1475

# Symptome bei fortgeschrittenen Tumorerkrankungen

---

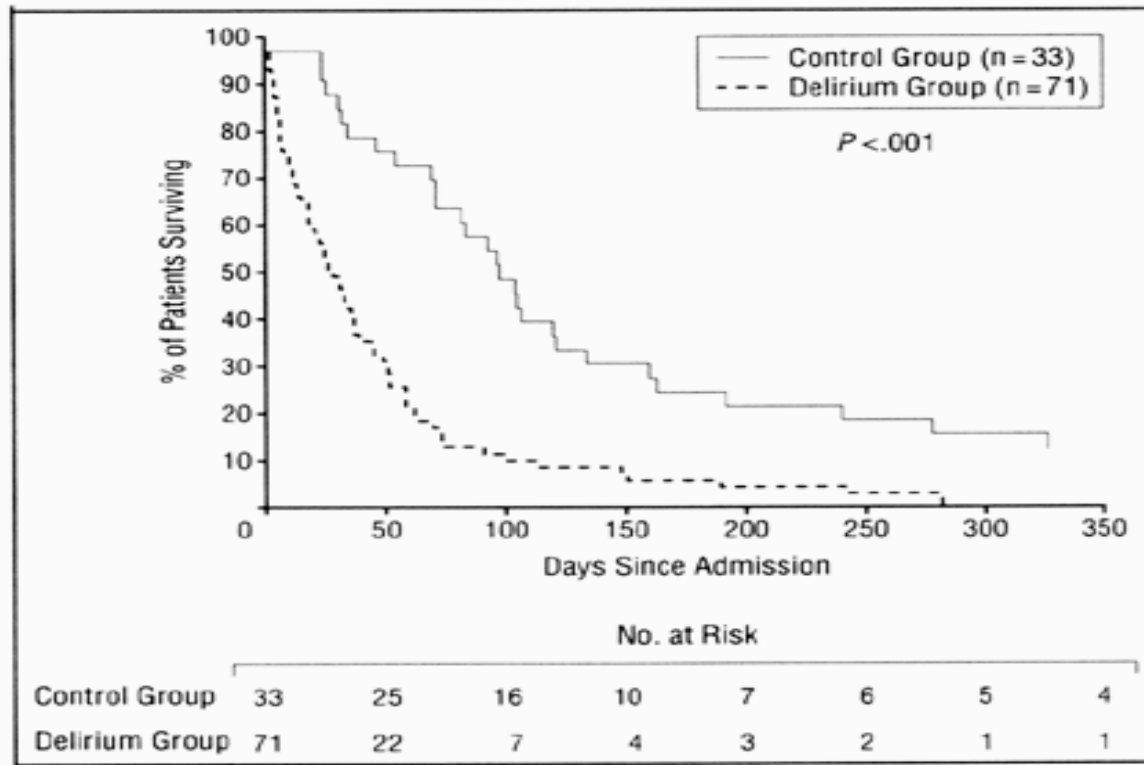
- Schmerzen 70 – 82 %
- Schwäche/Kachexie 45 – 100 %
- **Delir / Verwirrtheit** **20 – 80 %**
- Luftnot 25 – 50 %
- Depression/Angst 30 %
- (Lymph-)Ödeme 30 %
- Übelkeit/Erbrechen 25 – 30 %

# Delir - Prävalenz und Inzidenz am Lebensende

---

- Inzidenz 3 – 45 %
- Prävalenz (bei Aufnahme) 13,3 – 42,3 %
- Prävalenz (kurz nach der Aufnahme) 26 – 62 %
- Prävalenz (Sterbephase) 58,8 - 88 %
  
- höchste Prävalenz für das hypoaktive Delir 68 – 86 %

# Delir - hohe Mortalität



**Figure 1.** Kaplan-Meier plot of patient survival in 104 study patients.

# Delir – anticholinerge Substanzen

---

- | assoziiert mit verminderter Aktivität
- | assoziiert mit Mundtrockenheit
- | assoziiert mit Konzentrationsschwierigkeiten
- | **nicht** assoziiert mit Überlebenszeit
- | **nicht** assoziiert mit Inzidenz eines Delir

Gemessen wurde die Serumaktivität anticholinergere Substanzen.

# Delir - Differentialdiagnosen

---

- | terminale Agitation (Dehydratation, Hypoglykämie)
- | Demenz
- | psychiatrische Grunderkrankung
- | intrazerebrale Blutungen (SDH), cerebrale Ischämie
- | epileptische Anfälle / Status epilepticus (SE)

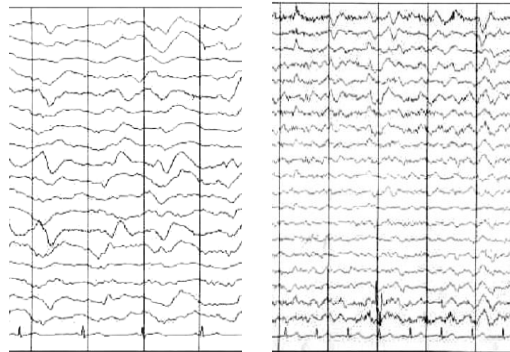
# Der nicht-konvulsive Status epilepticus (NKSE)

---

■ Ununterbrochene oder intermittierende klinische epileptische Aktivität **ohne** Konvulsionen,

die mindestens für 30 Minuten anhält

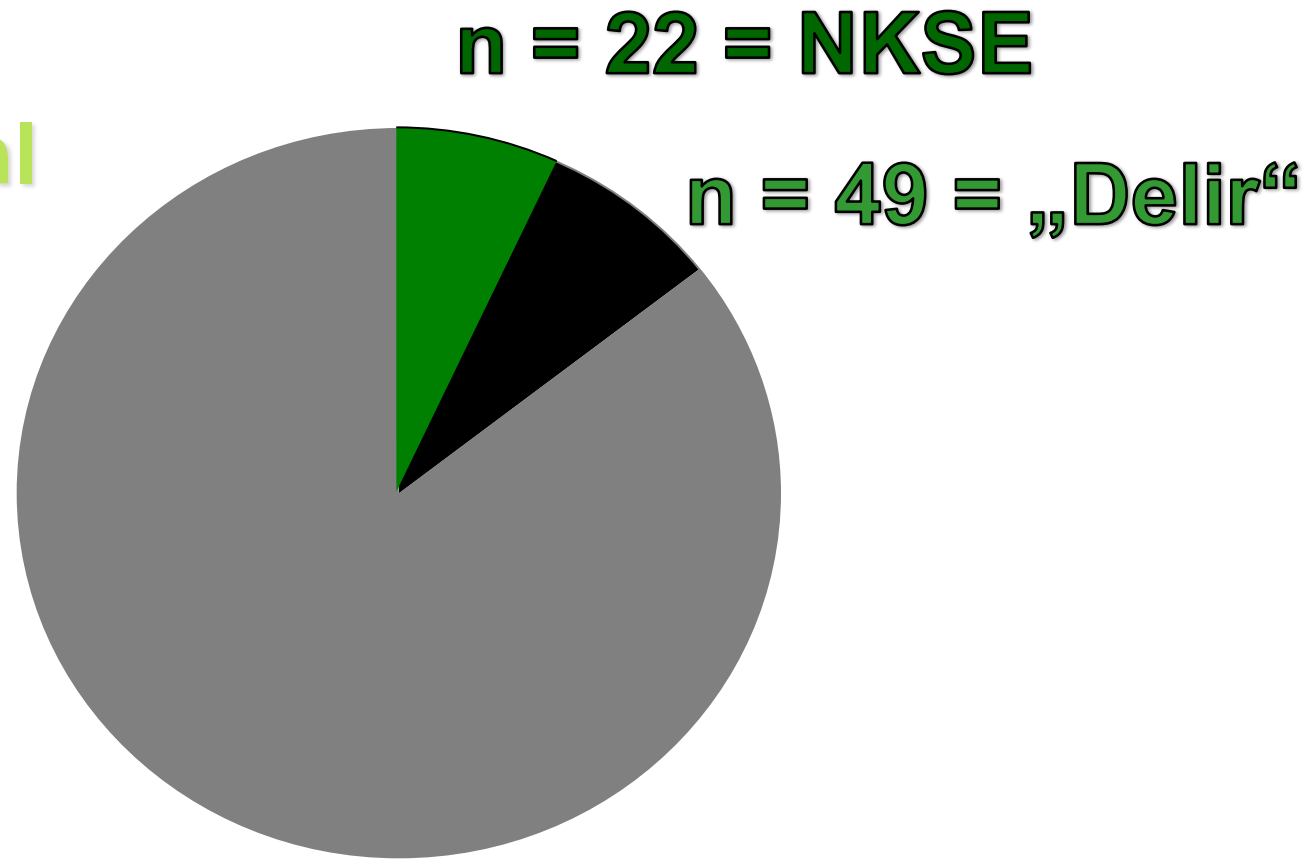
und im Elektroenzephalogramm epilepsietypische Potentiale zeigt.



# Epidemiologische Daten 2007

---

Gesamtzahl  
n = 290





# NKSE – epidemiologische Daten

---

- bei ca. 20 % der Patienten mit Hirntumoren oder Hirnmetastasen (2007: 19 %)
- | Unbekannte Inzidenz bei anderen malignen Erkrankungen (2007: 5 %)
- | hohe Letalität: 88 –100 %

# Therapieerfolg der prospektiven Studie 2007

---

- | Therapieerfolg: 9 / 14 (64 %)
- anfallsfreie Tage: 5 – 92
- 1 Patientin für 6 Monate anfallsfrei

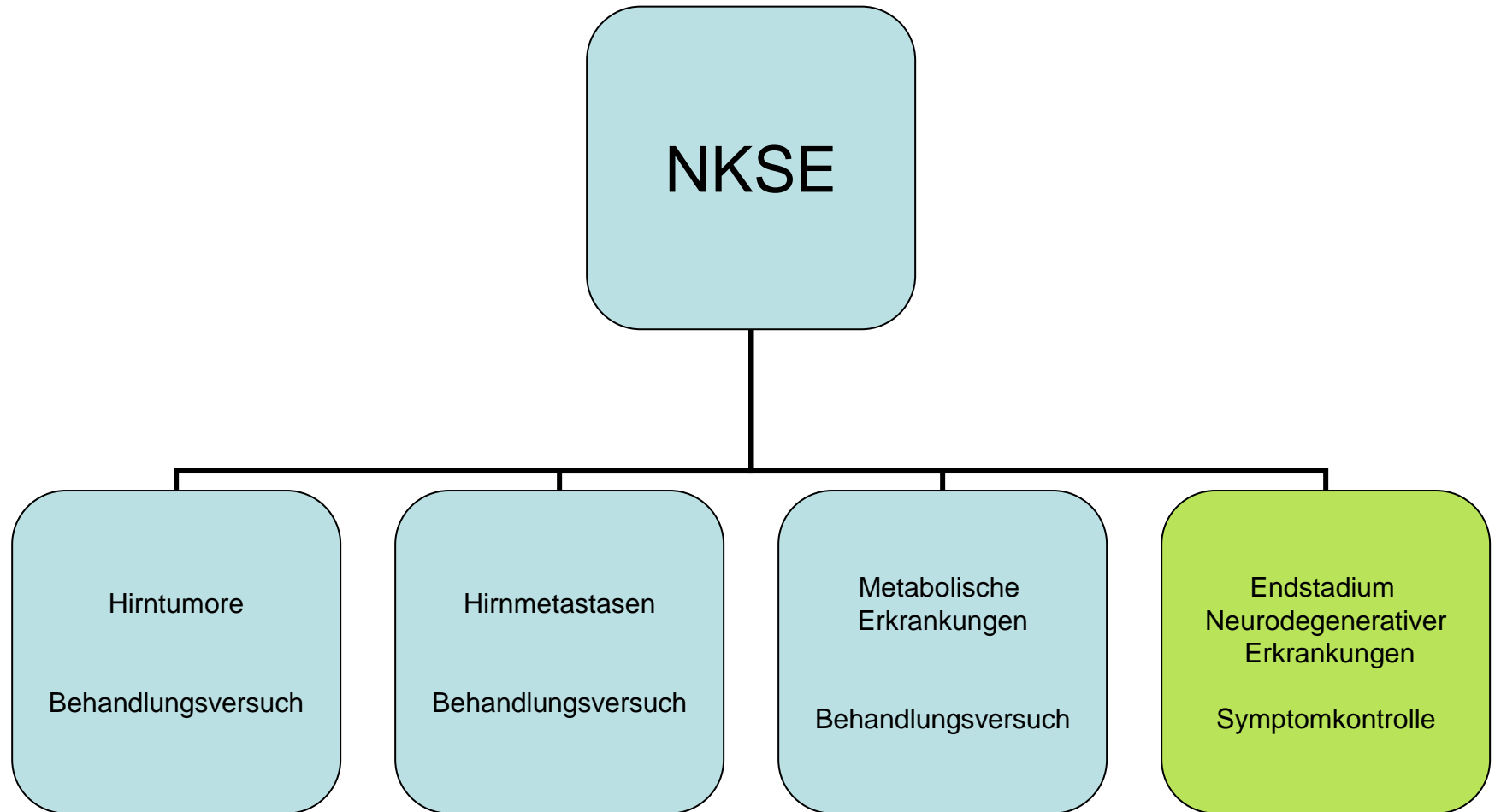
## Die 3 häufigsten klinisch-neurologischen Symptome bei unseren Patienten

---

- Okulomotorikstörungen (11 / 14)
- Kloni im Gesicht (Mundwinkel) (6 / 14)
- Spontan-Babinski (4 / 14)

# Therapie des NKSE nach Grunderkrankungen

---



# Worauf sollte man achten?

---

- Anamnese: Dauer, Fluktuationen, Verhalten, assoziierte Veränderungen
- Untersuchung: Verhalten, Bewusstsein, Infektionszeichen, Hydratation, neurologischer Status, Selbst/Fremdgefährdung?
- Tests: Labor, Medikamentenspiegel, CT/MRT, EEG

# Behandlung - allgemein

---

- Klärung des Therapieziels!
- Erklärung der Situation an
  - Patient
  - Angehörige
  - Team

# Behandlung - allgemein

---

- Umgebung: ruhig, sicher, wenige Veränderungen
- wenige, bekannte Gesichter
- persönliche Gegenstände (Kissen, Decken)
- „Nest“ bauen, Bodenmatraze
- Berührung/Musik/Aromatherapie/Tiere
- Verständnis für veränderte Wahrnehmung
- wenig „medizinischer Lärm“ (Blutabnahmen, Blutdruck- oder Temperaturmessungen)

# Behandlung: Medikamente

---

- Haloperidol: Beginn mit 2 - 5 mg, max. 5 mg/15 min (iv/po/im/sc)
- Risperidon: bei ausgeprägter Angstkomponente und Aggressivität (1 – 2 mg)
- Quetiapin: 25 – 100 mg
- Olanzapin: 2,5 –10 mg im, bis max. 30 mg/d
- zusätzlich Benzodiazepine: Midazolam, Lorazepam  
(Midazolam z.B. 10 mg / 24 h s.c.)



# Behandlung - allgemein

---

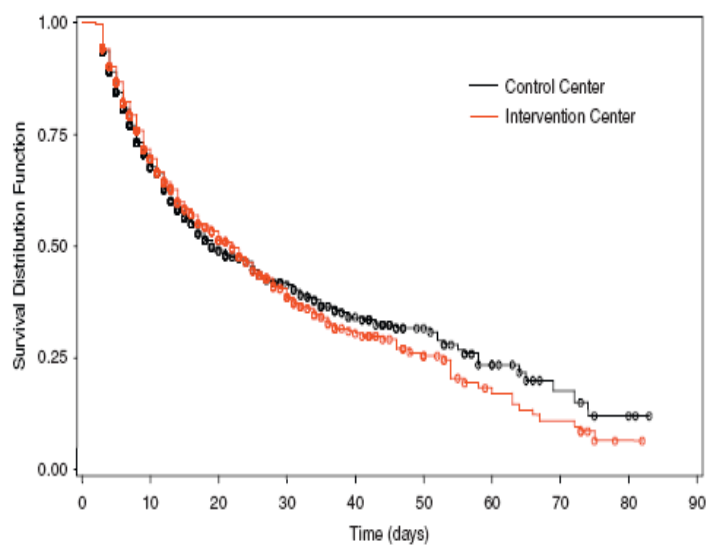
- Umgebung: ruhig, sicher, wenige Veränderungen
- wenige, bekannte Gesichter
- persönliche Gegenstände (Kissen, Decken)
- „Nest“ bauen, Bodenmatraze
- Berührung/Musik/Aromatherapie/Tiere
- Verständnis für veränderte Wahrnehmung
- wenig „medizinischer Lärm“ (Blutabnahmen, Blutdruck- oder Temperaturmessungen)

# Behandlung: Medikamente II

---

- ? Psychostimulanzien für hypoaktive Form (Ritalin®)
- ? „palliative“ Sedierung
- ? Ketamin → geringe eigene Erfahrung.

# Ergebnisse einer Studie zur multimodalen Prävention des Deliriums bei Patienten mit Tumorerkrankungen



| n = 1516 (Intervention n = 674, Kontrolle n = 842)

| Intervention:

- Patient/Arzt: Risiko für Delir, metabolische Veränderungen, Opioiddosis, Benzodiazepindosis, Anticholinergika, Antikonvulsiva, ZNS-Befall, Fragebogen zur Delireinschätzung, CAM
- Familienkomponente: bedside-Erziehung



# Terminales Delir

---



# Unruhe und Halluzinationen beim terminalen Delir

---

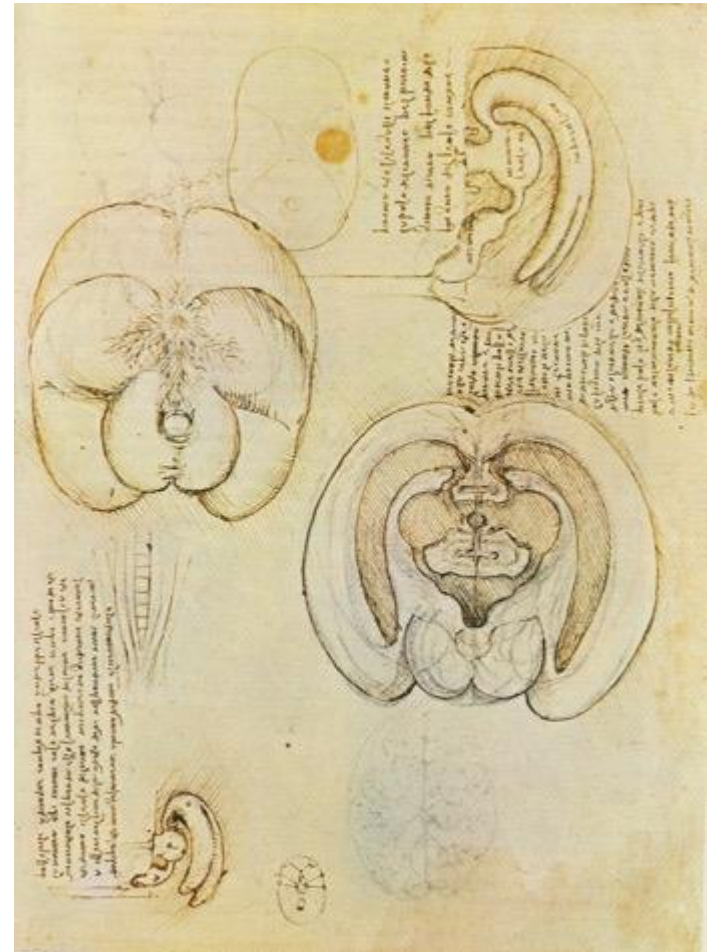
- medikamentöse Therapie zurückhaltend – nur, wenn Patient unter Symptomen leidet!
- Einbeziehung der Angehörigen wichtig
- Berührungen / Nähe
- Begleitung

# Leonardo da Vinci (1452-1519)

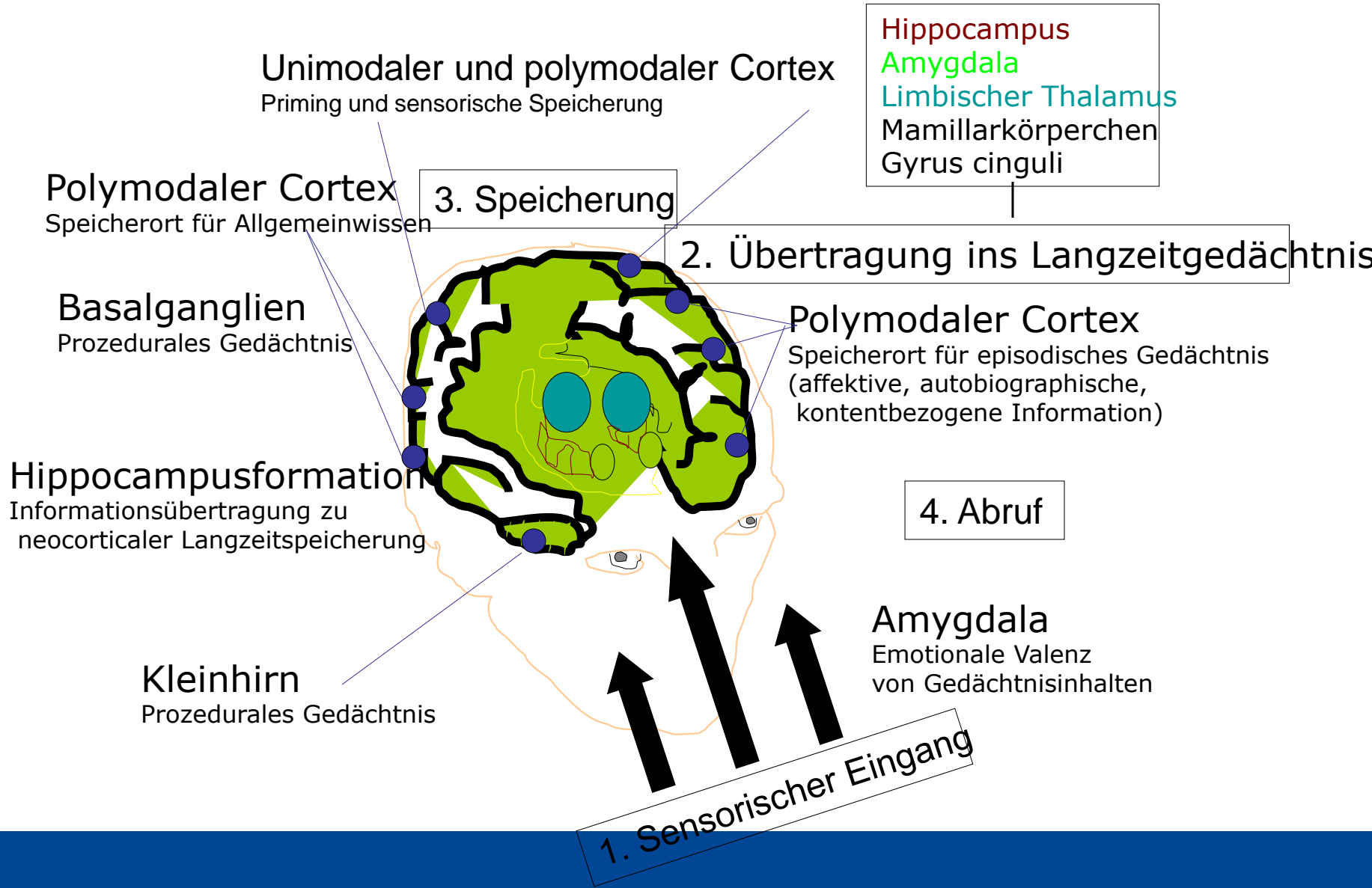
1490



1504



# Informationsverarbeitung im Gehirn



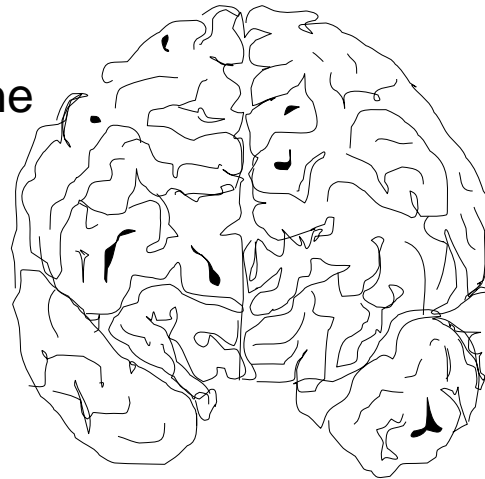


# Die Funktionen der beiden Gehirnhälften

---

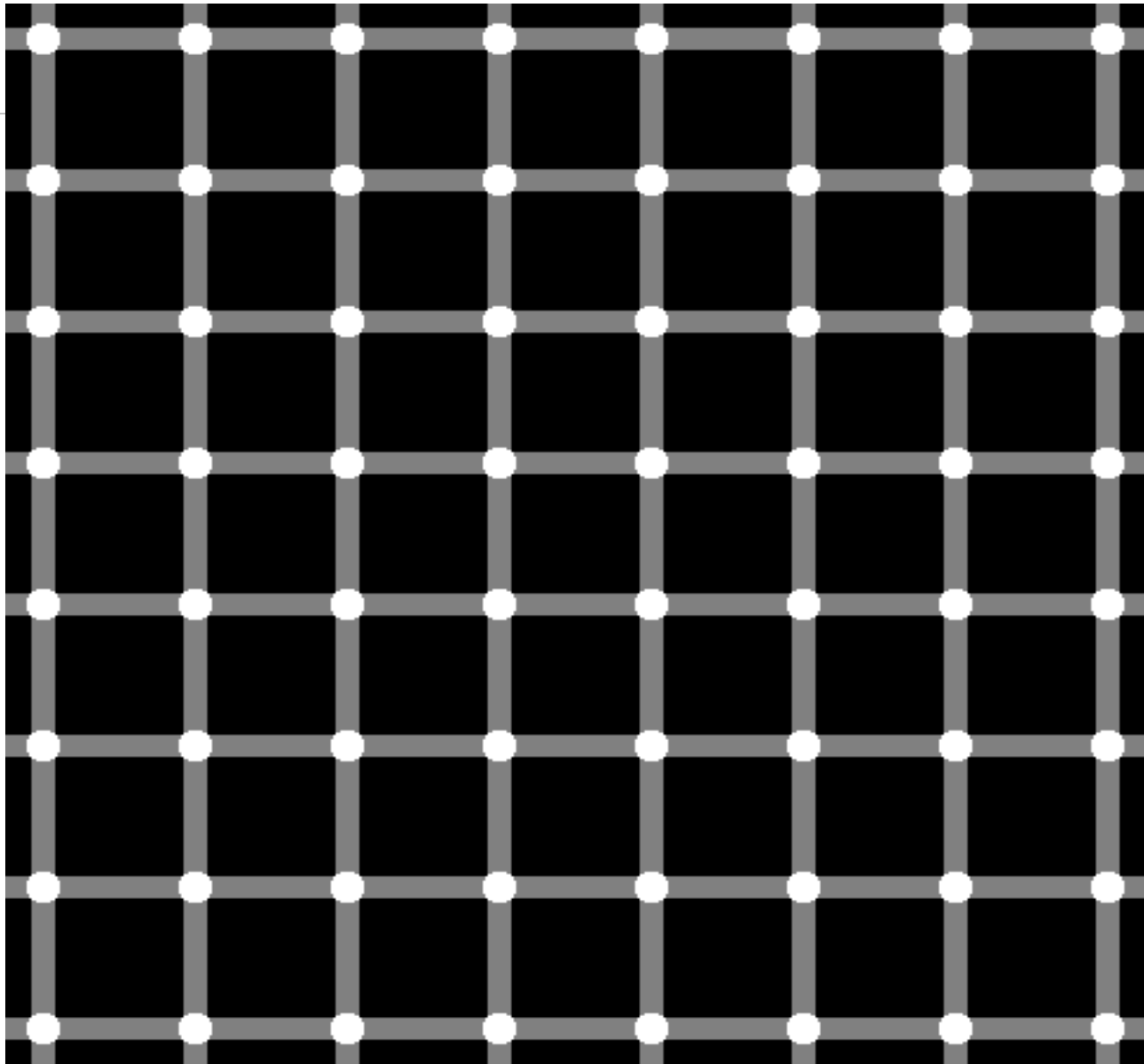
## Rechte Gehirnhälfte

Körpersprache – Bildersprache  
Intuition – Gefühl  
Kreativität – Spontaneität  
Sprunghaftigkeit  
Neugier – Spielen – Risiko  
Synthese - Überblick  
Kunst –Tanz – Musik  
Raumempfinden



## Linke Gehirnhälfte

Sprache – Lesen - Rechnen  
Ratio Ratio - Logik  
Regeln – Gesetze  
Konzentration auf einen Punkt  
Analyse - Detail  
Schritt für Schritt  
Einzelheiten  
Zeitempfinden





Barbaro Duce Spino Re petita    E an' Mortalicy' halaga' vita    C'ome clamo' Ornung' Vostra tenon    P'è. Gento' D'io' f'ate' m'è' f'è'    agudo senti el'corap'io' a'urama    E'ij' tormento' q'ato' f'ederan'    A'nc'ia' m'ac'ida' De' f'ard' m' f'ar'    De' m' f'raz' L'ul' f'ua' D' m' f' m'ent'



---

# Terminales Delir – Granny's visit

## Das Mädchen mit den Zündhölzern



# Delir: das Gehirn im Sterbeprozess

---

- | Minderdurchblutung und langsame Hypoxie
- | Hypoglykämie (Fasten)
- | Initial corticale Bereiche („letzte Wiese“)
- | Tieferliegende Schichten bleiben erhalten  
(Hippocampus: Berührungen)

# Informationsverarbeitung im Gehirn

---



# Erfahrungen der Patienten

---

- | Hoffnung versus Angst
- | Einsicht versus Unverstanden sein
- | Geborgenheit oder Alleinerleben

Abhängigkeit der Erfahrung von:

Biographie, Umgebung, Begleitung, Art der Erkrankung



# Delir im Sterbeprozess

---

- | Emotionales Gedächtnis erhalten
- | Berührung und Berührungsinformation erhalten
- | Hören erhalten
- | Früh Erlebtes wird neu erlebt
- | Rituale / Spiritualität erhalten

# Spiritueeller Umgang mit Delir

---

- | Spirituelle Ressourcen aktivieren
- | Gebete mit dem Patienten
- | Eichung auf den Menschen und die Situation
- | Ruhephase (Schutz vor emotionaler Überforderung)
- | Gewohnte Umgebung / Menschen
- | Gewohnte Musik

# Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Arbeitsgruppe „Palliative Care für Neurologische Erkrankungen“

**Annemarie Dieplinger**

**Stefan Pitzer**

**Johannes Bükki**

**Christina Schmotz**

**Carmen Richinger**

**Katharina Lex**

**Patrick Müller**

**Christine Knauseder**

**Stefan Lorenzi**





# Epileptische Anfälle in der Palliative Care

# Grundlagen

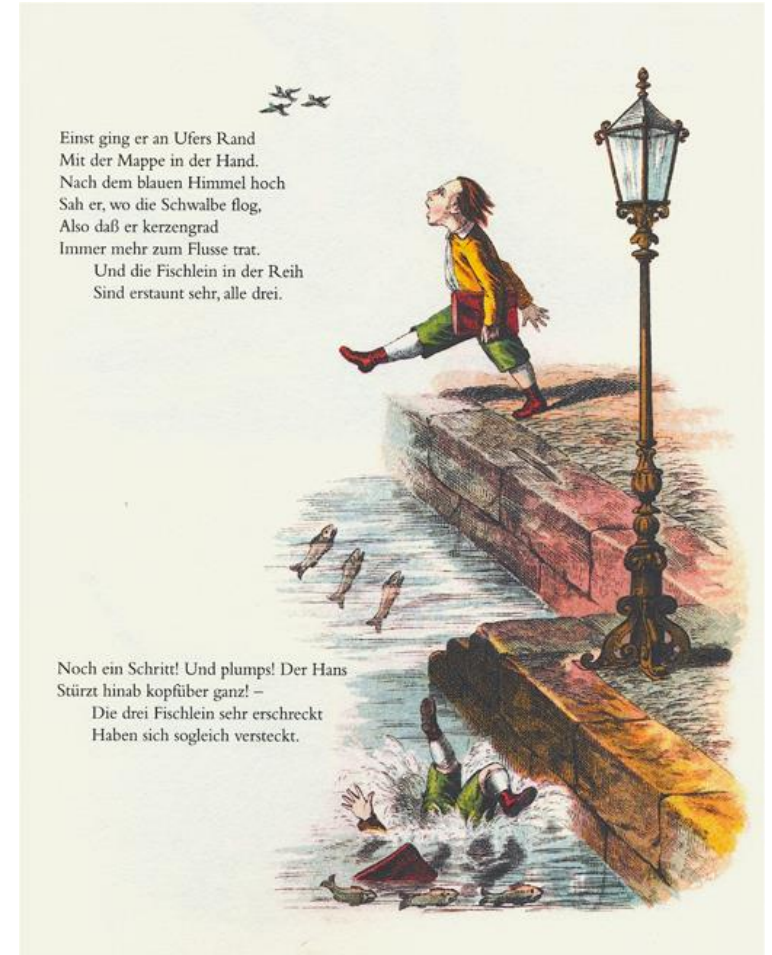
- Epileptischer Anfall
  - Generalisiert
  - Fokal
- Epilepsie

# Epileptischer Anfall

- pathologische
- plötzliche
- zeitlich begrenzte
- synchrone Entladungen
  
- selbstlimitierend
  
- mit/ohne Provokationsfaktoren

# generalisierte Anfälle

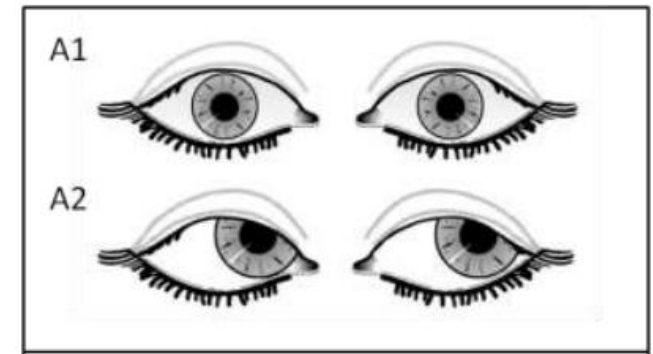
- Motorisch
- Nicht motorisch
- Bewusstseinsverlust



Hoffmann

# Generalisierter Anfall

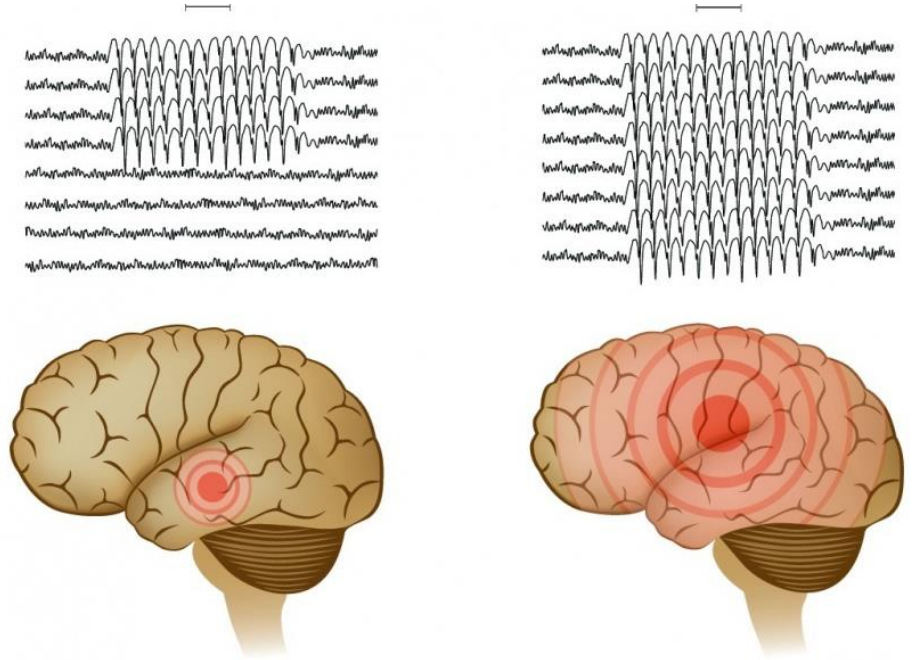
- Augen: offen, starr, leer oder verdreht
- Dauer: < 2 Minuten
- Reorientierung postiktual von variabler Dauer
- Bei tonisch-klonischen Anfällen Muskelkater am Folgetag



Leitlinien DGN



# Fokale Anfälle



de.symptomed.com

# Provokations- faktoren

- Schlafmangel
- Alkoholkonsum/ Alkoholentzug
- Photostimulation
- Absetzen antikonvulsiver Medikation
- Gabe prokonvulsiver Medikamente
- Fieber(anstieg)
- akute zerebrale Erkrankung



Fitbook.de

# Epilepsie

- Erkrankung des Gehirns mit einer Disposition zur Generierung epileptischer Anfälle
- Wiederholtes Auftreten unprovoked epileptischer Anfälle

## ILAE 2017

Genetisch

Strukturell

Infektiös

Metabolisch

Immunologisch

Unbekannt

Leitlinien DGN

# Epilepsien/ Epileptische Anfälle in der Palliative Care

- 13% aller Palliativpatienten
- Fokale Epilepsien
- ZNS-Läsion
- 25-50% Hirnmetastasen
- 20-45% primäre Hirntumoren bei Diagnosestellung (eher niedriggradige Hirntumoren)
- Elektrolytverschiebungen
- Substanzentzug
- Hirndruck
- Neurodegenerativ Erkrankungen (Demenz, Parkinson)

Tradounsky, 2013

# Mögliche Symptome

Verwirrtheit

Aufmerksamkeit

Kontaktverlust

Sprachverarmung

Blickwendung

Entäußerungen

Automatismen

Bewegungsarrest

Schläfrigkeit

WICHTIG

- Epileptische Anfälle können vielgestaltig sein
  - Interindividuell höchst unterschiedliche Anfallsphänomene (individuell meist konstant von Anfall zu Anfall)

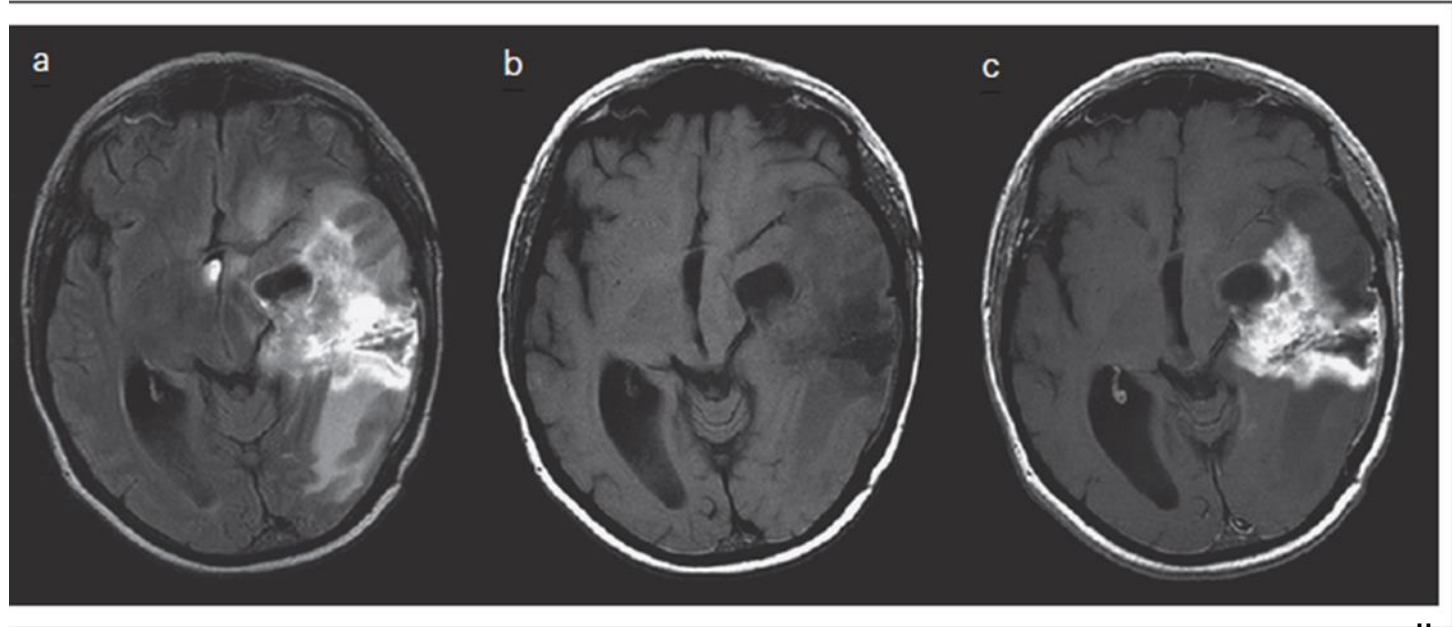
# Therapie

- Allgemeine Therapieprinzipien
- Antikonvulsiva
  - Kriterien zur Auswahl
- Status Epilepticus



planetwissen.de

# Fallvignette



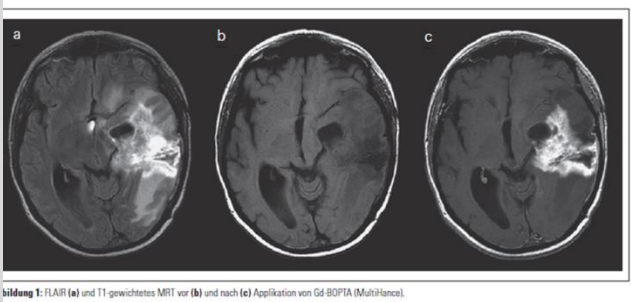
**bildung 1:** FLAIR (a) und T1-gewichtetes MRT vor (b) und nach (c) Applikation von Gd-BOPTA (MultiHance).

Dt. Ärzteblatt

- Pat. 60 Jahre
- Glioblastom
- Wiederkehrendes Zucken des rechten Armes

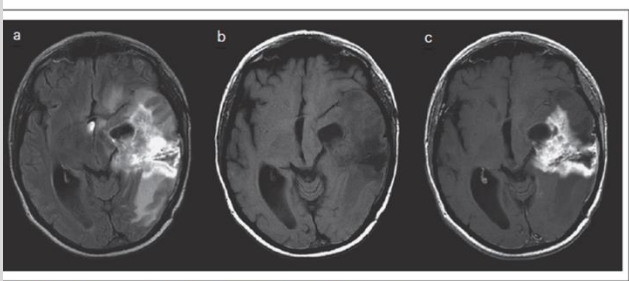


## Fallvignette



- Zuckungen nicht lange anhaltend,
- Keine Belastung für den Patienten
  
- Pat. ist neuen Medikamenten gegenüber zurückhaltend
  
- Keine Tumorspezifische Therapie mehr

## Fallvignette

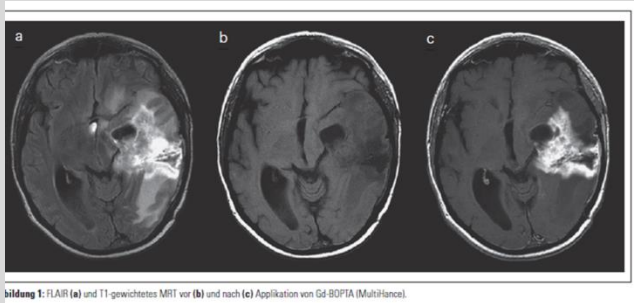


**Bildung 1:** FLAIR (a) und T1-gewichtetes MRI vor (b) und nach (c) Applikation von Gd-BOPTA (Mabintance).

- Zuckungen nicht lange anhaltend,
- Keine Belastung für den Patienten
- Pat. ist neuen Medikamenten gegenüber zurückhaltend
- Keine Tumorspezifische Therapie mehr

**THERAPIE???**

## Fallvignette



- Zuckungen nicht lange anhaltend,
- Keine Belastung für den Patienten
- Pat. ist neuen Medikamenten gegenüber zurückhaltend
- Keine Tumorspezifische Therapie mehr

**THERAPIE/Prophylaxe JA ->  
Gefahr eines generalisiert tonisch klonischen  
Anfalls**

# AKUT - THERAPIE

- Anfall, der nicht länger als 2 Min dauert muss nicht/kann nicht im Akutstadium therapiert werden
- Anfälle, die länger dauern, kurz aufeinanderfolgende Anfälle
- >5 Min. = Status epilepticus

## THERAPIE

# Therapie - Prophylaxe

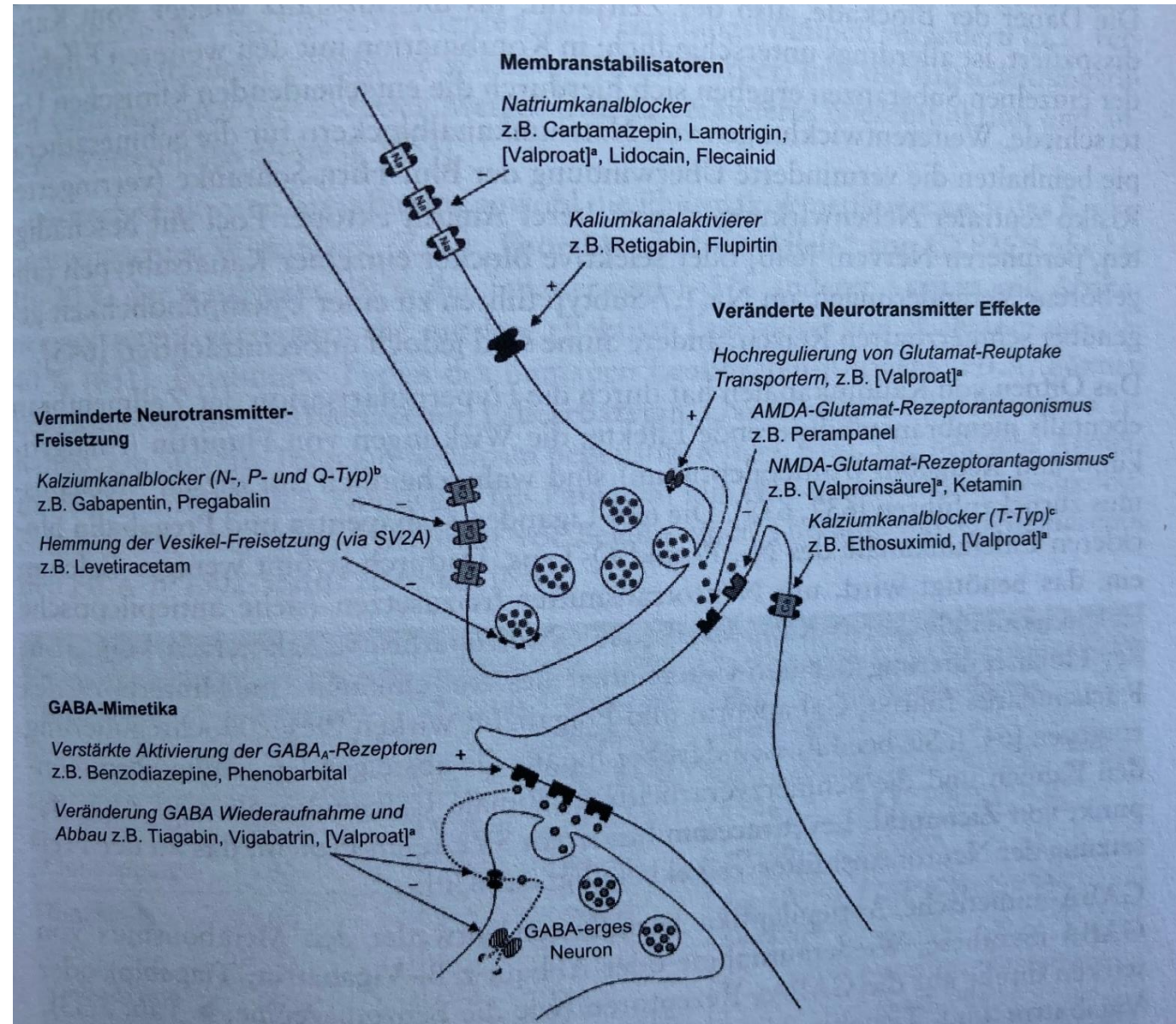
- Das primäre Ziel der Therapie ist Anfallsfreiheit bei guter Verträglichkeit der Medikamente

# Antikonvulsiva

Substanzname	Kürzel	Erste Zieldosis	Maximaldosis	Titration-Geschwindigkeit	Enzym-Induktion + Enzym-Hemmung -	Zulassung
Brivaracetam***	BRV	50–100 mg/d	200 mg/d	s	(+)	Add-on, FE
Carbamazepin +	CBZ	600 mg/d	1600 mg/d	m	+	MT, FE
Gabapentin +	GBP	900 mg/d	3600 mg/d	s		MT, FE
Lacosamid ***	LCM	200 mg/d	400–600 mg/d£	s – m		MT, FE
Eslicarbazepinacetat ##	ESL	800 mg/d	1200 mg/d	s – m		Add-on, MT, FE
Lamotrigin **	LTG	100 mg/d	600 mg/d	l		MT, FE, IGE
Levetiracetam ***	LEV	1000 mg/d	3000 mg/d	s		MT, FE, IGE (Add-on)
Oxcarbazepin + ****	OXC	900 mg/d	2400 mg/d	m	+	MT, FE
Perampanel §	PER	4 mg/d	12 mg/d	m – l		Add-on, FE, IGE
Phenobarbital #	PB	100 mg/d	300 mg/d	l	+	MT, FE, IGE
Phenytoin *** +	PHT	200 mg/d	400 mg/d	s – m	+	MT, FE
Pregabalin	PGB	300 mg/d	600 mg/d	s		Add-on, FE
Topiramat	TPM	100 mg/d	400 mg/d	m – l		MT, FE, IGE
Valproinsäure ***	VPA	750 mg/d	2000 mg/d	m	–	MT, FE, IGE
Zonisamid	ZNS	200 mg/d	500 mg/d	l		MT, FE
Acetazolamid €	AZA	250 mg/d	1000 mg/d	s		Add-on
Bromid	Br	1000 mg/d	4000 mg/d	l		MT, IGE
II Clobazam	CLB	15 mg/d	30 mg/d	s		FE, IGE
Clonazepam ***	CLZ	2 mg/d	6 mg/d	s		FE, IGE
Ethosuximid	ESM	1000 mg/d	2000 mg/d	m		MT (nur Absenzen)

Leitlinien DGN

# Wirkungsweise



# Applikations- formen

- I.V. - LEV, LCM, PHT, VPA,
- S.c. Levetiracetam sicher und effektiv
- S.c. Lacosamid (Fallbericht)
- Rektal Carbamazepin, Lamotrigin, Levetiracetam, Phenobarbital, Topiramamat und Valproinsäure
- Off label

Grönheit, 2018



# Wahl des Anti- konvulsivums

- Hohes Interaktionspotential
  - CBZ, OXC, Phenytoin, Phenobarbital
- LEV Nebenwirkung Depression/Aggressivität
- Lamotrigin lange Aufdosierung
- VPA Gewichtszunahme, Tremor, Thrombopenie,
  
- Bioverfügbarkeit von Generika beträgt 25% nach oben und 20% nach unten, Austausch kann im Extremfall eine Schwankungsbreite von über 40% bedeuten
  
- (Corticosteroide)

# Status epilepticus

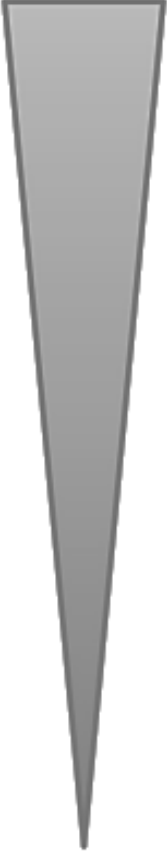


Imgarcade.com

# Status epilepticus

- Fokal
- Generalisiert

**TABLE 2 |** Proposal for (convulsive) SE treatment in palliative care

		Outcome
Stage 1 5–10 minutes	Early phase Premonitory SE, Impending SE	better
Stage 2 10–30 minutes	Established SE	
Stage 3 30–60 minutes	Refractory SE: SE, that continues despite stage I/II treatment, subtle SE, stuporous SE	
Stage 4 >24 h	Super refractory SE: SE, that continues despite treatment with anesthetics >24 h	

**TABLE 2 |** Proposal for (convulsive) SE treatment in palliative care [partially taken from (33)].

		<b>Hospital</b>	<b>Hospice/home care</b>
Stage 1 5–10 minutes	Early phase Premonitory SE, Impending SE	Lorazepam IV 0.05 mg/kg max. 2 mg/minute, if necessary repeat after 5 minutes	Midazolam buccal or intranasal 0.2 mg/kg (5–10 mg) or Lorazepam buccal or intranasal 0.05 mg/kg or 10 mg IM-midazolam Repeat if necessary

# Lorazepam

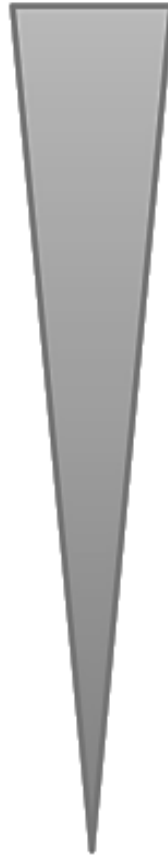
- Weniger fettlöslich als Diazepam, wird nicht so schnell in die Peripherie verteilt, wirkt länger -> größerer Anfallskontrolle
- i.v., intranasal,
- i.m. unpraktikabel, da später Wirkeintritt
- Bei Zimmertemperatur (20-25°C) 0,8 Monate stabil (Grönheit 2018)

Diazepam

Midazolam

- Hohe lipophile Eigenschaft, passiert BH Schranke gut, verteilt sich aber schnell ins Gewebe
- Rektal, i.v.
  
- Wasserlöslich, i.v., i.m., s.c., nasal, buccal
- dem Lorazepam nicht unterlegen
- Stabil für 60 Tage bei Zimmertemperatur (Grönheit 2018)

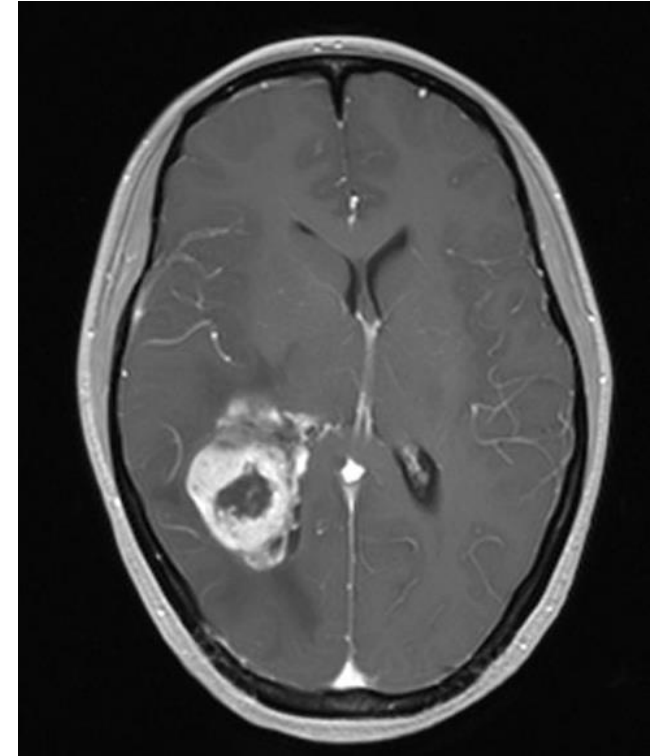
**TABLE 2 |** Proposal for (convulsive) SE treatment in palliative care [partially taken from (33)].

		Hospital	Hospice/home care	Outcome
Stage 1 5–10 minutes	Early phase Premonitory SE, Impending SE	Lorazepam IV 0.05 mg/kg max. 2 mg/minute, if necessary repeat after 5 minutes	Midazolam buccal or intranasal 0.2 mg/kg (5–10 mg) or Lorazepam buccal or intranasal 0.05 mg/kg or 10 mg IM-midazolam Repeat if necessary	better
Stage 2 10–30 minutes	Established SE	Levetiracetam 30–60 mg/kg IV max. 500 mg/minute, if necessary repeat after 10 minutes and/or additional lacosamide 5 mg/kg IV in 15 minutes <i>Alternative stage 2:</i> Valproate 20–30 mg/kg IV max. 10 mg/kg/minute, if necessary repeat after 10 minutes	<i>In absence of IV route:</i> 1000–2000 mg levetiracetam in 100 ml 0.9% sodium chloride over 30 minutes SQ if necessary additional: 200 mg lacosamide over 20 minutes SQ Repeat if necessary, or repeat benzodiazepine administration	
Stage 3 30–60 minutes	Refractory SE: SE, that continues despite stage I/II treatment, subtle SE, stuporous SE	midazolam bolus 0.2 mg/kg IV, continuously 0.1–0.5 mg/kg/h or propofol bolus 2 mg/kg IV, continuously 4–10 mg/kg/h	consider palliative sedation	
Stage 4 >24 h	Super refractory SE: SE, that continues despite treatment with anesthetics >24 h	consider palliative sedation	consider palliative sedation	



## Fallvignette

- Patientin 45 Jahre
- Rezidiv eines Anaplastischen Astrozytoms
- Status epilepticus

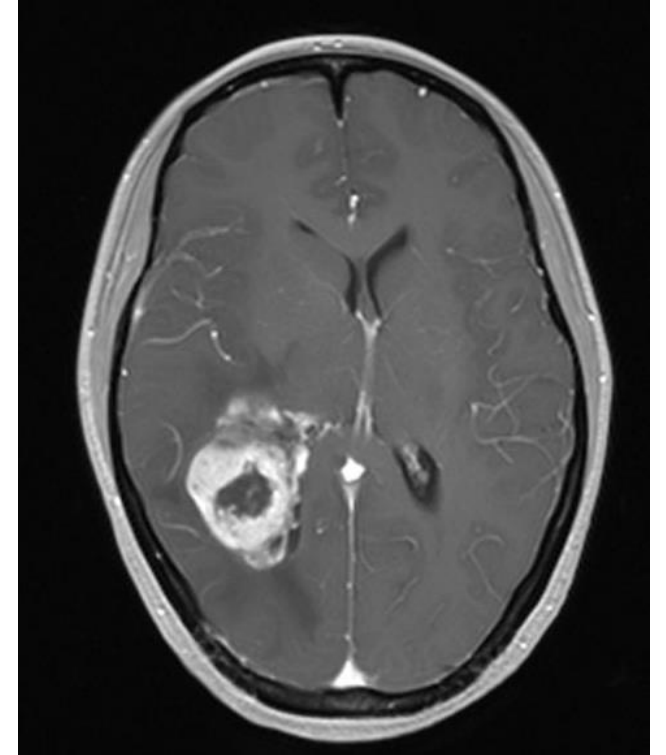


Dt. Ärztblatt

## Fallvignette

- Patientin 45 Jahre
- Rezidiv eines Anaplastischen Astrozytoms
- Status epilepticus

Therapie Ja/Nein ?

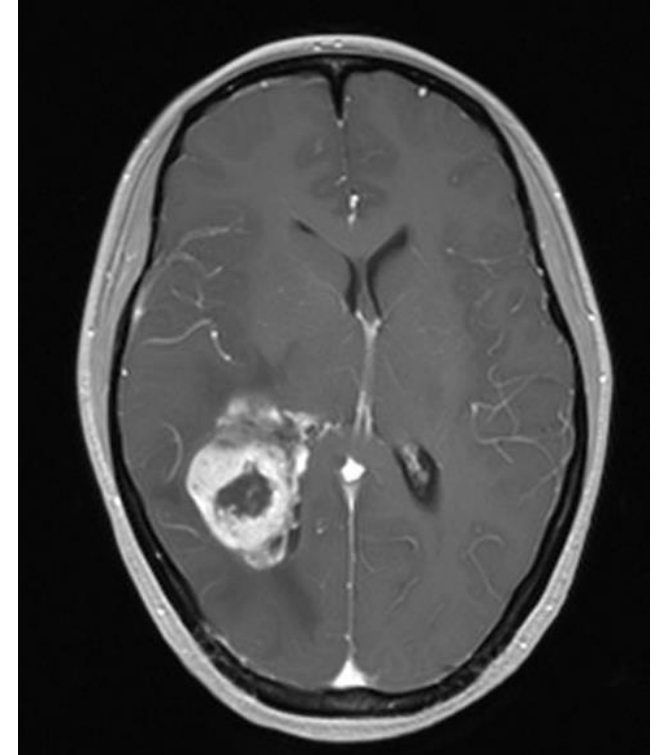


Dt. Ärztblatt

## Fallvignette

- Patientin 45 Jahre
- Rezidiv eines Anaplastischen Astrozytoms
- Status epilepticus

Intensivstation Ja/Nein?



Dt. Ärztblatt

NCSE

- 6% der Patienten mit malignen Tumoren
- 20% der Patienten mit Hirnbeteiligung

Lorenzl, 2010

## Herausforderungen d. NCSE

- Klinische Symptome sehr subtil
- Konfus, bis komatös
- Automatismen
- Tonische Kopf/Augenbewegungen
- Myoklonische Zuckungen (Mundwinkel)
- EEG
- DD: Delirium, metabolische Störungen, Überdosierung von Medikamenten
- Behandlung so früh als möglich

Was fehlt noch?

- Diagnostik
  - EEG
  - Bildgebung

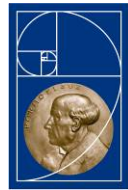
# Take Home Massage

- Epileptische Anfälle können vielgestaltig sein
- Ein unprovoked Anfall *sollte* therapiert werden
- NW Potential von Levetiracetam
- Ein Status epilepticus ist ein neurologischer Notfall
- Neurodegenerative Erkrankungen können epileptische Anfälle verursachen
- Behandlung des NCSE so früh wie möglich beginnen - Kommunikationsfähigkeit



VIELEN DANK





**P**ARACELSUS  
MEDIZINISCHE PRIVATUNIVERSITÄT

---

# Myoklonien in Palliative Care

Stefan Lorenzl

---

Institut für Palliative Care  
und  
Krankenhaus Agatharied, Deutschland  
Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin der LMU, München Großhadern, Deutschland

# Muskelzuckungen

---

- Einschliessende Zuckungen (Kloni) der Extremitätenmuskulatur
- teilweise schmerzhaft
- Keine willkürliche Kontrolle möglich
- nicht durch Schreckreaktion provozierbar
- Im Schlaf nicht vorhanden

# Myoklonien

---

- Plötzlich auftretend
- unwillkürlich
- Kurze Dauer (50 – 100 ms)

# Myoklonien

---

- Positiver Myoklonus: Muskelaktivierung und Bewegungseffekt
- Negativer Myoklonus: kurzes Sistieren tonischer Muskelaktivität (Asterixis, „flapping tremor“)

# Muskelzuckungen

---

- Arrhythmisch, selten rhythmisch
- Umschriebene Muskelgruppen oder generalisiert
- Symmetrisch oder asymmetrisch

# Myoklonien

---

- spontan
- Durch Willkürbewegungen (Aktionsmyoklonien)
- Durch sensorische Stimuli (Reflexmyoklonien)

# Physiologische Myoklonien

---

- Singultus
- Schreckreaktion
- Einschlaf – oder Aufwachmyoklonien (hypnic jerks)
- Sport, Orgasmus
- Benigne infantile Myoklonien beim Füttern

# Negative Myoklonien

---

- Hepatischer oder urämischer Encephalopathie
- Medikamentös:
  - trizyklische Antidepressiva
  - Opioide
  - Cannabis
  - Lithium
  - SSRI
  - Antikonvulsiva (-überdosierung)



# Myoklonien bei metabolischen Störungen

---

- Leberversagen
- Hyponatriämie
- Hypoglykämie
- Hyperthyreose
- Nierenversagen / Niereninsuffizienz
- Biotinmangel
- Vitamin E-Mangel

# Differentialdiagnose akut vs subakut/chronisch

---

<b>akut</b>	<b>Subakut / chronisch</b>
Medikamente	Epilepsie
metabolisch	Demenz
Intoxikationen	Dystonie / akinetisch-rigide S.
<i>Infektionen</i>	<i>Infektionen</i>
Physikal. Schädigung	Neoplasma
<i>psychogen</i>	<i>psychogen</i>

---

# 3 Patienten mit Tumorerkrankungen



# Patientenbeispiel 1

---

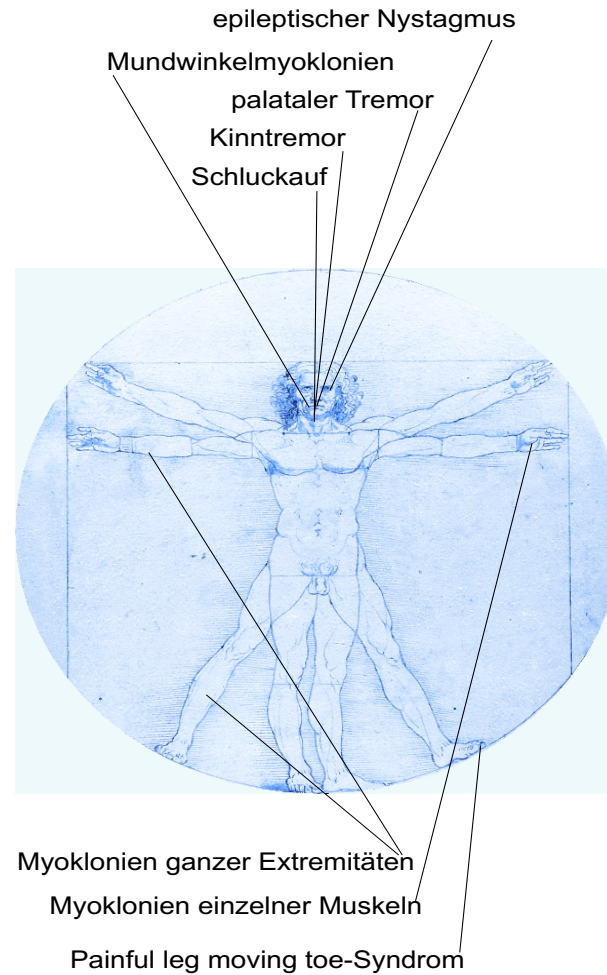


---

# Glas halten



# Neuropsychiatrische Symptome



# Muskelzuckungen - Ursachen

---

- „Twitched convulsive syndrome“ bei Nierenversagen
- Opiodüberdosierung (hauptsächlich Morphin)
- Metoclopramid (insbesondere bei älteren Patienten)
- Hyperkalzämie, Hypoglykämie, Hyponatriämie, hepatische Enzephalopathie
- Rückenmarksläsion
- Allgemeine Schwäche (dann auch Faszikulationen)
- Chorea Huntington, Creutzfeld-Jacob
- Psychogene Myoklonien
- Einschlafmyoklonien

# Muskelzuckungen - Therapie

---

- Valproinsäure (bis 4000 mg/ Tag)
- Midazolam (bis 60 mg/ Tag)
- Diazepam (bis 100 mg/ Tag)
- Levetiracetam (bis 4000 mg/ Tag)



# Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

## Arbeitsgruppe Neurologie und Neuropalliative Care

**Christiane Weck  
Carmen Richinger  
Katharina Lex  
Georg Nübling  
Johannes Bükki  
Janine Rabe  
Christine Knauseder  
Stefan Lorenzi**



gefördert von:

Bayerisches Staatsministerium, Deutsche Parkinsonvereinigung, DLR, BMBF, Stifterverband der Deutschen Stiftungen

# Neuropalliative Care- ein Überblick über neurologische Erkrankungen in der Palliative Care

Christiane Weck – 17.11.2022

# Beispiele

Mb. Parkinson

Atypische  
Parkinsonsyndrome

Motoneuronerkrankungen

Multiple Sklerose

Mb. Huntington

Stroke

Creutzfeldt-Jakob

Hirneigene Tumoren

Traumata

# Beispiele

Mb. Parkinson

Atypische  
Parkinsonsyndrome

Motoneuronerkrankungen

Hirneigene Tumoren

# Besonderheiten

- Chronische Erkrankungen – schwer vorhersagbare Krankheitstrajektoren
- Verlieren manchmal früh im Krankheitsverlauf die Möglichkeit zu kommunizieren
  - Schlaganfall (Sprachstörungen)
  - Motoneuronerkrankungen (Sprechstörungen)
  - Mb. Parkinson/atypische Parkinsonsyndrome (Sprechstörungen)
  - Demenz – kognitive Einschränkungen
- Wesensveränderungen
  - FTD: Impulskontrollstörungen, fehlende Empathie, Apathie
  - Huntington: Apathie, Depression, Zwangsstörungen

# Chronische Erkrankungen – Ende schwere vorhersagbar

Vorhersagbare Verschlechterung +  
unvorhersagbare Ereignisse  
(Unfälle/Stürze/Infektionen)

# Trigger- punkte

Diagnosestellung

Krankenhausaufenthalte

Unbeabsichtigter Gewichtsverlust

Kognitive Veränderungen

Häufige Stürze

Schwere Comorbiditäten

Änderung des Funktionsstatus

Schluckstörung

# Early Integration

- MND/ALS Krankheitsverlauf 2-5 Jahre, Einbindung kurz nach Diagnose
- PD Krankheitsverlauf bis zu 15 Jahre, späterer Beginn mit PC

EAPC consensus Paper on palliative care in neurology; 2016



# Symptome

## Physische Symptome

- Schmerzen
- Trockener  
Mund/vermehrter  
Speichelfluss
- Verstopfung
- Appetitverlust
- Fatigue
- Schlaflosigkeit

## Psychische- /Spirituelle Symptome

- Trauer
- Depression
- Angst
- spirituelles Leid
- Würdeverlust
- Depersonalisation

Creutzfeldt, 2018

# Beispiele

- NMS
- Caregiver Burden

Mb. Parkinson

Atypische  
Parkinsons syndrome

Motoneuronerkrankungen

Hirneigene Tumoren

- Siallorhoe
- Dysphagie/PEG
- Hilfsmittel

- Epileptische Anfälle
- Kognitive Defizite

# Mb. Parkinson

Rigor

Tremor

Akinese

Zunehmende nicht motorische Symptome (NMS) im Krankheitsverlauf

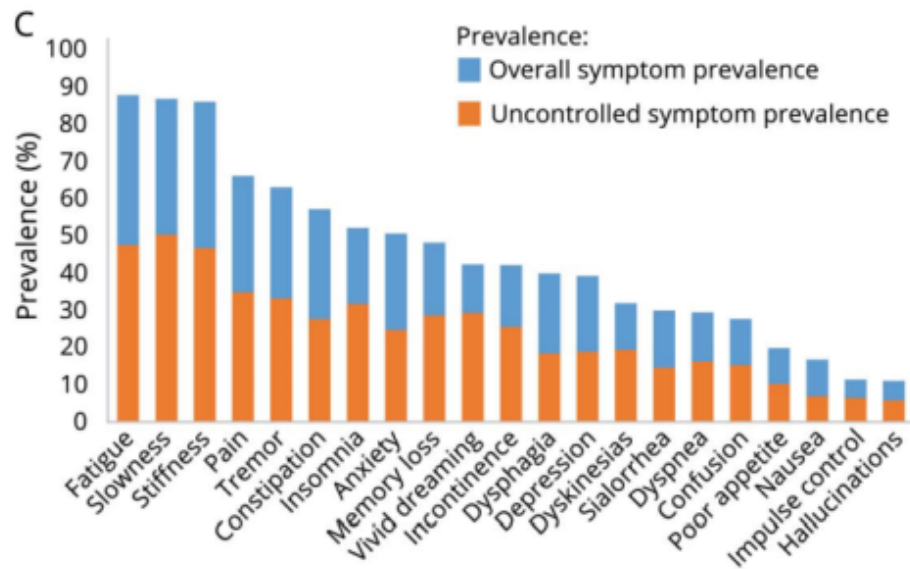
NONMOTOR SYMPTOMS IN PD

1645

TABLE 3. Prevalence of NMS domains and disease stage

NMS domains	All N = 1,072 (%)	Disease Stage (Hoehn and Yahr scale)			
		1 N = 167 (%)	1.5-2 N = 515 (%)	2.5-3 N = 325 (%)	4-5 N = 49 (%)
Gastrointestinal	654 (61.0)	76 (45.5)	280 (54.4)	250 (76.9)	36 (73.5)
Pain	653 (60.9)	85 (50.9)	302 (58.6)	218 (67.1)	39 (79.6)
Urinary	614 (57.3)	72 (43.1)	266 (51.7)	222 (68.3)	44 (89.8)
Cardiovascular	158 (14.7)	22 (13.2)	70 (13.6)	53 (16.3)	11 (22.5)
Sleep	687 (64.1)	80 (47.9)	312 (60.6)	245 (75.4)	40 (81.6)
Fatigue	623 (58.1)	63 (37.7)	291 (56.5)	224 (68.9)	40 (81.6)
Apathy	328 (30.6)	41 (24.6)	138 (26.8)	119 (36.6)	24 (49.0)
Attention/memory	479 (44.7)	63 (37.7)	208 (40.4)	168 (51.7)	32 (65.3)
Skin	260 (24.3)	24 (14.4)	102 (19.8)	112 (34.5)	16 (32.7)
Psychiatric	716 (66.8)	102 (61.1)	326 (63.3)	238 (73.2)	41 (83.7)
Respiratory	191 (17.8)	16 (9.6)	80 (15.5)	74 (22.8)	15 (30.6)
Miscellaneous	515 (48.0)	62 (37.1)	247 (48.0)	168 (51.7)	29 (59.2)

# Symptome bei Mb. Parkinson



# Caregiver Burden

## High Burden and Depression Among Late-Stage Idiopathic Parkinson Disease and Progressive Supranuclear Palsy Caregivers.

Schmotz C<sup>1,2</sup>, Richinger C<sup>1,2</sup>, Lorenzl S<sup>1,2,3</sup>.

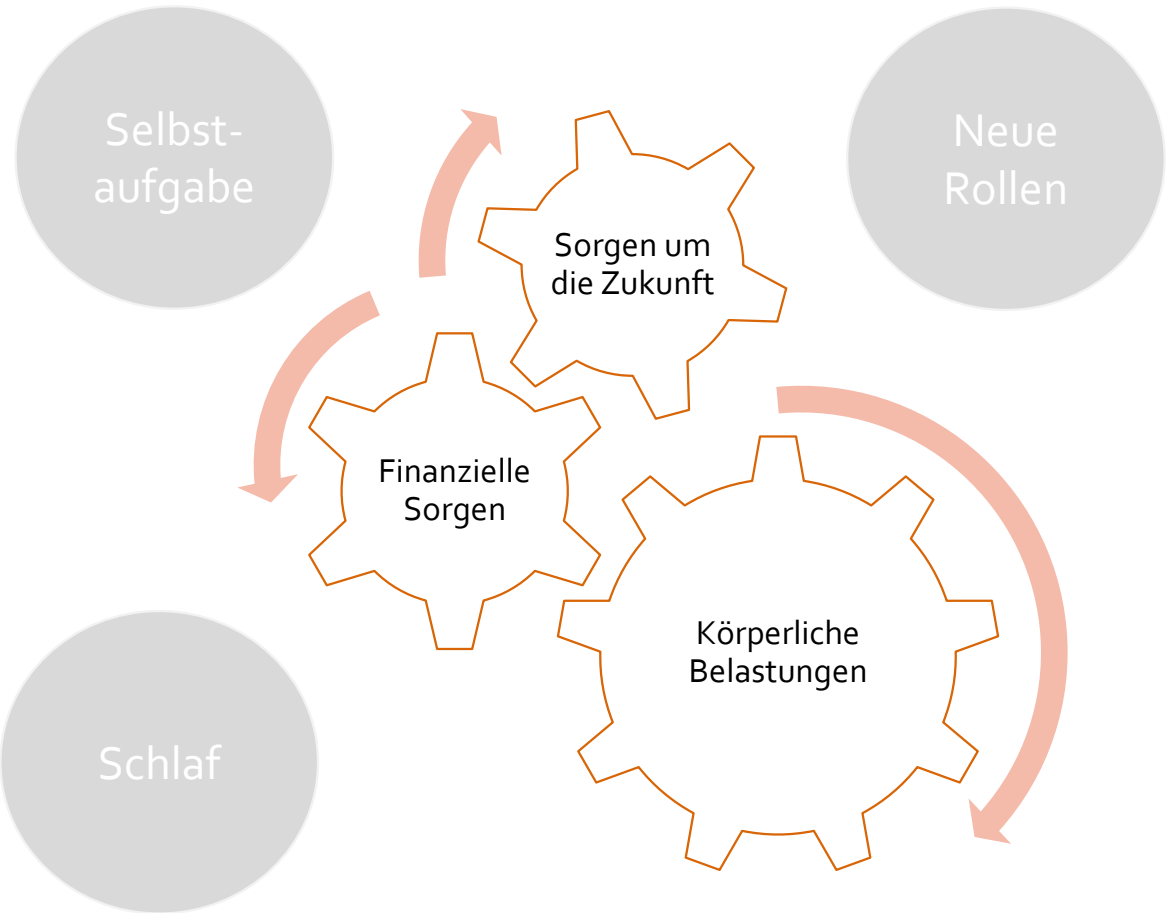
**Table 2.** Sociodemographic and Clinical Variables of Patients and Caregivers in Both Groups of Diagnosis IPD and PSP.

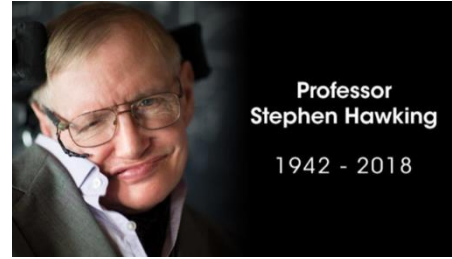
Variables	IPD	PSP
Patients	n (%)	n (%)
Participants	20 (50.0)	20 (50.0)
Men	11 (55.0)	10 (50.0)
Women	9 (45.0)	10 (50.0)
Patients with psychosis	7 (35.0)	2 (10.0)
	Mean (SD)	Mean (SD)
Patient age, years	76.2 (6.4)	70.8 (6.0)
Disease duration, years	15.3 (7.6)	6.3 (3.0)
Hoehn and Yahr	4.3 (0.5)	4.9 (0.4)
Schwab and England ADL	23.5 (13.1)	14.0 (9.9)
UPDRS I-IV	66.5 (17.1)	78.7 (13.4)
UPDRS III	29.9 (9.1)	38.3 (6.5)
MMSE-24 (N = 35; <21 path)	18.9 (6.2)	18.3 (7.1)
GDS-30 (N = 37; ≥10 path)	15.9 (7.2)	10.2 (3.5)
Caregivers	n (%)	n (%)
Participants	20 (50.0)	20 (50.0)
Men	6 (30.0)	9 (45.0)
Women	14 (70.0)	11 (55.0)
	Mean (SD)	Mean (SD)
Caregiver age, years	67.1 (10.5)	70.0 (8.6)
ZBI	36.5 (15.3)	42.8 (8.7)
BDI-II [≥ 9 path]	12.5 (5.5)	15.1 (8.9)

- 41-60 moderat belastet
- 21-40 wenig belastet

Abbreviations: BDI, Beck Depression Inventory; GDS, Geriatric Depression Scale; IPD, idiopathic Parkinson disease; PSP, progressive supranuclear palsy; SD, standard deviation; UPDRS, Unified Rating Scale for Parkinsonism; ZBI, Zarit Caregiver Burden Inventory.

# Caregiver Burden

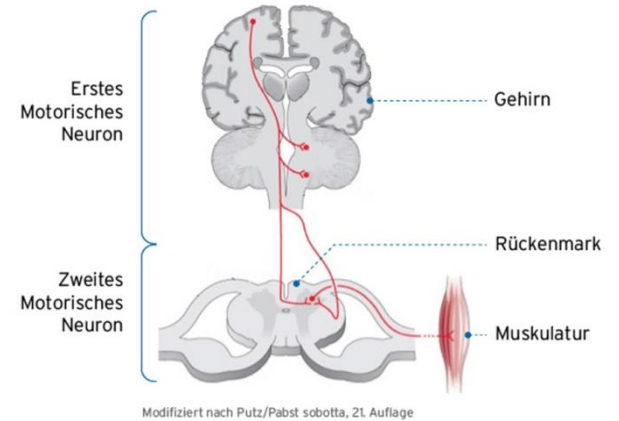




Degenerative Erkrankung des kortikospinalen Trakts (1. Motoneuron) und der Hirnnervenkerne und spinalen Vorderhörner (2. Motoneuron)

(+ *frontotemporaler Kortex* + *sensibles System*)

- 3 klassische klinische Präsentationen
  - Bulbärer onset
  - Beginn an den Extremitäten (40-50% oEx, 20-30% uEx)
  - Progressive Muskelatrophie



ALS



# Symptome

- Ateminsuffizienz
- Muskelkrämpfe
- Schmerzen
- Dysphagie
- Verschleimung
- Siallorhoe

# Dysphagie

- Im KH Verlauf/ wenige Monate nach Krankheitsbeginn/ erstes Symptom
- Malnutrition und Dehydratation
- Hohes Aspirations- und Pneumonierisiko

# Ernährungs sonden

- Percutaneous endoscopic/radiologic Gastrostomy (PEG/PRG)
- Direct percutaneous endoscopic jejunostomy (DPEJ)



Lorenzl

## PEG

- Rasch progredienter Verlauf ( $>1$  Punkt ALS FRS/Monat)
- Frühzeitig begonnene hochkalorische Nahrung
- 30-Tagesmortalität von 3-11% (Risikofaktoren: hohes Alter, Malnutrition, schlechte Atemfunktion)
- ACP - Nutzungseinschränkungen oder Nutzungsverzicht nach individuellen Vorstellungen

# Pseudo- hypersaliv ation

- Hypersalivation – Mehrproduktion von Speichel
- Relativer Speichelüberfluss

## Medikamentös

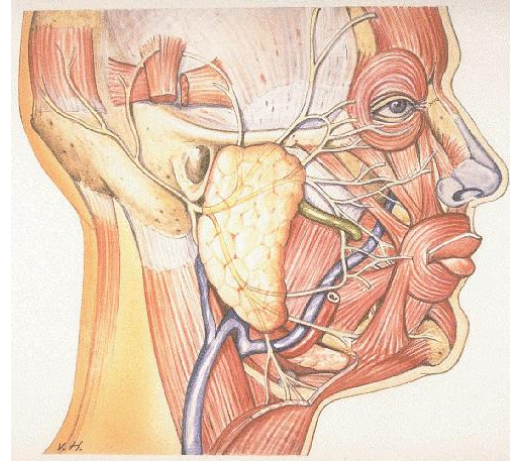
### Anticholinergika

- Scopolamin (Scopoderm TTS, 1-2 Pflaster alle 3d)
- Atropin (Atropintropfen (2 %-Lösung) 6-24 gtt p.o. 3 x tgl)
- Glycopyrrolat - (Robinul® 0,2-0,4 mg s.c. 3x tgl)

### Amitryptilin (Tropfenform)

### Gastrozepin (Pirenzepin)

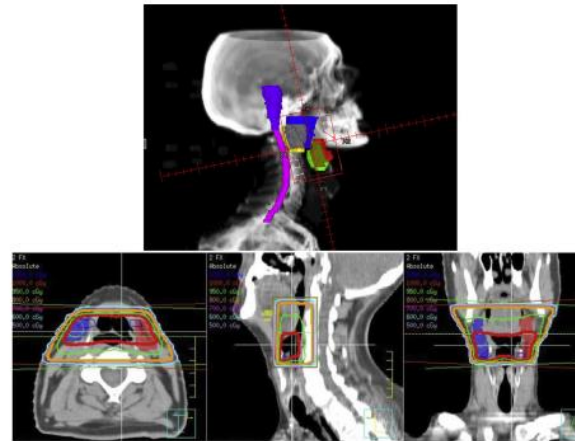
# Botox- therapie



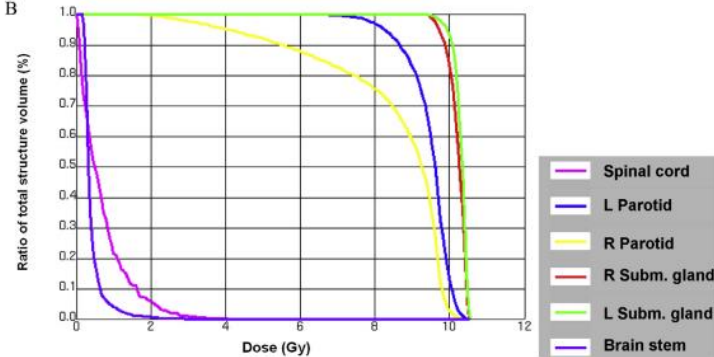
Anatomytool.org

# Bestrahlung

A



B



Abbreviations: R: right; L: left; Subm: submandibular gland; Gy, gray; DRR: Digital Reconstructed Radiograph.

**Fig. 1.** Radiation therapy dose–volume distribution in salivary glands. (A) Digital reconstructed radiograph (DRR) showing axial, sagittal, frontal dosimetric views and (B) dose–volume histogram using a 2-field technique.

Assouline, 2014;



# Bestrahlung

**Table 2** Sialorrhea Scoring Scale (SSS) grades and response criteria

Score	Description
1	Dry, never drools
2	Mild, only the lips are wet, occasionally
3	Mild, only the lips are wet, frequently
4	Moderate, wet on the lips and chin, occasionally
5	Moderate, wet on the lips and chin, frequently
6	Severe, drools to the extent that clothing becomes damp, occasionally
7	Severe, drools to the extent that clothing becomes damp, frequently
8	Profuse, clothing, hands and objects become wet, occasionally
9	Profuse, clothing, hands and objects become wet, frequently

Response criteria according to SSS	
1-3	Complete
4-5	Partial
6-9	Absence

**Table 4** Grade 1 and 2 toxicities

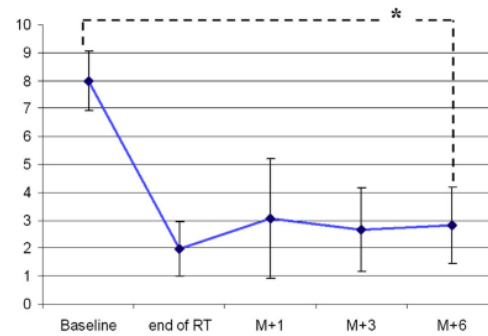
	During RT n (%)	M1 <sup>†</sup> n (%)	M3 <sup>*</sup> n (%)	M6 <sup>*</sup> n (%)
<b>Overall population</b>				
No. of patients assessed	50 (100)	50 (100)	41 (100)	38 (100)
Total no. of toxicities	17 (34)	4 (8)	6 (15)	2 (5)
Xerostomia	3 (6)	0 (0)	1 (2)	0 (0)
Mild pain	4 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Saliva thickening	3 (6)	4 (8)	5 (12)	2 (5)
Swallowing difficulty	2 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Taste modification	5 (10)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<b>According to RT dosage</b>				
No. of patients assessed				
10 Gy	30 (100)	30 (100)	23 (100)	21 (100)
20 Gy	20 (100)	20 (100)	18 (100)	17 (100)
Total no. of toxicities (P <sup>†</sup> )	.6	.6	.4	.5
10 Gy	9 (30)	2 (7)	5 (22)	2 (9)
20 Gy	8 (40)	2 (10)	2 (11)	0 (0)

Abbreviation: RT = radiation therapy.

\* After RT.

† Fisher's exact test.

**SSS**



Assouline, 2014;

# Hirneigene Tumore

# Symptome

- Anfälle 37%
- Kognitive Einbußen 36%
- Benommenheit 35%
- Dysphagie 30%
- Kopfschmerzen 27%
- Verwirrtheit 27%
- Aphasie 24%
- motorische Defizite 21%
- Fatigue 20%
- Dyspnoe 20%
- Depression 15%

# Mögliche Symptome

Verwirrtheit

Aufmerksamkeit

Kontaktverlust

Sprachverarmung

Blickwendung

Entäußerungen

Automatismen

Bewegungsarrest

Schläfrigkeit

# AKUT - THERAPIE

- Anfall, der nicht länger als 2 Min dauert muss nicht/kann nicht im Akutstadium therapiert werden
- Anfälle, die länger dauern, kurz aufeinanderfolgende Anfälle
- >5 Min. = Status epilepticus

## THERAPIE

# Lorazepam

- Weniger fettlöslich als Diazepam, wird nicht so schnell in die Peripherie verteilt, wirkt länger -> größerer Anfallskontrolle
- i.v., intranasal,
- i.m. unpraktikabel, da später Wirkeintritt
- Bei Zimmertemperatur (20-25°C) 0,8 Monate stabil (Grönheit 2018)

Diazepam

Midazolam

- Hohe lipophile Eigenschaft, passiert BH Schranke gut, verteilt sich aber schnell ins Gewebe
- Rektal, i.v.
  
- Wasserlöslich, i.v., i.m., s.c., nasal, buccal
- dem Lorazepam nicht unterlegen
- Stabil für 60 Tage bei Zimmertemperatur (Grönheit 2018)

# Therapie - Prophylaxe

- Das primäre Ziel der Therapie ist Anfallsfreiheit bei guter Verträglichkeit der Medikamente



# Antikonvulsiva

Substanzname	Kürzel	Erste Zieldosis	Maximaldosis	Titration-Geschwindigkeit	Enzym-Induktion + Enzym-Hemmung -	Zulassung
Brivaracetam***	BRV	50–100 mg/d	200 mg/d	s	(+)	Add-on, FE
Carbamazepin +	CBZ	600 mg/d	1600 mg/d	m	+	MT, FE
Gabapentin +	GBP	900 mg/d	3600 mg/d	s		MT, FE
Lacosamid ***	LCM	200 mg/d	400–600 mg/d $\text{E}$	s – m		MT, FE
Eslicarbazepinacetat ##	ESL	800 mg/d	1200 mg/d	s – m		Add-on, MT, FE
Lamotrigin **	LTG	100 mg/d	600 mg/d	l		MT, FE, IGE
Levetiracetam ***	LEV	1000 mg/d	3000 mg/d	s		MT, FE, IGE (Add-on)
I Oxcarbazepin + ****	OXC	900 mg/d	2400 mg/d	m	+	MT, FE
Perampanel §	PER	4 mg/d	12 mg/d	m – l		Add-on, FE, IGE
Phenobarbital #	PB	100 mg/d	300 mg/d	l	+	MT, FE, IGE
Phenytoin *** +	PHT	200 mg/d	400 mg/d	s – m	+	MT, FE
Pregabalin	PGB	300 mg/d	600 mg/d	s		Add-on, FE
Topiramat	TPM	100 mg/d	400 mg/d	m – l		MT, FE, IGE
Valproinsäure ***	VPA	750 mg/d	2000 mg/d	m	–	MT, FE, IGE
Zonisamid	ZNS	200 mg/d	500 mg/d	l		MT, FE
Acetazolamid €	AZA	250 mg/d	1000 mg/d	s		Add-on
Bromid	Br	1000 mg/d	4000 mg/d	l		MT, IGE
II Clobazam	CLB	15 mg/d	30 mg/d	s		FE, IGE
Clonazepam ***	CLZ	2 mg/d	6 mg/d	s		FE, IGE
Ethosuximid	ESM	1000 mg/d	2000 mg/d	m		MT (nur Absenzen)

# Wahl des Anti- konvulsivums

- Hohes Interaktionspotential
  - CBZ, OXC, Phenytoin, Phenobarbital
- LEV Nebenwirkung Depression/Aggressivität
- Lamotrigin lange Aufdosierung
- VPA Gewichtszunahme, Tremor, Thrombopenie,
  
- Bioverfügbarkeit von Generika beträgt 25% nach oben und 20% nach unten, Austausch kann im Extremfall eine Schwankungsbreite von über 40% bedeuten
  
- (Corticosteroide)

# Applikations- formen

- I.V. - LEV, LCM, PHT, VPA,
- S.c. Levetiracetam sicher und effektiv
- S.c. Lacosamid (Fallbericht)
  
- Rektal Carbamazepin, Lamotrigin, Levetiracetam, Phenobarbital, Topiramamat und Valproinsäure
- Off label

Grönheit, 2018

# Kognition

- 50% haben bei Diagnosestellung Schwierigkeiten die Therapie Situation/ Wahlmöglichkeiten/Nutzen-Risiko zu verstehen
- 50% aller Patienten haben in den letzten Wochen ihres Lebens die Fähigkeit verloren ihre eigenen Entscheidungen zu treffen
- ACP

# Zusammenfassung

- Auch neurologische Erkrankungen können eine komplexe und hohe Symptomlast haben
- Profitieren von Palliative Care
- Häufige Erkrankungen in der neuropalliative Care
  - Parkinson/atyp. Parkinsonsyndrome
  - Motoneuronerkrankungen
  - hirneigene Tumore
- Behandlung häufiger Symptome:
  - Dysphagie
  - Pseudohypersalivation
  - epileptische Anfälle



VIELEN DANK

TANNE –  
Telemedizinische Antworten  
auf neuropalliative  
Nachfragen in Echtzeit

Konsortial-  
projekt  
gefördert durch  
den Innovations-  
fonds des GBA



- AOK Bayern
- Wilhelm Löhe Hochschule  
Prof. Jürgen Zerth
- Universität Bayreuth  
Prof. Christian Maier
- EH Ludwigsburg  
Prof. Kirsten Brukamp
- Meytec  
Viacheslav Galchenko
- StatConsult  
Dr. Daniela Adolf  
Jan Reichmann



# Projektplan

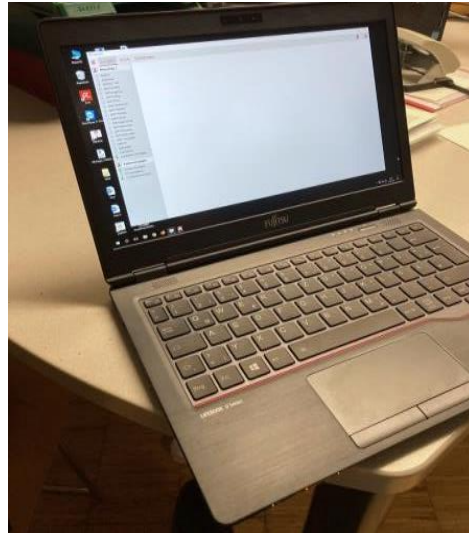
	2020				2021				2022				2023			
	Quartal	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
<b>Konzeptionsphase</b> Rekrutierung beteiligter Leistungserbringer Ausarbeitung Studienprotokoll Datenschutzkonzept Etablierung der Technik, Datenbank und Dateninfrastruktur																
<b>Klinische Studie</b> Patientenbetreuung Strukturarbeit Erste Interimsanalyse Projektverlauf/ggf. Protokollamendment																
<b>Evaluation</b> Auswertung Daten für die Evaluation Evaluationsbericht vorliegend/Vorbereitung der Publikation Beginn Gespräche mit SAPV Bundesweit für weitere Verbreitung																

Neue  
Versorgungs-  
form



# Telekonsil

Neurologie  
Neurologie KH Agatharied



Palliative Care  
SAPV Team/ Hospiz



# Strukturarbeit



The image shows a Zoom meeting interface. On the left, a slide is displayed with the following content:

 **P**ARACELSUS  
MEDIZINISCHE PRIVATUNIVERSITÄT

 **TANNE**

---

**Delir**

Stefan Lorenzl

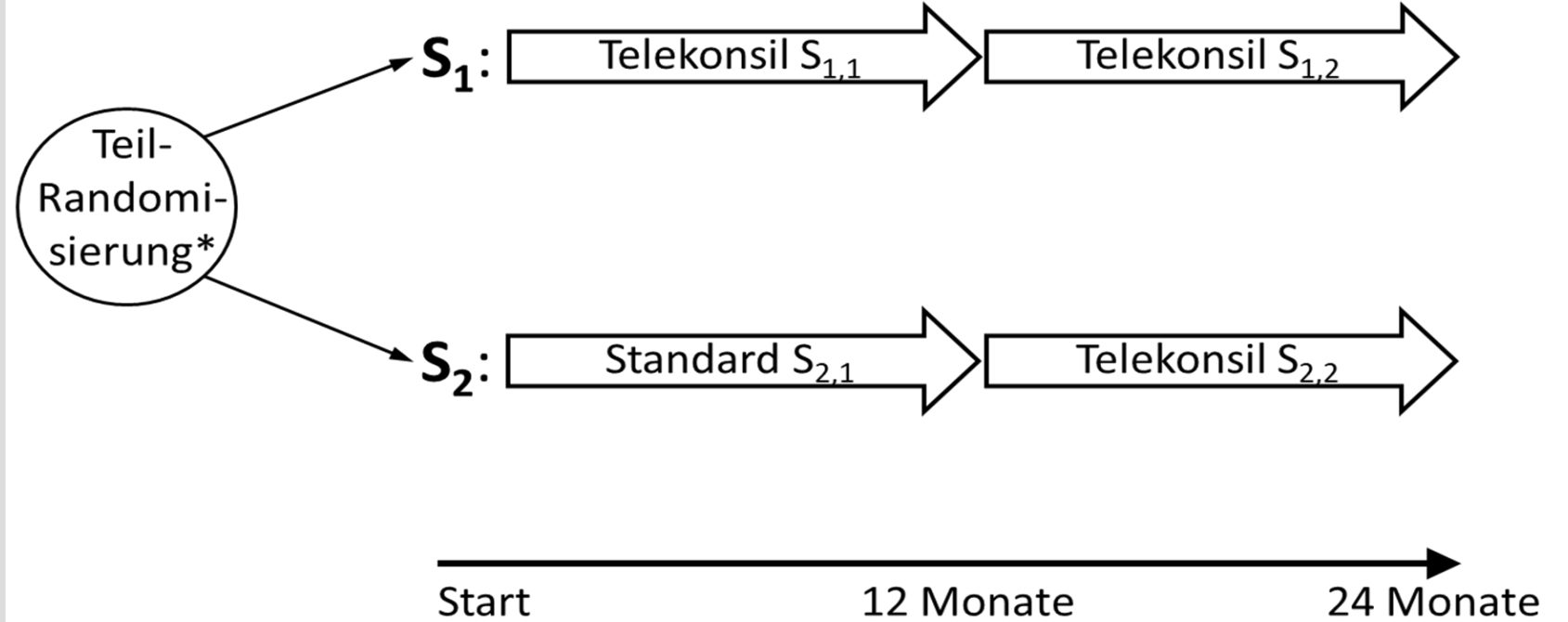
---

Stiftungsprofessur Palliative Care  
Institut für Pflegewissenschaft und -praxis  
und  
Abteilung Neurologie, Krankenhaus Agatharied, Deutschland  
und Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin der LMU, München Großhadern, Deutschland

At the bottom of the slide, there is a blue footer bar with navigation icons and the text: Paracelsus Medizinische Privatuniversität | Strubergasse 21, 5020 Salzburg, Austria | www.pmu.ac.at

On the right side of the Zoom window, a vertical grid of video thumbnails shows several participants in the meeting.

# Studiendesign/ Evaluation



**Dimension A (DimA):** medizinische Wirksamkeit des Versorgungskonzeptes.

**Dimension B (DimB):** Analyse der Umsetzbarkeit in der Regelversorgung.

**Dimension C (DimC):** medizinökonomische Aspekte des Versorgungsprojektes.

# Interviews

Übersicht über die qualitativen Interviewstudien für Projekt TANNE			
<b>INTRUMENTE</b>	- Einzelinterview (kurz)	- Einzelinterview (lang)	- Fokusgruppeninterview
<b>ZEITPUNKTE</b>	- t1	- t1 bis t2	- 0 bis 3 Monate (nach t1)
<b>ZIELGRUPPEN</b>	- Pat (mit TK) - Ang (bei Anlass) - Arzt (bei Anlass)	- Pat (n=15) - Ang (n=2) - Arzt (n=5)	- Team (SAPV, Hospiz n=25)
<b>THEMEN</b>	- Gesundheitssituation - Telemedizinische Beratung - Palliativsituation - Ethik-Fragen	- Gesundheitssituation - Telemedizinische Beratung - Arbeitsorganisation (nur Arzt) - Palliativsituation - Ethik-Fragen	- Telemedizinische Beratung - Arbeitsorganisation - Arbeitssituation - Ethik-Fragen

tR

Einschluss

t0

t1

t2

Event

Follow up



-2

-1

0

1

2

3

4

5

6

7

21

TELEKONSIL

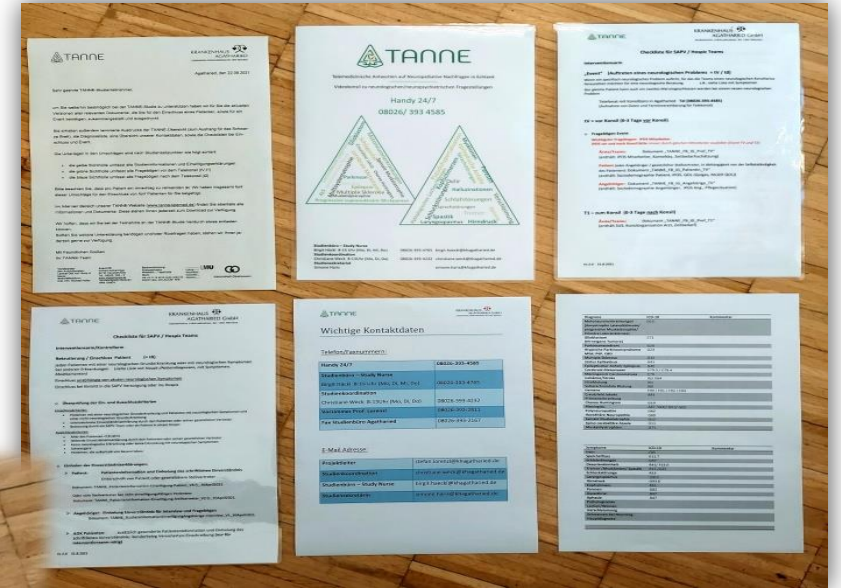
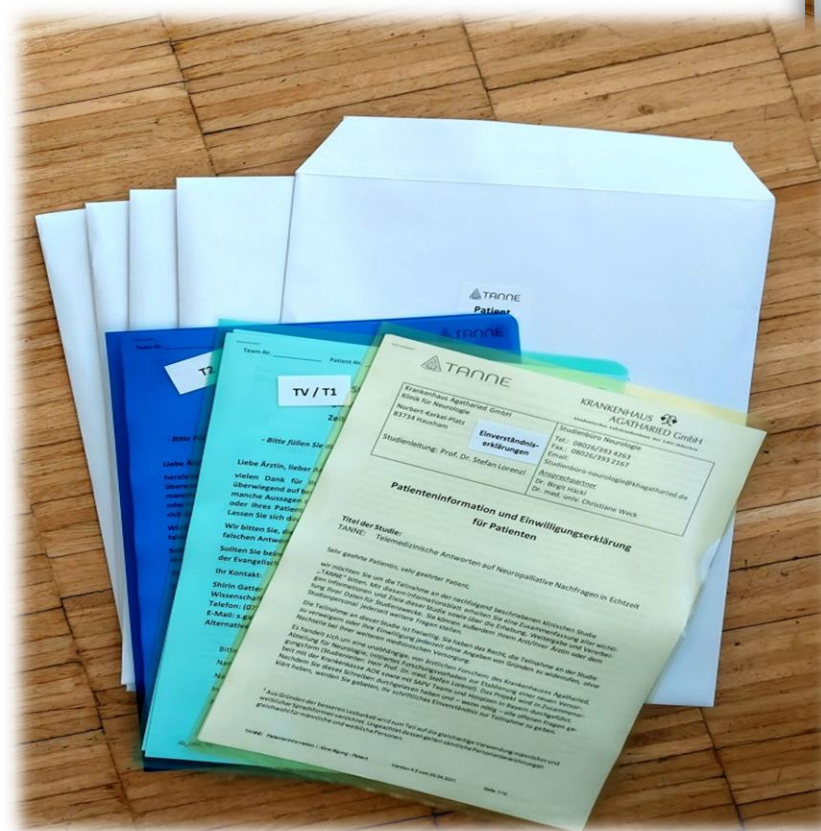
FOLLOW UP



# Mappen

# 5 Patienten

# Hilfsmaterial





tR

Einschluss

Event

Follow up

-2

-1

0

1

2

3

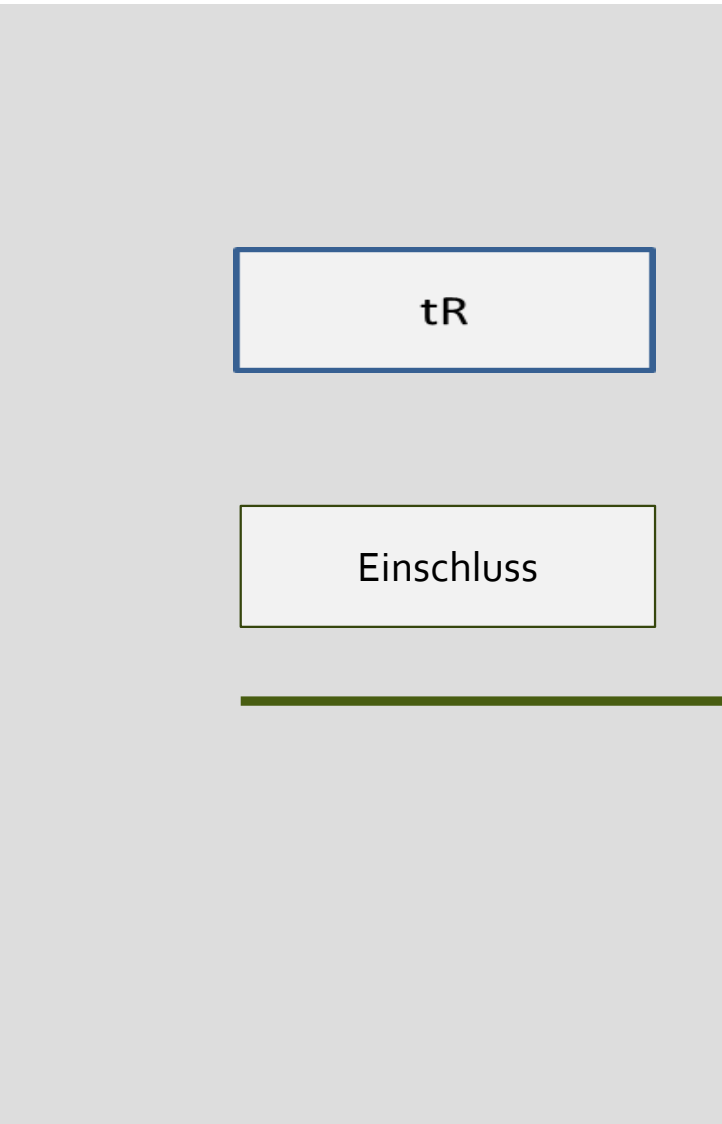
4

5

6

7

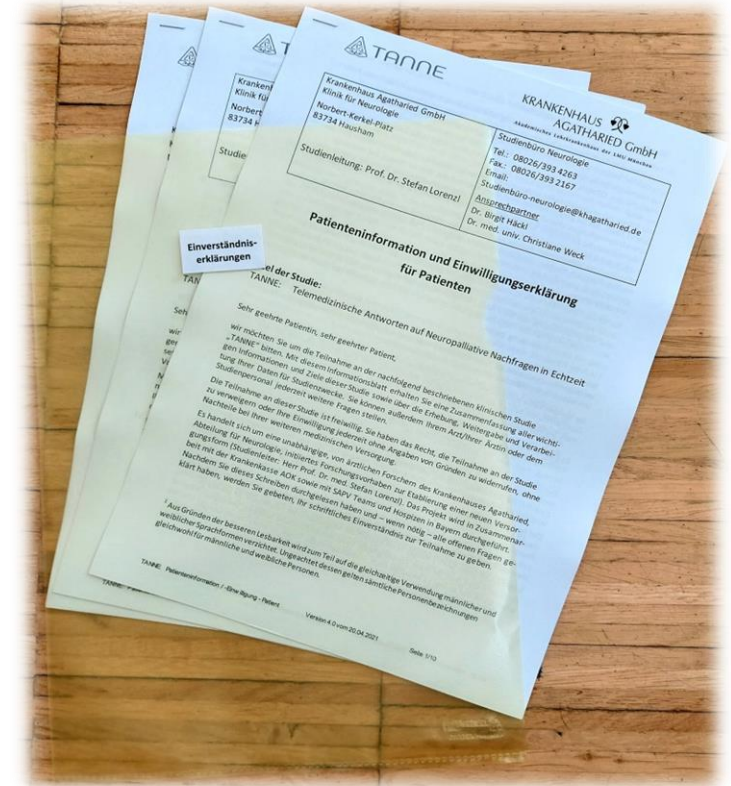
21



tR

Gelbe Hülle

- Einverständniserklärung Patient
  - Ggf. Vertreter
- Einverständniserklärung Angehöriger
- AOK-Einverständnis/Einschreibebeleg



# Checkliste



## Checkliste für SAPV / Hospiz Teams

### Interventionsarm/Kontrollarm

#### Rekrutierung / Einschluss Patient (= tR)

Jeden Patienten mit einer neurologischen Grunderkrankung oder mit neurologischen Symptomen bei anderen Erkrankungen (siehe Liste mit Haupt-/Nebendiagnosen, mit Symptomen, Medikamenten)

Einschluss unabhängig von akuten neurologischen Symptomen

Einschluss bei Eintritt in die SAPV Versorgung oder ins Hospiz

#### ○ Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien

##### Einschlusskriterien:

- Patienten mit einer neurologischen Grunderkrankung und Patienten mit neurologischen Symptomen und einer nicht-neurologischen Grunderkrankung
- unterzeichnete Einverständniserklärung durch den Patienten oder seinen gesetzlichen Vertreter
- Betreuung durch ein SAPV-Team oder als Patient in einem Hospiz

##### Ausschlusskriterien

- Alter des Patienten <18 Jahre
- fehlende Einverständniserklärung durch den Patienten oder seinen gesetzlichen Vertreter
- Keine neurologische Erkrankung oder keine Erkrankung mit neurologischen Symptomen
- Schwangere
- Patienten, die außerhalb von Bayern leben

#### ○ Einholen der Einverständniserklärungen:

- **Patient:** **Patienteninformation und Einholung des schriftlichen Einverständnis**  
Unterschrift von Patient oder gesetzlichem Stellvertreter

Dokument: TANNE\_Patienteninformation-Einwilligung-Patient\_V4 0\_ 20April2021

Oder vom Stellvertreter bei nicht einwilligungsfähigen Patienten:

Dokument: TANNE\_Patienteninformation-Einwilligung-Stellvertreter\_V2 0\_ 20April2021

- **Angehöriger:** **Einholung Einverständnis für Interview und Fragebögen**  
Dokument: TANNE\_StudieninformationEinwilligungAngehörige-Interview\_V1\_20April2021

- **AOK Patienten:** zusätzlich gesonderte Patienteninformation und Einholung des schriftlichen Einverständnis; Sonderbeleg Versicherten-Einschreibung (**nur für Interventionsarm nötig**)

tR

Einschluss

t0

t1

t2

Event

Follow up



-2

-1

0

1

2

3

4

5

6

7

21

TELEKONSIL

FOLLOW UP



# EVENT

Grüne und Blaue Hülle

- Grüne Hülle – tV/t1
  - VOR Event
    - Mitarbeiter/Patienten/Angehörigen
- FRAGEBOGEN
- Blaue Hülle – t2
  - NACH Event
    - Mitarbeiter/Patienten/Angehörigen
- FRAGEBOGEN
- ALLE Fragebögen sind in der Hülle vorhanden –  
NICHT ALLE müssen zwingend ausgefüllt werden



# EVENT

## Mindestdatensatz

- iPOS Mitarbeiter vor und nach Event
- Telefonat mit Studienbüro vor und nach Event
- EVENT auch ohne vorheriges tR möglich, dann fallen die Datenerhebungen zusammen

## Checkliste für SAPV / Hospiz Teams

### Interventionsarm

#### „Event“ (Auftreten eines neurologischen Problems = tV / t0)

Wenn ein spezifisch neurologisches Problem auftritt, für das die Teams einen neurologischen Konsiliarius hinzuziehen möchten für eine neurologische Beratung; z.B.: siehe Liste mit Symptomen

Der gleiche Patient kann auch ein zweites Mal eingeschlossen werden bei einem neuen neurologischen Problem

Telefonat mit Konsilbüro in Agatharied **Tel (08026-393-4585)**  
(Aufnahme von Daten und Terminvereinbarung für Telekonsil)

#### tV = vor Konsil (0-3 Tage vor Konsil)

##### o Fragebögen Event:

**Wichtigster Fragebogen: iPOS Mitarbeiter**

*iPOS vor und nach Konsil bitte immer durch gleichen Mitarbeiter ausfüllen (Event TV und T2)*

**Ärzte/Teams:** Dokument „TANNE\_FB\_IG\_Prof\_TV“  
(enthält: iPOS Mitarbeiter, Karnofsky, Zeitbedarfsschätzung)

**Patient** (oder Angehöriger / gesetzlicher Stellvertreter, in Abhängigkeit von der Selbstständigkeit des Patienten): Dokument „TANNE\_FB\_IG\_PatientIn\_TV“  
(enthält: Soziodemographie Patient, iPOS, QOL (QoLges, McGill QOL))

**Angehöriger:** Dokument „TANNE\_FB\_IG\_Angehörige\_TV“  
(enthält: Soziodemographie Angehöriger, iPOS Ang., Pflegesituation)

#### T1 – zum Konsil (0-3 Tage nach Konsil)

**Ärzte/Teams:** Dokument „TANNE\_FB\_IG\_Prof\_T1“  
(enthält SUS, Konsilorganisation Arzt, Zeitbedarf)

## Studienablauf

- Einverständniserklärung Patient /gesetz. Betreuer
- Bei AOK Versicherten zusätzliche Einverständnis in neue Versorgungsform – gelber Einschreibebefug
- Ggf. bei Interview
  - Einverständnis Angehörige
- Rücklauf der Einverständniserklärung/Fragebögen
  - Studienbüro Krankenhaus Agatharied
  - z. Hd. Birgit Häckl
  - per MAIL/PDF oder FAX oder postalisch



# Hilfe



- Wenn Patienten oder Angehörige Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens benötigen:
  - EH Ludwigsburg
  - Studienbüro Krankenhaus Agatharied  
Fr. Dr. B. Häckl

# Interview



- Dr. F. Tirschmann
- Meldet sich beim Team, um Telefonnummer des Patienten zu erfragen, um Konsil zu terminieren

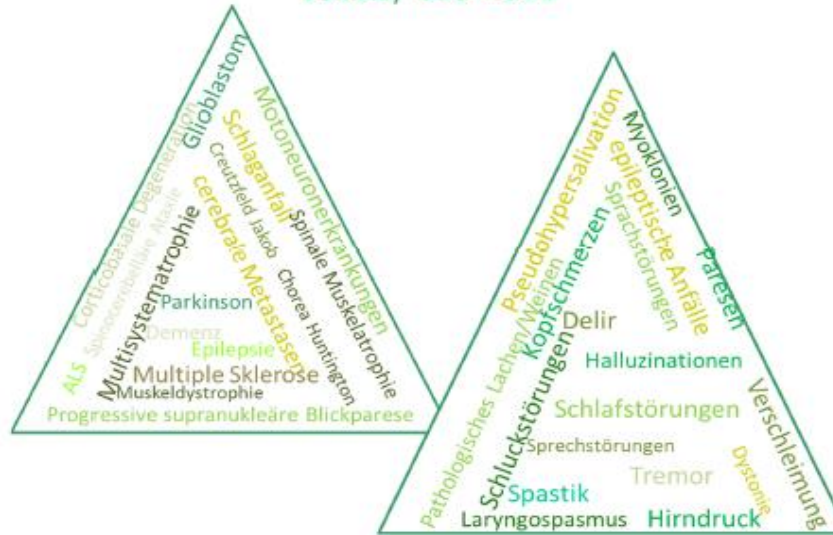


Telemedizinische Antworten auf Neuropalliative Nachfragen in Echtzeit

Videokonsil zu neurologischen/neuropsychiatrischen Fragestellungen

Handy 24/7

08026/ 393 4585



**Studienbüro – Study Nurse**

Birgit Häckl 8-15 Uhr (Mo, Di, Mi, Do)

**Studienkoordination**

Christiane Weck 8-13Uhr (Mo, Di, Do)

**Studiensekretariat**

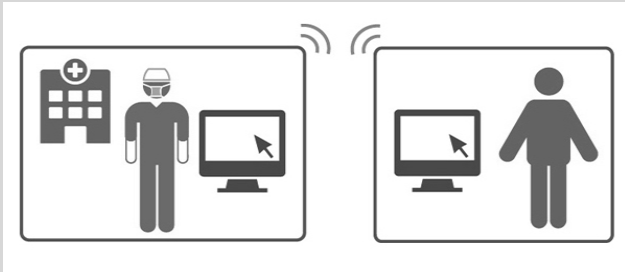
Simone Haris

08026-393-4765 birgit.haeckl@khagatharied.de

08026-393-4232 christiane.weck@khagatharied.de

simone.haris@khagatharied.de

## Aufgaben des Telemedizinzentrums



„Neuropalliative care“ ein wichtiger Bestandteil der Palliative care

- differenzierte individuelle Symptomkontrolle bei Patienten mit neurodegenerativen Erkrankungen
- Diagnose neurologischer Symptome
- Unterstützung bei apparativen Problemen (z.B.: Einstellung der Heimbeatmung, Befüllung einer Baclofenpumpe, einer Schmerzpumpe, Regulierung einer Apomorphinpumpe oder Duodopapumpe)
- Möglichkeit des Expertengesprächs für die Angehörigen
- Hilfestellung bei Therapiezieländerungen

# Laptop Zentrale Agatharied

## Technischer Aufbau



## MEYDOC - Telekonferenzsystem

The screenshot shows the MEYDOC teleconference system interface. The main window displays a list of contacts under the heading 'Kontakte'. The selected contact is 'SAPV München', which is currently 'Offline'. The interface includes buttons for 'Anrufen', 'Detail senden', 'Patient bearbeiten', and 'Patient löschen'. The background of the desktop features the 'MEYTEC' logo and the text 'MOBILE Systemfamilie VIMED® 2000'. The system tray shows the time as 12:00 and the date as 12.12.2012.

optimaler Datenschutz durch

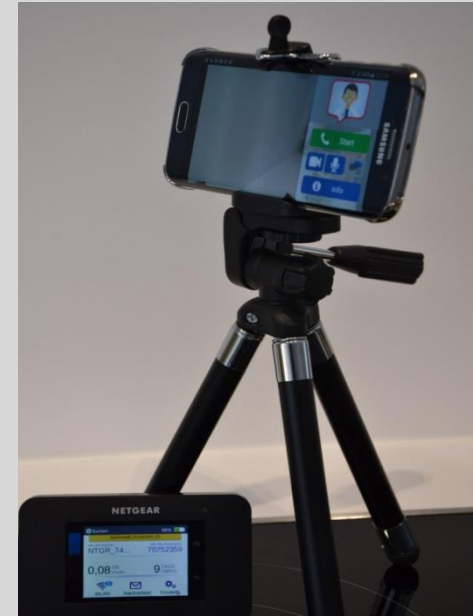
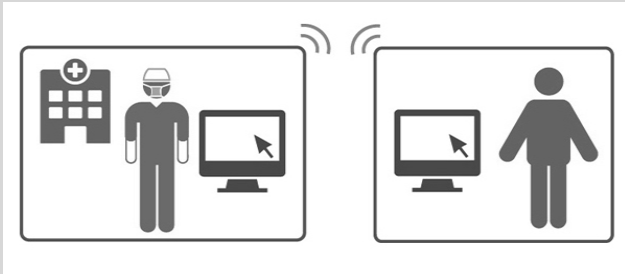
- Punkt zu Punkt Kommunikation

This screenshot shows a different view of the MEYDOC teleconference system interface. The main window displays a list of contacts under the heading 'Kontakte'. The selected contact is 'SAPV München', which is currently 'Offline'. The interface includes buttons for 'Anrufen', 'Detail senden', 'Patient bearbeiten', and 'Patient löschen'. The background of the desktop features the 'MEYTEC' logo and the text 'MOBILE Systemfamilie VIMED® 2000'. The system tray shows the time as 12:00 and the date as 12.12.2012.

- Ende zu Ende Verschlüsselung und
- Ende zu Ende authentifizierten Kommunikationskanal

## Technischer Aufbau

**Mobile Videoeinheit:** Samsung Galaxy S6 Handy,  
mobiler WLAN Router,  
Schnellladestation, Kleines Stativ;

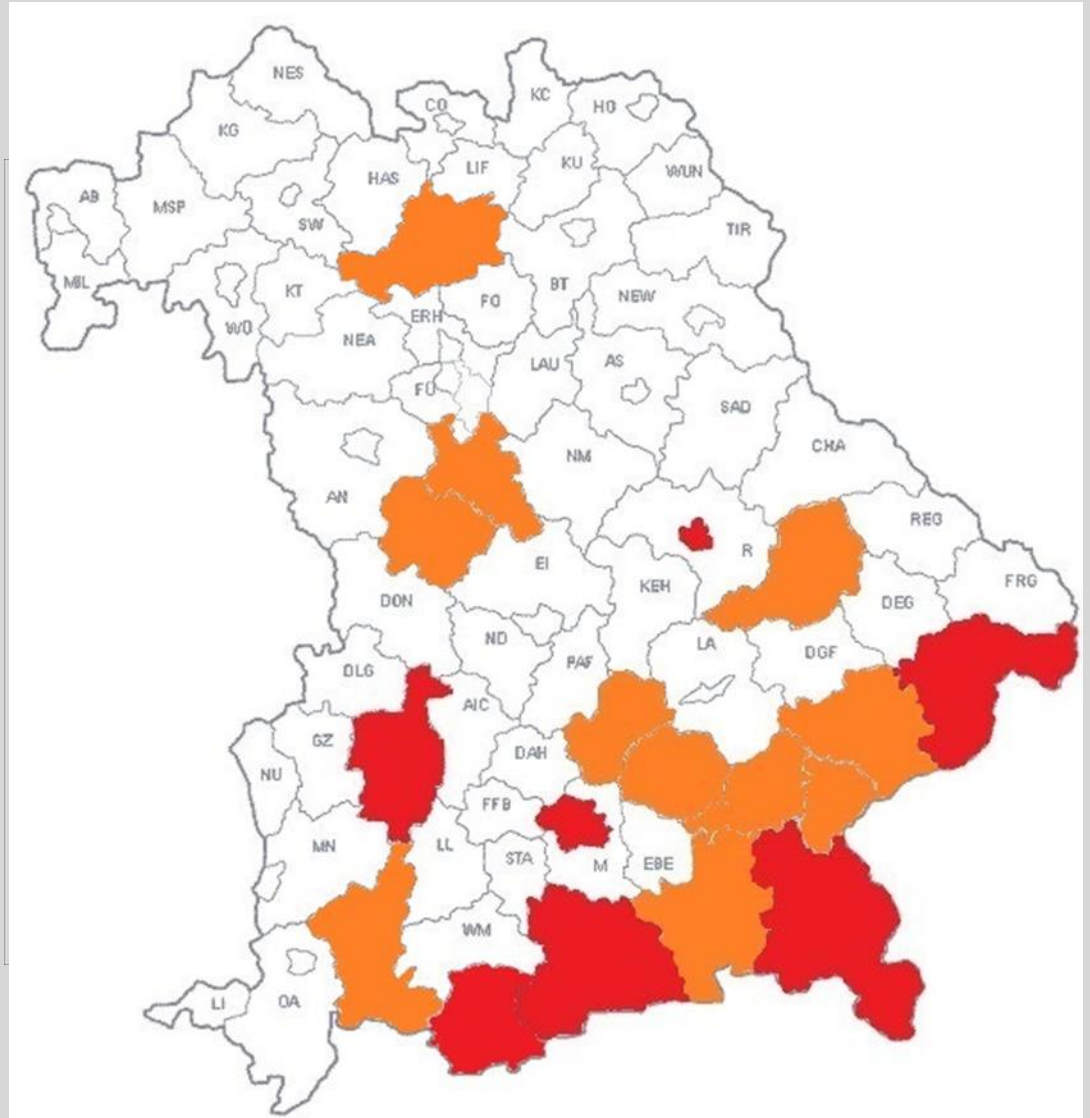
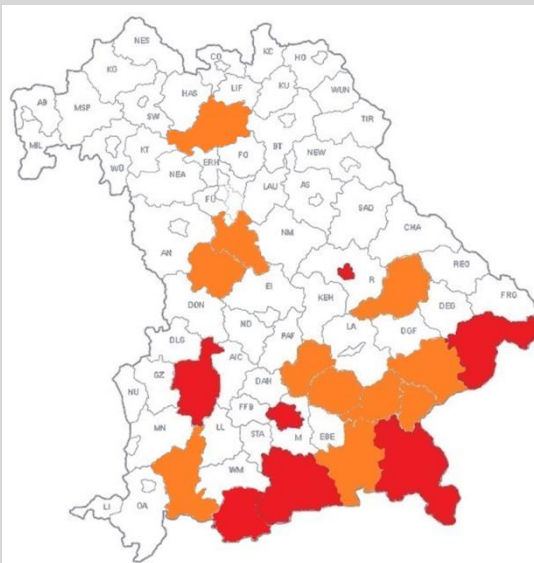


# Pilotprojekt und Folgeprojekt PKV Stiftung

Insgesamt 15 Teams

Seit Juni 2017 / Dezember 2018

Gesamtfläche von 19.000 km<sup>2</sup>



# Innovationsfonds

AOK Bayern

**Prof. Jürgen Zerth**

Wilhelm Löhe Hochschule

**Prof. Christian Maier**

Universität Bayreuth

**Prof. Kirsten Brukamp**

Evangelische Hochschule Ludwigsburg

**Dr. Daniela Adolf**

StatConsult

Meytec

StatConsult



KRANKENHAUS   
AGATHARIED

Akademisches Lehrkrankenhaus der LMU München



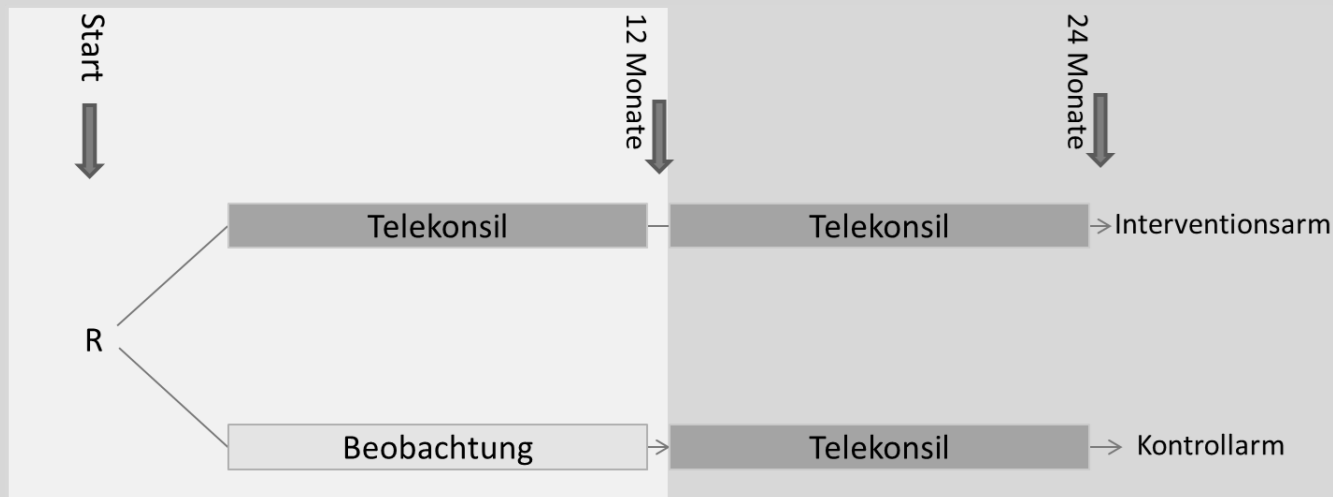


# TANNE

Versorgung aller Hospize und SAPV  
Teams in Bayern



- Juli 2020 Projektbeginn
  - Aufbau der Infrastruktur
  - Rekrutierung der Teams
  - Rekrutierung der Hospize
- Januar 2021 Studienbeginn
  - 24 monatige Studienphase



# Multidimensionale Evaluation

## TANNE



- Medizinisch
- Ethisch/Sozial
- Gesundheitsökonomisch
- Technisch



KRANKENHAUS   
AGATHARIED  
Akademisches Lehrkrankenhaus der LMU München

**Herzlich Willkommen**

# 24/7 Telekonsil

Neurologie

Palliative Care

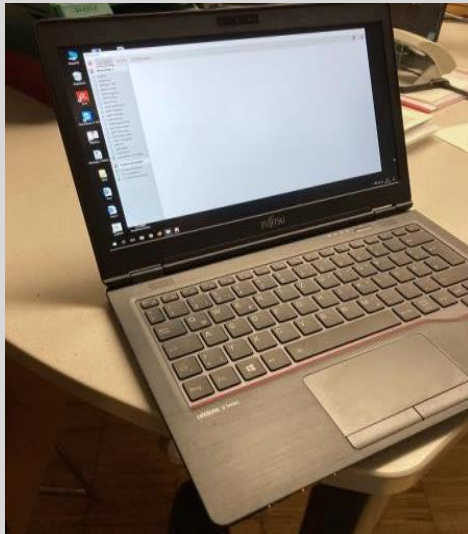
Neurologie KH Agaharied

SAPV Team / Hospiz



## Neurologie

Neurologie KH Agatharied



## Palliative Care

SAPV Team /Hospiz



# Quantitative Daten

Juni 2017 – Dezember 2019

77 Telekonsile

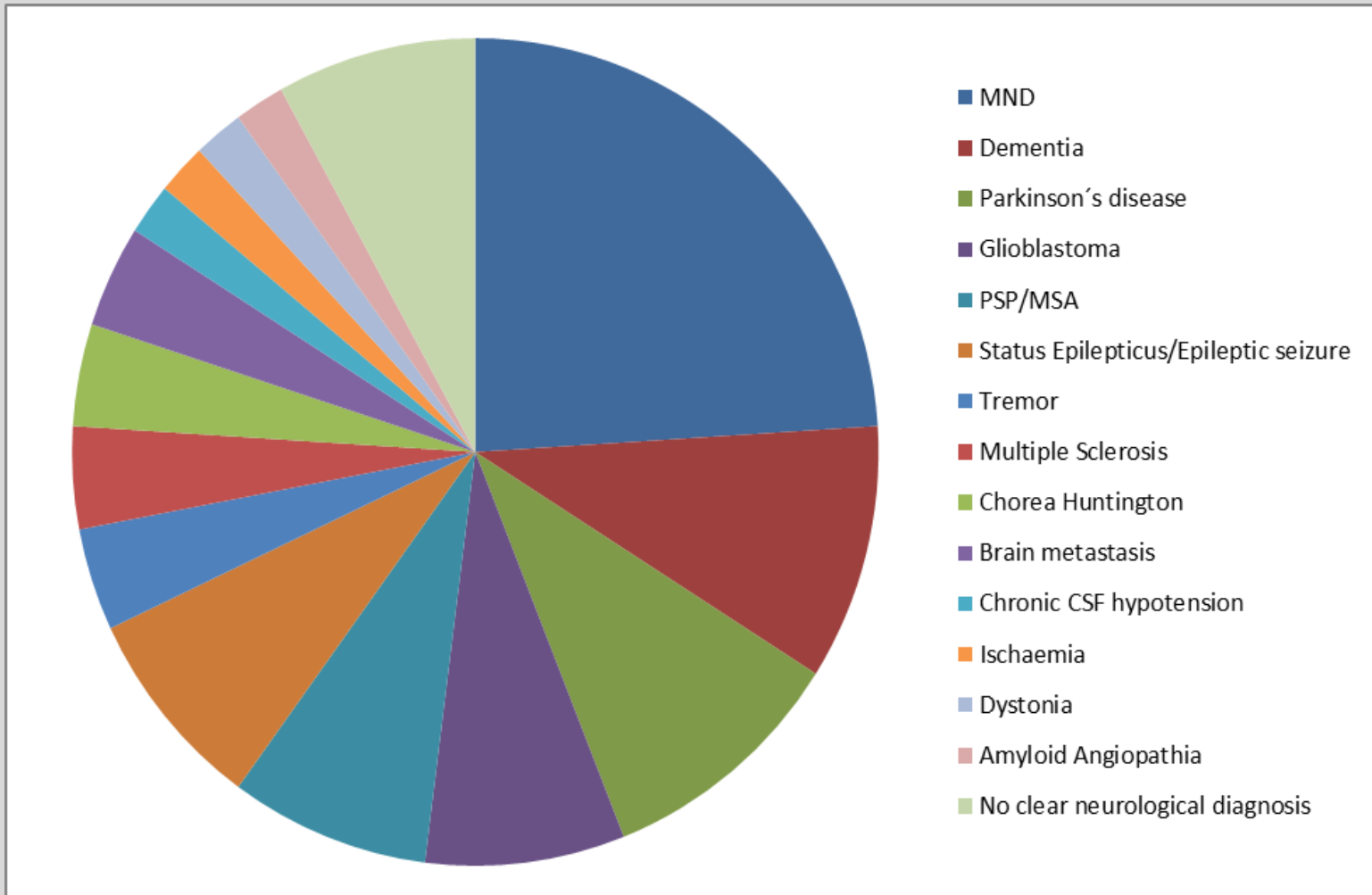
50 Patienten

45 Videokonsile

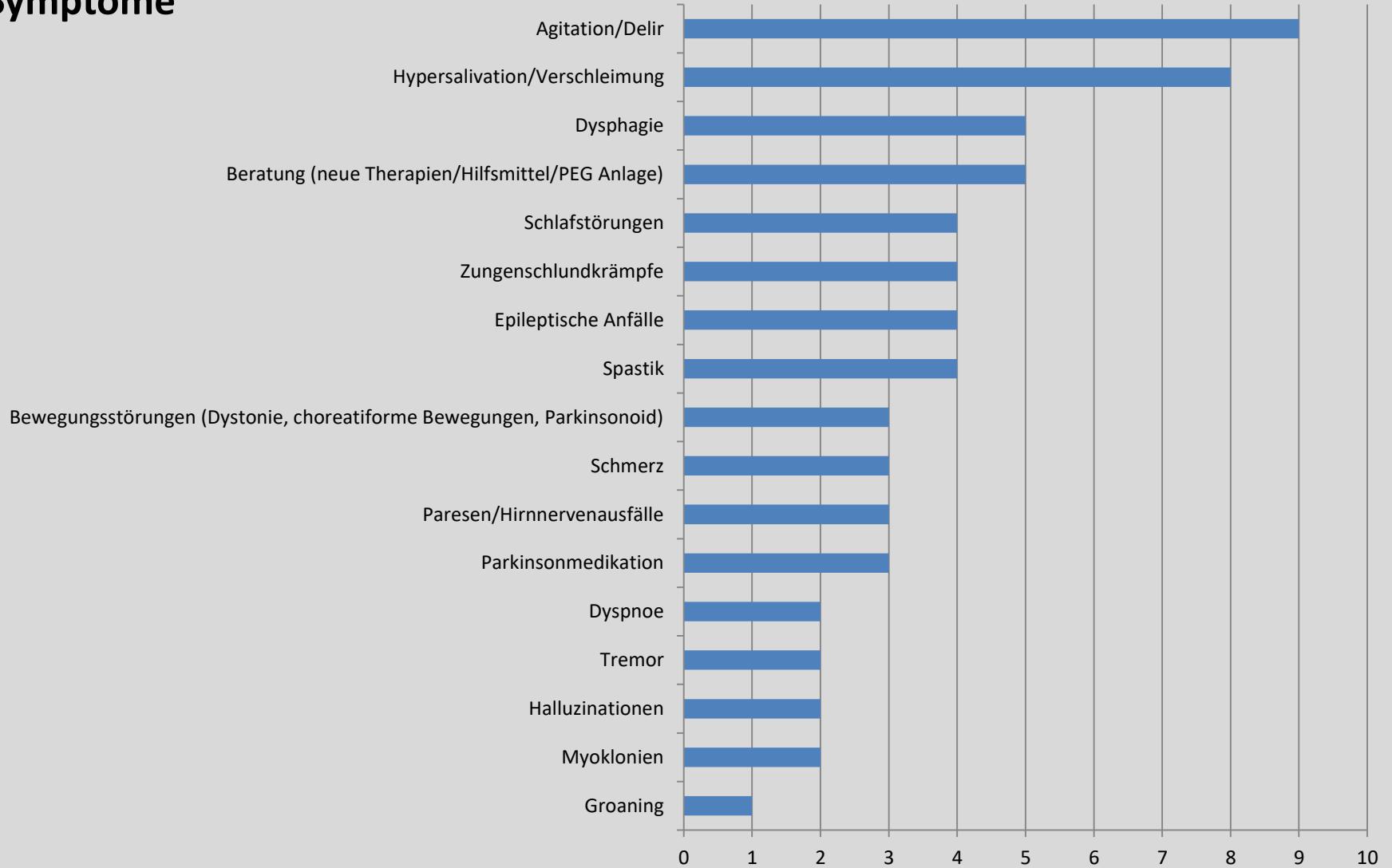
25 Telefonische Beratungen

7 Beratungen via E-Mail

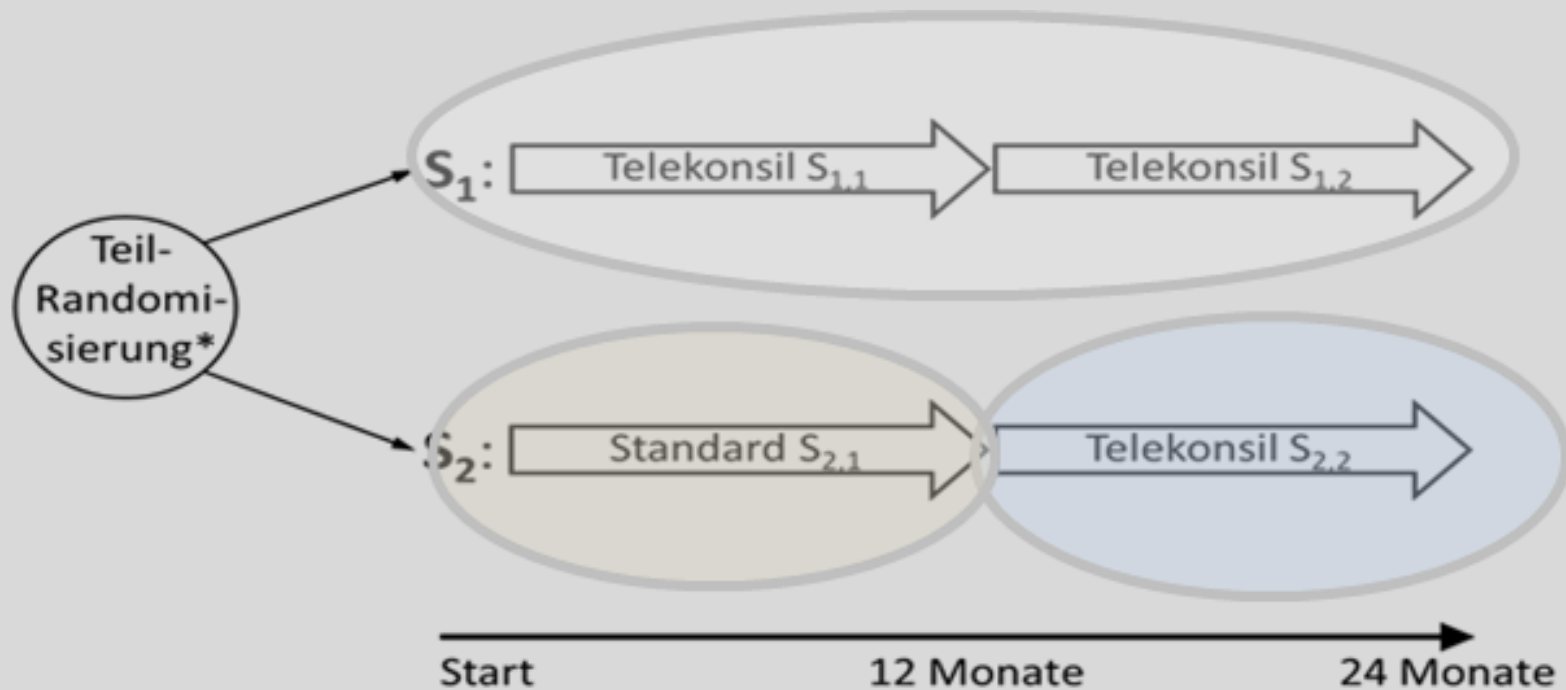
# Neurologische Diagnosen



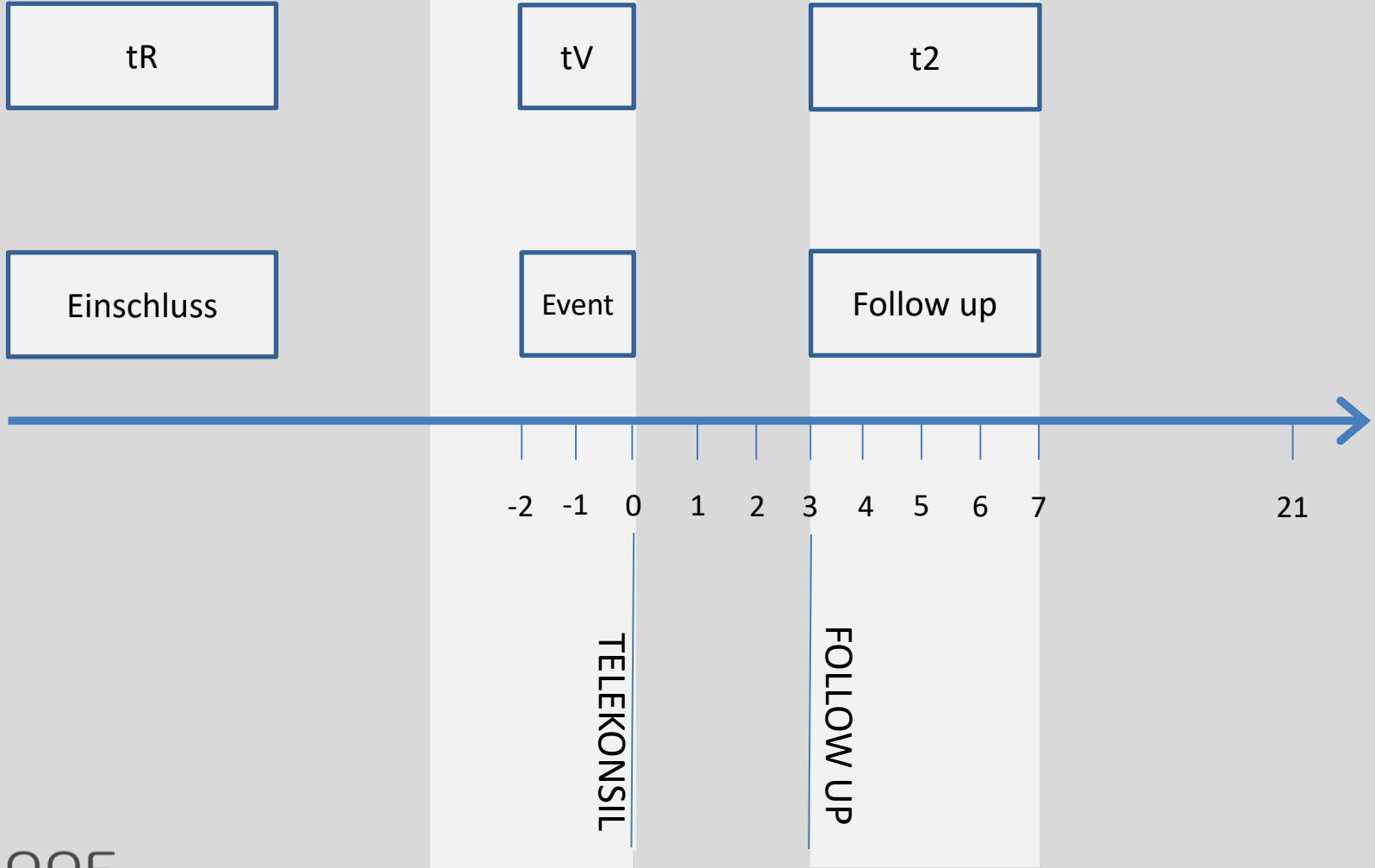
# Symptome





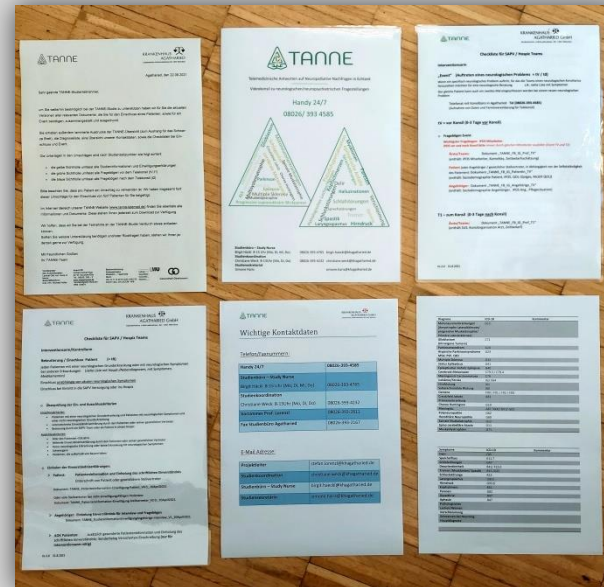
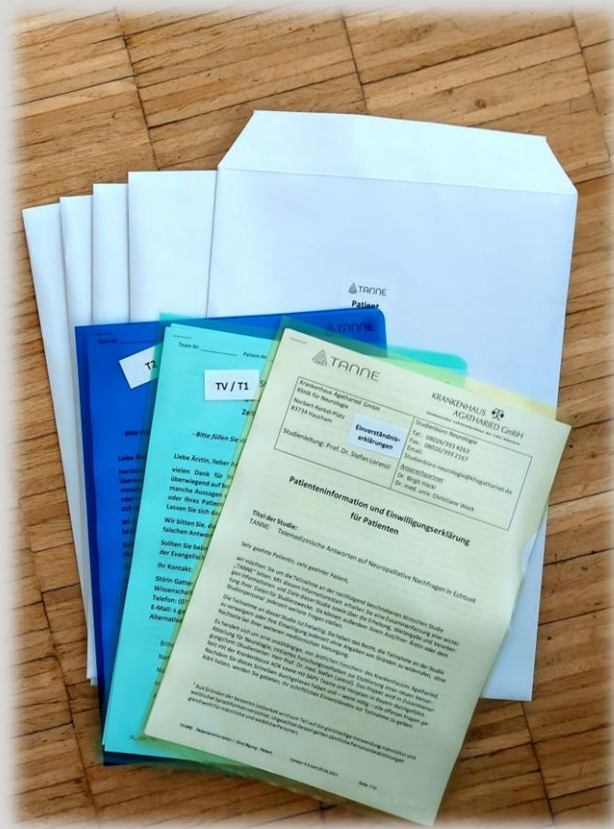


# Evaluationszeitpunkte/ Telekonsilarm



# Mappen

- Material für 5 Patienten
- Zusätzliches Hilfsmaterial



# Auswahl der Patienten

Nach Diagnosen

Diagnose	ICD-10
<b>Motoneuronerkrankungen (Amyotrophe Lateralsklerose/ progressive Muskelatrophie/ Primäre Lateralsklerose)</b>	G12.
<b>Glioblastom (Hirneigene Tumore)</b>	C71
<b>Parkinsonsyndrom</b>	G20
<b>Atypische Parkinsonsyndrome MSA; PSP, CBD</b>	G23
<b>Multiple Sklerose</b>	G35
<b>Status Epilepticus</b>	G41
<b>Epileptischer Anfall/ Epilepsie</b>	G40
<b>Cerebrale Metastasen</b>	C79.3 / C79.4
<b>Meningeosis Carcinomatosa</b>	C79
<b>Ischämie/Stroke</b>	I63 /I64
<b>Hirnblutung Subarachnoidale Blutung</b>	I61 I60
<b>Demenz</b>	F00 / F01 / F02 / F03
<b>Creutzfeld Jakob/ Prionenerkrankung</b>	A81
<b>Chorea Huntington</b>	G10
<b>Meningitis</b>	A87 /G00/ G01/ G02
<b>Polyneuropathie Hereditäre Neuropathie</b>	G62 G60
<b>Spinale Muskelatrophie</b>	G12
<b>Spino cerebelläre Ataxie</b>	G11
<b>Muskeldystrophien</b>	G71

## Auswahl der Patienten

Nach Symptomen

Symptome	ICD-10
Delir	F05
Speichelfluss	K11.7
Schlafstörungen	G47
Desorientiertheit	R41/ F23.0
Tremor /Myoklonien/ Spastik	R25 /G25
Schluckstörung	R13
Laryngospasmus	J38.5
Hirndruck	G93.6
Kopfschmerz	R51
Paresen	G82
Dysarthrie	R47
Aphasie	R47
Pathologisches Lachen/Weinen	
Verschleimung	
Schmerzen bei Neurolog. Hauptdiagnose	

## Auswahl der Patienten

Nach Medikamenten

Medikamentengruppe	Wirkstoff
Antiepileptika	Levetiracetam, Lacosamid, Valproinsäure, Lamotrigin, Carbamazepin, Oxcarabzepin, Pregabalin,
Dompamin	Levodopa
Mao-B Hemmer	Rasagilin, Selegilin
Dopaminagonisten	Ropinirol, Pramipexol, Apomorphin, Piribedil, Bromocriptin, Pergolid, Lisurid, Cabergolin,
COMT-Hemmer	Entacapon, Tolcapon,
NMDA-Antagonisten	Amantadin
Anticholinergika	Biperiden
ALS Medikation	Riluzol

# Ablauf



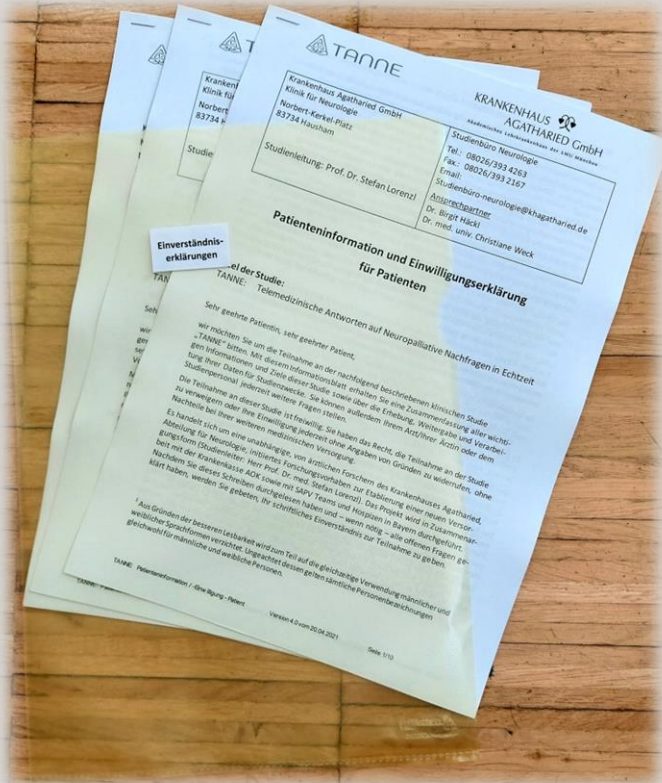
tR

Gelbe Hülle

- Einverständniserklärung Patient

– Ggf. Vertreter

- Einverständniserklärung Angehöriger





# Checkliste

## Checkliste für SAPV / Hospiz Teams

### Interventionsarm/Kontrollarm

#### Rekrutierung / Einschluss Patient (= tR)

jeden Patienten mit einer neurologischen Grunderkrankung oder mit neurologischen Symptomen bei anderen Erkrankungen (siehe Liste mit Haupt-/Nebendiagnosen, mit Symptomen, Medikamenten)

Einschluss unabhängig von akuten neurologischen Symptomen

Einschluss bei Eintritt in die SAPV Versorgung oder ins Hospiz

#### ○ Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien

##### Einschlusskriterien:

- Patienten mit einer neurologischen Grunderkrankung und Patienten mit neurologischen Symptomen und einer nicht-neurologischen Grunderkrankung
- unterzeichnete Einverständniserklärung durch den Patienten oder seinen gesetzlichen Vertreter
- Betreuung durch ein SAPV-Team oder als Patient in einem Hospiz

##### Ausschlusskriterien

- Alter des Patienten <18 Jahre
- fehlende Einverständniserklärung durch den Patienten oder seinen gesetzlichen Vertreter
- Keine neurologische Erkrankung oder keine Erkrankung mit neurologischen Symptomen
- Schwangere
- Patienten, die außerhalb von Bayern leben

#### ○ Einholen der Einverständniserklärungen:

- **Patient:** **Patienteninformation und Einholung des schriftlichen Einverständnis**  
Unterschrift von Patient oder gesetzlichem Stellvertreter

Dokument: TANNE\_Patienteninformation-Einwilligung-Patient\_V4 0\_ 20April2021

Oder vom Stellvertreter bei nicht einwilligungsfähigen Patienten:

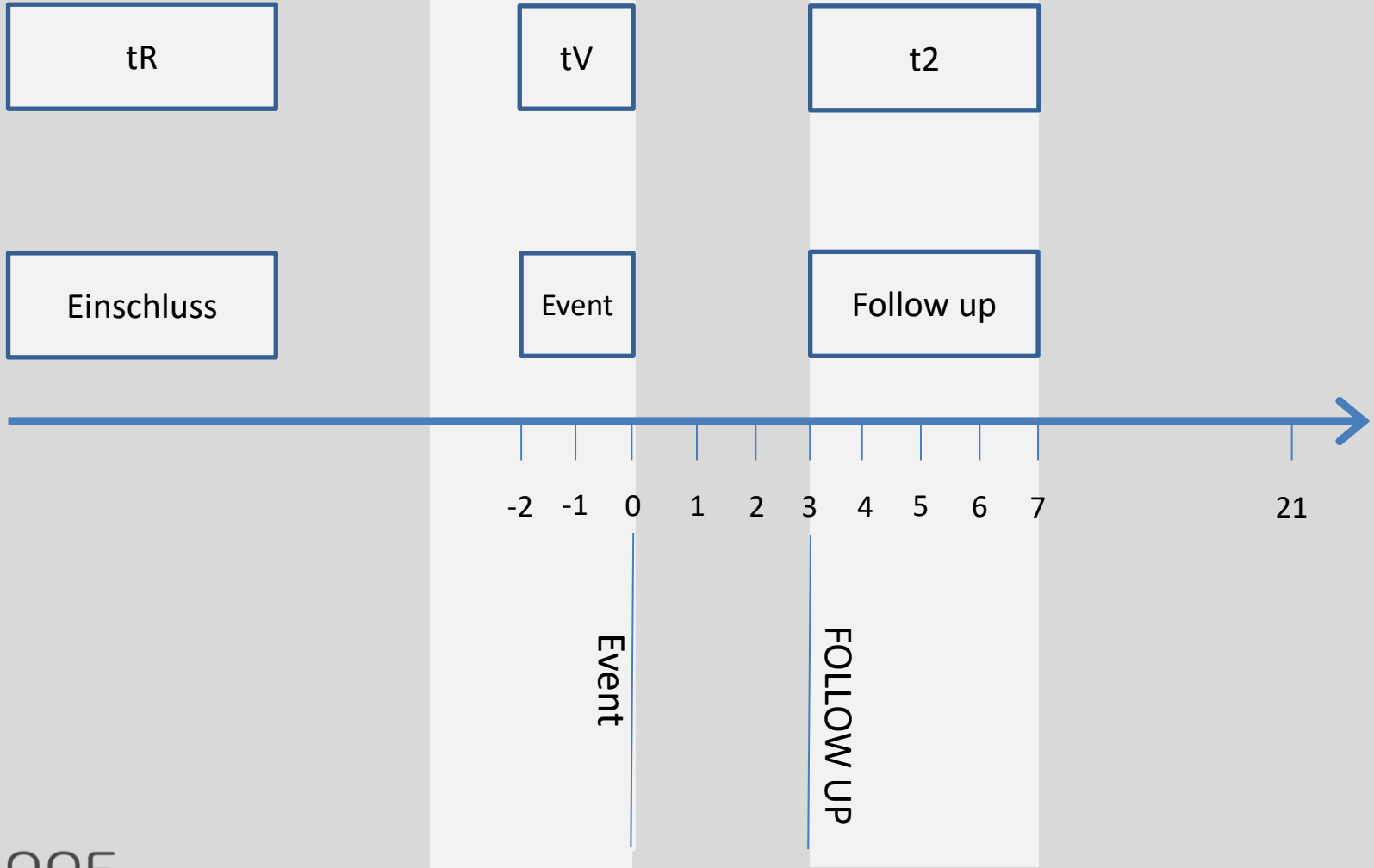
Dokument: TANNE\_Patienteninformation-Einwilligung-Stellvertreter\_V2 0\_ 20April2021

- **Angehöriger:** **Einholung Einverständnis für Interview und Fragebögen**

Dokument: TANNE\_StudieninformationEinwilligungAngehörige-Interview\_V1\_20April2021

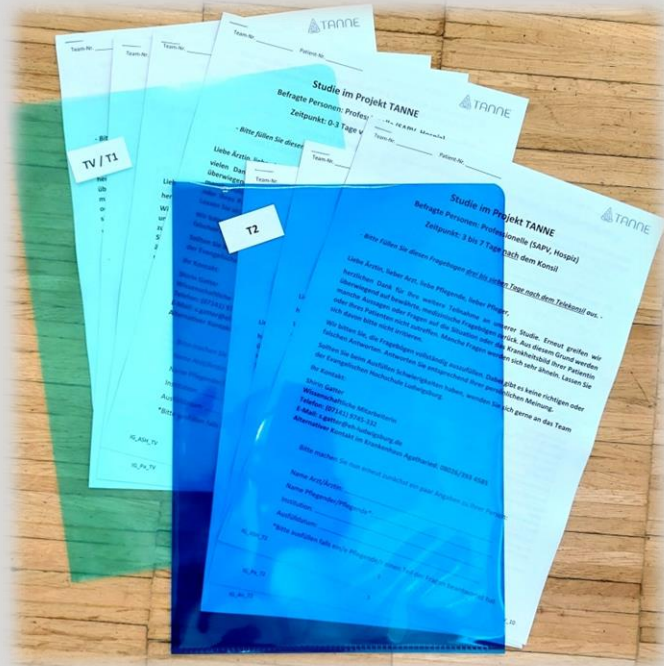
- **AOK Patienten:** zusätzlich gesonderte Patienteninformation und Einholung des schriftlichen Einverständnis; Sonderbeleg Versicherten-Einschreibung (**nur für Interventionsarm nötig**)

# Evaluationszeitpunkte/ Interventionsarm



## EVENT

Grüne und Blaue Hülle



- Grüne Hülle – tV/t1
  - VOR Event
    - Mitarbeiter/Patienten/Angehörigen FRAGEBOGEN
- Blaue Hülle – t2
  - NACH Event
    - Mitarbeiter/Patienten/Angehörigen FRAGEBOGEN
- ALLE Fragebögen sind in der Hülle vorhanden – NICHT ALLE müssen zwingend ausgefüllt werden

## EVENT

### Mindestdatensatz

- iPOS Mitarbeiter vor und nach Event
- Telefonat mit Studienbüro vor und nach Event
- EVENT auch ohne vorheriges tR möglich, dann fallen die Datenerhebungen zusammen

## Checkliste für SAPV / Hospiz Teams

### Interventionsarm

#### „Event“ (Auftreten eines neurologischen Problems = tV / t0)

Wenn ein spezifisch neurologisches Problem auftritt, für das die Teams einen neurologischen Konsiliarier hinzuziehen möchten für eine neurologische Beratung; z.B.: siehe Liste mit Symptomen

Der gleiche Patient kann auch ein zweites Mal eingeschlossen werden bei einem neuen neurologischen Problem

Telefonat mit Konsilbüro in Agatharied **Tel (08026-393-4585)**  
(Aufnahme von Daten und Terminvereinbarung für Telekonsil)

#### tV = vor Konsil (0-3 Tage vor Konsil)

##### o Fragebögen Event:

**Wichtigster Fragebogen: iPOS Mitarbeiter**  
*iPOS vor und nach Konsil bitte immer durch gleichen Mitarbeiter ausfüllen (Event TV und T2)*

**Ärzte/Teams:** Dokument „TANNE\_FB\_IG\_Prof\_TV“  
(enthält: iPOS Mitarbeiter, Karnofsky, Zeitbedarfsschätzung)

**Patient** (oder Angehöriger / gesetzlicher Stellvertreter, in Abhängigkeit von der Selbstständigkeit des Patienten): Dokument „TANNE\_FB\_IG\_PatientIn\_TV“  
(enthält: Soziodemographie Patient, iPOS, QOL (Qolges, McGill QOL))

**Angehöriger:** Dokument „TANNE\_FB\_IG\_Angehörige\_TV“  
(enthält: Soziodemographie Angehöriger, iPOS Ang., Pflegesituation)

#### T1 – zum Konsil (0-3 Tage nach Konsil)

**Ärzte/Teams:** Dokument „TANNE\_FB\_IG\_Prof\_T1“  
(enthält SUS, Konsilorganisation Arzt, Zeitbedarf)

## Hilfe



- Wenn Patienten oder Angehörige Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens benötigen:

- EH Ludwigsburg  
Fr. Dr. S. Gatter

- Studienbüro Krankenhaus  
Agatharied  
Fr. Dr. B. Häckl



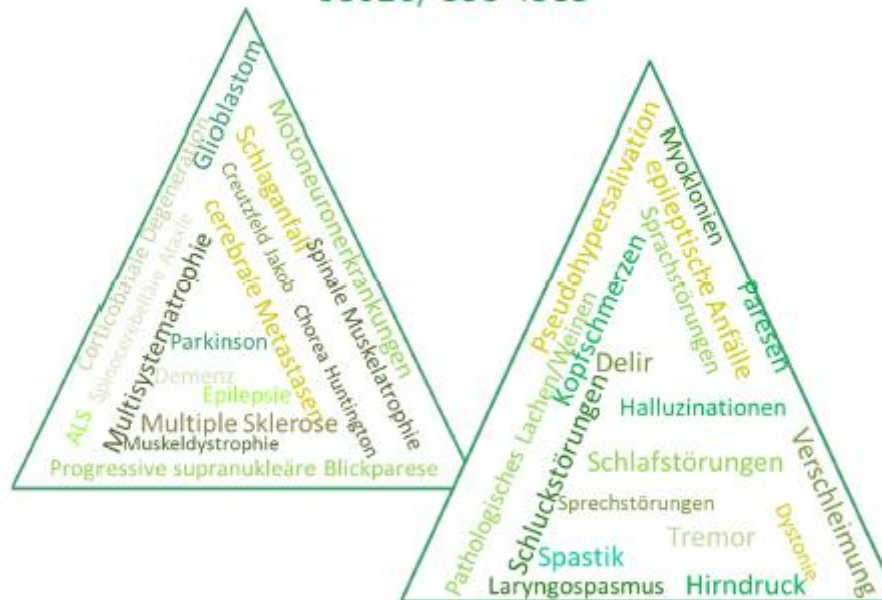


Telemedizinische Antworten auf Neuropalliative Nachfragen in Echtzeit

Videokonsil zu neurologischen/neuropsychiatrischen Fragestellungen

Handy 24/7

08026/ 393 4585



**Studienbüro – Study Nurse**

Birgit Häckl 8-15 Uhr (Mo, Di, Mi, Do)

**Studienkoordination**

Christiane Weck 8-13Uhr (Mo, Di, Do)

**Studiensekretariat**

Simone Haris

08026-393-4765 birgit.haackl@khagatharied.de

08026-393-4232 christiane.weck@khagatharied.de

simone.haris@khagatharied.de



**Fragen?**





**Vielen Dank!**

## Anhang 24: Interviewleitfäden

### Anhang A: Interviewleitfaden für Einzelinterviews (kurz) mit Patientinnen und Patienten

#### **Einführungstext**

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an einem wissenschaftlichen Interview für das Forschungsprojekt TANNE! Mein Name ist *(Name)*. Ich bin *(Berufsbezeichnung)* von der/dem *(Arbeitgeber/in)*.

Im Projekt TANNE untersuchen wir den Einsatz von Videoberatungen für Patientinnen und Patienten mit neurologischen Symptomen. TANNE, das steht für: Telemedizinische Antworten auf neuropalliative Nachfragen in Echtzeit. Was sich hinter dieser Bezeichnung verbirgt, wissen Sie bereits. Sie haben ja vor Kurzem an einer Teleberatung teilgenommen. Heute interessieren wir uns für Ihre Erfahrungen mit dieser innovativen Form von Facharztberatung, damit wir das telemedizinische Angebot kontinuierlich verbessern und es weiteren Patientinnen und Patienten anbieten können.

Bitte beantworten Sie für das Interview, das gleich beginnen wird, zuerst ein paar Fragen zu Ihrer Gesundheit. Danach werden wir Ihnen einige Fragen zu der Teleberatung stellen. Bitte antworten Sie möglichst spontan! Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie einfach, wie es Ihnen in den Sinn kommt! Das Interview dauert ungefähr 20 bis 30 Minuten. Falls es für Sie zu anstrengend werden sollte, können wir gern zwischenzeitlich eine Pause einlegen. Sagen Sie dann einfach: „Ich würde jetzt gern eine Pause machen!“ Nach ein paar Minuten können wir das Gespräch dann fortsetzen. Auch der Abbruch des Interviews oder die Verschiebung auf einen späteren Termin ist jederzeit möglich, falls Sie dies wünschen.






Während des Interviews wird ein Aufnahmegerät unser Gespräch aufzeichnen. Diese Aufzeichnung wird von uns für eine wissenschaftliche Studie ausgewertet. Dafür wird die Aufnahme wie bei einem Diktat verschriftlicht und wegen des Datenschutzes bereinigt. Das bedeutet, dass später bei der Veröffentlichung der Studie keine Rückschlüsse mehr auf Ihre Person und Ihre personenbezogenen Daten möglich sein werden. Falls Sie jetzt keine weiteren Fragen zu dem Interview oder zu dem Projekt TANNE mehr haben, würde ich sehr gern mit dem Interview beginnen und das Aufnahmegeräte starten. [START] Ich habe das Aufnahmegerät jetzt gestartet und beginne jetzt mit dem Interview.

## Leitfaden

<b>A</b>	<b>Eröffnungstext</b>	
<b>B</b>	<b>Gesundheitssituation</b>	
B.1	Erzählen Sie mir bitte: Wie fühlen Sie sich denn heute?	Welche körperlichen Einschränkungen haben Sie? Was belastet Sie bei Ihrer Erkrankung am meisten?
B.2	Welche neurologischen Probleme sind bei Ihnen vor Kurzem aufgetreten?	Wie wurden diese neurologischen Probleme behandelt?
<b>C</b>	<b>Telemedizinische Beratung</b>	
C.1	Bitte erzählen Sie uns von der Teleberatung! Beschreiben Sie den Ablauf der Teleberatung möglichst detailliert und von Anfang an!	Bitte beurteilen Sie die Teleberatung: Wie waren im Vorfeld Ihre Erwartungen an die Teleberatung? Inwiefern wurden im Rückblick Ihre Erwartungen erfüllt?
C.2	Wo liegen die Vorteile einer Teleberatung aus Ihrer Sicht?	Wie können diese Vorteile gesteigert werden?
C.3	Wo sehen Sie Nachteile?	Wie können diese Nachteile vermieden werden?
C.4	Bitte vergleichen Sie die Teleberatung mit dem Besuch in der neurologischen Arztpraxis oder der neurologischen Abteilung eines Krankenhauses!	Wo liegen Ihrer Meinung nach die Vorteile bei einer Teleberatung im Vergleich zum Besuch in der Arztpraxis oder im Krankenhaus? Und jetzt umgekehrt gefragt, wo liegen Ihrer Meinung nach die Vorteile bei einem Besuch in der Arztpraxis oder im Krankenhaus im Vergleich zur Teleberatung?
<b>D</b>	<b>Palliativsituation</b>	
D.1	Jetzt interessieren wir uns noch für das Thema Palliativmedizin. Bitte sagen Sie uns, worauf soll aufgrund Ihrer eigenen Erfahrungen bei der Palliativbehandlung besonders geachtet werden?	Was hilft Ihrer persönlichen Meinung nach am meisten, um die seelischen und körperlichen Belastungen Ihrer Erkrankung zu bewältigen?
<b>E</b>	<b>Ethik-Fragen</b>	
E.1	Abschließend möchte ich noch auf die ethische Bewertung von Teleberatungen zu sprechen kommen. Kriterien für eine ethische Bewertung sind beispielsweise der Respekt vor der Autonomie des Patienten, das Gebot der Fürsorge und das Gebot der Schadensvermeidung oder die Frage nach der Gerechtigkeit bei der Verteilung von Leistungen im Gesundheitswesen. Was denken Sie: Welches dieser Kriterien könnte im Hinblick auf die ethische Bewertung von Teleberatungen Ihrer Meinung nach bedeutsam sein?	Und jetzt nachgefragt: Wie kann die Selbstständigkeit mit einer Teleberatung gefördert werden? Wie können Entlastungen und Unterstützungen mit einer Teleberatung herbeigeführt werden? Welche Verletzungsrisiken können bei einer Teleberatung entstehen? Wie gerecht empfinden Sie den Zugang zu Teleberatungen? Wo sehen Sie die Vorteile und wo sehen Sie die Nachteile von Teleberatungen aus einer ethisch-moralischen Sicht?
<b>F</b>	<b>Abschlussfrage</b>	
F.1	Gibt es noch etwas zum Thema Teleberatung oder Palliativmedizin, das Sie uns von sich aus mitteilen möchten, weil es noch nicht angesprochen wurde, aber Ihrer Meinung nach wichtig ist?	
<b>G</b>	<b>Abschlusstext</b>	

## Abschlusstext

Dann wären wir auch schon am Ende des Interviews angelangt! Ich stelle das Aufnahmegerät jetzt ab. Sie haben jetzt dankenswerterweise alle Fragen beantwortet. Können Sie mir zum Schluss bitte noch sagen, wie zufrieden Sie mit dem Telekonsil waren auf einer Skala von „sehr unzufrieden“ und „unzufrieden“ über „neutral“ bis hin zu „zufrieden“ beziehungsweise „sehr zufrieden“?

				
<b>sehr unzufrieden</b>	<b>unzufrieden</b>	<b>neutral</b>	<b>zufrieden</b>	<b>sehr zufrieden</b>

Und jetzt als allerletzte Frage: Wie belastend war das Interview für Sie?

<input type="checkbox"/> sehr belastend <input type="checkbox"/> belastend <input type="checkbox"/> nicht belastend <input type="checkbox"/> überhaupt nicht belastend
--

Bevor wir das Interview beenden, möchte ich Sie noch auf etwas hinweisen: Bitte wenden Sie sich an Ihre Ärztin (Ihren Arzt) oder Ihr SAPV-Team, falls während des Interviews starke Belastungen aufgetreten sein sollten! Kommen wir jetzt zum Schluss! Ich bedanke mich bei Ihnen für Ihre Teilnahme an dem Interview für Projekt TANNE und Ihre ausführlichen und wertvollen Antworten auf unsere Fragen. Wenn im Nachhinein bei Ihnen noch Fragen zu dem Interview oder zu dem Forschungsprojekt TANNE auftauchen sollten, können Sie sich an die Ansprechpartnerinnen im Studienbüro Neurologie am Krankenhaus Agatharied wenden. Sie erreichen Frau Dr. Häckl oder Frau Dr. Weck zu den üblichen Geschäftszeiten (außer freitags) unter der Telefonnummer 08026/393 4265 oder unter folgender E-Mail-Adresse: studienbüro-neurologie@khagatharied.de.

Anhang B: Interviewleitfaden für Einzelinterviews (lang) mit Patientinnen und Patienten

## **Einführungstext**

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an einem wissenschaftlichen Interview für das Forschungsprojekt TANNE! Mein Name ist *(Name)*. Ich bin *(Berufsbezeichnung)* von der/dem *(Arbeitgeber/in)*.

Im Projekt TANNE untersuchen wir den Einsatz von Videoberatungen für Patientinnen und Patienten mit neurologischen Symptomen. TANNE, das steht für: Telemedizinische Antworten auf neuropalliative Nachfragen in Echtzeit. Was sich hinter dieser Bezeichnung verbirgt, wissen Sie bereits. Sie haben ja vor Kurzem an einer Teleberatung teilgenommen. Heute interessieren wir uns für Ihre Erfahrungen mit dieser innovativen Form von Facharztberatung, damit wir das telemedizinische Angebot kontinuierlich verbessern und es weiteren Patientinnen und Patienten anbieten können.

Bitte beantworten Sie für das Interview, das gleich beginnen wird, zuerst ein paar Fragen zu Ihrer Gesundheit. Danach werden wir Ihnen einige Fragen zu der Teleberatung stellen. Bitte antworten Sie möglichst spontan! Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie einfach, wie es Ihnen als erstes in den Sinn kommt! Das Interview dauert ungefähr 20 bis 30 Minuten. Falls es für Sie zu anstrengend werden sollte, können wir gern zwischenzeitlich eine Pause einlegen. Sagen Sie dann einfach: „Ich würde jetzt gern eine Pause machen!“ Nach ein paar Minuten können wir das Gespräch dann fortsetzen. Auch der Abbruch des Interviews oder die Verschiebung auf einen späteren Termin ist jederzeit möglich, falls Sie dies wünschen.

Während des Interviews wird ein Aufnahmegerät unser Gespräch aufzeichnen. Diese Aufzeichnung wird von uns für eine wissenschaftliche Studie ausgewertet. Dafür wird die Aufnahme wie bei einem Diktat verschriftlicht und wegen des Datenschutzes bereinigt. Das bedeutet, dass später bei der Veröffentlichung der Studie keine Rückschlüsse mehr auf Ihre Person und Ihre personenbezogenen Daten möglich sein werden. Falls Sie jetzt keine weiteren Fragen zu dem Interview oder zu dem Projekt TANNE mehr haben, würde ich sehr gern mit dem Interview beginnen und das Aufnahmegeräte starten. [START] Ich habe das Aufnahmegerät jetzt gestartet und beginne jetzt mit dem Interview.

## Leitfaden

<b>A</b>	<b>Eröffnungstext</b>	
<b>B</b>	<b>Gesundheitssituation</b>	
B.1	Erzählen Sie mir bitte: Wie fühlen Sie sich denn heute?	Welche körperlichen Einschränkungen haben Sie? Was belastet Sie bei Ihrer Erkrankung am meisten?
B.2	Bitte beschreiben Sie uns Ihre Lebenssituation! Wie und mit wem verbringen Sie meistens Ihre Zeit?	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer aktuellen Situation? Womit könnte die Zufriedenheit in Ihrer Lebenssituation erhöht werden?
B.3	Welche neurologischen Probleme sind bei Ihnen vor Kurzem aufgetreten?	Wie belastend sind diese zusätzlichen Probleme für Sie? Wie wurden diese Probleme untersucht und behandelt?
<b>C</b>	<b>Telemedizinische Beratung</b>	
C.1	Bitte erzählen Sie uns von der Teleberatung! Beschreiben Sie zuerst möglichst detailliert den Ablauf der Teleberatung von Anfang an!	Wie lange hat die Teleberatung gedauert? Wie haben Sie die Dauer der Teleberatung empfunden? Was für einen Gesamteindruck hat die Teleberatung bei Ihnen hinterlassen? Wurde während der Teleberatung mehr <i>mit Ihnen</i> oder mehr <i>über Sie</i> gesprochen? Wie haben Sie es empfunden, als in Ihrer Anwesenheit über Sie gesprochen wurde? Inwiefern hatten Sie im Anschluss an die Teleberatung das Gefühl, gut und fachlich kompetent beraten worden zu sein? Bitte beurteilen Sie jetzt noch einmal die Teleberatung insgesamt: Wie waren im Vorfeld Ihre Erwartungen an die Teleberatung? Inwiefern wurden im Rückblick Ihre Erwartungen erfüllt?
C.2	Wo liegen die Vorteile einer Teleberatung aus Ihrer Sicht?	Wie können diese Vorteile gesteigert werden?
C.3	Wo sehen Sie die Nachteile von einer Teleberatung?	Wie können diese Nachteile vermieden werden? Welche Verbesserungsvorschläge gibt es aus Ihrer Sicht? Was sollte in Zukunft anders gemacht werden?
C.4	Wie zufrieden waren Sie mit der Teleberatung insgesamt?	Wie zufrieden waren Sie mit der Vorbereitung? Was kann an der Vorbereitung verbessert werden? Wie zufrieden waren Sie mit der eigentlichen Teleberatung? Was kann an der eigentlichen Teleberatung verbessert werden (Dauer, Inhalt, anwesende Personen)? Wie zufrieden waren Sie mit dem Nachgespräch zur Teleberatung? Was kann am Nachgespräch verbessert werden?

## 01NVF19004\_TANNE Anhang Nr24 Interviewleitfäden

C.5	Bitte vergleichen Sie jetzt die Teleberatung mit dem Besuch in der neurologischen Arztpraxis oder der neurologischen Abteilung eines Krankenhauses!	Wo bestehen Ihrer Meinung nach die Vorteile bei einer Teleberatung im Vergleich zum Besuch in der Arztpraxis oder im Krankenhaus? Und jetzt umgekehrt gefragt, wo bestehen Ihrer Meinung nach die Vorteile bei einem Besuch in der Arztpraxis oder im Krankenhaus im Vergleich zur Teleberatung? Unter welchen Bedingungen würden Sie das Telekonsil einem Besuch in der Arztpraxis, bzw. im Krankenhaus vorziehen? Und auch hier wieder umgekehrt gefragt: Unter welchen Bedingungen würden Sie den Besuch in einer Arztpraxis, oder einem Krankenhaus, einem Telekonsil vorziehen
C.6	Welchen Patientinnen und Patientinnen würden Sie eine Teleberatung empfehlen?	Nach welchen Kriterien sollen Patientinnen und Patienten für eine Teleberatung ausgewählt werden? Welche Patientinnen und Patienten sollen in Zukunft von Teleberatungen profitieren?
<b>D</b>	<b>Palliativsituation</b>	
D.1	Jetzt interessieren wir uns noch für das Thema Palliativmedizin. Wie wurden Sie auf den Umgang mit Ihrer Erkrankung vorbereitet?	Bitte beschreiben Sie die Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Medizin und Palliativmedizin aus Ihrer Sicht!
D.2	Bitte sagen Sie uns, worauf soll aus Ihrer Sicht bei der Behandlung von besonders schweren Erkrankungen geachtet werden?	Was hilft Ihrer Meinung nach am meisten, um die seelischen und körperlichen Belastungen Ihrer Erkrankung zu bewältigen?
<b>E</b>	<b>Ethik-Fragen</b>	
E.1	Abschließend möchte ich noch auf die ethischen Bewertungen von Teleberatungen zu sprechen kommen. Kriterien für eine ethische Bewertung sind beispielsweise der „Respekt vor Autonomie des Patienten“, das Gebot der „Fürsorge“, das Gebot der „Schadensvermeidung“ und die Frage nach der „Gerechtigkeit“ bei der Verteilung von Leistungen im Gesundheitswesen. Was denken Sie: Welches dieser Kriterien könnte im Hinblick auf die ethische Bewertung von Teleberatungen Ihrer Meinung nach bedeutsam sein?	Und jetzt nachgefragt: Wie kann die Selbstständigkeit mit einer Teleberatung gefördert werden? Wie können Entlastungen und Unterstützungen mit einer Teleberatung herbeigeführt werden? Welche Verletzungsrisiken können bei einer Teleberatung entstehen? Wie gerecht empfinden Sie den Zugang zu Teleberatungen? Wo sehen Sie Vorteile und wo sehen Sie die Nachteile von Teleberatungen aus einer ethisch-moralischen Sicht?
E.2	Eine weitere ethische Dimension lautet „Privatheit“. Welchen Eindruck hat es bei Ihnen hinterlassen, dass die Teleberatung bei Ihnen zu Hause durchgeführt wurde?	Wie wird Privatheit bei einem Telekonsil geschützt (oder verletzt)? Wie kann die Vertraulichkeit bei einer Teleberatung erhöht werden?

## 01NVF19004\_TANNE Anhang Nr24 Interviewleitfäden






E.3	<p>Zu den ethischen Dimensionen zählen auch „Selbstbestimmung“, „Sicherheit“, „Teilhabe“ und „Selbstverständnis“. Lassen Sie uns jetzt noch über diese Dimensionen sprechen.</p>	<p>Wer hat darüber entschieden, dass Sie an einer Teleberatung teilnehmen sollen? Wären Sie lieber im Krankenhaus untersucht worden oder waren sie eigentlich froh darüber, dass Sie nicht extra ins Krankenhaus mussten? Wer hätte Sie ins Krankenhaus gebracht, wenn die Untersuchung dort hätte stattfinden müssen? Würden Sie sich nach Ihren heutigen Erfahrungen wieder für eine Teleberatung entscheiden? Welche Risiken können bei einer Teleberatung auftreten? Wie denken Sie über die Datensicherheit bei einem Telekonsil? Wie wird die Teilhabe an Lebenssituation mit einem Telekonsil gefördert? Wie verändert die Teleberatung die Arzt-Patienten-Beziehung? Und abschließend gefragt: Welchen Einfluss kann die Teleberatung auf das Selbstverständnis und Selbstbild von Patientinnen und Patienten ausüben? Wie haben Sie sich während des Telekonsils gefühlt?</p>
<b>F</b>	<b>Abschlussfrage</b>	
F.1	<p>Gibt es noch etwas zum Thema Teleberatung oder Palliativmedizin, das Sie uns von sich aus mitteilen möchten, weil es noch nicht angesprochen wurde, aber Ihrer Meinung nach wichtig ist?</p>	
<b>G</b>	<b>Abschlusstext</b>	



## Abschluss text

Dann wären wir auch schon am Ende des Interviews angelangt! Ich stelle das Aufnahmegerät jetzt ab. Sie haben jetzt dankenswerterweise alle Fragen beantwortet.

Können Sie mir zum Schluss bitte noch sagen, wie zufrieden Sie mit dem Telekonsil waren auf einer Skala von „sehr unzufrieden“ und „unzufrieden“ über „neutral“ bis hin zu „zufrieden“ beziehungsweise „sehr zufrieden“?

				
<b>sehr unzufrieden</b>	<b>unzufrieden</b>	<b>neutral</b>	<b>zufrieden</b>	<b>sehr zufrieden</b>

Und jetzt als allerletzte Frage: Wie belastend war das Interview für Sie?

<input type="checkbox"/> sehr belastend <input type="checkbox"/> belastend <input type="checkbox"/> nicht belastend <input type="checkbox"/> überhaupt nicht belastend
--

Bevor wir das Interview jetzt beenden, möchte ich Sie noch auf etwas hinweisen: Bitte wenden Sie sich an Ihre Ärztin (Ihren Arzt) oder Ihr SAPV-Team, falls während des Interviews starke Belastungen aufgetreten sein sollten! Kommen wir jetzt zum Schluss! Ich bedanke mich bei Ihnen für Ihre Teilnahme an dem Interview für Projekt TANNE und Ihre ausführlichen und wertvollen Antworten auf unsere Fragen. Wenn im Nachhinein bei Ihnen noch Fragen zu dem Interview oder zu dem Forschungsprojekt TANNE auftauchen sollten, können Sie sich an die Ansprechpartnerinnen im Studienbüro Neurologie am Krankenhaus Agatharied wenden. Sie erreichen Frau Dr. Häckl oder Frau Dr. Weck zu den üblichen Geschäftszeiten (außer freitags) unter der Telefonnummer 08026/393 4265 oder unter folgender E-Mail-Adresse: studienbüro-neurologie@khagatharied.de.

Anhang C: Interviewleitfaden für Einzelinterviews (kurz) mit Angehörigen

## **Einführungstext**

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an einem wissenschaftlichen Interview für das Forschungsprojekt TANNE! Mein Name ist *(Name)*. Ich bin *(Berufsbezeichnung)* von der/dem *(Arbeitgeber/in)*.

Im Projekt TANNE untersuchen wir den Einsatz von Videoberatungen für Patientinnen und Patienten mit neurologischen Symptomen. TANNE, das steht für: Telemedizinische Antworten auf neuropalliative Nachfragen in Echtzeit. Was sich hinter dieser Bezeichnung verbirgt, wissen sie bereits. Bei Ihrem Angehörigen (bzw. Ihrer Angehörigen) wurde ja vor Kurzem eine Teleberatung durchgeführt. Heute interessieren wir uns für Ihre Erfahrungen mit dieser innovativen Form von Facharztberatung als Angehörige (bzw. als Angehöriger), damit wir das telemedizinische Angebot kontinuierlich verbessern und es weiteren Patientinnen und Patienten anbieten können.

Bitte beantworten Sie für das Interview, das gleich beginnen wird, zuerst ein paar Fragen zu der Gesundheit Ihres Angehörigen (bzw. Ihrer Angehörigen). Danach werden wir Ihnen einige Fragen zu der Teleberatung stellen. Bitte antworten Sie möglichst spontan! Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie einfach, wie es Ihnen in den Sinn kommt! Das Interview dauert ungefähr 20 bis 30 Minuten. Falls es für Sie zu anstrengend werden sollte, können wir gern zwischenzeitlich eine Pause einlegen. Sagen Sie dann einfach: „Ich würde jetzt gern eine Pause machen!“ Nach ein paar Minuten können wir das Gespräch dann fortsetzen. Auch der Abbruch des Interviews oder die Verschiebung auf einen späteren Termin ist jederzeit möglich, falls Sie dies wünschen.






Während des Interviews wird ein Aufnahmegerät unser Gespräch aufzeichnen. Diese Aufzeichnung wird von uns für eine wissenschaftliche Studie ausgewertet. Dafür wird die Aufnahme wie bei einem Diktat verschriftlicht und wegen des Datenschutzes bereinigt. Das bedeutet, dass später bei der Veröffentlichung der Studie keine Rückschlüsse mehr auf Ihre Person und Ihre personenbezogenen Daten möglich sein werden. Falls Sie jetzt keine weiteren Fragen zu dem Interview oder zu dem Projekt TANNE mehr haben, würde ich sehr gern mit dem Interview beginnen und das Aufnahmegeräte starten. [START] Ich habe das Aufnahmegerät jetzt gestartet und beginne jetzt mit dem Interview.

## Leitfaden

<b>A</b>	<b>Einführungstext</b>	
<b>B</b>	<b>Gesundheitssituation</b>	
B.1	Erzählen Sie uns bitte, wie ist die aktuelle Gesundheitssituation Ihres Angehörigen (bzw. Ihrer Angehörigen)?	Unter welchen körperlichen Einschränkungen leidet Ihr Angehöriger (bzw. Ihrer Angehörige) am meisten?
B.2	Welche neurologischen Probleme sind bei Ihrem Angehörigen (bzw. bei Ihrer Angehörigen) vor Kurzem aufgetreten?	Wie wurden diese neurologischen Probleme behandelt?
<b>C</b>	<b>Telemedizinische Beratung</b>	
C.1	Bitte erzählen Sie uns von der Teleberatung! Beschreiben Sie den Ablauf der Teleberatung möglichst detailliert und von Anfang an!	Bitte beurteilen Sie die Teleberatung: Wie waren im Vorfeld Ihre Erwartungen an die Teleberatung? Inwiefern wurden im Rückblick Ihre Erwartungen erfüllt?
C.2	Wo liegen die Vorteile einer Teleberatung aus Ihrer Sicht?	Wie können diese Vorteile gesteigert werden?
C.3	Wo sehen Sie Nachteile?	Wie können diese Nachteile vermieden werden?
C.4	Bitte vergleichen Sie die Teleberatung mit dem Besuch in der neurologischen Arztpraxis oder in der neurologischen Abteilung eines Krankenhauses!	Wo liegen Ihrer Meinung nach die Vorteile bei einer Teleberatung im Vergleich zum Besuch in der Arztpraxis oder im Krankenhaus? Und jetzt umgekehrt gefragt, wo liegen Ihrer Meinung nach die Vorteile bei einem Besuch in der Arztpraxis oder im Krankenhaus im Vergleich zur Teleberatung?
C.5	Welchen Patientinnen und Patienten würden Sie eine Teleberatung empfehlen?	Welche Vorteile könnten für diese Patientinnen und Patienten mit einer Teleberatung erzielt werden?
<b>D</b>	<b>Palliativsituation</b>	
D.1	Jetzt interessieren wir uns noch für das Thema Palliativmedizin. Bitte sagen Sie uns, worauf soll aufgrund Ihrer eigenen Erfahrungen bei der Behandlung von besonders schweren Erkrankungen geachtet werden?	Was hilft Ihrer Meinung nach am meisten, um die seelischen und körperlichen Belastungen bei solchen schweren Erkrankungen zu bewältigen?
D.2	Bitte beschreiben Sie Ihre eigene Aufgabe als Angehörige (bzw. als Angehöriger) in der Palliativsituation?	Was hilft Ihnen als Angehörige (bzw. als Angehöriger) am meisten, um mit Belastungen in der Palliativsituation umzugehen?
<b>E</b>	<b>Ethik-Fragen</b>	
E.1	Abschließend möchte ich noch auf die ethische Bewertung von Teleberatungen zu sprechen kommen. Kriterien für eine ethische Bewertung sind beispielsweise der Respekt vor der Autonomie des Patienten, das Gebot der Fürsorge und das Gebot der Schadensvermeidung oder die Frage nach der Gerechtigkeit bei der Verteilung von Leistungen im Gesundheitswesen. Was denken Sie: Welches dieser Kriterien könnte im Hinblick auf die ethische Bewertung von Teleberatungen Ihrer Meinung nach bedeutsam sein?	Und jetzt nachgefragt: Wie kann die Selbstständigkeit mit einer Teleberatung gefördert werden? Wie können Entlastungen und Unterstützungen mit einer Teleberatung herbeigeführt werden? Welche Verletzungsrisiken können bei einer Teleberatung entstehen? Wie gerecht empfinden Sie den Zugang zu Teleberatungen? Wo sehen Sie Vorteile und wo sehen Sie die Nachteile von Teleberatungen aus einer ethisch-moralischen Sicht?
<b>F</b>	<b>Abschluss</b>	
F.1	Gibt es noch etwas zum Thema Teleberatung oder Palliativmedizin, das Sie uns von sich aus mitteilen möchten, weil es noch nicht angesprochen wurde, aber Ihrer Meinung nach wichtig ist?	
<b>G</b>	<b>Abschlusstext</b>	

## Abschluss text

Dann wären wir auch schon am Ende des Interviews angelangt! Ich stelle das Aufnahmegerät jetzt ab. Sie haben jetzt dankenswerterweise alle Fragen beantwortet. Können Sie mir zum Schluss bitte noch sagen, wie zufrieden Sie mit dem Telekonsil waren auf einer Skala von „sehr unzufrieden“ und „unzufrieden“ über „neutral“ bis hin zu „zufrieden“ beziehungsweise „sehr zufrieden“?

				
<b>sehr unzufrieden</b>	<b>unzufrieden</b>	<b>neutral</b>	<b>zufrieden</b>	<b>sehr zufrieden</b>

Und jetzt als allerletzte Frage: Wie belastend war das Interview für Sie?

<input type="checkbox"/> sehr belastend <input type="checkbox"/> belastend <input type="checkbox"/> nicht belastend <input type="checkbox"/> überhaupt nicht belastend
--

Im Folgenden möchte ich Sie noch auf etwas hinweisen: Bitte wenden Sie sich an Ihre Ärztin (Ihren Arzt) oder Ihr SAPV-Team, falls während des Interviews starke Belastungen aufgetreten sein sollten! Kommen wir jetzt zum Schluss! Ich bedanke mich bei Ihnen für Ihre Teilnahme an dem Interview für Projekt TANNE und Ihre ausführlichen und wertvollen Antworten auf unsere Fragen. Wenn im Nachhinein bei Ihnen noch Fragen zu dem Interview oder zu dem Forschungsprojekt TANNE auftauchen sollten, können Sie sich an die Ansprechpartnerinnen im Studienbüro Neurologie am Krankenhaus Agatharied wenden. Sie erreichen Frau Dr. Häckl oder Frau Dr. Weck zu den üblichen Geschäftszeiten (außer freitags) unter der Telefonnummer 08026/393 4265 oder unter folgender E-Mail-Adresse: studienbüro-neurologie@khagatharied.de.

Anhang D: Interviewleitfaden für Einzelinterviews (lang) mit Angehörigen

## **Einführungstext**

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an einem wissenschaftlichen Interview für das Forschungsprojekt TANNE! Mein Name ist *(Name)*. Ich bin *(Berufsbezeichnung)* von der/dem *(Arbeitgeber/in)*.

Im Projekt TANNE untersuchen wir den Einsatz von Videoberatungen für Patientinnen und Patienten mit neurologischen Symptomen. TANNE, das steht für: Telemedizinische Antworten auf neuropalliative Nachfragen in Echtzeit. Was sich hinter dieser Bezeichnung verbirgt, wissen Sie bereits. Bei Ihrem Angehörigen (bzw. Ihrer Angehörigen) wurde ja vor Kurzem eine Teleberatung durchgeführt. Heute interessieren wir uns für Ihre Erfahrungen mit dieser innovativen Form von Facharztberatung als Angehörige (bzw. als Angehöriger), damit wir das telemedizinische Angebot kontinuierlich verbessern und es weiteren Patientinnen und Patienten anbieten können.

Bitte beantworten Sie für das Interview, das gleich beginnen wird, zuerst ein paar Fragen zu der Gesundheit Ihres Angehörigen (bzw. Ihrer Angehörigen). Danach werden wir Ihnen einige Fragen zu der Teleberatung stellen. Bitte antworten Sie möglichst spontan! Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie einfach, wie es Ihnen in den Sinn kommt! Das Interview dauert ungefähr 20 bis 30 Minuten. Falls es für Sie zu anstrengend werden sollte, können wir gern zwischenzeitlich eine Pause einlegen. Sagen Sie dann einfach: „Ich würde jetzt gern eine Pause machen!“ Nach ein paar Minuten können wir das Gespräch dann fortsetzen. Auch der Abbruch des Interviews oder die Verschiebung auf einen späteren Termin ist jederzeit möglich, falls Sie dies wünschen.

Während des Interviews wird ein Aufnahmegerät unser Gespräch aufzeichnen. Diese Aufzeichnung wird von uns für eine wissenschaftliche Studie ausgewertet. Dafür wird die Aufnahme wie bei einem Diktat verschriftlicht und wegen des Datenschutzes bereinigt. Das bedeutet, dass später bei der Veröffentlichung der Studie keine Rückschlüsse mehr auf Ihre Person und Ihre personenbezogenen Daten möglich sein werden. Falls Sie jetzt keine weiteren Fragen zu dem Interview oder zu dem Projekt TANNE mehr haben, würde ich sehr gern mit dem Interview beginnen und das Aufnahmegeräte starten. [START] Ich habe das Aufnahmegerät jetzt gestartet und beginne jetzt mit dem Interview.

## Leitfaden

<b>A</b>	<b>Einführungstext</b>	
<b>B</b>	<b>Gesundheitssituation</b>	
B.1	Erzählen Sie uns bitte, wie ist die aktuelle Gesundheitssituation Ihres Angehörigen (bzw. Ihrer Angehörigen)?	Unter welchen körperlichen Einschränkungen leidet Ihr Angehöriger (bzw. Ihre Angehörige) am meisten?
B.2	Bitte beschreiben Sie Ihre gemeinsame Lebenssituation? Womit verbringen Sie hauptsächlich Ihre Zeit?	Was macht Ihnen aktuell Freude? Wie zufrieden sind Sie mit der jetzigen Situation? Womit könnte Ihre Zufriedenheit erhöht werden?
B.3	Welche neurologischen Probleme sind bei Ihrem Angehörigen (bzw. bei Ihrer Angehörigen) vor Kurzem aufgetreten?	Wie belastend sind diese neurologischen Probleme für Ihren Angehörigen (bzw. Ihre Angehörige)? Wie wurden diese Probleme untersucht und behandelt?
<b>C</b>	<b>Telemedizinische Beratung</b>	
C.1	Bitte erzählen Sie uns von der Teleberatung! Beschreiben Sie zuerst den Ablauf der Teleberatung möglichst detailliert und von Anfang an!	Wie lange hat die Teleberatung gedauert? Wie haben Sie die Dauer der Teleberatung empfunden? Was für einen Gesamteindruck hat die Teleberatung bei Ihnen hinterlassen? Wie ist Ihr Eindruck: Wurde während der Teleberatung mehr mit Ihrem Angehörigen (bzw. Ihrer Angehörigen) oder mehr über ihn (bzw. sie) gesprochen? Wie haben Sie es empfunden, als während der Teleberatung über Ihren Angehörigen (bzw. Ihre Angehörige) gesprochen wurde? Inwiefern hatten Sie im Anschluss an die Teleberatung das Gefühl, gut und fachlich kompetent beraten worden zu sein? Bitte beurteilen Sie jetzt noch einmal die Teleberatung insgesamt: Wie waren im Vorfeld Ihre Erwartungen an die Teleberatung? Inwiefern wurden im Rückblick Ihre Erwartungen erfüllt?
C.2	Wo liegen die Vorteile einer Teleberatung aus Ihrer Sicht?	Wie können diese Vorteile gesteigert werden?
C.3	Wo sehen Sie Nachteile?	Wie können diese Nachteile vermieden werden? Welche Verbesserungsvorschläge gibt es aus Ihrer Sicht? Was sollte in Zukunft anders gemacht werden?
C.4	Wie zufrieden waren Sie mit der Teleberatung insgesamt?	Wie zufrieden waren Sie mit der Vorbereitung? Was kann an der Vorbereitung verbessert werden? Wie zufrieden waren Sie mit der eigentlichen Teleberatung? Was kann an der eigentlichen Teleberatung verbessert werden (Dauer, Inhalt, anwesende Personen)? Wie zufrieden waren Sie mit dem Nachgespräch zur Teleberatung? Was kann am Nachgespräch verbessert werden?
C.5	Bitte vergleichen Sie die Teleberatung mit dem Besuch in der neurologischen Arztpraxis oder in der neurologischen Abteilung eines Krankenhauses!	Wo bestehen Ihrer Meinung nach die Vorteile bei einer Teleberatung im Vergleich zum Besuch in der Arztpraxis oder im Krankenhaus? Und jetzt umgekehrt gefragt, wo bestehen Ihrer Meinung nach die Vorteile bei einem Besuch in der Arztpraxis oder im Krankenhaus im Vergleich zur Teleberatung?
C.6	Welchen Patientinnen und Patienten würden Sie eine Teleberatung empfehlen?	Nach welchen Kriterien sollen diese Patientinnen und Patienten für eine Teleberatung ausgewählt werden? Welche Vorteile sollen für diese Patientinnen und Patienten mit einer Teleberatung erzielt werden?






## 01NVF19004\_TANNE Anhang Nr24 Interviewleitfäden

<b>D</b>	<b>Palliativsituation</b>	
D.1	Jetzt interessieren wir uns noch für das Thema Palliativmedizin. Bitte beschreiben Sie die Behandlungen Ihres Angehörigen (bzw. Ihrer Angehörigen): Was zeichnet diese Behandlung aus?	Bitte beschreiben Sie die Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Medizin und Palliativmedizin aus Ihrer Sicht!
D.2	Bitte sagen Sie uns, worauf soll aufgrund Ihrer eigenen Erfahrungen bei der Behandlung von besonders schweren Erkrankungen geachtet werden?	Was hilft Ihrer Meinung nach am meisten, um die seelischen und körperlichen Belastungen bei solchen schweren Erkrankungen zu bewältigen im Hinblick auf die Betroffenen, aber auch im Hinblick auf die Angehörigen?
D.3	Bitte beschreiben Sie Ihre eigene Aufgabe als Angehörige (bzw. als Angehöriger) in der Palliativsituation?	Was kann Ihnen als Angehörige (bzw. als Angehöriger) helfen, mit den Belastungen in der Palliativsituation noch besser umzugehen?
<b>E</b>	<b>Ethik-Fragen</b>	
E.1	Abschließend möchte ich noch auf die ethische Bewertung von Teleberatungen zu sprechen kommen. Kriterien für eine ethische Bewertung sind beispielsweise der Respekt vor der Autonomie des Patienten, das Gebot der Fürsorge und das Gebot der Schadensvermeidung oder die Frage nach der Gerechtigkeit bei der Verteilung von Leistungen im Gesundheitswesen. Was denken Sie: Welches dieser Kriterien könnte im Hinblick auf die ethische Bewertung von Teleberatungen Ihrer Meinung nach bedeutsam sein?	Und jetzt nachgefragt: Wie kann die Selbstständigkeit mit einer Teleberatung gefördert werden? Wie können Entlastungen und Unterstützungen mit einer Teleberatung herbeigeführt werden? Welche Verletzungsrisiken können bei einer Teleberatung entstehen? Wie gerecht empfinden Sie den Zugang zu Teleberatungen? Wo sehen Sie Vorteile und wo sehen Sie Nachteile von Teleberatungen aus einer ethisch-moralischen Sicht?
E.2	Eine weitere ethische Dimension lautet „Privatheit“. Welchen Eindruck hat es bei Ihnen hinterlassen, dass die Teleberatung bei Ihnen zu Hause durchgeführt wurde?	Wie wird Privatheit bei einem Telekonsil geschützt (oder verletzt)? Wie kann die Vertraulichkeit bei einer Teleberatung erhöht werden?
E.3	Zu den ethischen Dimensionen zählen auch „Selbstbestimmung“, „Sicherheit“, „Teilhabe“ und „Selbstverständnis“. Lassen Sie uns jetzt noch über diese Dimensionen sprechen.	Wer hat darüber entschieden, dass Ihr Angehöriger (bzw. Ihre Angehörige) an einer Teleberatung teilnehmen soll? Wäre Ihr Angehöriger (bzw. Ihre Angehörige) lieber im Krankenhaus untersucht worden oder war er (bzw. sie) eigentlich ganz froh darüber, dass er (bzw. sie) nicht extra ins Krankenhaus musste? Wer hätte den Transport ins Krankenhaus übernommen, wenn die Untersuchung dort hätte stattfinden müssen? Welche Risiken können bei einer Teleberatung hinsichtlich der Datensicherheit auftreten? Wie wird die Teilhabe an Lebenssituation mit einem Telekonsil gefördert? Wie verändert die Teleberatung die Arzt-Patienten-Beziehung? Welchen Einfluss kann das Telekonsil auf das Selbstverständnis und Selbstbild von Patientinnen und Patienten ausüben? Wie können Angehörige von einer Teleberatung profitieren? Wie haben Sie sich während des Telekonsils gefühlt?
<b>F</b>	<b>Abschluss</b>	
F.1	Gibt es noch etwas zum Thema Teleberatung oder Palliativmedizin, das Sie uns von sich aus mitteilen möchten, weil es noch nicht angesprochen wurde, aber Ihrer Meinung nach wichtig ist?	
<b>G</b>	<b>Abschlusstext</b>	

## Abschlusstext

Dann wären wir auch schon am Ende des Interviews angelangt! Ich stelle das Aufnahmegerät jetzt ab. Sie haben jetzt dankenswerterweise alle Fragen beantwortet.

Können Sie mir zum Schluss bitte noch sagen, wie zufrieden Sie mit dem Telekonsil waren auf einer Skala von „sehr unzufrieden“ und „unzufrieden“ über „neutral“ bis hin zu „zufrieden“ beziehungsweise „sehr zufrieden“?

				
<b>sehr unzufrieden</b>	<b>unzufrieden</b>	<b>neutral</b>	<b>zufrieden</b>	<b>sehr zufrieden</b>

Und jetzt als allerletzte Frage: Wie belastend war das Interview für Sie?

<input type="checkbox"/> sehr belastend <input type="checkbox"/> belastend <input type="checkbox"/> nicht belastend <input type="checkbox"/> überhaupt nicht belastend
--

Im Folgenden möchte ich Sie noch auf etwas hinweisen: Bitte wenden Sie sich an Ihre Ärztin (Ihren Arzt) oder Ihr SAPV-Team, falls während des Interviews starke Belastungen aufgetreten sein sollten! Kommen wir jetzt zum Schluss! Ich bedanke mich bei Ihnen für Ihre Teilnahme an dem Interview für Projekt TANNE und Ihre ausführlichen und wertvollen Antworten auf unsere Fragen. Wenn im Nachhinein bei Ihnen noch Fragen zu dem Interview oder zu dem Forschungsprojekt TANNE auftauchen sollten, können Sie sich an die Ansprechpartnerinnen im Studienbüro Neurologie am Krankenhaus Agatharied wenden. Sie erreichen Frau Dr. Häckl oder Frau Dr. Weck zu den üblichen Geschäftszeiten (außer freitags) unter der Telefonnummer 08026/393 4265 oder unter folgender E-Mail-Adresse: studienbüro-neurologie@khagatharied.de.



Anhang E: Interviewleitfaden für Einzelinterviews (kurz) mit Ärztinnen und Ärzten

## **Einführungstext**

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an einem wissenschaftlichen Interview für das Forschungsprojekt TANNE! Mein Name ist *(Name)*. Ich bin *(Berufsbezeichnung)* von der/dem *(Arbeitgeber/in)*.

Im Projekt TANNE untersuchen wir den Einsatz von Telekonsilen für Patientinnen und Patienten mit neurologischen Symptomen und Nervenkrankheiten. Die Abkürzung TANNE steht für: Telemedizinische Antworten auf neuropalliative Nachfragen in Echtzeit. Was sich hinter dieser Bezeichnung verbirgt, wissen Sie bereits. Bei Patienten von Ihnen wurde ja vor Kurzem ein Telekonsil durchgeführt. Heute interessieren wir uns für Ihre Erfahrungen mit dieser innovativen Form von Facharztberatung. Wie Sie wissen, möchten wir das telemedizinische Angebot für neurologische Patientinnen und Patienten verbessern und es weiteren Patientinnen und Patienten zukünftig anbieten. Regelmäßige Schulungen und Fortbildungsveranstaltungen in der Form von web-basierten Seminaren sollen das ärztliche und pflegerische Personal in regelmäßigen Abständen über aktuelle wissenschaftliche Entwicklungen und neuropalliative Themen informieren.

Bitte beantworten Sie für das Interview, das gleich beginnen wird, zuerst ein paar Fragen zu der Gesundheit Ihres Patienten (bzw. Ihrer Patientin). Danach werden wir Ihnen einige Fragen zu dem Telekonsil stellen. Bitte antworten Sie möglichst spontan! Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie einfach, wie es Ihnen in den Sinn kommt! Das Interview dauert ungefähr 20 bis 30 Minuten. Falls es zu anstrengend werden sollte, können wir gern zwischenzeitlich eine Pause einlegen. Sagen Sie dann einfach: „Ich würde jetzt gern eine Pause machen!“ Nach ein paar Minuten können wir das Gespräch dann fortsetzen. Auch ein Abbruch des Interviews oder die Verschiebung auf einen späteren Termin ist jederzeit möglich.






Während des Interviews wird ein Aufnahmegerät unser Gespräch aufzeichnen. Die so entstandene Aufzeichnung wird von uns für wissenschaftliche Zwecke transkribiert und wegen des Datenschutzes bereinigt. Das bedeutet, dass später in der Veröffentlichung der Studienergebnisse keine Rückschlüsse mehr auf Ihre Person und Ihre personenbezogenen Daten möglich sein werden. Falls Sie keine weiteren Fragen zu dem Interview oder zu dem Projekt TANNE mehr haben, würde ich jetzt sehr gern mit dem Interview beginnen und das Aufnahmegeräte starten. [START] Ich habe das Aufnahmegerät jetzt gestartet und beginne jetzt mit dem Interview.

## Leitfaden

<b>A</b>	<b>Einführungstext</b>	
<b>B</b>	<b>Gesundheitssituation</b>	
B.1	Erzählen Sie uns bitte zum Einstieg etwas über die Gesundheitssituation des Patienten!	Unter welchen körperlichen Einschränkungen leidet der Patient (bzw. die Patientin) am meisten?
B.2	Welche neurologischen Symptome sind vor Kurzem beim Patienten aufgetreten?	Wie wurden die neurologischen Symptome behandelt?
<b>C</b>	<b>Telemedizinische Beratung</b>	
C.1	Bitte erzählen Sie uns von dem Telekonsil! Bitte beschreiben Sie den Ablauf der Telekonsultation möglichst detailliert und von Anfang an!	Bitte beurteilen Sie jetzt das Telekonsil: Wie waren im Vorfeld Ihre Erwartungen? Inwiefern wurden im Rückblick Ihre Erwartungen erfüllt?
C.2	Wo liegen die Vorteile bei einem Telekonsil?	Wie können diese Vorteile gesteigert werden?
C.3	Wo sehen Sie Nachteile bei einem Telekonsil?	Wie können diese Nachteile vermieden werden?
C.4	Bitte vergleichen Sie das Telekonsil mit dem Besuch in der neurologischen Facharztpraxis oder der neurologischen Abteilung eines Krankenhauses!	Wo liegen Ihrer Meinung nach die Vorteile eines Telekonsils im Vergleich zum Besuch in der Arztpraxis (bzw. im Krankenhaus)? Und jetzt umgekehrt gefragt, wo liegen Ihrer Meinung nach die Vorteile bei einem Besuch in der Arztpraxis (oder im Krankenhaus) im Vergleich zu einem Telekonsil?
C.5	Welchen Patientinnen und Patienten würden Sie ein Telekonsil empfehlen?	Welche Vorteile könnten für diese Patientinnen und Patienten mit der Telekonsultation erzielt werden?
<b>D</b>	<b>Palliativsituation</b>	
D.1	Jetzt interessieren wir uns noch für das Thema Palliativmedizin und die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit unheilbaren Erkrankungen.	Bitte sagen Sie uns, worauf soll bei der Behandlung solcher schweren Erkrankungen besonders geachtet werden? Was hilft Ihrer Meinung nach den Betroffenen am meisten, um die seelischen und körperlichen Belastungen unheilbarer Erkrankungen zu bewältigen?
D.2	Bitte beschreiben Sie Ihre eigene Arbeitszufriedenheit als Arzt (bzw. als Ärztin) in der Palliativsituation?	Welche Voraussetzungen muss ein Arzt mitbringen, um mit Belastungen in der Palliativsituation angemessen umzugehen? Was würde Ihnen als Arzt (bzw. als Ärztin) bei der Behandlung von nicht heilbaren fortgeschrittenen Erkrankungen helfen, um mit den damit verbundenen Belastungen noch erfolgreicher umzugehen als bisher?
<b>E</b>	<b>Ethik-Fragen</b>	
E.1	Abschließend möchte ich noch auf die ethische Bewertung von Teleberatungen zu sprechen kommen. Vier bekannte gesundheitsethische Prinzipien heißen „Respekt vor Autonomie“, „Fürsorge“, „Schadensvermeidung“ und „Gerechtigkeit“. Wie stehen Sie zu diesen Prinzipien im Hinblick auf den Einsatz von Telekonsilen?	Und jetzt nachgefragt: Wie kann die Selbstständigkeit mit einer Teleberatung gefördert werden? Wie können Entlastungen und Unterstützungen mit einer Teleberatung herbeigeführt werden? Welche Verletzungsrisiken können bei einer Teleberatung entstehen? Wie gerecht empfinden Sie den Zugang zu Teleberatungen? Wo sehen Sie Vor- und wo Nachteile von Telekonsilen aus einer ethisch-moralischen Sicht?
<b>F</b>	<b>Abschlussfrage</b>	
F.1	Gibt es noch etwas zum Thema Telekonsil oder Palliativmedizin, das Sie uns von sich aus mitteilen möchten, weil es noch nicht angesprochen wurde, aber Ihrer Meinung nach wichtig ist?	
<b>G</b>	<b>Abschlusstext</b>	

## Abschlusstext

Dann wären wir auch schon am Ende des Interviews angelangt! Ich stelle das Aufnahmegerät jetzt ab. Sie haben jetzt dankenswerterweise alle Fragen beantwortet. Können Sie mir zum Schluss bitte noch sagen, wie zufrieden Sie mit dem Telekonsil waren auf einer Skala von „sehr unzufrieden“ und „unzufrieden“ über „neutral“ bis hin zu „zufrieden“ beziehungsweise „sehr zufrieden“?

				
<b>sehr unzufrieden</b>	<b>unzufrieden</b>	<b>neutral</b>	<b>zufrieden</b>	<b>sehr zufrieden</b>

Und jetzt als allerletzte Frage: Wie belastend war das Interview für Sie?

<input type="checkbox"/> sehr belastend <input type="checkbox"/> belastend <input type="checkbox"/> nicht belastend <input type="checkbox"/> überhaupt nicht belastend
--

Im Folgenden möchte ich Sie noch auf etwas hinweisen: Bitte wenden Sie sich – auch als Arzt (bzw. als Ärztin) – an Ihren Hausarzt (bzw. Ihren Hausärztin), falls während des Interviews starke Belastungen aufgetreten sein sollten! Kommen wir jetzt zum Schluss! Ich bedanke mich bei Ihnen sehr für Ihre Teilnahme an dem Interview für Projekt TANNE und Ihre ausführlichen und wertvollen Antworten auf unsere Fragen. Wenn im Nachhinein bei Ihnen noch Fragen zu dem Interview oder zu dem Forschungsprojekt TANNE auftauchen sollten, können Sie sich an die Ansprechpartnerinnen im Studienbüro Neurologie am Krankenhaus Agatharied wenden. Sie erreichen Frau Dr. Häckl oder Frau Dr. Weck zu den üblichen Geschäftszeiten (außer freitags) unter der Telefonnummer 08026/393 4265 oder unter folgender E-Mail-Adresse: studienbüro-neurologie@khagatharied.de.

Anhang F: Interviewleitfaden für Einzelinterviews (lang) mit Ärztinnen und Ärzten

## **Einführungstext**

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an einem wissenschaftlichen Interview für das Forschungsprojekt TANNE! Mein Name ist *(Name)*. Ich bin *(Berufsbezeichnung)* von der/dem *(Arbeitgeber/in)*.

Im Projekt TANNE untersuchen wir den Einsatz von Telekonsilen für Patientinnen und Patienten mit neurologischen Symptomen und Nervenkrankheiten. Die Abkürzung TANNE steht für: Telemedizinische Antworten auf neuropalliative Nachfragen in Echtzeit. Was sich hinter dieser Bezeichnung verbirgt, wissen Sie bereits. Bei Patienten von Ihnen wurde ja vor Kurzem ein Telekonsil durchgeführt. Heute interessieren wir uns für Ihre Erfahrungen mit dieser innovativen Form von Facharztberatung. Wie Sie wissen, möchten wir das telemedizinische Angebot für neurologische Patientinnen und Patienten verbessern und es weiteren Patientinnen und Patienten zukünftig anbieten. Regelmäßige Schulungen und Fortbildungsveranstaltungen in der Form von web-basierten Seminaren sollen das ärztliche und pflegerische Personal in regelmäßigen Abständen über aktuelle wissenschaftliche Entwicklungen und neuropalliative Themen informieren.

Bitte beantworten Sie für das Interview, das gleich beginnen wird, zuerst ein paar Fragen zu der Gesundheit Ihres Patienten (bzw. Ihrer Patientin). Danach werden wir Ihnen einige Fragen zu den Telekonsilen stellen. Bitte antworten Sie möglichst spontan! Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie einfach, wie es Ihnen in den Sinn kommt! Das Interview dauert ungefähr 20 bis 30 Minuten. Falls es zu anstrengend werden sollte, können wir gern zwischenzeitlich eine Pause einlegen. Sagen Sie dann einfach: „Ich würde jetzt gern eine Pause machen!“ Nach ein paar Minuten können wir das Gespräch dann fortsetzen. Auch ein Abbruch des Interviews oder die Verschiebung auf einen späteren Termin ist jederzeit möglich.

Während des Interviews wird ein Aufnahmegerät unser Gespräch aufzeichnen. Diese Aufzeichnung wird von uns für eine wissenschaftliche Studie transkribiert und wegen des Datenschutzes bereinigt. Das bedeutet, dass später in der Veröffentlichung der Studienergebnisse keine Rückschlüsse mehr auf Ihre Person und Ihre personenbezogenen Daten möglich sein werden. Falls Sie keine weiteren Fragen zu dem Interview oder zu dem Projekt TANNE mehr haben sollten, würde ich jetzt sehr gern mit dem Interview beginnen und das Aufnahmegeräte starten. [START] Ich habe das Aufnahmegerät jetzt gestartet und beginne jetzt mit dem Interview.

## Leitfaden

<b>A</b>	<b>Einführungstext</b>	
<b>B</b>	<b>Gesundheitssituation</b>	
B.1	Erzählen Sie uns bitte zum Einstieg etwas über die Gesundheitssituation des Patienten (bzw. der Patientin)!	Unter welchen körperlichen Einschränkungen leidet der Patient (bzw. die Patientin) am meisten? Was hat Sie dazu bewogen, eine Telekonsultation bei diesem Patienten (bzw. dieser Patientin) anzufragen?
B.2	Welche neurologischen Symptome sind vor Kurzem bei dem Patienten (bzw. der Patientin) aufgetreten?	Wie belastend sind diese Symptome für den Patienten (bzw. die Patientin)? Wie wurden die neurologischen Symptome behandelt?
<b>C</b>	<b>Telemedizinische Beratung</b>	
C.1	Bitte erzählen Sie uns von dem Telekonsil! Bitte beschreiben Sie den Ablauf der Telekonsultation von Anfang an und möglichst detailliert!	Wie lange hat das Telekonsil gedauert? Wie haben Sie die Dauer des Telekonsils empfunden (Aufbau, Telekonsil, Abbau)? Wie viele Personen waren kommunikativ an dem Telekonsil beteiligt (haben während des Konsils miteinander kommuniziert)? Wie wurde der Patient (bzw. die Patientin) in das Telekonsil involviert? Wie wurden die Angehörigen in das Telekonsil einbezogen? Gab es ein Nachgespräch zum Ergebnis des Telekonsils mit dem Patienten (bzw. der Patientin) und den Angehörigen? Bitte beurteilen Sie jetzt noch einmal das Telekonsil insgesamt: Wie waren im Vorfeld Ihre Erwartungen an das Telekonsil? Inwiefern wurden im Rückblick Ihre Erwartungen erfüllt? Wie beurteilen Sie den formalen Ablauf des Telekonsils? Was könnte am formalen Ablauf des Telekonsils verbessert werden? Wie beurteilen Sie den Inhalt des Telekonsils? Was könnte an der Vermittlung neurologischer Expertise verbessert werden? Wie beurteilen Sie das Ergebnis des Telekonsils? Inwiefern waren Sie im Anschluss an das Telekonsil davon überzeugt, dass der Patient (bzw. die Patientin) gut und fachlich kompetent beraten wurde?
C.2	Wo sehen Sie die Vorteile bei einem Telekonsil?	Wie können diese Vorteile gesteigert werden?
C.3	Wo sehen Sie Nachteile bei einem Telekonsil?	Wie können diese Nachteile vermieden werden?
C.4	Bitte vergleichen Sie das Telekonsil mit dem Besuch in der neurologischen Facharztpraxis oder der neurologischen Abteilung eines Krankenhauses!	Wo liegen Ihrer Meinung nach die Vorteile eines Telekonsils im Vergleich zum Besuch in der Arztpraxis (bzw. im Krankenhaus)? Und jetzt umgekehrt gefragt, wo liegen Ihrer Meinung nach die Vorteile bei einem Besuch in der Arztpraxis (oder im Krankenhaus) im Vergleich zu einem Telekonsil? Unter welchen Bedingungen würden Sie das Telekonsil einem Besuch in der Arztpraxis, bzw. im Krankenhaus vorziehen? Und auch hier wieder umgekehrt gefragt: Unter welchen Bedingungen würden Sie den Besuch in einer Arztpraxis, oder einem Krankenhaus, einem Telekonsil vorziehen?
C.5	Welchen Patientinnen und Patienten würden Sie ein Telekonsil empfehlen (und welchen nicht)?	Nach welchen Kriterien sollen Patientinnen und Patienten für ein Telekonsil ausgewählt werden? Welche Vorteile können für Patientinnen und Patienten mit einem Telekonsil erzielt werden?






# 01NVF19004\_TANNE Anhang Nr24 Interviewleitfäden

D	<b>Palliativsituation</b>	
D.1	<p>Jetzt interessieren wir uns noch für das Thema Palliativmedizin und die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit unheilbaren Erkrankungen. Was ist der wesentliche Unterschied zwischen Medizin und Palliativmedizin aus Ihrer Sicht? Wie beurteilen Sie die Entwicklungen auf dem Gebiet der Palliativmedizin?</p>	<p>Bitte sagen Sie uns, worauf sollte bei der Behandlung von schweren fortgeschrittenen Erkrankungen geachtet werden? Was hilft Ihrer Meinung nach den Betroffenen am meisten, um die seelischen und körperlichen Belastungen von schweren Erkrankungen zu bewältigen? Wie offen sollte man mit den Patientinnen und Patienten über das Thema Sterben und Tod kommunizieren? Gibt es bestimmte Formulierungen, die Sie persönlich präferieren, um mit Patientinnen und Patienten über das Thema Sterben und Tod zu kommunizieren (welche, wieso)? Gibt es bestimmte Formulierungen, die Sie bei solchen Gesprächen bewusst vermeiden (welche, wieso)?</p>
D.2	<p>Wie würden Sie Ihre eigene Arbeitszufriedenheit als Arzt (bzw. als Ärztin) in der Palliativsituation beschreiben?</p>	<p>Welche Voraussetzungen muss ein Arzt mitbringen, um mit Belastungen in der Palliativsituation angemessen umzugehen? Was würde Ihnen als Arzt (bzw. als Ärztin) bei der Behandlung von nicht heilbaren fortgeschrittenen Erkrankungen helfen, um mit den damit verbundenen Herausforderungen noch erfolgreicher umzugehen als bisher?</p>
E	<b>Arbeitsorganisation</b>	
E.1	<p>Bitte erzählen Sie uns, ob und in welchem beruflichen Zusammenhang Sie zum ersten Mal die Möglichkeit eines Telekonsils genutzt haben?</p>	<p>Worin bestehen die wesentlichen Unterschiede dieses (ersten) Telekonsils im Vergleich zu den Telekonsilen, die im Projekt TANNE durchgeführt werden?</p>
E.2	<p>Wie wirkt sich der Einsatz von Telekonsilen heute auf Ihre Arbeitszufriedenheit aus?</p>	<p>Inwiefern fühlen Sie sich sicherer im Umgang mit neurologischen Symptomen, seit Sie auf die Möglichkeit von Telekonsilen zurückgreifen können? Wie hat der Einsatz von Telekonsilen Ihre eigene Expertise bei neurologischen Erkrankungen erweitert? Wo sehen Sie das größte Potenzial von Telekonsilen?</p>
F	<b>Ethik-Fragen</b>	
F.1	<p>Abschließend möchte ich noch auf die ethische Bewertung von Teleberatungen zu sprechen kommen. Vier bekannte gesundheitsethische Prinzipien heißen „Respekt vor Autonomie“, „Fürsorge“, „Schadensvermeidung“ und „Gerechtigkeit“. Wie stehen Sie zu diesen Prinzipien im Hinblick auf den Einsatz von Telekonsilen?</p>	<p>Und jetzt nachgefragt: Wie kann die Selbstständigkeit mit einer Teleberatung gefördert werden? Wie können Entlastungen und Unterstützungen mit einer Teleberatung herbeigeführt werden? Welche Verletzungsrisiken können bei einer Teleberatung entstehen? Wie gerecht empfinden Sie den Zugang zu Teleberatungen? Wo sehen Sie Vor- und wo Nachteile von Teleberatungen aus einer ethisch-moralischen Sicht?</p>
F.2	<p>Eine weitere ethische Dimension lautet „Privatheit“. Wie ist Ihre Einschätzung dazu, dass die Telekonsile bei den Patientinnen und Patienten zu Hause durchgeführt werden?</p>	<p>Wie wird Privatheit bei einem Telekonsil geschützt / verletzt? Wie kann die Vertraulichkeit bei einer Teleberatung erhöht werden? Inwiefern sehen Sie die Vertraulichkeit zwischen Arzt und Patient bei einem Telekonsil gefährdet?</p>
F.3	<p>Zu den ethischen Dimensionen zählen auch „Selbstbestimmung“, „Sicherheit“, „Teilhabe“ und „Selbstverständnis“. Lassen Sie uns jetzt noch über diese Dimensionen sprechen.</p>	<p>Was denken Sie, wie kann die Selbstbestimmung mit einer Teleberatung unterstützt werden? Welche Risiken können bei einer Teleberatung hinsichtlich der Datensicherheit auftreten? Wie wird die Teilhabe an Lebenssituation mit einem Telekonsil gefördert? Wie verändert die Teleberatung die Arzt-Patienten-Beziehung? Welchen Einfluss kann das Telekonsil auf das Selbstverständnis und Selbstbild von Patientinnen und Patienten (bzw. von Ärztinnen und Ärzten) ausüben? Wie können Angehörige von einer Teleberatung profitieren? Wie wird der Einsatz von Telekonsilen in Zukunft die Arzt-Patienten-Beziehung beeinflussen?</p>
G	<b>Abschlussfrage</b>	
G.1	<p>Gibt es noch etwas zum Thema Telekonsil oder Palliativmedizin, das Sie uns von sich aus mitteilen möchten, weil es noch nicht angesprochen wurde, aber Ihrer Meinung nach wichtig ist?</p>	
H	<b>Abschluss text</b>	

## Abschlusstext

Dann wären wir auch schon am Ende des Interviews angelangt! Ich stelle das Aufnahmegerät jetzt ab. Sie haben jetzt dankenswerterweise alle Fragen beantwortet.

Können Sie mir zum Schluss bitte noch sagen, wie zufrieden Sie mit dem Telekonsil waren auf einer Skala von „sehr unzufrieden“ und „unzufrieden“ über „neutral“ bis hin zu „zufrieden“ beziehungsweise „sehr zufrieden“?

				
<b>sehr unzufrieden</b>	<b>unzufrieden</b>	<b>neutral</b>	<b>zufrieden</b>	<b>sehr zufrieden</b>

Und jetzt als wirklich allerletzte Frage: Wie belastend war das Interview für Sie?

<input type="checkbox"/> sehr belastend <input type="checkbox"/> belastend <input type="checkbox"/> nicht belastend <input type="checkbox"/> überhaupt nicht belastend
--

Im Folgenden möchte ich Sie noch auf etwas hinweisen: Bitte wenden Sie sich – auch als Arzt (bzw. als Ärztin) – an Ihren Hausarzt (bzw. Ihren Hausärztin), falls während des Interviews starke Belastungen aufgetreten sein sollten! Kommen wir jetzt zum Schluss! Ich bedanke mich bei Ihnen sehr für Ihre Teilnahme an dem Interview für Projekt TANNE und Ihre ausführlichen und wertvollen Antworten auf unsere Fragen. Wenn im Nachhinein bei Ihnen noch Fragen zu dem Interview oder zu dem Forschungsprojekt TANNE auftauchen sollten, können Sie sich an die Ansprechpartnerinnen im Studienbüro Neurologie am Krankenhaus Agatharied wenden. Sie erreichen Frau Dr. Häckl oder Frau Dr. Weck zu den üblichen Geschäftszeiten (außer freitags) unter der Telefonnummer 08026/393 4265 oder unter folgender E-Mail-Adresse: studienbüro-neurologie@khagatharied.de.

Anhang G: Interviewleitfaden für Gruppeninterview (SAPV und Hospiz)

### **Einführungstext**

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an einem wissenschaftlichen Gruppeninterview für das Forschungsprojekt TANNE! Mein Name ist *(Name)*. Ich bin *(Berufsbezeichnung)* von der/dem *(Arbeitgeber/in)*.

Im Projekt TANNE untersuchen wir den Einsatz von Videoberatungen für Patientinnen und Patienten mit neurologischen Symptomen. TANNE, das steht für: Telemedizinische Antworten auf neuropalliative Nachfragen in Echtzeit. Was sich hinter dieser Bezeichnung verbirgt, wissen Sie bereits. Einige von Ihnen haben ja vor Kurzem an einem neurologischen Telekonsil teilgenommen. Heute interessieren wir uns für Ihre Erfahrungen mit dieser innovativen Form von Facharztberatung. Wir möchten das telemedizinische Angebot kontinuierlich verbessern und es weiteren Patientinnen und Patienten anbieten. Regelmäßige Schulungen und Fortbildungsveranstaltungen in der Form von web-basierten Seminaren sollen das ärztliche und pflegerische Personal in regelmäßigen Abständen über aktuelle wissenschaftliche Entwicklungen und neuropalliative Themen informieren.

Während des Gruppeninterviews möchte ich Sie bitten, auf die gestellten Fragen möglichst spontan zu antworten! Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie also einfach, wie es Ihnen in den Sinn kommt! Das Interview dauert circa 90 Minuten. Nach etwa der Hälfte der Zeit werden wir eine Pause machen, falls dies von Ihnen erwünscht wird. Während des Interviews wird ein Aufnahmegerät unser Gespräch aufzeichnen. Diese Aufzeichnung wird von uns für eine wissenschaftliche Studie verschriftlicht und wegen des Datenschutzes bereinigt. Das bedeutet, dass später in der veröffentlichten Studie keine Rückschlüsse mehr auf Sie als Personen und Ihre personenbezogenen Daten möglich sein werden. Falls Sie jetzt keine weiteren Fragen zu dem Interview oder zu dem Projekt TANNE mehr haben, würde ich jetzt sehr gern mit dem Gruppeninterview beginnen und das Aufnahmegeräte jetzt starten [START].



## Leitfaden

<b>A</b>	<b>Einführungstext</b>	
<b>B</b>	<b>Eröffnungsfrage</b>	
B.1	Bitte stellen Sie sich zu Beginn der Runde gegenüber kurz vor, damit wir Sie auch kennenlernen! Sie selbst kennen sich ja bereits!	Bitte nennen Sie uns freundlicherweise Ihren Beruf und Ihre Aufgaben im Team!
<b>C</b>	<b>Telemedizinische Beratung (allgemein)</b>	
C.1	Wie Sie wissen, werden im Projekt TANNE Telekonsile für Patientinnen und Patienten angeboten, die sich in der Palliativsituation befinden. Bitte schildern Sie den Ablauf eines Telekonsils möglichst detailliert und von Anfang an!	Vielleicht beginnen wir mit der Person, die bis heute am häufigsten bei einer Teleberatung anwesend war? Vielleicht beginnen wir mit Ihnen? Wie haben Sie die Vorbereitung, den Ablauf und das Resultat des Telekonsils erlebt? Inwiefern waren Sie selbst in das Telekonsil involviert? Gibt es dazu Anmerkungen oder Ergänzungen aus der Runde?
C.2	Was waren im Vorfeld Ihre Erwartungen an das Telekonsil?	Inwiefern wurden im Rückblick Ihre Erwartungen an das Telekonsil erfüllt?
C.3	Wo sehen Sie die Vorteile einer neurologischen Teleberatung?	Wie können diese Vorteile noch gesteigert werden?
C.4	Wo und für wen entstehen Ihrer Meinung nach Nachteile bei einem Telekonsils?	Wie können diese Nachteile vermieden werden?
C.5	Wie sollte Ihrer Meinung nach eine Teleberatung idealerweise ablaufen?	Was sind zentrale Kriterien einer erfolgreichen Teleberatung? Was sind wünschenswerte Ergebnisse einer Teleberatung für die Patientinnen und Patienten, aber auch für Sie als Team? Was sollte bei einer Teleberatung vermieden werden?
C.6	Bitte vergleichen Sie das Telekonsil mit dem Besuch in einer neurologischen Arztpraxis oder in einem Krankenhaus mit einer neurologischen Abteilung!	Wo liegen Ihrer Meinung nach die Vorteile eines Telekonsils im Vergleich zum Besuch in der Arztpraxis (bzw. im Krankenhaus)? Und jetzt umgekehrt gefragt, wo liegen Ihrer Meinung nach die Vorteile bei einem Besuch in der Arztpraxis (bzw. im Krankenhaus) im Vergleich zu einem Telekonsil?
<b>D</b>	<b>Arbeitsorganisation (Telemedizinische Beratung)</b>	
D.1	Jetzt interessieren wir uns für Ihre Erfahrungen mit dem Telekonsil im Rahmen Ihrer Arbeit als Team!	Welche Erfahrungen haben Sie – als Team – hinsichtlich Ihrer Arbeitszufriedenheit mit dem Telekonsil gemacht? Welche Belastungssituationen konnten im Arbeitsalltag durch den Einsatz von Telekonsilen vermieden werden? Was haben Sie über neurologische Erkrankungen und Symptome gelernt? Inwiefern konnten Sie etwas von diesem erworbenen Wissen schon in vergleichbaren Fällen anwenden? Was spricht aufgrund Ihrer Erfahrungen für eine Aufnahme neurologischer Teleberatung in die Regelversorgung (und was dagegen)?






01NVF19004\_TANNE Anhang Nr24 Interviewleitfäden

D.2	Wo sehen Sie Chancen und Risiken für den Einsatz von Teleberatungen für neurologische Patientinnen und Patienten in der Palliativsituation?	Was kann hinsichtlich der Vorbereitung, des Ablaufs und der Resultate noch verbessert werden? Wie kann das Telekonsil zielgruppengerechter eingesetzt werden? Inwiefern kann die Einbindung in die Arbeits- und Organisationsstrukturen des Teams Ihrer Meinung nach optimiert werden?
<b>E</b>	<b>Arbeitssituation (allgemein)</b>	
E.1	In Ihrem Beruf arbeiten Sie mit Menschen zusammen, die sich in einem fortgeschrittenen Stadium ihrer Erkrankung befinden. Diese Arbeitssituation kann mit Belastungen verbunden sein, über die wir jetzt noch zum Schluss kurz mit Ihnen sprechen möchten. Zuerst möchten wir von Ihnen wissen: Was hat Sie dazu bewogen, sich in diesem Arbeitsumfeld beruflich zu engagieren?	Welche Voraussetzungen sollte eine Person erfüllen, um in diesem Beruf glücklich zu werden? Welche Belastungen sind typisch für dieses Arbeitsumfeld? Welche Entlastungsmöglichkeiten werden Ihnen von Ihrem Arbeitgeber angeboten? Wie bedeutsam ist das Thema „Sterben und Tod“ für Sie persönlich?
<b>F</b>	<b>Ethik-Fragen</b>	
F.1	In der Medizinethik sprechen wir von ethischen Prinzipien, um Behandlungssituationen ethisch zu bewerten. Diese Prinzipien beziehen sich auf den Respekt vor Autonomie des Patienten, das Gebot der Fürsorge und das Gebot der Schadensvermeidung und die Gerechtigkeit bei der Verteilung von Leistungen im Gesundheitswesen. Was denken Sie: Welches dieser Kriterien könnte im Hinblick auf die ethische Bewertung von Teleberatungen Ihrer Meinung nach bedeutsam sein?	Wie kann die Selbstständigkeit mit einer Teleberatung gefördert werden? Wie können Entlastungen und Unterstützungen mit einer Teleberatung herbeigeführt werden? Welche Verletzungsrisiken können bei einer Teleberatung entstehen? Wie gerecht empfinden Sie den Zugang zu Teleberatungen? Wo sehen Sie Vor- und Nachteile von Teleberatungen aus einer ethisch-moralischen Sicht?
F.2	Weitere ethische Dimensionen für die ethische Bewertung von Telekonsilen lauten: „Selbstbestimmung“, „Sicherheit“, „Privatheit“, „Teilhabe“ und „Selbstverständnis“.	Was denken Sie, wie kann die Selbstbestimmung mit einer Teleberatung unterstützt werden? Welche Risiken können bei einer Teleberatung hinsichtlich der Datensicherheit auftreten? Wie wird Privatheit bei einem Telekonsil geschützt (oder verletzt)? Wie wird die Teilhabe an Lebenssituation mit einem Telekonsil gefördert? Und abschließend gefragt: Welchen Einfluss kann das Telekonsil auf das Selbstverständnis und Selbstbild von Patientinnen und Patienten, aber auch auf das des SAPV-Teams ausüben?
<b>G</b>	<b>Abschluss</b>	
G.1	Gibt es noch eine Frage, die Sie erwartet hätten, aber nicht gestellt wurde?	Gibt es noch etwas, das Sie mit uns besprechen möchten?
<b>H</b>	<b>Abschlusstext</b>	

## Abschluss text

Dann wären wir auch schon am Ende des Interviews angelangt! Sie haben jetzt dankenswerterweise alle Fragen beantwortet.

Können Sie mir zum Schluss bitte noch sagen, wie zufrieden Sie mit dem Telekonsil waren auf einer Skala von „sehr unzufrieden“ und „unzufrieden“ über „neutral“ bis hin zu „zufrieden“ beziehungsweise „sehr zufrieden“?

				
<b>sehr unzufrieden</b>	<b>unzufrieden</b>	<b>neutral</b>	<b>zufrieden</b>	<b>sehr zufrieden</b>

Und jetzt als allerletzte Frage: Wie belastend war das Interview für Sie?

<input type="checkbox"/> sehr belastend	<input type="checkbox"/> belastend	<input type="checkbox"/> nicht belastend	<input type="checkbox"/> überhaupt nicht belastend
---	------------------------------------	--	--

Im Folgenden möchte ich Sie noch auf etwas hinweisen: Bitte wenden Sie sich an Ihre Ärztin (Ihren Arzt), falls während des Interviews starke Belastungen aufgetreten sein sollten! Kommen wir jetzt zum Schluss! Ich bedanke mich bei Ihnen für Ihre Teilnahme an dem Interview für Projekt TANNE und Ihre ausführlichen und wertvollen Antworten auf unsere Fragen. Wenn im Nachhinein bei Ihnen noch Fragen zu dem Interview oder zu dem Forschungsprojekt TANNE auftauchen sollten, können Sie sich gern an die Ansprechpartnerinnen im Studienbüro Neurologie am Krankenhaus Agatharied wenden. Sie erreichen Frau Dr. Häckl oder Frau Dr. Weck zu den üblichen Geschäftszeiten (außer freitags) unter der Telefonnummer 08026/393 4265 oder unter folgender E-Mail-Adresse: studienbüro-neurologie@khagatharied.de.

## Anhang 25: Fragebögen und Literaturquellen

### Fragebögen, die für die TANNE-Studie verwendet wurden, und ihre Literaturquellen

Fragebögen	Literaturquellen
Integrated Palliative Care Outcome Scale IPOS	Murtagh FE, Ramsenthaler C, Firth A, Groeneveld EI, Lovell N, Simon ST, Denzl J, Guo P, Bernhardt F, Schildmann E, van Oorschot B, hodiament F, Streitwieser S, Higginson IJ, Bausewein C: A brief, patient-and proxyreported outcome measure in advanced illness: Validity, reliability and responsiveness of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS). <i>Palliat Med.</i> 2019;33(8):1045–57.
McGill Quality of Life Questionnaire McGill QOL-R	Cohen SR, Sawatzky R, Russell LB, Shahidi J, Heyland DK, Gadermann AM. Measuring the quality of life of people at the end of life: the McGill quality of life questionnaire-revised. <i>Palliat Med.</i> 2017;31(2):120–9.
Quality of life – overall	De Boer AG, van Lanschot JJ, Stalmeier PF, van Sandick JW, Hulscher JB, de Haes JC, Sprangers MA. Is a single-item visual analogue scale as valid, reliable and responsive as multi-item scales in measuring quality of life. <i>Qual Life Res.</i> 2004;13(2):311–20.
EQ5D/EuroQol	The EuroQol Group. EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. <i>Health Policy.</i> 1990;16(3):199–208.
Karnofsky Index/ECOG	Karnofsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: MacLeod CM, editor. <i>Evaluation of chemotherapeutic agents.</i> New York: Columbia University Press; 1949. p. 191–205. Zubrod CG, Schneiderman M, Frei E, et al. Appraisal of methods for the study of chemotherapy of cancer in man: comparative therapeutic trial of nitrogen mustard and triethylene thiophosphoramide. <i>J Chron Dis.</i> 1960;11:7–33.
Quality of Life in Life Threatening Illness-Family Carer Version Questionnaire QOLLI-F	Cohen R, Leis AM, Kuhl D, Charbonneau C, Ritvo P, Ashbury FD. QOLLI-F: measuring family carer quality of life. <i>Palliat Med.</i> 2006;20(8):755–67.
Telehealth Satisfaction Scale TESS	Agha Z, Schapira RM, Laud PW, McNutt G, Roter DL. Patient satisfaction with physician–patient communication during telemedicine. <i>Telemedicine and e-Health.</i> 2009;15(9):830–9. Ehrmann D, Hermanns N, Müller A, Weissmann J, Haak T, Kulzer B: Fragebogen zur Zufriedenheit von Ärzten mit der Diabetestherapie. <i>Diabetologie und Stoffwechsel</i> 2014, 9(S 01):P287. Marshall GN, Hays RD, Sherbourne CD, Wells KB. The structure of patient satisfaction with outpatient medical care. <i>Psychol Assess.</i> 1993;5(4):477–83. Morgan DG, Kosteniuk J, Stewart N. O’Connell ME, Karunanayake C, Beever R: The telehealth satisfaction scale: reliability,

## Anhang 25: Fragebögen und Literaturquellen

	<p>validity, and satisfaction with telehealth in a rural memory clinic population. <i>Telemedicine and e-Health</i>. 2014;20(11):997–1003.</p> <p>Sewtz C, Muscheites W, Kriesen U, Grosse-Thie C, Kragl B, Panse J, Aoun S, Cella D, Junghanss C. Questionnaires measuring quality of life and satisfaction of patients and their relatives in a palliative care setting—German translation of FAMCARE-2 and the palliative care subscale of FACIT-Pal. <i>Ann Palliat Med</i>. 2018;7(4):420–6. <a href="https://doi.org/10.21037/apm.2018.03.17">https://doi.org/10.21037/apm.2018.03.17</a>.</p>
Internal Participation Scale IPS	<p>Ehrmann D, Hermanns N, Müller A, Weissmann J, Haak T, Kulzer B: Fragebogen zur Zufriedenheit von Ärzten mit der Diabetestherapie. <i>Diabetologie und Stoffwechsel</i> 2014, 9(S 01):P287.</p> <p>Kallen MA, Yang D, Haas N (2012): A technical solution to improving palliative and hospice care. <i>Support Care Cancer</i>. 2012;20(1):167–74.</p> <p>Körner M, Wirtz MA. Development and psychometric properties of a scale for measuring internal participation from a patient and health care professional perspective. <i>BMC Health Serv Res</i>. 2013;13(1):374. <a href="https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-374">https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-374</a>.</p>
Surprise in case of death	<p>Pattison M, Romer AL (2001): Improving care through the end of life: launching a primary care clinic-based program. <i>J Palliat Med</i>. 2001;4(2):249–54.</p>
eHealth literacy questionnaire eHLQ	<p>Kayser L, Karnoe A, Furstrand D, Batterham R, Christensen KB, Elsworth G, Osborne RH. A multidimensional tool based on the eHealth literacy framework: development and initial validity testing of the eHealth literacy questionnaire (eHLQ). <i>J Med Internet Res</i>. 2018;20(2): e8371.</p>
Telehealth Usability Questionnaire TUQ	<p>Parmanto B, Lewis AN Jr, Graham KM, Bertolet MH. Development of the telehealth usability questionnaire (TUQ). <i>Int J Telerehabilitation</i>. 2016;8(1):3–10.</p>
Post-Study System Usability Questionnaire PSSUQ	<p>Lewis JR. IBM computer usability satisfaction questionnaires: psychometric evaluation and instructions for use. <i>Int J Hum-Comput Int</i>. 1995;7(1):57–78.</p> <p>Schutte J, Gales S, Filippone A, Saptono A, Parmanto B, McCue M: Evaluation of a telerehabilitation system for community-based rehabilitation. <i>Int J Telerehabil</i>. 2012;4(1):15-24.</p>
Short Scale for Technology Commitment	<p>Neyer FJ, Felber J, Gebhardt C. Entwicklung und Validierung einer Kurzsкала zur Erfassung von Technikbereitschaft. <i>Diagnostica</i>. 2012;58(2):87–99.</p>
Attitude Toward Teamwork in Healthcare Scale	<p>Heinemann GD, Schmitt MH, Farrell MP, Brallier SA. Development of an attitudes toward health care teams scale. <i>Eval Health Prof</i>. 1999;22(1):123–42.</p>
System Usability Scale SUS	<p>Gao M, Kortum P, Oswald FL. Multi-language toolkit for the system usability scale. <i>Int J Hum-Comput Int</i>. 2020;36(20):1883–901.</p>

## Anhang 25: Fragebögen und Literaturquellen

Computer System Usability  
Questionnaire CSUQ

Lewis JR. IBM computer usability satisfaction questionnaires: psychometric evaluation and instructions for use. *Int J Hum-Comput Int.* 1995;7(1):57–78.

**26. Soziodemografie Pat. (soziodempat)**

*Das Thema des folgenden Fragebogens ist: Soziodemografie*

<b>Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?</b>			
<input type="checkbox"/>	<b>Kein Abschluss</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Haupt- oder Volksschulabschluss</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Mittlere Reife/Realschulabschluss</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Abitur/fachgebundene Hochschulreife</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Abgeschlossenes Studium (Diplom, Bachelor, Master, Doktor)</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Sonstiges, und zwar:</b> _____

<b>Welcher beruflichen Tätigkeit sind Sie die meiste Zeit nachgegangen?</b>			
<input type="checkbox"/>	<b>arbeitslos</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Arbeiterin/Arbeiter</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Hausfrau/Hausmann</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Angestellte/Angestellter</b>
<input type="checkbox"/>	<b>selbständig</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Beamtin/Beamter</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Sonstiges, und zwar:</b> _____		

## 27. Soziodemografie Ärzt. (soziodemarzt)

**Das Thema des folgenden Fragebogens ist: Soziodemografie**

**Wie alt sind Sie?** \_\_\_\_\_

**Welchem Geschlecht ordnen Sie sich zu?**  weiblich  männlich  divers  keine Angabe

**In welchem Jahr haben Sie Ihr Studium abgeschlossen?**

**Jahr:** \_\_\_\_\_

**Bitte geben Sie an in welchem Bereich/welchen Bereichen und in welchem Jahr Sie eine Facharztausbildung/en abgeschlossen haben.**

**Fach:** \_\_\_\_\_

**Jahr:** \_\_\_\_\_

**Fach:** \_\_\_\_\_

**Jahr:** \_\_\_\_\_

**Fach:** \_\_\_\_\_

**Jahr:** \_\_\_\_\_

**Haben Sie Ihre Weiterbildung im Bereich Palliativmedizin abgeschlossen?**

Ja  Nein

**Wenn ja, in welchem Jahr haben Sie Ihre Weiterbildung im Bereich Palliativmedizin abgeschlossen?**

**Jahr:** \_\_\_\_\_



## 28. Soziodemografie Ärzt. Spät (soziodemarztspäet)

**Das Thema des folgenden Fragebogens ist: Soziodemografie**

**Bitte geben Sie an, ob Sie inzwischen eine/weitere  
Facharztausbildung/en abgeschlossen haben.**

**Fach:** \_\_\_\_\_

**Jahr:** \_\_\_\_\_

**Fach:** \_\_\_\_\_

**Jahr:** \_\_\_\_\_

**Fach:** \_\_\_\_\_

**Jahr:** \_\_\_\_\_

**Haben Sie inzwischen Ihre Weiterbildung im  
Bereich Palliativmedizin abgeschlossen?**

Ja

Nein

**Wenn ja, in welchem Jahr haben Sie Ihre  
Weiterbildung im Bereich Palliativmedizin  
abgeschlossen?**

**Jahr:** \_\_\_\_\_

## 29. Soziodemografie Pfl. (soziodempfl)



**Diese Fragen betreffen ausschließlich Pfleger und Pflegerinnen, die einen Teil des Fragebogens ausgefüllt haben.**

**Ihre soziodemografischen Daten benötigen wir nur einmal. Wenn Sie diese Angaben bereits nach einem früheren Konsil gemacht haben, können Sie diese Fragen jetzt gerne überspringen.**

**Wie alt sind Sie?** \_\_\_\_\_

**Welchem Geschlecht ordnen Sie sich zu?**  weiblich  männlich  divers  keine Angabe

**Wie ist die genaue Bezeichnung Ihres Berufsabschlusses?**

\_\_\_\_\_

**In welchem Jahr haben Sie Ihre Ausbildung abgeschlossen?**

**Jahr:** \_\_\_\_\_

**Haben Sie Ihre Weiterbildung im Bereich Palliativmedizin abgeschlossen?**

Ja  Nein

**Wenn ja, in welchem Jahr haben Sie Ihre Weiterbildung im Bereich Palliativmedizin abgeschlossen?**

**Jahr:** \_\_\_\_\_

### 30. Soziodemografie Team (soziodemteam)

Wie viele Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen arbeiten in Ihrem Team der Palliativversorgung (Hospiz- oder SAPV)? \_\_\_\_\_ Personen

Schreiben Sie hier bitte die Berufsgruppen der Teammitglieder auf und wie viele Personen Ihres Teams, Sie eingeschlossen, diesen Gruppen angehören.

1. Ärzte und Ärztinnen: \_\_\_\_\_ Personen
2. Pflegende: \_\_\_\_\_ Personen
3. Physiotherapie: \_\_\_\_\_ Personen
4. Ergotherapie: \_\_\_\_\_ Personen
5. Musiktherapie: \_\_\_\_\_ Personen
6. Kunsttherapie: \_\_\_\_\_ Personen
7. Soziale Arbeit: \_\_\_\_\_ Personen
8. Seelsorge: \_\_\_\_\_ Personen
9. Ehrenamtliche/Freiwillige: \_\_\_\_\_ Personen
10. \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ Personen
11. \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ Personen
12. \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ Personen
13. \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ Personen
14. \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ Personen

Wie lange arbeiten Sie schon in Ihrem Hospiz- oder SAPV-Team? \_\_\_\_\_

Wann wurde Ihr Hospiz- oder SAPV-Team gegründet? \_\_\_\_\_

Ist die Teamzusammensetzung (Anzahl und Berufsgruppen) über die Zeit relativ konstant?

- wenig konstant     ausreichend konstant     mittelmäßig konstant     überwiegend konstant     sehr konstant

Falls Sie eine leitende Rolle haben, beschreiben Sie bitte Ihre Aufgaben:

---

---

### 31. Soziodemografie Kons. (soziodemkons)

#### **Das Thema des folgenden Fragebogens ist: Soziodemografie**

**Wie alt sind Sie?** \_\_\_\_\_

**Welchem Geschlecht ordnen Sie sich zu?**  weiblich  männlich  divers  keine Angabe

**In welchem Jahr haben Sie Ihr Studium abgeschlossen?**

**Jahr:** \_\_\_\_\_

**Bitte geben Sie an in welchem Bereich/welchen Bereichen und in welchem Jahr Sie eine Facharztausbildung abgeschlossen haben.**

**Fach: Neurologie**

**Jahr:** \_\_\_\_\_

**Fach:** \_\_\_\_\_

**Jahr:** \_\_\_\_\_

**Fach:** \_\_\_\_\_

**Jahr:** \_\_\_\_\_

**Haben Sie Ihre Weiterbildung im Bereich Palliativmedizin abgeschlossen?**

Ja  Nein

**Wenn ja, in welchem Jahr haben Sie Ihre Weiterbildung im Bereich Palliativmedizin abgeschlossen?**

**Jahr:** \_\_\_\_\_

**Wie lange bieten Sie schon Telekonsile für neurologische Fragestellungen an?**

\_\_\_\_\_

## 32. Soziodemografie Ang. (soziodemang)

**Das Thema des folgenden Fragebogens ist: Soziodemografie**

Bitte geben Sie an:

Ihr Alter: .....

Ihr Geschlecht:  weiblich  männlich  divers  keine Angabe

<b>In welcher Verbindung stehen Sie zur Patientin oder zu dem Patienten?</b>			
<input type="checkbox"/>	<b>Ehepartner/Ehepartnerin</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Befreundet</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Kind/Schwiegersohn/Schwiegertochter</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Verwandt</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Andere, und zwar:</b> _____		

<b>Leben Sie im gleichen Haushalt wie die Patientin oder der Patient?</b>			
<input type="checkbox"/>	<b>Ja</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b>

<b>Inwiefern sind Sie in die Pflege der Patientin oder des Patienten involviert?</b>			
<input type="checkbox"/>	<b>Vollzeit mit weiterer professioneller Unterstützung</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Unter 25%</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Vollzeit</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nur gelegentlich</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Über 50%</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Gar nicht</b>
<input type="checkbox"/>	<b>25-50%</b>		

<b>Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?</b>			
<input type="checkbox"/>	<b>Kein Abschluss</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Haupt- oder Volksschulabschluss</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Mittlere Reife/Realschulabschluss</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Abitur/fachgebundene Hochschulreife</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Abgeschlossenes Studium (Diplom, Bachelor, Master, Doktor)</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Sonstiges, und zwar:</b> _____

<b>Welcher beruflichen Tätigkeit sind Sie die meiste Zeit nachgegangen?</b>			
<input type="checkbox"/>	<b>arbeitslos</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Arbeiterin/Arbeiter</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Hausfrau/Hausmann</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Angestellte/Angestellter</b>
<input type="checkbox"/>	<b>selbständig</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Beamtin/Beamter</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Sonstiges, und zwar:</b> _____		

**Das Thema des folgenden Fragebogens ist: Soziodemografie der nahestehenden Person, also des Patienten oder der Patientin**

<b>Was ist ihr oder sein höchster Bildungsabschluss?</b>			
<input type="checkbox"/>	<b>Kein Abschluss</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Haupt- oder Volksschulabschluss</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Mittlere Reife/Realschulabschluss</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Abitur/fachgebundene Hochschulreife</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Abgeschlossenes Studium (Diplom, Bachelor, Master, Doktor)</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Sonstiges, und zwar:</b> _____

<b>Welcher beruflichen Tätigkeit ist sie oder er die meiste Zeit nachgegangen?</b>			
<input type="checkbox"/>	<b>arbeitslos</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Arbeiterin/Arbeiter</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Hausfrau/Hausmann</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Angestellte/Angestellter</b>
<input type="checkbox"/>	<b>selbständig</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Beamtin/Beamter</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Sonstiges, und zwar:</b> _____		