Förderprogramm

Versorgungsnahe Forschung - Chronische Krankheiten und Patientenorientierung

Förderer: Deutsche Rentenversicherung, Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, Verband privater Krankenversicherung, BMBF

Modul I Nr: 0233

Internetbasierte ambulante psychosoziale Nachsorge nach stationärer onkologischer Rehabilitation: Prozess- und Ergebnisqualität eines E-Mental-Health-Moduls

Abschlussbericht

Dipl.-Psych. Juliane Fink, Dipl.-Psych. Kai Kossow, Dipl.-Psych. Julia Hoffmann, PD Dr. Birgit Watzke & Prof. Dr. Holger Schulz

Unter Mitarbeit von

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie,
Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Dr. Hans Kordy, Dipl.-Psych. Benjamin Zimmer

Forschungsstelle für Psychotherapie,
Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Heidelberg
Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung .......................................................................................................................... 5

2 Hintergrund ...................................................................................................................... 7

3 Zielsetzung und Fragestellungen ..................................................................................... 15

4 Methoden ........................................................................................................................ 18

4.1 Designanpassung ......................................................................................................... 18

4.1.1 Modifikation I: Erweiterung der Zielsetzung/Fragestellung um
Aspekte der Feasibility ..................................................................................................... 18

4.1.2 Modifikation II: Einschlusskriterien ...................................................................... 20

4.1.3 Modifikationen III: Aufhebung der Festlegung auf „Kompetenznetz“-Kliniken .... 21

4.1.4 Modifikationen IV: Externe Therapeuten als zusätzliche Alternative zu klinikinternalen ................................................................. 22

4.1.5 Modifikation V: Quasi-experimentelles kontrolliertes Verfahren
anstelle der Randomisierung ......................................................................................... 23

4.2 Quantitative Quer- und Längsschnitterhebung......................................................... 25

4.3 Intervention ............................................................................................................... 27

4.4 Vergleich mit einer Kontrollgruppe .......................................................................... 31

4.5 Einschluss-/Ausschlusskriterien .............................................................................. 32

4.6 Hauptzielgrößen der Effektivitätsprüfung ............................................................... 34

4.7 Statistische Analysen .............................................................................................. 37

5 Ergebnisse Fragestellung A: Effektivität der Intervention ........................................ 39

5.1 Non-Responder-Analysen ......................................................................................... 39

5.1.1 Vergleiche mit der Non-Responder Stichprobe I .................................................. 39

5.1.2 Vergleiche mit der Non-Responder Stichprobe II .............................................. 41

5.1.3 Vergleiche mit der Non-Responder Stichprobe III ........................................... 42

5.2 Stichproben ............................................................................................................ 76
5.3 Ergebnisevaluation ................................................................. 79
6 Ergebnisse Fragestellung B: Zufriedenheit mit der Intervention .... 100
7 Ergebnisse Fragestellung C: Prozessqualität............................. 116
7.1 Prozessparameter Aktivität...................................................... 116
7.2 Fragebogen ......................................................................... 117
7.3 Compliance ........................................................................ 120
7.4 Zusammenhang soziodemografische Charakteristika und
  Chatteilnahmen ..................................................................... 122
7.5 Zusammenhang Chatteilnahme und Gesamtbewertung der Teilnahme ... 123
7.6 Zusammenhang Aktivität/Gruppenevaluation und Chatteilnahme .... 124
7.7 Zusammenhang Aktivität und Gruppenevaluation ..................... 125
7.8 Zusammenhang Aktivität und Verbesserung des Gesundheitszustandes.. 126
8 Ergebnisse Fragestellung D & E: Patientenseitige Akzeptanz und
  Feasibility ............................................................................ 128
8.1 Arbeitsschritt 1..................................................................... 130
  8.1.1 Methode ........................................................................ 130
  8.1.2 Ergebnisse ...................................................................... 137
  8.1.3 Zusammenfassung ......................................................... 143
  8.1.4 Limitationen................................................................... 149
8.2 Arbeitsschritt 2..................................................................... 150
  8.2.1 Forschungsfragen und Operationalisierungen .................... 151
  8.2.2 Methoden ...................................................................... 153
  8.2.3 Befragung der männlichen Stichprobe ............................ 156
  8.2.4 Befragung der weiblichen Stichprobe .............................. 183
8.3 Arbeitsschritt 3..................................................................... 208
  8.3.1 Methode und Stichprobe ................................................. 209
  8.3.2 Ergebnisse ...................................................................... 211
9 Diskussion ............................................................................................................. 234

9.1 Fragestellung A: Effektivität der Intervention ........................................... 235

9.2 Fragestellung B: Zufriedenheit mit der Intervention .................................. 242

9.3 Fragestellung C: Prozessqualität ............................................................... 245

9.4 Fragestellung D: Patientenseitige Akzeptanz .......................................... 246

9.4.1 Beurteilung der Chatgruppensitzungen aus Patientensicht ..................... 246

9.4.2 Fördernde und hemmende Faktoren der Inanspruchnahme .................... 252

9.5 Fragestellung E: Feasibility des E-Nachsorge-Moduls ................................ 257

10 Zusammenfassendes Fazit ........................................................................... 258

11 Literaturverzeichnis ..................................................................................... 260

12 Anhang ........................................................................................................ 1

12.1 Anhang A: Telefoninterview – Leitfaden zum Fragebogen T1 ............... 2

12.2 Anhang B: Einverständniserklärung zum Telefoninterview ................. 10

12.3 Anhang C: Interview-Leitfaden zur Akzeptanz des E-Nachsorge-Angebotes ......................................................................................... 11

12.4 Anhang D: Interviewleitfäden .................................................................. 16

12.4.1 Anhang D.1 Interviewleitfaden Projektbeteiligte ............................... 16

12.4.2 Anhang E.2 Interviewleitfaden Therapeuten ................................... 18
1 Einleitung


Mit Bezugnahme auf den Ansatz der Versorgungsforschung wurde eine prospektive Mehrzeitpunktbefragung (vor und nach der stationären Rehabilitation, vor und nach der E-Nachsorge) im Rahmen eines quasiexperimentellen Kontrollgruppendesigns realisiert. Patienten, die eine E-Nachsorge erhielten, wurden mit Patienten, die „Treatment as usual“ (d.h. keine spezifische E-Nachsorge) erhielten, hinsichtlich ihres Behandlungserfolges (Lebensqualität, funktionale Gesundheit, psychisches Befinden u.a.) verglichen. Ein zweiter Schwerpunkt beinhaltet Fragen der Implementierung, der Umsetzbarkeit und der Akzeptanz des Modells. Analysen zum Prozess ergänzen das Design.

Bei entsprechend positiven Evaluationsergebnissen würde ein effizientes E-Nachsorge Modul für die Routineversorgung zur Verfügung gestellt werden. Darüber hinaus könnte mit der Studie eine empirische Basis für potentielle Übertragungen auf andere Indikationsbereiche, z.B. andere chronische Erkrankungen, gelegt werden.

Der Bericht ist so aufgebaut, dass zunächst der theoretische Hintergrund beschrieben wird, dann das Design des Projekts im Überblick dargestellt wird und daran anschließend die vier Teilstudien jeweils mit den Abschnitten Stand der Forschung, Fragestellung, Methoden und Ergebnisse dargestellt werden. Die Fragestellungen der

\textsuperscript{1}Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird, sofern nicht explizit zwischen den Geschlechtern unterschieden werden soll, auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung, wie z.B. Patient/Patientin, verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.
Teilstudien beziehen sich auf die Effektivität und Patientenzufriedenheit, die Prozessqualität, die Akzeptanz und die Machbarkeit. Abschließend erfolgt eine zusammenfassende Diskussion des Projekts.
2 Hintergrund

Verlangsamung. Hingegen können depressive Verstimmungen und ängstliche Reaktionen bei Diagnosestellung oder anderen schlechten Nachrichten im Krankheitsverlauf als eine angemessene Reaktion auf die psychische Belastung interpretiert werden (Massie, 2004; Weis et al., 2006). Entsprechend verschiedener Studienergebnisse variieren die Prävalenzraten der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) zwischen 0 und 32% (Weis et al., 2006). Sie treten in der Folge eines definierten traumatischen Ereignisses wie z.B. einer invasiven Therapie auf und beinhalten Symptome wie das Wiedererleben des Geschehenen, Übererregung oder Vermeidungssymptome.

Insbesondere psychische Störungen tragen unbekleidet ein hohes Risiko der Chronifizierung in sich (Jacobi et al., 2004). Sie sind häufig mit großem persönlichen Leid und starken Beeinträchtigungen verbunden und stellen in Europa die Erkrankungsgruppe mit dem höchsten Anteil an DAYLs dar („Disability Adjusted Life Years“; Kaplan & Laing, 2004). Sowohl die krankheits- und behandlungsbedingten Belastungen als auch psychische Komorbidität gehen in der Regel mit starken Beeinträchtigungen von Aktivität, Partizipation und gesellschaftlicher Teilhabe einher, was den Stellenwert einer rehabilitativen Behandlung und Nachsorge verdeutlicht.


Internetanschluss in den kommenden Jahren immer weniger ein Hindernis für die Teilnahme an einem internetbasierten Nachsorgeangebot sein wird.


Reihe noch in Studien befindlicher Projekte (Hoybye et al., 2010; Im et al., 2007; Klemm & Hardie, 2002; Lieberman et al., 2003; Shaw et al., 2006; Winzelberg et al., 2003). Den größten Anteil an den so genannten „online support groups“ (OSGs), „Internet support groups“ (ISGs) oder „Internet cancer support groups“ (ICSGs) bilden Angebote für Mammakarzinom-Patientinnen. Diese Internet basierten psychosozialen Nachsorgeangebote sind unterschiedlich strukturiert und setzen verschiedene Ressourcen voraus. So werden in einigen Studien Computer und Internetzugänge gestellt sowie Einweisungen gegeben (Hoybye et al., 2010; Lu, Shaw & Gustafson, 2011), bei anderen werden der Internetzugang und Umgang mit dem Internet vorausgesetzt (Owen, Klapow, Roth & Tucker, 2004). Die Studiendesigns und somit die Art der Internetangebote sind ebenso unterschiedlich angesetzt. Lieberman et al. (2003) bildeten mehrere „online support groups“ mit Mammakarzinom-Patientinnen, welche sich selbst über das Internet beworben hatten. Diese trafen sich einmal in der Woche für 1,5 Stunden mit einem geschulten Therapeuten im Chat. Hoybye et al. (2010) sahen auch geschlossene Chatgruppen vor, jedoch ohne therapeutische Interventionen. Die Chatrooms waren 24 Stunden geöffnet und sollten so einen Austausch für eine Selbsthilfegruppe ermöglichen. Lepore, Buzaglo, Lieberman, Golant und Davey (2011) verglichen eine „standard online support group“ für Mammakarzinom-Patientinnen mit einer OSG, für die Patientinnen im Voraus geschult wurden, um anderen teilnehmenden Patientinnen gezielte Hilfe zukommen zu lassen.


nach Informationen im Internet von Krebs- und chronisch Erkrankten ebenfalls weder die psychische noch die physische Gesundheit als Prädiktoren für die Inanspruchnahme feststellen.

Auch eine weitere Untersuchung von an Krebs erkrankten Männern konnte psychische oder körperliche Symptome, soziale Unterstützung oder die Entfernung zur Einrichtung als Prädiktoren für die Teilnahme an internet- und telefonbasierten psychosozialen Angeboten nicht nachweisen (Corboy et al., 2011).

Die Übertragung eines psychosozialen E-Programmes auf die Onkologie und den Bereich der Nachsorge erscheint wichtig vor dem Hintergrund des oben dargestellten aktuellen Forschungsstandes, aber auch des Fehlens eines speziellen Nachsorgeprogramms für diesen Indikationsbereich.

Auf der Basis bisheriger Erfahrungen (Kordy et al., 2006) wurde davon ausgegangen, dass sich das Modul einfach in die Routine implementieren lässt. Insbesondere nach Implementierung könnte das Modul ein ökonomisches Verfahren darstellen, da die laufenden Kosten niedriger als bei 'face to face'- Angeboten sind.

In Hinblick auf die schnelle Weiterentwicklung und zunehmende Durchdringung der EDV-gestützten Kommunikationstechnologien aller sozialen Schichten und Altersgruppen kann das Projekt als 'Einstieg' gesehen werden, der das Potenzial für die weitere Nutzung dieser Technologien im Gesundheitsbereich beinhaltet.
3 Zielsetzung und Fragestellungen


Die **konkreten Zielsetzungen** der Evaluation umfassen die Überprüfung der Ergebnisqualität/Effektivität (A), der Patientenzufriedenheit mit Behandlung und Ergebnis (B) und der Prozessqualität des E-Nachsorge-Moduls (C) sowie die patientenseitige Akzeptanz (D) und Feasibility des E-Nachsorge-Moduls (E). Es lassen sich dabei folgende **Hauptfragestellungen** spezifizieren:  

(A.1) Kann onkologische E-Nachsorge die Effekte der onkologischen Rehabilitation sichern bzw. ausbauen? Unterscheiden sich Patienten des E-Nachsorge-Moduls von Patienten, die kein spezifisches Nachsorge-Angebot erhalten (d.h. Treatment as usual, TAU), in Hinblick auf ihr Behandlungsergebnis auf Ebene (a) der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und des funktionellen Status, (b) der psychischen bzw. emotionalen Gesundheit, (c) weiterer krankheitsbezogener sowie sozialmedizinischer Variablen (Wiederherstellung der Teilhabe am beruflichen Leben), (d) Selbstwirksamkeitserwartung/Empowerment?  

Als Teilfragestellung hiervon ergibt sich: Gibt es Unterschiede in der Effektivität zwischen weiblichen und männlichen Chat-Teilnehmern (d.h. zwischen...
Mammakarzinom-Patientinnen einerseits und Prostata-/Gastrointestinalkarzinom-Patienten andererseits)?

(B.1) Wie zufrieden sind die Patienten mit dem Behandlungsangebot im Rahmen der E-Mental-Health-Nachsorge? Wie zufrieden sind sie mit den für die E-Nachsorge spezifischen Elementen?

(B.2) Gibt es Unterschiede in der Zufriedenheit zwischen Mammakarzinom- und Prostata-/Gastrointestinalkarzinom-Patienten?

(C) Welche psychotherapeutischen (psychosozialen) Prozesse bzw. Prozesselemente werden im Rahmen der E-Mental-Health-Nachsorge realisiert? Welche Wirkfaktoren sind identifizierbar (auch im Vergleich zu psychotherapeutischen face-to-face-Angeboten)? Welche Prozessmerkmale führen zu einem positiven Gruppenerleben?

(D.1) Wie hoch ist die Akzeptanz einer Chat-Nachsorge bei onkologischen Patienten?

(Teilfragestellung: Welche patientenseitigen Faktoren fördern die Akzeptanz oder schränken sie ein?)

(D.2) Welche Barrieren bzw. hemmenden Bedingungen tragen darüber hinaus dazu bei, dass Patienten nicht an einem Chat-Angebot teilnehmen?

(D.3) Welche fördernden Faktoren können identifiziert werden, damit eine Nachsorge über das Internet von potentiell bedürftigen Patienten in höherem Ausmaß in Anspruch genommen wird?

(E.1) Welche institutionseitigen Faktoren (z.B. Technik, Möglichkeiten der Schulung, Zeitaufwand der Klinik/Behandler für Chatvorbereitung, persönliches Eingebundensein der Patienten in die Psychoonkologie und Akzeptanz der Therapeuten, etc.) haben einen Einfluss auf die (praktische) Umsetzbarkeit eines internetgestützten Nachsorgemoduls?

(E.2) Welchen Einfluss haben die unter (E.1) identifizierten Faktoren auf die Implementierung und Durchführung des internetgestützten Nachsorgemoduls?

Als Hypothese zur Fragestellung A.1 wird erwartet, dass in beiden Indikationsgruppen die E-Nachsorge der Kontrollgruppen-Bedingung hinsichtlich des Behandlungserfolges in den primären und sekundären Outcomevariablen überlegen ist.

Dementsprechend wird erwartet, dass Patienten mit E-Nachsorge vom Beginn der Intervention zum Follow Up sich hinsichtlich der oben definierten Zielbereiche a) bis d)
in einem signifikant höheren Ausmaß verbessern bzw. weniger verschlechtern als Patienten der Kontrollgruppe.


Die Fragestellungen B.1 und B.2 besitzen explorativen Charakter, für sie wird keine Hypothese formuliert.

Die Fragestellung C besitzt zum Teil explorativen Charakter, es können aber Teilhypothesen auf Grundlage vorauslaufender Studien formuliert werden: Prozessparameter, insbesondere die Aktivität der Patienten im Chat, stehen in Zusammenhang mit einer positiven Einschätzung der Gruppen sowie einem positiven Outcome.

Die Fragestellungen D und E besitzen explorativen Charakter für die keine Hypothesen formuliert werden.
4 Methoden

4.1 Designanpassung


4.1.1 Modifikation I: Erweiterung der Zielsetzung/Fragestellung um Aspekte der Feasibility

Die Ergebnisse der ersten Phase der Patientenrekrutierung liefern wertvolle Daten für ein Abschätzen der Implementierungsmöglichkeiten und -grenzen des entwickelten eNachsorgeangebots für onkologische Patienten in der Routine. Die in der ersten Projektphase deutlich werdenden Hinweise auf Hürden und Schwierigkeiten wurden in einer „Machbarkeitsstudie“ weiter vertieft, d.h. es wurde eine Erweiterung der Zielsetzung und der Fragestellung des Projektes vorgenommen.

4.1.1.1 Fragestellungen zur Akzeptanz sowie zu fördernden und hemmenden patientenseitigen Bedingungen

Der Fokus der durchzuführenden Befragungen wurde auf die fördernden und hemmenden Faktoren bezüglich der patientenseitigen Akzeptanz und Motivation gerichtet. Dies beinhaltet einerseits strukturelle Voraussetzungen (z.B. Internetverfügbarkeit und Zugangsmöglichkeiten zu Computern auf Seiten der Patienten; Teilnahme an Schulungen und Informationsveranstaltungen) als auch persönliche Einstellungen und Offenheit gegenüber einem internetgestützten Nachsorgeangebot. Als zusätzliche Fragestellungen ergaben sich hieraus:

(D.1) Wie hoch ist die Akzeptanz von einer Chat-Nachsorge bei onkologischen Patienten bzw. welche persönlichen Faktoren schränken die Akzeptanz ein?
(D.2) Welche Barrieren / hemmenden Bedingungen spielen eine Rolle, dass Patienten nicht an einem Chat-Angebot teilnehmen?

(D.3) Welche fördernden Faktoren können identifiziert werden, damit eine Nachsorge über das Internet von potentiell bedürftigen Patienten in höherem Ausmaß in Anspruch genommen wird?

Die hier vorgeschlagenen ergänzenden Fragestellungen werden mit Hilfe speziell entwickelter Fragebögen und ergänzenden Interviews (s. Ergebnisse Fragestellung D & E) erhoben. Die hauptsächlichen Dimensionen beziehen sich auf a) den grundsätzlichen Bedarf und die tatsächliche Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten b) den Zugang und die Nutzung von neuen Technologien und Medien (Computer, Internet, Chat), und c) das Wissen über, die Nutzung von und den Bedarf an psychosozialen Unterstützungsangeboten via Internet.

4.1.1.2 Weitere Fragestellungen zu fördernden und hemmenden Faktoren technischer und organisatorischer Rahmenbedingungen


Die Themenfelder dieser Machbarkeitsstudie sind:

- organisatorische Umsetzung
- wirtschaftliche Machbarkeit (z.B. Kostenrahmen, Finanzierung)
- technische Machbarkeit
- Ressourcen und Verfügbarkeit
- zeitliche Umsetzung
rechtliche Umsetzung


Als zusätzliche Fragestellung ergibt sich hieraus:

(E) Welche organisatorischen, personellen, wirtschaftlichen, technischen, zeitlichen und rechtlichen Voraussetzungen müssen für eine erfolgreiche Implementierung eines computergestützten Nachsorgeangebotes geschaffen werden?

4.1.2 Modifikation II: Einschlusskriterien

Im Verlauf der Pilotstudie wurden die Einschlusskriterien weiter spezifiziert. Zusätzlich zu den weiterhin gültigen Kriterien

- ausreichende deutsche Sprachkenntnisse,
- mehr als drei Tage stationärer Behandlung,
- vorliegender „informed consent“,
- Indikation: Prostata-/Gastrointestinalkarzinom bzw. Mammakarzinom

wurden folgende weitere Kriterien formuliert:

- keine schwere Depression bzw. akute, rezidivierende oder chronische Suizidalität,
- keine akute psychotische Symptomatik.
Im Zuge der Pilotstudie wurden die einzubeziehenden Diagnosegruppen aufgrund der starken Ähnlichkeit in der Problematik durch die Erkrankung und der in der Klinik relativ hohen Fallzahlen bei der männlichen Stichprobe um die Indikationen aus dem Bereich der bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane (ICD 10: C15x, C16x, C17x, C18x, C19x, C20x, C21x) erweitert. Es ist anzumerken, dass hierdurch keine Modifikationen der Themenauswahl in der Intervention vorgenommen werden mussten, jedoch sollen die durchführenden Therapeuten bei der Gewichtung der Probleme und Themen der jeweiligen Indikationen der Chat-Teilnehmer Rechnung tragen.


4.1.3 Modifikationen III: Aufhebung der Festlegung auf „Kompetenznetz“-Kliniken

Die ursprüngliche Projektplanung sah vor, die Studie im Klinikverbund mit dem „Kompetenznetz Onkologie“ Kliniken der Paracelsusgruppe durchzuführen. Um die für die Effektivitätsüberprüfung notwendigen Fallzahlen zu erreichen, wurde vorgeschlagen, zusätzliche Rehabilitationskliniken einzubeziehen. Dabei war geplant, weiterhin an mindestens vier Studienstandorten Teilnehmer zu rekrutieren.
Aufgrund der in der Pilotstudie evaluierten Fallzahlen und der korrigierten Rekrutierungsquote im Verhältnis zu dem anfallenden Arbeitsaufwand innerhalb der Klinik wurde die Eignung der Studienstandorte für eine weitere Implementierung der Intervention neu geprüft.

Die ausgewählten Studienstandorte sind:

- „Paracelsus Klinik am See“ Bad Gandersheim
- „Nordfrieslandklinik“ St. Peter-Ording (neuer Studienstandort: Rekrutierung seit Juni 2009)

4.1.4 Modifikationen IV: Externe Therapeuten als zusätzliche Alternative zu klinikinternen

Therapeuten


Antizipierte Vorteile:

- Zentrale Rekrutierung und Schulung von Therapeuten
- Höhere Flexibilität
- Bessere Koordinierungsmöglichkeiten
- Höhere „Ausgangsmotivation“
- Möglichkeit von klinikübergreifenden Gruppen
- Von dem Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf geschulte und qualifizierte Therapeuten stehen zur Verfügung
Potentielle Nachteile, die sich daraus ergeben könnten, dass sich Chattherapeut und Chatteilnehmer nicht kennen, könnten durch eine Übergabe durch die Bezugstherapeuten bzw. Einblick in die Krankenakte minimiert werden. Zudem war geplant, dass die Therapeuten vor Beginn der Chatsitzungen jeden Chatteilnehmer telefonisch kontaktieren. Die Hauptziele dieser telephonischen Kontaktaufnahme waren unter anderem a) das Kennenlernen von Therapeut und Patient, b) die verbindliche Planung der Chateilnahme (inklusive Kriseninterventionsstrategien, organisatorisches, etc.) und c) die Absprache der Kontaktmöglichkeiten (bei technischen und/oder persönlichen Problemen).

4.1.5 Modifikation V: Quasi-experimentelles kontrolliertes Verfahren anstelle der Randomisierung

Vor dem Hintergrund der aus der ersten Phase des Projektes resultierenden Rekrutierungszahlen, die geringer als erwartet ausfielen, wird vorgeschlagen, das randomisierte kontrollierte Studiendesign zu Gunsten eines quasi-experimentell kontrollierten Verfahrens zu ersetzen. Dies beinhaltete, dass alle Patienten, die an der eNachsorge teilnahmen, der Interventionsgruppe (IG) zugeordnet wurden.

Um bei diesem Design eine hohe interne Validität sicherzustellen, war die sorgfältige Auswahl der Kontroll- bzw. Vergleichsgruppe sowie ggf. zusätzliche statistische Verfahren zur Kontrolle potentieller Störvariablen wichtig:

Es wurde somit vorgeschlagen, eine Kontrollgruppe (KG) in die Studie einzuschließen, die aus Patienten besteht, die aus anderen aktuell laufenden oder bereits abgeschlossenen onkologischen Studien des Hamburger Instituts mit gleichen Messzeitpunkten, Instrumenten und Einrichtungen rekrutiert werden konnten. Da es sich bei letzteren Untersuchungen nicht um Interventionsstudien handelt, kann bei diesen Datensätzen von ungelegierten Stichproben ausgegangen werden.

Zur Kontrolle von Störvariablen ist geplant gewesen, auf das Verfahren des Matching bzw. der Parallelisierung zurückzugreifen. Der Einfluss von systematischen Störvariablen könnte dadurch minimiert werden, dass durch die Parallelisierung Gruppen geschaffen werden, in denen die Störvariablen in gleichem Ausmaß vorhanden sind. Anhand vorliegender Literatur und der Erfahrung der Pilotphase kann mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass das Alter einen zentralen Con-

Neben der Parallelisierung auf der Ebene der Stichprobaziehung sollten zusätzliche statistische Kontrollen über kovarianzanalytische Auswertungsstrategien (ANCOVA) zur Anwendung kommen, d.h. es sollten weitere potentielle Störgrößen als Kovariate in der Auswertung Berücksichtigung finden und somit möglichen weiteren Confoundern Rechnung getragen werden.
4.2 Quantitative Quer- und Längsschnitterhebung

Es wurde eine prospektive Längsschnitterhebung durchgeführt, in deren Rahmen Patienten zu drei bzw. vier Messzeitpunkten schriftlich befragt wurden: Zu Beginn ihrer stationären Rehabilitationsbehandlung (t1), bei Beendigung der stationären Behandlung (t2); in der Interventionsgruppe ggf. zusätzlich bei Beginn der E-Nachsorge (t2*), wenn nach dem Ende der Reha und dem Beginn der Intervention mehr als 4 Wochen lagen; bei Beendigung der E-Nachsorge (t3) bzw. in der Kontrollgruppe sechs Monate nach t1. Die Erhebungen des primären und sekundären Outcomes erfolgten mittels international eingeführter, standardisierter Fragebogenverfahren (vgl. Hauptzielgrößen der Effektivitätsprüfung)

Für die Messzeitpunkte t1 und t2 war die Datenerhebung in die Klinikroutine der Rehabilitationskliniken implementiert; die Patienten erhielten zu diesen beiden Messzeitpunkten die Fragebogenverfahren im Rahmen ihrer stationären Behandlung. Zu t3 erfolgte die Befragung postalisch. Es stand für alle Messzeitpunkte kontinuierlich ein wissenschaftlicher Mitarbeiter als Ansprechpartner für die Patienten, aber auch für das Klinikpersonal zur Verfügung. Die Datenerhebung, -dokumentation und -aufbereitung wurde in der Hamburger Studienzentrale koordiniert.

Die Erfahrungen in bereits durchgeführten katamnestischen Untersuchungen der Antragsteller legten es nahe, vermehrt Bemühungen auf die Sicherstellung einer ausreichend hohen Rücklaufquote bei den postalischen Befragungen zu verwenden. Daher war bei den Messzeitpunkten t3 für Patienten, bei denen zwei Wochen, nachdem sie um das Ausfüllen der Fragebogen gebeten worden waren, noch keine Rücksendung vorlag, ein mehrstufiges "Nachfassen" erfolgt (Erinnerungsschreiben, weitere zwei Wochen später: erneutes Erinnerungsschreiben bzw. telefonische Nachfrage).

Auf Grundlage vorheriger Erfahrungen wurde von einer Bearbeitungszeit pro Fragebogen von ca. 30 bis 40 Minuten ausgegangen. Die Fragebogen wurden patientengerecht gestaltet, die Teilnahme von z.T. älteren Patientengruppen wurde dabei entsprechend berücksichtigt (hinsichtlich Schriftgröße, Layout etc). Obwohl die Befragungen zu t1 bis t3 zumindest für die Interventionsgruppen auch webbasiert hätten erfolgen können, kamen ausschließlich Papier- und Bleistift-Verfahren zur Anwendung, vor allem um die Vergleichbarkeit zwischen IG und KG zu gewährleisten.
Für die Fragestellung C (Untersuchung von Prozesselementen der E-Nachsorge) sowie B (Zufriedenheit mit dem E-Angebot), die sich ausschließlich auf die IG beziehen, wurden ergänzend hingegen auch webbasierte Informationen bzw. Datenerhebungen einbezogen (digitalen Sitzungsprotokolle, webbasierte Kurzbefragungen nach jeder Sitzung).
4.3 Intervention


Da die Erfahrungen aus der Eingangsphase des Projektes gezeigt haben, dass die aktuellen Chatgruppen wenig Bezugnahme auf speziale Behandlungen und Erfahrungen der Patienten während des Klinikaufenthaltes zeigten, die Themen während der Chatsitzungen hauptsächlich auf die aktuellen Situationen und Lebensumstände der Patienten fokussierten und zudem nicht gewährleistet werden konnte, dass die Chats von den jeweiligen Bezugstherapeuten der teilnehmenden Patienten geleitet werden, wurden in den Fällen, in denen klinikinterne Therapeuten nicht zur Verfügung standen, externe Therapeuten eingesetzt. Um potentiellen Nachteilen, die sich daraus ergeben könnten, z.B. dass sich Chattherapeut und Chatteilnehmer nicht kennen, entgegenzuwirken, kontaktieren die Therapeuten vor Beginn der Chatintervention jeden Chatteilnehmer noch einmal telefonisch, um unter anderem die verbindliche Planung der Chatteilnahme (inklusive Kriseninterventionsstrategien, organisatorische Punkte, etc.) und die Absprache der Kontaktmöglichkeiten (bei technischen und/oder persönlichen Problemen) zu gewährleisten. Der persönliche Vorkontakt diente der Schaffung einer Vertrauensbasis. Dar-
über hinaus bestand für die eigens für den Chat geschulten externen Therapeuten die Möglichkeit sich mit dem in den Kliniken arbeitenden Personal auszutauschen.

Bezüglich dieser Modifikation des Designs konnten positive Erfahrungen gesammelt werden: Es zeigte sich in einer ersten Zwischenbilanz, dass die vier für die Durchführung der Studie zusätzlich rekrutierten externen Therapeuten, d.h. solche, die nicht in den teilnehmenden Kliniken arbeiten, von keinen Problemen bei der Durchführung der Chatgruppen berichteten, welche aus einer fehlenden Behandlungskontinuität hätten resultieren können. Dies kann aus unserer Sicht zum einen darin begründet sein, dass die in den Gruppen bearbeiteten Probleme und Fragestellungen eher generischer Natur sind und das modulare Konzept des Angebots entsprechend inhaltlich ausreichend breit gefächert ist (bei gleichzeitiger Möglichkeit Schwerpunkte zu setzen). Zum anderen ist es offensichtlich von großem Vorteil, psychoonkologisch erfahrene Therapeuten für dieses Angebot zu gewinnen, welche vor dem Hintergrund ihrer Erfahrung in der Lage sind, sich auf die spezifischen Probleme und Bedürfnisse der Patienten adäquat einzustellen und gleichzeitig eine hohe Offenheit gegenüber dem Medium Internet und speziell der Form der Internetchatgruppe mitbringen.

Insgesamt standen der Studie im Verlauf vier interne und sechs externe von dem Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf geschulte und qualifizierte Therapeutinnen und Therapeuten, d.h. mit Erfahrungen im onkologischen Bereich und mit Kenntnis über die vorauslaufende stationäre Behandlung, zur Verfügung.

Angeboten der Selbsthilfe auseinandersetzen konnte. Die Teilnehmer wurden ermutigt, Selbsthilfe für sich zu erproben; Patienten, die in der Gruppe bereits den Nutzen der Selbsthilfe für sich entdeckt hatten, konnten dabei positive Modellfunktion übernehmen. Bei Bedarf wurden konkrete Hilfestellungen für die Organisation der Selbsthilfe vor Ort gegeben (z.B. Anlaufstellen, Adressen etc.).

Zielgruppe waren Patienten mit Indikation zur Nachsorge, d.h. Patienten mit höherer psychosozialer Belastung. Für den (nicht als sehr wahrscheinlich anzusehenden) Fall, dass Patienten im Zuge der E-Nachsorge emotional dekompensierten, lag eine Kriseninterventionsstrategie auf mehreren Ebenen vor, die in Abschnitt „Intervention“ näher dargestellt wird.

Bei einem offenen Gruppenformat (maximal 10 Teilnehmer) wurden 12 wöchentliche Gruppensitzungen von jeweils 60-90 Minuten vorgesehen. Zu Beginn wurde für jede der Kliniken eine eigene Chatgruppe eingerichtet, d.h. die Patienten einer Gruppe waren im Idealfall in derselben Einrichtung stationär behandelt worden. Im Projektverlauf zeigte sich jedoch, dass innerhalb einer Klinik nicht genügend Patienten in einem absehbaren Zeitraum rekrutiert werden konnten, sodass Chatgruppen auch klinikübergreifend angeboten wurden. Gruppenpsychotherapeuten kamen zu Beginn der Studie aus der jeweiligen Einrichtung, später konnten auch externe Therapeuten als Chatgruppenleiter gewonnen werden.

Die Forschungsstelle für Psychotherapie stellte auf der Basis des in der Praxis bewährten Modells der „Internet-Brücke“ einen speziell für diesen Zweck adaptierten Chatraum und entsprechende Software zur Verfügung und gewährleistete die organisatorische und technische Administration während der Durchführung.

Die vorauslaufenden eigenen Studien sprachen für eine Akzeptanz des E-Angebots. Allerdings war im Kontext der Studie bei der Bereitstellung des Angebots, aber auch bei der Rekrutierung, besonders zu beachten, dass bei den beiden Indikationsgruppen ein wesentlicher Anteil der Patienten einer Alterskohorte angehört, denen die Nutzung des Computers und des Internets in der Regel nicht so vertraut ist wie dies bei jüngeren Generationen der Fall ist. Um diesem Rechnung zu tragen, wurden folgende Elemente vorgesehen:

− patientengerechte Einführung in das Angebot (technische Anleitung für die Handhabung des Moduls) schon während des Klinikaufenthaltes (Informations-
veranstaltung während der letzten Tage ihrer stationären Behandlung mit praktischen Übungen an Laptop-Computern),


- ein persönlicher Ansprechpartner, der den Patienten (aber auch den Therapeuten) bei Bedarf während der gesamten Durchführung kontinuierlich für technische Fragen und Probleme per Telefon zur Verfügung stand (z.B. wenn teilnehmende Patienten mit ihrem Computer oder Internetzugang zuhause Probleme hatten).

4.4 Vergleich mit einer Kontrollgruppe

Die Patienten der Kontrollgruppe (KG) erhalten nach ihrer stationären Rehabilitation und bei bestehender Indikation für eine psychosoziale Nachsorge – anders als die Interventionsgruppe (IG) – kein spezifisches E-Nachsorgeangebot, sondern „Treatment as usual“ (TAU). IG und KG unterscheiden sich dementsprechend bezogen auf die erhaltenene Behandlung lediglich hinsichtlich der zusätzlichen Teilnahme der Interventionsgruppe an der in Abschnitt 4.3 beschriebenen E-Nachsorge, d.h. in der systematischen Nutzung des Internets in Form einer angeleiteten psychotherapeutischen (psychosozialen) Chatgruppe.

Die Kontrollgruppe wird im Rahmen der Regelversorgung d.h. im Rahmen der standardmäßig vorgehaltenen Angebote des deutschen Gesundheitssystems – ggf. – weiter-versorgt. Da explizite psychosoziale Nachsorgeangebote nach stationärer Behandlung bisher für Patienten der onkologischen Rehabilitation nicht systematisch in die Regelversorgung eingeführt sind, war anzunehmen, dass der überwiegende Anteil der Patienten der KG an keiner expliziten poststationären Nachsorge teilnehmen wird. Hinsichtlich des allgemeinen psychosozialen Nachsorgeverhaltens zeigt eine aktuelle Untersuchung onkologischer Patienten (N = 1193, davon 58% Mammakarzinom), dass ein Jahr nach stationärer Rehabilitation 16% der Patienten niedergelassene Psychotherapeuten, 11% psychologische Beratung, 9% Selbsthilfegruppe und 5% Krebsberatungsstellen in Anspruch genommen haben (Mehner & Koch, 2007), was auf eine im Vergleich zu vorhergehenden Jahren gestiegene Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung hinweist. Gemäß der Studie werden internetgestützte Angebote von 2,4% (Internetberatung durch Experten) bzw. 3,7% (Internet-Forum für Betroffene) der Patienten genutzt. Diese nur geringe Nutzung spiegelt den bisher nicht systematischen Einsatz von Angeboten des Internets im deutschen Gesundheitssystem wider. Es war somit zu Beginn der Studie nicht davon auszugehen, dass Patienten der KG das Internet diesbezüglich systematisch oder im größeren Umfang in Anspruch nehmen werden.
4.5 Einschluss-/Ausschlusskriterien


Im Verlauf der Pilotstudie wurden die Einschlusskriterien weiter spezifiziert. Zusätzlich zu den weiterhin gültigen ursprünglichen Kriterien

- ausreichende deutsche Sprachkenntnisse,
- mehr als drei Tage stationärer Behandlung,
- vorliegender „informed consent“ und
- Indikation: Mammakarzinom und Prostata-/Gastrointestinalkarzinom

wurden folgende weitere Kriterien formuliert:

- keine schwere Depression bzw. akute, rezidivierende oder chronische Suizidalität
- keine akute psychotische Symptomatik.

Im Zuge der Pilotstudie wurde das Kriterium „Krebsdiagnose“ für den Einschluss in die Studie aufgrund der in der Klinik relativ hohen Fallzahlen und der starken Ähnlichkeit in der Problematik durch die Erkrankung bei der männlichen Stichprobe um die Indikationen aus dem Bereich der bösartigen Neubildungen der Verdauungsgänge (ICD 10: C15x, C16x, C17x, C18x, C19x, C20x, C21x) erweitert. Es ist anzumerken, dass hierdurch keine Modifikationen der Themenauswahl in der Intervention vorgenommen werden mussten, jedoch sollten die durchführenden Therapeuten bei der Gewichtung der Probleme und Themen der jeweiligen Indikationen den Chat-Teilnehmern Rechnung tragen.

Geplant war, die Patienten konsekutiv innerhalb des Rekrutierungszeitraumes in die Studie einzuschließen. Da zum Zeitpunkt t1, d.h. bei Beginn der stationären Rehabilitationsmaßnahme, noch nicht bekannt war, welche Patienten nach der stationären Behandlung für sich eine Indikationsstellung für eine psychosoziale Nachsorge einschätzen und somit potenzielle Teilnehmer für die Studie darstellen, wurden konsekutive Stichproben aller Patienten mit Mammakarzinom und Prostata-
/Gastrointestinalkarzinom, die in den beteiligten Rehabilitationseinrichtungen eine Behandlung begonnen hatten, zu t1 eingeschlossen. **Ausschlusskriterien** waren keine ausreichenden deutschen Sprachkenntnisse und weniger als drei Tage stationäre Behandlung.

Patienten, die in der letzten stationären Behandlungsphase für sich eine Indikationsstellung für eine psychosoziale Nachsorge einschätzen, wurden im Rahmen des *informed consent* um die Teilnahme an der Studie gebeten. (Ein *informed consent* wurde nicht bereits zu t1 eingeholt, da alle Patienten zu diesem Zeitpunkt eine erweiterte Basisdokumentation der Klinik im Rahmen der Routinedokumentation ausfüllen, die auch die relevanten Studienparameter enthält).

Die Wahl einer konsekutiven Stichprobe (bei nur wenigen Ausschlusskriterien) ermöglichte den Einschluss einer repräsentativen Stichprobe der Zielpopulation.
4.6 Hauptzielgrößen der Effektivitätsprüfung


Die Operationalisierung erfolgte über Patientenratings. Dabei wurde für die generische Komponente der Lebensqualität bzw. funktionalen Gesundheit der Short Form-8 Health Survey (SF-8; Ware, Kosinski, Dewey & Gandek, 1999), eine international eingeführte Kurzversion des SF-36 Health Survey (Ware & Sherbourne, 1992), eingesetzt, dessen acht Items die Berechnung einer somatischen und einer psychischen Summenskala ermöglicht.

Zur Erfassung der erkrankungsspezifischen Komponente wurde der onkologische Lebensqualitätsfragebogen European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30; Aaronson et al., 1993) verwendet. Der 30 Items umfassende, international gut eingeführte Fragebogen setzt sich aus den Skalen globale Lebensqualität, körperliche, emotionale, soziale bzw. kognitive Rollenfunktion sowie einzelnen Symptomskalen zusammen. Für die Auswertung werden die vier bzw. siebenstufigen Items auf einen Bereich von 0-100 transformiert, wobei bei den Funktionsskalen sowie der globalen Einschätzung der Lebensqualität hohe Werte eine positive Ausprägung bedeuten, bei den Symptomskalen hingegen negativ zu interpretieren sind.

(Holland, 1998). Sie wurden über folgende zwei Instrumentarien (ebenfalls Patienten-Selbstratings) operationalisiert:

*Deutsche Version der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).* Die HADS stellt die deutsche Adaptation der englischen Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983) dar, die gezielt zum Einsatz bei körperlich Kranken konstruiert wurde und international gut eingeführt ist. Sie setzt sich aus einer Angst- und einer Depressivitäts-Subskala zusammen, für die entsprechende Summenwerte berechnet werden können. Auf körperliche Indikatoren psychischen Befindens wird in der Skala verzichtet, da diese in der Ziel klientel häufig Ausdruck der körperlichen Krankheit und nicht einer psychischen Störung sind.

*Progredienzangst-Fragebogen (PA-F).* Der PA-F (Herschbach et al., 2004) wurde entwickelt, um Progredienzangst, d.h. die Angst vor dem Fortschreiten der Erkrankung bei chronisch Erkrankten, als eigenständiges, nicht-neurotisches Konstrukt psychometrisch zu erfassen. Da die Itemgenerierung u.a. auf Basis von Interviews mit onkologischen Patienten (Mammakarzinom-Patientinnen) erfolgte, beinhaltet der Fragebogen auch Angstinhalte, die spezifisch diese Patientengruppe betrifft. Das Instrument beinhaltet fünf Subskalen: Zufriedenheit mit der eigenen Angstbewältigung, Affektive Reaktionen, Partnerschaft/Familie, Beruf und Autonomieverlust. Es werden ein Gesamtsummenwert sowie Summenwerte für die einzelnen Subskalen berechnet. Der Einsatz des PA-F (neben der Angst-Subskala der HADS) erschien sinnvoll, da mit der Progredienzangst ein spezifischer Aspekt von Angst erfasst werden kann; die Korrelationen zwischen beiden Instrumenten liegen erwartungsgemäß nur im mittleren Bereich.


Tabelle 1 gibt einen Überblick über die primären und sekundären Zielbereiche und deren Operationalisierung.
### Tabelle 1: Hauptzielgrößen der Ergebnisevaluation (Fragestellung A)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Zielbereich /Prädiktor</th>
<th>Operationalisierung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. a) Lebensqualität/funktionale Gesundheit: krebsspezifisch</td>
<td>a) EORTC QLQ-C30</td>
</tr>
<tr>
<td>1. b) Lebensqualität/funktionale Gesundheit: generisch</td>
<td>b) SF-8</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Depressions- und Angstsymptomatik</td>
<td>HADS</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Progredienzangst</td>
<td>PA-F</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Selbstwirksamkeitserwartung/Empowerment</td>
<td>SWE</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Anmerkungen: Bei den angegebenen Instrumenten handelt es sich um schriftliche Patientenselbstratagings. Sie werden zu allen Messzeitpunkten eingesetzt. EORTC QLQ-C30: European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire; SF-8: Short Form 8 Health Survey; HADS: Deutsche Version der Hospital Anxiety and Depression Scale; PA-F: Progredienzangst-Fragebogen; SWE: Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. Ergänzend wurden noch Soziodemographische, sozialmedizinische und klinische Merkmale mittels eines selbstentwickelten Fragebogen erhoben.
4.7 Statistische Analysen

Zur Überprüfung der Hauptfragestellung sollen Vergleiche zwischen Interventionsgruppe (IG) und der Kontrollgruppe (KG) hinsichtlich des primären und sekundären Outcome zum Zeitpunkt t3, d.h. in der IG unmittelbar nach dem Chat bzw. in der Kontrollgruppe 6 Monate nach Verlassen der Klinik vorgenommen werden. Hierzu werden Kovarianzanalysen mit der Ausgangsbelastung als Kovariate (IG vs. KG, d.h. E-Nachsorge vs. TAU) vorgenommen.

Post-hoc durchgeführte Poweranalysen zeigen, dass sich mit den vorliegenden Stichprobengrößen (IG: n = 79; KG: n = 880) in den Kovarianzanalysen Haupteffekte kleiner Effektstärke nach Adjustierung der Ausgangsbelastung mit einer Power > .80 nachweisen lassen. Da der Charakter der Studie für die sekundären Outcomevariablen eher explorativ ist, wurde auf eine Korrektur des kumulierenden Alphafehlers verzichtet.


Der Teilfragestellung im Rahmen von A.2, die einen Vergleich zwischen den Mammakarzinom- und Prostata-/Gastrointestinalkarzinom Patienten vorsieht, soll mittels Kovarianzanalysen mit einer Kovariaten nachgegangen werden. Auf eine
genderspezifische Auswertung muss verzichtet werden, da bei den gewählten Patientengruppen Indikation und Geschlecht eindeutig verknüpft sind. Es ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen, dass mögliche Unterschiede zwischen den Indikationsgruppen zu einem bestimmten Anteil durch Gender-Faktoren erklärt werden können.

Um eine mögliche Selektivität der Stichprobe abschätzen zu können, wurden zusätzlich Non-Responder-Analysen durchgeführt, bei denen die an der Studie teilnehmenden Patienten mit allen qualifizierten Nicht-Teilnehmern (Non-Responder Stichprobe I) sowie Studienabbrüchen nach Abgabe der Einverständniserklärung (Non-Responder Stichprobe II) sowie nach Zuteilung des Chatcodes (Non-Responder Stichprobe III) hinsichtlich relevanter soziodemographischer und klinischer Variablen mittels t-Tests bzw. Varianzanalysen (für intervallskalierte Variablen) und Chi²-Tests bzw. logistischer Regression (für nominal oder ordinalskafile Variablen) verglichen werden. Aufgrund der durch die Schwierigkeiten bei der Rekrutierung resultierenden kleinen Fallzahlen werden nur Per-Protocol-Analysen durchgeführt.


Die ergänzenden Fragestellungen (D / E) wurden primär deskriptiv und explorativ mit einem qualitativen Ansatz ausgewertet. An der Studie teilnehmende Patienten und Nicht-Teilnehmer sowie Studienabbrücher wurden hinsichtlich standardisierter Instrumente (zu Bedarf und Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung) mittels t-Tests (für intervallskalierte Variablen) und Chi²-Tests (für nominal oder ordinalskafile Variablen) verglichen.
5 Ergebnisse Fragestellung A: Effektivität der Intervention

5.1 Non-Responder-Analysen

Wie im Abschnitt 4.7 beschrieben, wurden umfangreiche Non-Responder-Analysen durchgeführt, bei denen die an der Studie teilnehmenden Patienten der Interventionsgruppe (IG) mit drei Gruppen verglichen wurden: (1) Allen qualifizierten Nicht-Teilnehmern (Non-Responder Stichprobe I, \( n=4514 \) Patienten), (2) Studienabbrüchern nach Abgabe der Einverständniserklärung (Non-Responder Stichprobe II, \( n=206 \) Patienten) sowie (3) Studienabbrüchern nach Zuteilung des Chatcodes (Non-Responder Stichprobe III, \( n=71 \) Patienten). Die Vergleiche erfolgten hinsichtlich einer Vielzahl relevanter soziodemographischer und klinischer Variablen. Berechnet wurden t-Tests für intervallskalierte Variablen und \( \chi^2 \)-Tests bzw. logistische Regression für nominal oder ordinalskaalierte Variablen. Signifikante Unterschiede wurden als relevant eingestuft, wenn sie annähernd bzw. mindestens eine kleine Effektstärke gemäß den Konventionen von Cohen (1988) aufwiesen. Als Effektstärkemaße wurden für \( \chi^2 \)-Tests phi oder Cramer´s V verwendet (Kriterium: \( \geq 0.10 \)), bei logistischen Regressionen die Höhe der signifikanten Odds-Ratios (OR) sowie das Pseudo R\(^2\) nach Nagelkerke, bei t-Tests Cohen´s d für unverbundene Stichproben (Kriterium \( \geq 0.20 \)).

Nachfolgend werden die Ergebnisse dieser Analysen für jede der drei Non-Responder-Stichproben getrennt beschrieben.

5.1.1 Vergleiche mit der Non-Responder Stichprobe I

Bezogen auf die Ausgangsbelastung bzw. die Ausgangswerte in den Skalen des primären und sekundären Outcomes (s. Tabelle 2) finden sich für die Skala Depression und Angst des HADS signifikante Unterschiede, die eine große bzw. mittlere Effektstärke betragen: Patienten der IG weisen niedrigere Depressions- und höhere Angstwerte im Vergleich zur Non-Responder Stichprobe I auf. Signifikante Unterschiede mit kleiner Effektstärke liegen darüber hinaus im Psychischen Summenscore des SF-8 sowie in der Skala Appetite Loss (AP) des EORTC QLQ-C30 vor, in der die Patienten der IG eine höhere Belastung als die der Non-Responder Stichprobe I angeben.
Hinsichtlich der soziodemographischen Variablen Geschlecht, Nationalität und Familienstand finden sich keine signifikanten Unterschiede mit mindestens kleiner Effektstärke (s. Tabelle 4, Tabelle 5, Tabelle 6). Unterschiede liegen vor für die Variablen Schulische Ausbildung und höchster Berufsabschluss: Teilnehmer der IG weisen zu einem höheren Prozentsatz einen Realschulabschluss oder ein Fachabitur bzw. Abitur auf (s. Tabelle 7) und dementsprechend auch höhere Berufsabschlüsse (s. Tabelle 8). Patienten der IG sind signifikant, jedoch mit weniger als einer kleinen Effektstärke, auch zu einem etwas höheren Maße noch berufstätig (s. Tabelle 9). Unterschiede finden sich auch für die Anzahl der Kinder: Teilnehmer der IG geben im Durchschnitt weniger Kinder als Patienten der Non-Responder Stichprobe I (s. Tabelle 10). Keine signifikanten Unterschiede finden sich hingegen für die Anzahl der im Haushalt lebenden Personen (s. Tabelle 11) sowie der Anzahl der Kinder im Haushalt (s. Tabelle 12). Hinsichtlich der Diagnoseverteilung unterscheiden sich die Gruppen ebenfalls nicht signifikant (Tabelle 13).

Im nächsten Block wurden Variablen überprüft, die sich auf die Themen Computer bzw. Internet beziehen. In allen untersuchten Variablen unterscheiden sich die Gruppen signifikant: Patienten der IG schätzen ihre Computerkenntnisse höher ein (s. Tabelle 14), haben zu einem höheren Anteil schnellere Internetzugänge (d.h. DSL) im Haus (s. Tabelle 15) und Nutzen das Internet deutlich häufiger (s. Tabelle 16), und zwar vermehrt für Informationssuche, E-Mail und Chat (s. Tabelle 17) als Patienten der Non-Responder Stichprobe I.


Signifikante Unterschiede kleiner Effektstärke zeigen sich in einer 10-stufigen Skala zur Einstellung zu psychosozialen Angeboten, die die Endpunkte 0 = negativ und 10 = positiv aufweist: Teilnehmer der IG geben im Mittel eine positivere Einstellung als Teilnehmer der Non-Responder Stichprobe I an (s. Tabelle 24). Keine Unterschiede ergeben sich für verschiedene Fragen zum Bedarf an Unterstützung (s. Tabelle 25).
sowie zum Wunsch und der wahrgenommenen Möglichkeit nach Unterstützung bei psychischen Belastungen (Tabelle 26).

Abschließend wurde noch überprüft, ob sich der Anteil der Patienten in der IG im Vergleich zur Non-Responder Stichprobe I auf die beiden Kooperationskliniken unterscheidet: Hier finden sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen (Tabelle 27).

5.1.2 Vergleiche mit der Non-Responder Stichprobe II


Patienten der IG sind mit kleiner Effektstärke signifikant älter als Patienten der Non-Responder Stichprobe II. Hinsichtlich der soziodemographischen Variablen Geschlecht, Nationalität, Familienstand schulische Ausbildung und aktuelle Berufstätigkeit finden sich keine signifikanten Unterschiede (s. Tabelle 28 bis Tabelle 30, Tabelle 33, Tabelle 35). Unterschiede liegen vor für die Variable höchster Berufsabschluss: Teilnehmer der IG weisen zu einem höheren Prozentsatz einen Realschulabschluss oder ein Fachabitur bzw. Abitur auf (s. Tabelle 34). Tendenziell signifikante Unterschiede mit kleiner Effektstärke finden sich für die Anzahl der Kinder (s. Tabelle 36) sowie der Anzahl der Kinder im Haushalt (s. Tabelle 38): Patienten der IG weisen hier die niedrigeren Werte im Vergleich der Gruppen auf. Keine signifikanten Unterschiede bestehen hingegen für die Anzahl der im Haushalt lebenden Personen (s. Tabelle 37). Hinsichtlich der Diagnoseverteilung unterscheiden sich die Gruppen signifikant mit mittlerer Effektstärke, in der IG ist vor allem der Anteil der Patienten mit Prostatakarzinom höher ist als in der Non-Responder Stichprobe II (s. Tabelle 39). Ein weiterer Unterschied findet sich hinsichtlich der Frage, welche Angebote des Internets Patienten nutzen: Patienten der IG suchen häufiger (96% vs. 88%) nach Informationen im Internet als Patienten der Non-Responder Stichprobe II (s. Tabelle 43).
In allen weiteren der untersuchten Variablen finden sich keine signifikanten Unterschiede mit mindestens kleiner Effektstärke zwischen Gruppen (s. Tabelle 40 bis Tabelle 53).

5.1.3 Vergleiche mit der Non-Responder Stichprobe III


Signifikante Unterschiede mit kleiner Effektstärke finden sich für die Einschätzung der Computerkenntnisse: Teilnehmer der IG schätzen diese höher ein als Patienten der Non-Responder Stichprobe III (s. Tabelle 66). Teilnehmer der IG nutzen das Internet häufiger zur Informationssuche (s. Tabelle 69) und nehmen häufiger Krankengymnastik in Anspruch (s. Tabelle 71). Ein weiterer Unterschied besteht hinsichtlich der Einstellung zu psychosozialen Angeboten: Teilnehmer der IG geben mit mittlerer Effektstärke eine positivere Einschätzung ab (s. Tabelle 76).

In allen weiteren der verglichenen Variablen finden sich keine signifikanten Unterschiede mit mindestens kleiner Effektstärke zwischen den Gruppen (s. Tabelle 54 bis Tabelle 79).
Tabelle 2: Ausgangsbelastung \( (n=96 \text{ IG, } n=4514 \text{ Non-Responder I}) \)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th></th>
<th></th>
<th>Non-Responder I*</th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th>t-Wert</th>
<th>p</th>
<th>d</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>EORTC</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>QL 88</td>
<td>65.0</td>
<td>20.8</td>
<td>2623</td>
<td>64.2</td>
<td>19.8</td>
<td>0.351</td>
<td>.725</td>
<td>0.04</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PF 88</td>
<td>80.5</td>
<td>20.7</td>
<td>2623</td>
<td>77.3</td>
<td>22.1</td>
<td>1.338</td>
<td>.181</td>
<td>0.15</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RF 88</td>
<td>64.8</td>
<td>28.2</td>
<td>2623</td>
<td>63.2</td>
<td>29.4</td>
<td>0.498</td>
<td>.618</td>
<td>0.06</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EF 88</td>
<td>64.4</td>
<td>26.7</td>
<td>2623</td>
<td>67.6</td>
<td>25.4</td>
<td>-1.80</td>
<td>.238</td>
<td>-0.12</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CF 88</td>
<td>73.5</td>
<td>25.5</td>
<td>2623</td>
<td>72.4</td>
<td>27.2</td>
<td>0.352</td>
<td>.725</td>
<td>0.04</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SF 88</td>
<td>68.0</td>
<td>29.6</td>
<td>2623</td>
<td>68.9</td>
<td>28.8</td>
<td>-0.267</td>
<td>.789</td>
<td>-0.03</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FA 88</td>
<td>29.9</td>
<td>23.5</td>
<td>2623</td>
<td>30.3</td>
<td>23.7</td>
<td>-0.351</td>
<td>.725</td>
<td>0.04</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NV 88</td>
<td>28.8</td>
<td>24.1</td>
<td>2623</td>
<td>29.5</td>
<td>25.5</td>
<td>0.571</td>
<td>.568</td>
<td>-0.06</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PA 88</td>
<td>52.7</td>
<td>32.4</td>
<td>2623</td>
<td>53.6</td>
<td>31.4</td>
<td>0.279</td>
<td>.780</td>
<td>-0.03</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DY 88</td>
<td>38.3</td>
<td>30.6</td>
<td>2623</td>
<td>33.7</td>
<td>30.0</td>
<td>1.406</td>
<td>.160</td>
<td>0.15</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SL 88</td>
<td>32.6</td>
<td>32.0</td>
<td>2623</td>
<td>25.0</td>
<td>28.3</td>
<td>2.466</td>
<td>.014</td>
<td>0.25</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AP 88</td>
<td>32.1</td>
<td>31.6</td>
<td>2623</td>
<td>32.6</td>
<td>31.4</td>
<td>-0.31</td>
<td>.741</td>
<td>-0.04</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CO 88</td>
<td>22.7</td>
<td>31.4</td>
<td>2623</td>
<td>23.9</td>
<td>31.5</td>
<td>-0.31</td>
<td>.741</td>
<td>-0.04</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DI 88</td>
<td>31.8</td>
<td>33.1</td>
<td>2623</td>
<td>32.6</td>
<td>31.4</td>
<td>-0.231</td>
<td>.818</td>
<td>-0.02</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FI 88</td>
<td>32.6</td>
<td>32.0</td>
<td>2623</td>
<td>32.6</td>
<td>31.4</td>
<td>-0.231</td>
<td>.818</td>
<td>-0.02</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SF-8</td>
<td>pcs 80</td>
<td>41.8</td>
<td>9.1</td>
<td>2622</td>
<td>43.6</td>
<td>9.2</td>
<td>-1.690</td>
<td>.091</td>
<td>-0.19</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mcs 80</td>
<td>45.7</td>
<td>9.9</td>
<td>2622</td>
<td>48.1</td>
<td>10.4</td>
<td>-2.051</td>
<td>.040</td>
<td>-0.24</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HADS</td>
<td>Depression 88</td>
<td>10.6</td>
<td>2.6</td>
<td>2623</td>
<td>13.0</td>
<td>2.6</td>
<td>-8.591</td>
<td>.000</td>
<td>-0.94</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Angst 88</td>
<td>9.8</td>
<td>3.9</td>
<td>2623</td>
<td>7.8</td>
<td>3.1</td>
<td>4.687</td>
<td>.000</td>
<td>0.56</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PA-F</td>
<td>PA-F 88</td>
<td>1.4</td>
<td>0.7</td>
<td>2623</td>
<td>1.5</td>
<td>0.8</td>
<td>-1.217</td>
<td>.224</td>
<td>-0.13</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SWE</td>
<td>SWE 88</td>
<td>20.0</td>
<td>5.6</td>
<td>2623</td>
<td>19.0</td>
<td>5.8</td>
<td>0.125</td>
<td>.965</td>
<td>0.17</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder I = keine Einwilligung zur Chatteilnahme vorhanden*

Tabelle 3: Alter \( (n=96 \text{ IG, } n=4514 \text{ Non-Responder I}) \)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th></th>
<th></th>
<th>Non-Responder I*</th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th>t-Wert</th>
<th>p</th>
<th>d</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Alter 95</td>
<td>60.2</td>
<td>9.03</td>
<td>3720</td>
<td>61.6</td>
<td>11.2</td>
<td>1.42</td>
<td>.157</td>
<td>0.13</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder I = keine Einwilligung zur Chatteilnahme vorhanden*
**Tabelle 4:** Geschlecht \((n=96 \text{ IG}, n=4514 \text{ Non-Responder I})\)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder I*</th>
<th>(\chi^2)</th>
<th>(p)</th>
<th>(\phi)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>(n)</td>
<td>%</td>
<td>(n)</td>
<td>%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Geschlecht</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>weiblich</td>
<td>48</td>
<td>50.5</td>
<td>2537</td>
<td>60.5</td>
<td>3.84</td>
</tr>
<tr>
<td>männlich</td>
<td>47</td>
<td>49.5</td>
<td>1658</td>
<td>39.5</td>
<td>.030</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder I = keine Einwilligung zur Chatteilnahme vorhanden

**Tabelle 5:** Nationalität \((n=96 \text{ IG}, n=4514 \text{ Non-Responder I, } t_{02})*\)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder I*</th>
<th>(\chi^2)</th>
<th>(p)</th>
<th>(\phi)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>(n)</td>
<td>%</td>
<td>(n)</td>
<td>%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nationalität</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>deutsch</td>
<td>73</td>
<td>98.6</td>
<td>2473</td>
<td>96.2</td>
<td>1.18</td>
</tr>
<tr>
<td>nein</td>
<td>1</td>
<td>1.4</td>
<td>97</td>
<td>3.8</td>
<td>.021</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder I = keine Einwilligung zur Chatteilnahme vorhanden

**Tabelle 6:** Familienstand \((n=96 \text{ IG}, n=4514 \text{ Non-Responder I, } t_{2})\)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder I*</th>
<th>(\chi^2)</th>
<th>(p)</th>
<th>Cr. V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>(n)</td>
<td>%</td>
<td>(n)</td>
<td>%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Familienstand</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ledig</td>
<td>5</td>
<td>6.7</td>
<td>198</td>
<td>7.7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>verheiratet oder in fester Partnerschaft</td>
<td>60</td>
<td>80.0</td>
<td>1806</td>
<td>70.4</td>
<td>6.91</td>
</tr>
<tr>
<td>verheiratet, aber getrennt lebend</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>68</td>
<td>2.7</td>
<td>.051</td>
</tr>
<tr>
<td>geschieden</td>
<td>8</td>
<td>10.7</td>
<td>244</td>
<td>9.5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>verwitwet</td>
<td>2</td>
<td>2.7</td>
<td>248</td>
<td>9.7</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder I = keine Einwilligung zur Chatteilnahme vorhanden
**Tabelle 7:** Schulische Ausbildung (n=96 IG, n=4514 Non-Responder I, t₂)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder I*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
</tr>
<tr>
<td>kein Schulabschluss</td>
<td>1</td>
<td>1.4</td>
</tr>
<tr>
<td>Hauptschulabschluss</td>
<td>17</td>
<td>23.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Realschulabschluss</td>
<td>26</td>
<td>35.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Fachabitur/ Abitur</td>
<td>30</td>
<td>40.5</td>
</tr>
<tr>
<td>andere</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder I = keine Einwilligung zur Chatteilnahme vorhanden

**Tabelle 8:** Höchster Berufsabschluss (n=96 IG, n=4514 Non-Responder I)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder I*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
</tr>
<tr>
<td>noch in der Berufsausbildung</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>abgeschlossene Lehre/Fachschule</td>
<td>31</td>
<td>43.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Meisterschule</td>
<td>11</td>
<td>15.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Fachhochschule/ Universität</td>
<td>25</td>
<td>34.7</td>
</tr>
<tr>
<td>ohne Berufsabschluss</td>
<td>2</td>
<td>2.8</td>
</tr>
<tr>
<td>andere</td>
<td>3</td>
<td>4.2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder I = keine Einwilligung zur Chatteilnahme vorhanden
### Tabelle 9: Aktuelle Berufstätigkeit (n=96 IG, n=4514 Non-Responder I, t₁)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder I*</th>
<th>χ²</th>
<th>p</th>
<th>Cr. V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nicht berufstätig (inkl. Arbeitslose, Studenten, Rentner)</td>
<td>24</td>
<td>35.3</td>
<td>1300</td>
<td>52.9</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>voll berufstätig (mehr als 35 Std./Woche)</td>
<td>27</td>
<td>39.7</td>
<td>661</td>
<td>26.9</td>
<td>10.21</td>
</tr>
<tr>
<td>Teilzeit oder stundenweise beschäftigt</td>
<td>15</td>
<td>22.1</td>
<td>402</td>
<td>16.4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>geringfügig beschäftigt (400€)</td>
<td>2</td>
<td>2.9</td>
<td>60</td>
<td>2.4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>unbekannt/unklar</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>34</td>
<td>1.4</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder I = keine Einwilligung zur Chatteilnahme vorhanden

### Tabelle 10: Anzahl der eigenen / adoptierten Kinder (n=96 IG, n=4514 Non-Responder I, t₂)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder I*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>M</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl</td>
<td>70</td>
<td>1.4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder I = keine Einwilligung zur Chatteilnahme vorhanden

### Tabelle 11: Anzahl der im Haushalt lebenden Personen (n=96 IG, n=4514 Non-Responder I, t₂)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder I*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>M</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl</td>
<td>72</td>
<td>1.99</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder I = keine Einwilligung zur Chatteilnahme vorhanden
### Tabelle 12: Anzahl Kinder im Haushalt (n=96 IG, n=4514 Non-Responder I, t₂)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder I*</th>
<th>T-Wert p/d</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>M</td>
<td>SD</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl</td>
<td>66</td>
<td>0.18</td>
<td>0.49</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder I = keine Einwilligung zur Chatteilnahme vorhanden

### Tabelle 13: Diagnose (n=96 IG, n=4514 Non-Responder I)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder I*</th>
<th>χ²</th>
<th>p</th>
<th>Cr. V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mammakarzinom</td>
<td>44</td>
<td>46.3</td>
<td>1599</td>
<td>54.9</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Prostatakarzinom</td>
<td>35</td>
<td>36.8</td>
<td>799</td>
<td>27.5</td>
<td>4.81</td>
</tr>
<tr>
<td>Krebserkrankung des Verdauungstrakts</td>
<td>13</td>
<td>13.7</td>
<td>370</td>
<td>12.7</td>
<td>.185</td>
</tr>
<tr>
<td>Andere Krebserkrankung</td>
<td>3</td>
<td>3.2</td>
<td>142</td>
<td>4.9</td>
<td>.040</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder I = keine Einwilligung zur Chatteilnahme vorhanden

### Tabelle 14: Einschätzung der Computerkenntnisse (n=96 IG, n=4514 Non-Responder I, t₁)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder I*</th>
<th>χ²</th>
<th>p</th>
<th>Cr. V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Wie würden Sie Ihre Computerkenntnisse einschätzen?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gut</td>
<td>36</td>
<td>46.2</td>
<td>451</td>
<td>18.1</td>
<td>55.16 &lt;.001</td>
</tr>
<tr>
<td>mittel</td>
<td>35</td>
<td>44.9</td>
<td>913</td>
<td>36.7</td>
<td>&lt;.001</td>
</tr>
<tr>
<td>schlecht</td>
<td>7</td>
<td>9.0</td>
<td>1145</td>
<td>45.2</td>
<td>.147</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder I = keine Einwilligung zur Chatteilnahme vorhanden
**Tabelle 15:** Internetzugang zu Hause \((n=96 \text{ IG}, n=4514 \text{ Non-Responder I, } t_1)\)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder I*</th>
<th>(\chi^2)</th>
<th>p</th>
<th>Cr. V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Haben Sie zu Hause einen Internetzugang.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nein</td>
<td>1</td>
<td>1.3</td>
<td>816</td>
<td>33.0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ja, ISDN oder langsamer</td>
<td>8</td>
<td>10.3</td>
<td>223</td>
<td>9.0</td>
<td>43.32</td>
</tr>
<tr>
<td>ja, und zwar DSL</td>
<td>67</td>
<td>85.9</td>
<td>1264</td>
<td>51.2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ja, unbekannt</td>
<td>2</td>
<td>2.6</td>
<td>166</td>
<td>6.7</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder I = keine Einwilligung zur Chatteilnahme vorhanden*

**Tabelle 16:** Häufigkeit Nutzung des Internets / E-Mail \((n=96 \text{ IG}, n=4514 \text{ Non-Responder I})\)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder I*</th>
<th>(\chi^2)</th>
<th>p</th>
<th>Cr. V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Wie oft gehen Sie ca. pro Woche ins Internet oder nutzen E-Mail?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1 x täglich</td>
<td>34</td>
<td>43.6</td>
<td>584</td>
<td>24.6</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2-6 mal pro Woche</td>
<td>27</td>
<td>34.6</td>
<td>492</td>
<td>20.7</td>
<td>39.30</td>
</tr>
<tr>
<td>ca. 1x pro Woche</td>
<td>10</td>
<td>12.8</td>
<td>264</td>
<td>11.1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>seltener/nie</td>
<td>7</td>
<td>9.0</td>
<td>1037</td>
<td>43.6</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder I = keine Einwilligung zur Chatteilnahme vorhanden*
### Tabelle 17: Internetnutzung (n=96 IG, n=4514 Non-Responder I, t₂)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder I*</th>
<th>χ²</th>
<th>p</th>
<th>phi</th>
<th>OR¹</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>-------------------------------</td>
<td>-------------</td>
<td>------------------</td>
<td>----</td>
<td>-----</td>
<td>-----</td>
<td>-----</td>
</tr>
<tr>
<td>Nutzung des Internets</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ja</td>
<td>73</td>
<td>98.6</td>
<td>1360</td>
<td>53.9</td>
<td>58.20</td>
<td>&lt;.001</td>
</tr>
<tr>
<td>Nein</td>
<td>1</td>
<td>1.4</td>
<td>1163</td>
<td>46.1</td>
<td>.150</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Welche Angebote werden genutzt?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Informationen suchen</td>
<td>70</td>
<td>95.9</td>
<td>1274</td>
<td>53.6</td>
<td>0.136</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>E-Mail</td>
<td>68</td>
<td>91.9</td>
<td>1151</td>
<td>48.5</td>
<td>0.344</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Diskussionsforen</td>
<td>8</td>
<td>10.8</td>
<td>110</td>
<td>4.6</td>
<td>1.139</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Chat</td>
<td>16</td>
<td>21.6</td>
<td>119</td>
<td>5.0</td>
<td>0.346</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Organisation von Terminen</td>
<td>15</td>
<td>20.3</td>
<td>213</td>
<td>9.0</td>
<td>0.842</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder I = keine Einwilligung zur Chatteilnahme vorhanden

¹ signifikante OR hervorgehoben

### Tabelle 18: Inanspruchnahme psychosozialer Angebote vor dem Klinikaufenthalt (n=96 IG, n=4514 Non-Responder I, t₂)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder I*</th>
<th>OR¹</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>----------------------------------------------</td>
<td>-------------</td>
<td>------------------</td>
<td>-----</td>
</tr>
<tr>
<td>Haben sie vor ihrem Klinikaufenthalt eines der folgenden Angebote in Anspruch genommen?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Selbsthilfegruppe</td>
<td>8</td>
<td>10.7</td>
<td>0.891</td>
</tr>
<tr>
<td>Beratungsstelle</td>
<td>12</td>
<td>16.0</td>
<td>0.950</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychologische oder psycho-therapeutische Behandlung/Gespräch</td>
<td>22</td>
<td>29.3</td>
<td>0.926</td>
</tr>
<tr>
<td>Keines</td>
<td>39</td>
<td>52.0</td>
<td>1.290</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Non-Responder I = keine Einwilligung zur Chatteilnahme vorhanden

¹ signifikante OR hervorgehoben
Tabelle 19: Inanspruchnahme Behandlungen nach stationärem Aufenthalt
\((n=96 \text{ IG, } n=4514 \text{ Non-Responder I, } t_2)\)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder I*</th>
<th>OR¹</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
<td>%</td>
</tr>
<tr>
<td>Welche der folgenden Maßnahmen haben Sie nach der stationären Behandlung in Anspruch genommen?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ambulante psychoonkologische Behandlung/Beratung</td>
<td>8</td>
<td>11.1</td>
<td>295</td>
</tr>
<tr>
<td>Intensivierte Re却iliationsnachsorge (IRENA)</td>
<td>4</td>
<td>5.6</td>
<td>116</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbsthilfegruppen</td>
<td>7</td>
<td>9.7</td>
<td>208</td>
</tr>
<tr>
<td>Krankengymnastische Weiterbehandlung</td>
<td>16</td>
<td>22.2</td>
<td>521</td>
</tr>
<tr>
<td>Keine</td>
<td>30</td>
<td>41.7</td>
<td>1252</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Non-Responder I = keine Einwilligung zur Chatteilnahme vorhanden  
¹ signifikante OR hervorgehoben

Tabelle 20: Veränderungen aufgrund Krebserkrankung
\((n=96 \text{ IG, } n=4514 \text{ Non-Responder I, } t_2)\)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder I*</th>
<th>OR¹</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
<td>%</td>
</tr>
<tr>
<td>Welche Veränderungen haben Sie aufgrund Ihrer Krebserkrankung oder Folgebeschwerden Ihrer Lebensführung vollzogen?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>regelmäßige sportliche oder körperliche Aktivitäten</td>
<td>37</td>
<td>49.3</td>
<td>991</td>
</tr>
<tr>
<td>Durchführung der erlernten krankengymn. Übungen</td>
<td>30</td>
<td>40.0</td>
<td>711</td>
</tr>
<tr>
<td>Durchführung der erlernten psychotherapeutischen Übungen</td>
<td>23</td>
<td>30.7</td>
<td>579</td>
</tr>
<tr>
<td>Reduktion von Genussmitteln</td>
<td>10</td>
<td>13.3</td>
<td>164</td>
</tr>
<tr>
<td>soziale Kontakte aufnehmen</td>
<td>5</td>
<td>6.7</td>
<td>176</td>
</tr>
<tr>
<td>Veränderung der Wohnsituation</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>keine</td>
<td>24</td>
<td>32.0</td>
<td>977</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Non-Responder I = keine Einwilligung zur Chatteilnahme vorhanden  
¹ signifikante OR hervorgehoben
### Tabelle 21: Erhalt von Informationsmaterialien / anderer Hilfestellung (n=96 IG, n=4514 Non-Responder I)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder I*</th>
<th>χ²</th>
<th>p</th>
<th>Cr.V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Haben Sie während der stationären Behandlung Informationsmaterialien oder andere Hilfestellung bekommen?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ja</td>
<td>29</td>
<td>42.6</td>
<td>787</td>
<td>34.6</td>
<td>3.29</td>
</tr>
<tr>
<td>teilweise</td>
<td>16</td>
<td>23.5</td>
<td>470</td>
<td>20.6</td>
<td>.037</td>
</tr>
<tr>
<td>nein</td>
<td>23</td>
<td>33.8</td>
<td>1020</td>
<td>44.8</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder I* = keine Einwilligung zur Chatteilnahme vorhanden

### Tabelle 22: Erhalt von Unterstützung (n=96 IG, n=4514 Non-Responder I, t₂)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder I*</th>
<th>χ²</th>
<th>p</th>
<th>Cr.V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Wurden Sie hier in der Klinik bei der Vorbereitung auf die ambulanten Maßnahmen unterstützt?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gar nicht</td>
<td>16</td>
<td>23.5</td>
<td>738</td>
<td>34.7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>wenig</td>
<td>13</td>
<td>19.1</td>
<td>353</td>
<td>16.6</td>
<td>6.49</td>
</tr>
<tr>
<td>mittel</td>
<td>19</td>
<td>27.9</td>
<td>580</td>
<td>27.3</td>
<td>.054</td>
</tr>
<tr>
<td>stark</td>
<td>15</td>
<td>22.1</td>
<td>387</td>
<td>18.2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sehr stark</td>
<td>5</td>
<td>7.4</td>
<td>69</td>
<td>3.2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Non-Responder I = keine Einwilligung zur Chatteilnahme vorhanden

### Tabelle 23: Umsetzung der Maßnahmen (n=96 IG, n=4514 Non-Responder I, t₂)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder I*</th>
<th>χ²</th>
<th>p</th>
<th>Cr.V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Glauben Sie, dass Sie die Maßnahmen durchführen bzw. umsetzen können?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>alle Maßnahmen</td>
<td>21</td>
<td>29.6</td>
<td>362</td>
<td>17.1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>einige Maßnahmen</td>
<td>34</td>
<td>47.9</td>
<td>1143</td>
<td>54.0</td>
<td>8.76</td>
</tr>
<tr>
<td>keine Maßnahmen</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>53</td>
<td>2.5</td>
<td>.063</td>
</tr>
<tr>
<td>es wurden keine Maßnahmen empfohlen</td>
<td>16</td>
<td>22.5</td>
<td>559</td>
<td>26.4</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Non-Responder I = keine Einwilligung zur Chatteilnahme vorhanden
**Tabelle 24:** Einstellung zu psychosozialen Angeboten (0=negativ bis 10=positiv; \( n=96 \) IG, \( n=4514 \) Non-Responder I, \( t_2 \))

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder I*</th>
<th>T-Wert</th>
<th>p/d</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>( n )</td>
<td>( M )</td>
<td>SD</td>
<td>( n )</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl</td>
<td>72</td>
<td>6.94</td>
<td>2.47</td>
<td>2026</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder I = keine Einwilligung zur Chatteilnahme vorhanden

**Tabelle 25:** Bedarf an Unterstützung (\( n=96 \) IG, \( n=4514 \) Non-Responder I, \( t_2 \))

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder I*</th>
<th>OR(^1)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>( n )</td>
<td>%</td>
<td>( n )</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich brauche keine Unterstützung</td>
<td>ja</td>
<td>27</td>
<td>51.9</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>nein</td>
<td>25</td>
<td>48.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich weiß nicht, an wen ich mich diesbezüglich wenden soll</td>
<td>ja</td>
<td>9</td>
<td>17.6</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>nein</td>
<td>42</td>
<td>82.4</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich wusste nicht, dass es solche Angebote gibt</td>
<td>ja</td>
<td>7</td>
<td>13.7</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>nein</td>
<td>44</td>
<td>86.3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Non-Responder I = keine Einwilligung zur Chatteilnahme vorhanden

\(^1\) signifikante OR hervorgehoben
### Tabelle 26: Bedürfnis nach Unterstützung (n=96 IG, n=4514 Non-Responder I, t₂)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder I*</th>
<th>χ²</th>
<th>p</th>
<th>Cr.V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Haben sie nach Abschluss der Reha-Wunschs, mit jemandem über die psychischen Belastung durch ihre Erkrankung zu sprechen?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>überhaupt nicht</td>
<td>21</td>
<td>29.2</td>
<td>995</td>
<td>43.1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ein wenig</td>
<td>29</td>
<td>40.3</td>
<td>716</td>
<td>31.0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ziemlich</td>
<td>11</td>
<td>15.3</td>
<td>285</td>
<td>12.3</td>
<td>6.36 .170 .052</td>
</tr>
<tr>
<td>stark</td>
<td>8</td>
<td>11.1</td>
<td>193</td>
<td>8.4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sehr stark</td>
<td>3</td>
<td>4.2</td>
<td>121</td>
<td>5.2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Non-Responder I = keine Einwilligung zur Chatteilnahme vorhanden

### Tabelle 27: Rehabilitationsklinik (n=96 IG, n=4514 Non-Responder I, t₂)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder I*</th>
<th>χ²</th>
<th>p</th>
<th>phi</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Klinik</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Rehaklinik Nordfriesland</td>
<td>26</td>
<td>38.8</td>
<td>1270</td>
<td>36.0</td>
<td>0.23 .634 .008</td>
</tr>
<tr>
<td>Paracelsus-Klinik am See Bad Gandersheim</td>
<td>41</td>
<td>61.2</td>
<td>2259</td>
<td>64.0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Non-Responder I = keine Einwilligung zur Chatteilnahme vorhanden
### Tabelle 28: Ausgangsbelastung (n=96 IG, n=206 Non-Responder II)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder II*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>M</td>
</tr>
<tr>
<td>EORTC</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>QL</td>
<td>88</td>
<td>65.0</td>
</tr>
<tr>
<td>PF</td>
<td>88</td>
<td>80.5</td>
</tr>
<tr>
<td>RF</td>
<td>88</td>
<td>64.8</td>
</tr>
<tr>
<td>EF</td>
<td>88</td>
<td>64.4</td>
</tr>
<tr>
<td>CF</td>
<td>88</td>
<td>73.5</td>
</tr>
<tr>
<td>SF</td>
<td>88</td>
<td>68.0</td>
</tr>
<tr>
<td>FA</td>
<td>88</td>
<td>29.9</td>
</tr>
<tr>
<td>NV</td>
<td>88</td>
<td>28.8</td>
</tr>
<tr>
<td>PA</td>
<td>88</td>
<td>52.7</td>
</tr>
<tr>
<td>DY</td>
<td>88</td>
<td>27.7</td>
</tr>
<tr>
<td>SL</td>
<td>88</td>
<td>38.3</td>
</tr>
<tr>
<td>AP</td>
<td>88</td>
<td>32.6</td>
</tr>
<tr>
<td>CO</td>
<td>88</td>
<td>32.1</td>
</tr>
<tr>
<td>DI</td>
<td>88</td>
<td>31.8</td>
</tr>
<tr>
<td>FL</td>
<td>88</td>
<td>22.7</td>
</tr>
<tr>
<td>SF-8</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pcs</td>
<td>80</td>
<td>41.8</td>
</tr>
<tr>
<td>mcs</td>
<td>80</td>
<td>45.7</td>
</tr>
<tr>
<td>HADS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Depression</td>
<td>88</td>
<td>10.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Angst</td>
<td>88</td>
<td>9.8</td>
</tr>
<tr>
<td>PA-F</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PA-F</td>
<td>88</td>
<td>1.4</td>
</tr>
<tr>
<td>SWE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SWE</td>
<td>88</td>
<td>20.0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder II = Einwilligung vorhanden, keine Chatteilnahme

### Tabelle 29: Alter (n=96 IG, n=206 Non-Responder II)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder II*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>M</td>
</tr>
<tr>
<td>Alter</td>
<td>95</td>
<td>60.2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder II = Einwilligung vorhanden, keine Chatteilnahme
### Tabelle 30: Geschlecht (n=96 IG, n=206 Non-Responder II)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder II*</th>
<th>$\chi^2$</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
<td>%</td>
</tr>
<tr>
<td>Geschlecht</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>weiblich</td>
<td>48</td>
<td>50.5</td>
<td>124</td>
<td>60.8</td>
</tr>
<tr>
<td>männlich</td>
<td>47</td>
<td>49.5</td>
<td>80</td>
<td>39.2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder II = Einwilligung vorhanden, keine Chatteilnahme

### Tabelle 31: Nationalität (n=96 IG, n=206 Non-Responder II, $t_{02}$)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder II*</th>
<th>$\chi^2$</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
<td>%</td>
</tr>
<tr>
<td>Nationalität</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>deutsch</td>
<td>73</td>
<td>98.6</td>
<td>121</td>
<td>96.0</td>
</tr>
<tr>
<td>nein</td>
<td>1</td>
<td>1.4</td>
<td>5</td>
<td>4.0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder II = Einwilligung vorhanden, keine Chatteilnahme

### Tabelle 32: Familienstand (n=96 IG, n=206 Non-Responder II, $t_2$)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder II*</th>
<th>$\chi^2$</th>
<th>p</th>
<th>Cr. V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Familienstand</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ledig</td>
<td>5</td>
<td>6.7</td>
<td>6</td>
<td>4.8</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>verheiratet oder in fester Partnerschaft</td>
<td>60</td>
<td>80.0</td>
<td>97</td>
<td>77.0</td>
<td>2.36</td>
</tr>
<tr>
<td>verheiratet, aber getrennt lebend</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>2.4</td>
<td>.108</td>
</tr>
<tr>
<td>geschieden</td>
<td>8</td>
<td>10.7</td>
<td>16</td>
<td>12.7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>verwitwet</td>
<td>2</td>
<td>2.7</td>
<td>4</td>
<td>3.2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder II = Einwilligung vorhanden, keine Chatteilnahme
**Tabelle 33: Schulische Ausbildung (n=96 IG, n=206 Non-Responder II, t₂)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th></th>
<th>Non-Responder II*</th>
<th></th>
<th></th>
<th>p</th>
<th>Cr. V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>kein Schulabschluss</td>
<td>1</td>
<td>1.4</td>
<td>1</td>
<td>0.8</td>
<td>.291</td>
<td>.608</td>
<td>.122</td>
</tr>
<tr>
<td>Hauptschulabschluss</td>
<td>17</td>
<td>23.0</td>
<td>31</td>
<td>25.6</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Realschulabschluss</td>
<td>26</td>
<td>35.1</td>
<td>46</td>
<td>38.0</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fachabitur/ Abitur</td>
<td>30</td>
<td>40.5</td>
<td>40</td>
<td>33.1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>andere</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>2.5</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder II = Einwilligung vorhanden, keine Chatteilnahme

**Tabelle 34: Höchster Berufsabschluss (n=96 IG, n=206 Non-Responder II )**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th></th>
<th>Non-Responder II*</th>
<th></th>
<th></th>
<th>p</th>
<th>Cr. V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>noch in der Berufsausbildung</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>1.8</td>
<td>.1438</td>
<td>.007</td>
<td>.279</td>
</tr>
<tr>
<td>abgeschlossene Lehre/Fachschule</td>
<td>31</td>
<td>43.1</td>
<td>31</td>
<td>61.9</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Meisterschule</td>
<td>11</td>
<td>15.3</td>
<td>5</td>
<td>4.4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fachhochschule/ Universität</td>
<td>25</td>
<td>34.7</td>
<td>30</td>
<td>26.5</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ohne Berufsabschluss</td>
<td>2</td>
<td>2.8</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>andere</td>
<td>3</td>
<td>4.2</td>
<td>6</td>
<td>5.3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder II = Einwilligung vorhanden, keine Chatteilnahme

**Tabelle 35: Aktuelle Berufstätigkeit (n=96 IG, n=206 Non-Responder II, t₁)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th></th>
<th>Non-Responder II*</th>
<th></th>
<th></th>
<th>p</th>
<th>Cr. V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nicht berufstätig (inkl. Arbeitslose, Studenten, Rentner)</td>
<td>24</td>
<td>35.3</td>
<td>38</td>
<td>31.9</td>
<td>.27</td>
<td>.962</td>
<td>.038</td>
</tr>
<tr>
<td>voll berufstätig (mehr als 35 Std./Woche)</td>
<td>27</td>
<td>39.7</td>
<td>48</td>
<td>40.3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Teilzeit oder Stundenweise beschäftigt</td>
<td>15</td>
<td>22.1</td>
<td>29</td>
<td>24.4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>geringfügig beschäftigt (400€)</td>
<td>2</td>
<td>2.9</td>
<td>4</td>
<td>3.4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder II = Einwilligung vorhanden, keine Chatteilnahme*
**Tabelle 36:** Anzahl der eigenen / adoptierten Kinder \((n=96 \text{ IG, } n=206 \text{ Non-Responder II, } t_2)\)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder II*</th>
<th>T-Wert</th>
<th>p/d</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>M</td>
<td>SD</td>
<td>n</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl</td>
<td>70</td>
<td>1.4</td>
<td>1.10</td>
<td>119</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder II = Einwilligung vorhanden, keine Chatteilnahme

**Tabelle 37:** Anzahl der im Haushalt lebenden Personen \((n=96 \text{ IG, } n=206 \text{ Non-Responder II, } t_2)\)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder II*</th>
<th>T-Wert</th>
<th>p/d</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>M</td>
<td>SD</td>
<td>n</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl</td>
<td>72</td>
<td>2.0</td>
<td>0.88</td>
<td>125</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder II = Einwilligung vorhanden, keine Chatteilnahme

**Tabelle 38:** Anzahl Kinder im Haushalt \((n=96 \text{ IG, } n=206 \text{ Non-Responder II, } t_2)\)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder II*</th>
<th>T-Wert</th>
<th>p/d</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>M</td>
<td>SD</td>
<td>n</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl</td>
<td>66</td>
<td>0.2</td>
<td>0.49</td>
<td>114</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder II = Einwilligung vorhanden, keine Chatteilnahme

**Tabelle 39:** Diagnose \((n=96 \text{ IG, } n=206 \text{ Non-Responder II})\)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder II*</th>
<th>(\chi^2)</th>
<th>p</th>
<th>Cr. V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mammakarzinom</td>
<td>44</td>
<td>46.3</td>
<td>89</td>
<td>46.4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Prostatakarzinom</td>
<td>35</td>
<td>36.8</td>
<td>29</td>
<td>15.1</td>
<td>26.17</td>
</tr>
<tr>
<td>Krebserkrankung des Verdauungstrakts</td>
<td>13</td>
<td>13.7</td>
<td>38</td>
<td>19.8</td>
<td>0.302</td>
</tr>
<tr>
<td>Andere Krebserkrankung</td>
<td>3</td>
<td>3.2</td>
<td>36</td>
<td>18.8</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder II = Einwilligung vorhanden, keine Chatteilnahme*
### Tabelle 40: Einschätzung der Computerkenntnisse (*n=96 IG, n=206 Non-Responder II, \( t_1 \))

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder II*</th>
<th>( \chi^2 )</th>
<th>p</th>
<th>Cr. V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Wie würden Sie Ihre Computerkenntnisse einschätzen?</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gut</td>
<td>36 46.2</td>
<td>70 46.7</td>
<td>0.83</td>
<td>.660</td>
<td>.060</td>
</tr>
<tr>
<td>mittel</td>
<td>35 44.9</td>
<td>61 40.7</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>schlecht</td>
<td>7 9.0</td>
<td>19 12.7</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder II = Einwilligung vorhanden, keine Chatteilnahme*

### Tabelle 41: Internetzugang zu Hause (*n=96 IG, n=206 Non-Responder II, \( t_1 \))

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder II*</th>
<th>( \chi^2 )</th>
<th>p</th>
<th>Cr. V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Haben Sie zu Hause einen Internetzugang? Wenn ja, was für einen?</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nein</td>
<td>1 1.3</td>
<td>6 4.0</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ja, ISDN oder langsamer</td>
<td>8 10.3</td>
<td>19 12.6</td>
<td>2.34</td>
<td>.533</td>
<td>.101</td>
</tr>
<tr>
<td>ja, und zwar DSL</td>
<td>67 85.9</td>
<td>119 78.8</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ja, unbekannt</td>
<td>2 2.6</td>
<td>7 4.6</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder II = Einwilligung vorhanden, keine Chatteilnahme*

### Tabelle 42: Häufigkeit Nutzung des Internets / E-Mail (*n=96 IG, n=206 Non-Responder II*)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder II*</th>
<th>( \chi^2 )</th>
<th>p</th>
<th>Cr. V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Wie oft gehen Sie ca. pro Woche ins Internet oder nutzen E-Mail?</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1 x täglich</td>
<td>34 43.6</td>
<td>75 49.3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2-6 mal pro Woche</td>
<td>27 34.6</td>
<td>50 32.9</td>
<td>2.96</td>
<td>.398</td>
<td>.113</td>
</tr>
<tr>
<td>ca. 1x pro Woche</td>
<td>10 12.8</td>
<td>10 6.6</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>seltener/nie</td>
<td>7 9.0</td>
<td>17 11.2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder II = Einwilligung vorhanden, keine Chatteilnahme*
Tabelle 43: Internetnutzung \((n=96 \text{ IG, } n=206 \text{ Non-Responder II, } t_2)\)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder II*</th>
<th>(\chi^2)</th>
<th>(p)</th>
<th>OR(^1)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Nutzung des Internets</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ja</td>
<td>73</td>
<td>98.6</td>
<td>120</td>
<td>96.0</td>
<td>1.12</td>
</tr>
<tr>
<td>Nein</td>
<td>1</td>
<td>1.4</td>
<td>5</td>
<td>4.0</td>
<td>.075</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Welche Angebote werden genutzt?</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Informationen suchen</td>
<td>70</td>
<td>95.9</td>
<td>110</td>
<td>88.0</td>
<td>0.280</td>
</tr>
<tr>
<td>E-Mail</td>
<td>68</td>
<td>91.9</td>
<td>111</td>
<td>88.8</td>
<td>1.162</td>
</tr>
<tr>
<td>Diskussionsforen</td>
<td>8</td>
<td>10.8</td>
<td>14</td>
<td>11.2</td>
<td>1.157</td>
</tr>
<tr>
<td>Chat</td>
<td>16</td>
<td>21.6</td>
<td>21</td>
<td>16.8</td>
<td>0.676</td>
</tr>
<tr>
<td>Organisation von Terminen</td>
<td>15</td>
<td>20.3</td>
<td>27</td>
<td>21.6</td>
<td>1.123</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder II = Einwilligung vorhanden, keine Chatteilnahme

\(^1\) signifikante OR hervorgehoben

Tabelle 44: Inanspruchnahme psychosozialer Angebote vor dem Klinikaufenthalt \((n=96 \text{ IG, } n=206 \text{ Non-Responder II, } t_2)\)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder II*</th>
<th>OR(^1)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Haben sie vor ihrem Klinikaufenthalt eines der folgenden Angebote in Anspruch genommen?</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Selbsthilfegruppe</td>
<td>8</td>
<td>10.7</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Beratungsstelle</td>
<td>12</td>
<td>16</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychologische oder psychotherapeutische Behandlung/Gespräch</td>
<td>22</td>
<td>29.3</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>Keines</td>
<td>39</td>
<td>52.0</td>
<td>66</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Non-Responder II = Einwilligung vorhanden, keine Chatteilnahme

\(^1\) signifikante OR hervorgehoben
### Tabelle 45: Inanspruchnahme Behandlungen nach stationärem Aufenthalt  
\( (n=96 \text{ IG}, n=206 \text{ Non-Responder II}, t_2) \)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th></th>
<th>Non-Responder II*</th>
<th>OR*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>( n )</td>
<td>( % )</td>
<td>( n )</td>
<td>( % )</td>
</tr>
<tr>
<td>Welche der folgenden Maßnahmen haben Sie nach der stationären Behandlung in Anspruch genommen?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ambulante psychoonkologische Behandlung/Beratung</td>
<td>8</td>
<td>11.1</td>
<td>18</td>
<td>15.3</td>
</tr>
<tr>
<td>intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA)</td>
<td>4</td>
<td>5.6</td>
<td>4</td>
<td>3.4</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbsthilfegruppen</td>
<td>7</td>
<td>9.7</td>
<td>12</td>
<td>10.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Krankengymn. Weiterbehandlung</td>
<td>16</td>
<td>22.2</td>
<td>19</td>
<td>16.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Keine</td>
<td>30</td>
<td>41.7</td>
<td>55</td>
<td>46.6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Non-Responder II = Einwilligung vorhanden, keine Chatteilnahme
  
1 signifikante OR hervorgehoben

### Tabelle 46: Veränderungen aufgrund Krebserkrankung  
\( (n=96 \text{ IG}, n=206 \text{ Non-Responder II}, t_2) \)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th></th>
<th>Non-Responder II*</th>
<th>OR*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>( n )</td>
<td>( % )</td>
<td>( n )</td>
<td>( % )</td>
</tr>
<tr>
<td>Welche Veränderungen haben Sie aufgrund Ihrer Krebserkrankung oder Folgebeschwerden Ihrer Lebensführung vollzogen?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>regelmäßige sportliche oder körperliche Aktivitäten</td>
<td>37</td>
<td>49.3</td>
<td>61</td>
<td>49.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Durchführung oder erlernten krankengymn. Übungen</td>
<td>30</td>
<td>40.0</td>
<td>29</td>
<td>23.4</td>
</tr>
<tr>
<td>Durchführung oder erlernten psychotherapeutischen Übungen</td>
<td>23</td>
<td>30.7</td>
<td>40</td>
<td>32.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Reduktion von Genussmitteln</td>
<td>10</td>
<td>13.3</td>
<td>10</td>
<td>8.1</td>
</tr>
<tr>
<td>soziale Kontakte aufnehmen</td>
<td>5</td>
<td>6.7</td>
<td>11</td>
<td>8.9</td>
</tr>
<tr>
<td>Veränderung der Wohnsituation</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>keine</td>
<td>24</td>
<td>32.0</td>
<td>38</td>
<td>30.6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Non-Responder II = Einwilligung vorhanden, keine Chatteilnahme
  
1 signifikante OR hervorgehoben
**Tabelle 47**: Erhalt von Informationsmaterialien / anderer Hilfestellung (n=96 IG, n=206 Non-Responder II)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th></th>
<th>Non-Responder II*</th>
<th></th>
<th>(\chi^2)</th>
<th>p</th>
<th>Cr. V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Haben Sie während der stationären Behandlung Informationsmaterialien oder andere Hilfestellung bekommen?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ja</td>
<td>29</td>
<td>42.6</td>
<td>54</td>
<td>45.8</td>
<td>0.44</td>
<td>.803</td>
<td>.049</td>
</tr>
<tr>
<td>teilweise</td>
<td>16</td>
<td>23.5</td>
<td>23</td>
<td>19.5</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nein</td>
<td>23</td>
<td>33.8</td>
<td>41</td>
<td>34.7</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder II = Einwilligung vorhanden, keine Chatteilnahme

**Tabelle 48**: Erhalt von Unterstützung (n=96 IG, n=206 Non-Responder II, \(t_2\))

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th></th>
<th>Non-Responder II*</th>
<th></th>
<th>(\chi^2)</th>
<th>p</th>
<th>Cr. V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Wurden Sie hier in der Klinik bei der Vorbereitung auf die ambulanten Maßnahmen unterstützt?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gar nicht</td>
<td>16</td>
<td>23.5</td>
<td>30</td>
<td>27.5</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>wenig</td>
<td>13</td>
<td>19.1</td>
<td>22</td>
<td>20.2</td>
<td>1.43</td>
<td>.850</td>
<td>.090</td>
</tr>
<tr>
<td>mittel</td>
<td>19</td>
<td>27.9</td>
<td>29</td>
<td>26.6</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>stark</td>
<td>15</td>
<td>22.1</td>
<td>24</td>
<td>22.0</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sehr stark</td>
<td>5</td>
<td>7.4</td>
<td>4</td>
<td>7.4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Non-Responder II = Einwilligung vorhanden, keine Chatteilnahme

**Tabelle 49**: Umsetzung der Maßnahmen (n=96 IG, n=206 Non-Responder, \(t_2\))

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th></th>
<th>Non-Responder II*</th>
<th></th>
<th>(\chi^2)</th>
<th>p</th>
<th>Cr. V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Glauben Sie, dass Sie die Maßnahmen, durchführen bzw. umsetzen können?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>alle Maßnahmen</td>
<td>21</td>
<td>29.6</td>
<td>22</td>
<td>20.0</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>einige Maßnahmen</td>
<td>34</td>
<td>47.9</td>
<td>68</td>
<td>61.8</td>
<td>4.42</td>
<td>.188</td>
<td>.156</td>
</tr>
<tr>
<td>kein Maßnahmen</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0.9</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>es wurden keine Maßnahmen empfohlen</td>
<td>16</td>
<td>22.5</td>
<td>19</td>
<td>17.3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Non-Responder II = Einwilligung vorhanden, keine Chatteilnahme
**Tabelle 50: Einstellung zu psychosozialen Angeboten (0=negativ bis 10=positiv; n=96 IG, n=206 Non-Responder II, t₂)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder II*</th>
<th>T-Wert</th>
<th>p/d</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Anzahl</td>
<td>72 6.9 2.47</td>
<td>115 6.6 2.59</td>
<td>-1.03</td>
<td>.306/.16</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder II = Einwilligung vorhanden, keine Chatteilnahme

**Tabelle 51: Bedarf an Unterstützung (n=96 IG, n=206 Non-Responder II, t₂)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder II*</th>
<th>OR¹</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ich brauche keine Unterstützung</td>
<td>ja 27 51.9</td>
<td>38 44.2</td>
<td>0.851</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>nein 25 48.1</td>
<td>48 55.8</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ich weiß nicht an wen ich mich diesbezüglich wenden soll</td>
<td>ja 9 17.6</td>
<td>23 26.4</td>
<td>1.593</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>nein 42 82.4</td>
<td>64 73.6</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ich wusste nicht, dass es solche Angebote gibt</td>
<td>ja 7 13.7</td>
<td>11 12.6</td>
<td>0.709</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>nein 44 86.3</td>
<td>76 87.4</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Non-Responder II = Einwilligung vorhanden, keine Chatteilnahme
¹ signifikante OR hervorgehoben
### Tabelle 52: Bedürfnis nach Unterstützung (n=96 IG, n=206 Non-Responder II, \( t_2 \))

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder II*</th>
<th>( \chi^2 )</th>
<th>( p )</th>
<th>Cr. V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>( n )</td>
<td>( % )</td>
<td>( n )</td>
<td>( % )</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Haben sie nach Abschluss der Rehabilitationsbehandlung den Wunsch, mit jemandem über die psychische Belastung durch ihre Erkrankung zu sprechen?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>überhaupt nicht</td>
<td>21</td>
<td>29.2</td>
<td>28</td>
<td>23.7</td>
<td>2.27</td>
</tr>
<tr>
<td>ein wenig</td>
<td>29</td>
<td>40.3</td>
<td>45</td>
<td>38.1</td>
<td>.190</td>
</tr>
<tr>
<td>ziemlich</td>
<td>11</td>
<td>15.3</td>
<td>20</td>
<td>16.9</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>stark</td>
<td>8</td>
<td>11.1</td>
<td>14</td>
<td>11.9</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sehr stark</td>
<td>3</td>
<td>4.2</td>
<td>11</td>
<td>9.3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Non-Responder II = Einwilligung vorhanden, keine Chatteilnahme

### Tabelle 53: Rehabilitationsklinik (n=96 IG, n=206 Non-Responder II, \( t_2 \))

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder II*</th>
<th>( \chi^2 )</th>
<th>( p )</th>
<th>phi</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>( n )</td>
<td>( % )</td>
<td>( n )</td>
<td>( % )</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Klinik</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Rehaklinik Nordfriesland</td>
<td>26</td>
<td>38.8</td>
<td>66</td>
<td>35.3</td>
<td>0.26</td>
</tr>
<tr>
<td>Paracelsus-Klinik am See Bad Gandersheim</td>
<td>41</td>
<td>61.2</td>
<td>121</td>
<td>64.7</td>
<td>-.032</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Non-Responder II = Einwilligung vorhanden, keine Chatteilnahme
**Tabelle 54: Ausgangsbelastung (n=96 IG, n=71 Non-Responder III)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder III*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>M</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>EORTC</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>QL</td>
<td>88</td>
<td>65.0</td>
</tr>
<tr>
<td>PF</td>
<td>88</td>
<td>80.5</td>
</tr>
<tr>
<td>RF</td>
<td>88</td>
<td>64.8</td>
</tr>
<tr>
<td>EF</td>
<td>88</td>
<td>64.4</td>
</tr>
<tr>
<td>CF</td>
<td>88</td>
<td>73.5</td>
</tr>
<tr>
<td>SF</td>
<td>88</td>
<td>68.0</td>
</tr>
<tr>
<td>FA</td>
<td>88</td>
<td>29.9</td>
</tr>
<tr>
<td>NV</td>
<td>88</td>
<td>28.8</td>
</tr>
<tr>
<td>PA</td>
<td>88</td>
<td>52.7</td>
</tr>
<tr>
<td>DY</td>
<td>88</td>
<td>27.7</td>
</tr>
<tr>
<td>SL</td>
<td>88</td>
<td>38.3</td>
</tr>
<tr>
<td>AP</td>
<td>88</td>
<td>32.6</td>
</tr>
<tr>
<td>CO</td>
<td>88</td>
<td>32.1</td>
</tr>
<tr>
<td>DI</td>
<td>88</td>
<td>31.8</td>
</tr>
<tr>
<td>FI</td>
<td>88</td>
<td>22.7</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SF-8</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PCS</td>
<td>80</td>
<td>41.8</td>
</tr>
<tr>
<td>MCS</td>
<td>80</td>
<td>45.7</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>HADS</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Depression</td>
<td>88</td>
<td>10.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Angst</td>
<td>88</td>
<td>9.8</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PA-F</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PA-F</td>
<td>88</td>
<td>1.4</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SWE</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SWE</td>
<td>88</td>
<td>20.0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder III = Chatcode vorhanden, keine Chatteilnahme

**Tabelle 55: Alter (n=96 IG, n=71 Non-Responder III)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder III*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>M</td>
</tr>
<tr>
<td>Alter</td>
<td>95</td>
<td>60.2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder III = Chatcode vorhanden, keine Chatteilnahme
### Tabelle 56: Geschlecht ($n=96$ IG, $n=71$ Non-Responder III)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder III*</th>
<th>$\chi^2$</th>
<th>$p$</th>
<th>phi</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>$n$</td>
<td>%</td>
<td>$n$</td>
<td>%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>weiblich</td>
<td>48</td>
<td>50.5</td>
<td>39</td>
<td>54.9</td>
<td>0.32</td>
</tr>
<tr>
<td>männlich</td>
<td>47</td>
<td>49.5</td>
<td>32</td>
<td>45.1</td>
<td>0.574</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder III = Chatcode vorhanden, keine Chatteilnahme

### Tabelle 57: Nationalität ($n=96$ IG, $n=71$ Non-Responder III, $t_{02}$*)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder III*</th>
<th>$\chi^2$</th>
<th>$p$</th>
<th>phi</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>$n$</td>
<td>%</td>
<td>$n$</td>
<td>%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>deutsch ja</td>
<td>73</td>
<td>98.6</td>
<td>51</td>
<td>94.4</td>
<td>1.82</td>
</tr>
<tr>
<td>deutsch nein</td>
<td>1</td>
<td>1.4</td>
<td>3</td>
<td>5.6</td>
<td>.310</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder III = Chatcode vorhanden, keine Chatteilnahme

### Tabelle 58: Familienstand ($n=96$ IG, $n=71$ Non-Responder III, $t_2$)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder III*</th>
<th>$\chi^2$</th>
<th>$p$</th>
<th>Cr. V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>$n$</td>
<td>%</td>
<td>$n$</td>
<td>%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ledig</td>
<td>5</td>
<td>6.7</td>
<td>2</td>
<td>3.7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>verheiratet oder in fester Partnerschaft</td>
<td>60</td>
<td>80.0</td>
<td>40</td>
<td>74.1</td>
<td>3.97</td>
</tr>
<tr>
<td>verheiratet, aber getrennt lebend</td>
<td>0</td>
<td>0.0</td>
<td>2</td>
<td>3.7</td>
<td>.436</td>
</tr>
<tr>
<td>geschieden</td>
<td>8</td>
<td>10.7</td>
<td>8</td>
<td>14.8</td>
<td>.175</td>
</tr>
<tr>
<td>verwitwet</td>
<td>2</td>
<td>2.7</td>
<td>2</td>
<td>3.7</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder III = Chatcode vorhanden, keine Chatteilnahme
### Tabelle 59: Schulische Ausbildung \((n=96\ \text{IG},\ n=71\ \text{Non-Responder III, } t_2)\)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder III*</th>
<th>(\chi^2)</th>
<th>(p)</th>
<th>Cr. V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>kein Schulabschluss</td>
<td>1</td>
<td>1.4</td>
<td>1</td>
<td>1.9</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hauptschulabschluss</td>
<td>17</td>
<td>23.0</td>
<td>14</td>
<td>26.9</td>
<td>6.55</td>
</tr>
<tr>
<td>Realschulabschluss</td>
<td>26</td>
<td>35.1</td>
<td>23</td>
<td>44.2</td>
<td>.143</td>
</tr>
<tr>
<td>Fachabitur/ Abitur</td>
<td>30</td>
<td>40.5</td>
<td>12</td>
<td>23.1</td>
<td>.228</td>
</tr>
<tr>
<td>andere</td>
<td>0</td>
<td>0.0</td>
<td>2</td>
<td>3.8</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder III = Chatcode vorhanden, keine Chatteilnahme

### Tabelle 60: Höchster Berufsabschluss \((n=96\ \text{IG},\ n=71\ \text{Non-Responder III})\)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder III*</th>
<th>(\chi^2)</th>
<th>(p)</th>
<th>Cr. V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>noch in der Berufsausbildung</td>
<td>0</td>
<td>0.0</td>
<td>1</td>
<td>2.1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>abgeschlossene Lehre/Fachschule</td>
<td>31</td>
<td>43.1</td>
<td>28</td>
<td>58.3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Meisterschule</td>
<td>11</td>
<td>15.3</td>
<td>3</td>
<td>6.3</td>
<td>6.49</td>
</tr>
<tr>
<td>Fachhochschule/ Universität</td>
<td>25</td>
<td>34.7</td>
<td>14</td>
<td>29.2</td>
<td>.242</td>
</tr>
<tr>
<td>ohne Berufsabschluss</td>
<td>2</td>
<td>2.8</td>
<td>0</td>
<td>0.0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>andere</td>
<td>3</td>
<td>4.2</td>
<td>2</td>
<td>4.2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder III = Chatcode vorhanden, keine Chatteilnahme

### Tabelle 61: Aktuelle Berufstätigkeit \((n=96\ \text{IG},\ n=71\ \text{Non-Responder III, } t_1)\)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder III*</th>
<th>(\chi^2)</th>
<th>(p)</th>
<th>Cr. V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nicht berufstätig (inkl. Arbeitslose, Studenten, Rentner)</td>
<td>24</td>
<td>35.3</td>
<td>16</td>
<td>32.7</td>
<td>1.36</td>
</tr>
<tr>
<td>voll berufstätig (mehr als 35 Std./Woche)</td>
<td>27</td>
<td>39.7</td>
<td>16</td>
<td>32.7</td>
<td>.717</td>
</tr>
<tr>
<td>Teilzeit oder Stundenweise beschäftigt</td>
<td>15</td>
<td>22.1</td>
<td>15</td>
<td>30.6</td>
<td>.108</td>
</tr>
<tr>
<td>geringfügig beschäftigt (400€)</td>
<td>2</td>
<td>2.9</td>
<td>2</td>
<td>2.9</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder III = Chatcode vorhanden, keine Chatteilnahme
**Tabelle 62:** Anzahl der eigenen / adoptierten Kinder \((n=96\ \text{IG},\ n=71\ \text{Non-Responder III, } t_2)\)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder III*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>(n)</td>
<td>(M)</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl</td>
<td>83</td>
<td>1.5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

\(t\)-Wert \(p/d\)

1.25 \(0.266/0.23\)

*Non-Responder III = Chatcode vorhanden, keine Chatteilnahme

**Tabelle 63:** Anzahl der im Haushalt lebenden Personen \((n=96\ \text{IG},\ n=71\ \text{Non-Responder III, } t_2)\)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder III*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>(n)</td>
<td>(M)</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl</td>
<td>72</td>
<td>2.0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

\(t\)-Wert \(p/d\)

0.68 \(0.499/0.12\)

*Non-Responder III = Chatcode vorhanden, keine Chatteilnahme

**Tabelle 64:** Anzahl Kinder im Haushalt\((n=96\ \text{IG},\ n=71\ \text{Non-Responder III, } t_2)\)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder III*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>(n)</td>
<td>(M)</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl</td>
<td>74</td>
<td>0.2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

\(t\)-Wert \(p/d\)

0.98 \(0.325/0.17\)

*Non-Responder III = Chatcode vorhanden, keine Chatteilnahme

**Tabelle 65:** Diagnose \((n=96\ \text{IG},\ n=71\ \text{Non-Responder III})\)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder III*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>(n)</td>
<td>%</td>
</tr>
<tr>
<td>Mammakarzinom</td>
<td>44</td>
<td>46.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Prostatakarzinom</td>
<td>35</td>
<td>36.8</td>
</tr>
<tr>
<td>Krebserkrankung des</td>
<td>13</td>
<td>13.7</td>
</tr>
<tr>
<td>Verdauungstrakts</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Andere Krebserkrankung</td>
<td>3</td>
<td>3.2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

\(\chi^2\) \(p\)  

1.53 \(.704\)  

.96 .096

*Non-Responder III = Chatcode vorhanden, keine Chatteilnahme
**Tabelle 66:** Einschätzung der Computerkenntnisse \((n=96 \text{ IG, } n=71 \text{ Non-Responder III, } t_1)\)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder III*</th>
<th>(\chi^2)</th>
<th>(p)</th>
<th>Cr. V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Wie würden Sie Ihre Computerkenntnisse einschätzen?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gut</td>
<td>36</td>
<td>46.2</td>
<td>17</td>
<td>32.1</td>
<td>6.56</td>
</tr>
<tr>
<td>mittel</td>
<td>35</td>
<td>44.9</td>
<td>23</td>
<td>43.4</td>
<td>.038</td>
</tr>
<tr>
<td>schlecht</td>
<td>7</td>
<td>9.0</td>
<td>13</td>
<td>24.5</td>
<td>.224</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* IG = Chatteilnahme
*Non-Responder III = Chatcode vorhanden, keine Chatteilnahme

**Tabelle 67:** Internetzugang zu Hause, \((n=96 \text{ IG, } n=71 \text{ Non-Responder III, } t_1)\)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder III*</th>
<th>(\chi^2)</th>
<th>(p)</th>
<th>Cr. V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Haben Sie zu Hause einen Internetzugang?Wenn ja, was für einen?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nein</td>
<td>1</td>
<td>1.3</td>
<td>5</td>
<td>9.1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ja, ISDN oder langsamer</td>
<td>8</td>
<td>10.3</td>
<td>6</td>
<td>10.9</td>
<td>5.60</td>
</tr>
<tr>
<td>ja, und zwar DSL</td>
<td>67</td>
<td>85.9</td>
<td>41</td>
<td>74.5</td>
<td>.133</td>
</tr>
<tr>
<td>ja, unbekannt</td>
<td>2</td>
<td>2.6</td>
<td>3</td>
<td>5.5</td>
<td>.205</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder III = Chatcode vorhanden, keine Chatteilnahme

**Tabelle 68:** Häufigkeit Nutzung des Internets / E-Mail \((n=96 \text{ IG, } n=71 \text{ Non-Responder III})\)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder III*</th>
<th>(\chi^2)</th>
<th>(p)</th>
<th>Cr. V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Wie oft gehen Sie ca. pro Woche ins Internet oder nutzen E-Mail?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1 x täglich</td>
<td>34</td>
<td>43.6</td>
<td>25</td>
<td>45.5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2-6 mal pro Woche ca. 1x pro Woche</td>
<td>27</td>
<td>34.6</td>
<td>18</td>
<td>32.7</td>
<td>3.31</td>
</tr>
<tr>
<td>selten/nie</td>
<td>10</td>
<td>12.8</td>
<td>3</td>
<td>5.5</td>
<td>.346</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder III = Chatcode vorhanden, keine Chatteilnahme
### Tabelle 69: Internetnutzung (n=96 IG, n=71 Non-Responder III, t₂)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder III*</th>
<th>OR¹</th>
<th>χ²</th>
<th>p</th>
<th>phi</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Nutzung des Internets</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ja</td>
<td>73</td>
<td>98.6</td>
<td>51</td>
<td>94.4</td>
<td>1.82</td>
<td>.177</td>
</tr>
<tr>
<td>Nein</td>
<td>1</td>
<td>1.4</td>
<td>3</td>
<td>5.6</td>
<td>.119</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Welche Angebote werden genutzt?</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Informationen suchen</td>
<td>70</td>
<td>95.9</td>
<td>43</td>
<td>79.6</td>
<td>0.133</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>E-Mail</td>
<td>68</td>
<td>91.6</td>
<td>46</td>
<td>85.2</td>
<td>1.345</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Diskussionsforen</td>
<td>8</td>
<td>10.8</td>
<td>4</td>
<td>7.4</td>
<td>0.730</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Chat</td>
<td>16</td>
<td>21.6</td>
<td>9</td>
<td>16.7</td>
<td>0.718</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Organisation von Terminen</td>
<td>15</td>
<td>20.3</td>
<td>13</td>
<td>24.1</td>
<td>1.434</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder III = Chatcode vorhanden, keine Chatteilnahme
¹ signifikante OR hervorgehoben

### Tabelle 70: Inanspruchnahme psychosozialer Angebote vor dem Klinikaufenthalt (n=96 IG, n=71 Non-Responder III; t₂)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder III*</th>
<th>OR¹</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Haben sie vor ihrem Klinikaufenthalt eines der folgenden Angebote in Anspruch genommen?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Selbsthilfegruppe</td>
<td>8</td>
<td>10.7</td>
<td>1.434</td>
</tr>
<tr>
<td>Beratungsstelle</td>
<td>12</td>
<td>16.0</td>
<td>1.081</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychologische oder psychotherapeutische Behandlung/Gespräch</td>
<td>22</td>
<td>29.3</td>
<td>1.104</td>
</tr>
<tr>
<td>Keines</td>
<td>39</td>
<td>52.0</td>
<td>1.273</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Non-Responder III = Chatcode vorhanden, keine Chatteilnahme
¹ signifikante OR hervorgehoben
### Tabelle 71: Inanspruchnahme Behandlungen nach stationärem Aufenthalt (n =96 IG, n=71 Non-Responder III; t_2)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th></th>
<th>Non-Responder III*</th>
<th></th>
<th>OR_1</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ambulante psychoonkologische Behandlung/Beratung</td>
<td>8</td>
<td>11.1</td>
<td>7</td>
<td>13.5</td>
<td>1.612</td>
</tr>
<tr>
<td>Intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA)</td>
<td>4</td>
<td>5.6</td>
<td>3</td>
<td>5.8</td>
<td>0.982</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbsthilfegruppen</td>
<td>7</td>
<td>9.7</td>
<td>8</td>
<td>15.4</td>
<td>1.238</td>
</tr>
<tr>
<td>Krankengymnastische Weiterbehandlung</td>
<td>16</td>
<td>22.2</td>
<td>3</td>
<td>5.8</td>
<td><strong>0.182</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Keine</td>
<td>30</td>
<td>41.7</td>
<td>22</td>
<td>42.3</td>
<td>0.819</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Non-Responder III = Einwilligung vorhanden, keine Chatteilnahme

_1_ signifikante OR hervorgehoben
### Tabelle 72: Veränderungen aufgrund Krebserkrankung \((n=96 \text{ IG, } n=71 \text{ Non-Responder III; } t_2)\)

| Merkmal | IG \(n\) & % | Non-Responder III* \(n\) & % | OR¹ |
|---------|-----------|----------------|----------------|-------|
| regelmäßige sportliche oder körperliche Aktivitäten | 37 49.3 | 27 50.0 | 0.651 |
| Durchführung der erlernten krankengymn. Übungen | 30 40.0 | 14 25.9 | 0.367 |
| Durchführung der erlernten psychother. Übungen | 23 30.7 | 15 27.8 | 0.918 |
| Reduktion von Genussmitteln | 10 13.3 | 6 11.1 | 0.649 |
| soziale Kontakte aufnehmen | 5 6.7 | 6 11.1 | 1.810 |
| Veränderung der Wohnsituation | 0 0.0 | 0 0.0 | - |
| keine | 24 32.0 | 14 25.9 | 0.338 |

* Non-Responder III= Chatcode vorhanden, keine Chatteilnahme

¹ signifikante OR hervorgehoben
### Tabelle 73: Erhalt von Informationsmaterialien / anderer Hilfestellung (n=96 IG, n=71 Non-Responder III)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder III*</th>
<th>χ²</th>
<th>p</th>
<th>Cr. V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Haben Sie während der stationären Behandlung Informationsmaterialien oder andere Hilfestellung bekommen?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ja</td>
<td>29</td>
<td>42.6</td>
<td>22</td>
<td>45.8</td>
<td>0.28</td>
</tr>
<tr>
<td>teilweise</td>
<td>16</td>
<td>23.5</td>
<td>12</td>
<td>25.0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nein</td>
<td>23</td>
<td>33.8</td>
<td>14</td>
<td>29.2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder III = Chatcode vorhanden, keine Chatteilnahme

### Tabelle 74: Erhalt von Unterstützung (n=96 IG, n=71 Non-Responder III, t2)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder III*</th>
<th>χ²</th>
<th>p</th>
<th>Cr. V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Wurden Sie hier in der Klinik bei der Vorbereitung auf die ambulanten Maßnahmen unterstützt</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gar nicht</td>
<td>16</td>
<td>23.5</td>
<td>13</td>
<td>27.7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>wenig</td>
<td>13</td>
<td>19.1</td>
<td>7</td>
<td>14.9</td>
<td>2.10</td>
</tr>
<tr>
<td>mittel</td>
<td>19</td>
<td>27.9</td>
<td>14</td>
<td>29.8</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>stark</td>
<td>15</td>
<td>22.1</td>
<td>12</td>
<td>25.5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sehr stark</td>
<td>5</td>
<td>7.4</td>
<td>1</td>
<td>2.1</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Non-Responder III = Chatcode vorhanden, keine Chatteilnahme
### Tabelle 75: Umsetzung der Maßnahmen (n=96 IG, n=71 Non-Responder III, t₂)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder III*</th>
<th>χ²</th>
<th>p</th>
<th>Cr. V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>alle Maßnahmen</td>
<td>21</td>
<td>29.6</td>
<td>11</td>
<td>23.4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>einige Maßnahmen</td>
<td>34</td>
<td>47.9</td>
<td>29</td>
<td>61.7</td>
<td>4.367</td>
</tr>
<tr>
<td>kein Maßnahmen</td>
<td>0</td>
<td>0.0</td>
<td>1</td>
<td>2.1</td>
<td>.192</td>
</tr>
<tr>
<td>es wurden keine Maßnahmen empfohlen</td>
<td>16</td>
<td>22.5</td>
<td>6</td>
<td>12.8</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder III = Chatcode vorhanden, keine Chatteilnahme

### Tabelle 76: Einstellung zu psychosozialen Angeboten (0=negativ bis 10=positiv; n=96 IG, n=71 Non-Responder III, t₂)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder III*</th>
<th>t-Wert</th>
<th>p/d</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>n</td>
<td>M</td>
<td>SD</td>
<td>n</td>
<td>M</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl</td>
<td>72</td>
<td>6.9</td>
<td>45</td>
<td>5.5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Non-Responder III = Chatcode vorhanden, keine Chatteilnahme
### Tabelle 77: Bedarf an Unterstützung (n=96 IG, n=71 Non-Responder III; t<sub>2</sub>)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder III*</th>
<th>OR&lt;sup&gt;1&lt;/sup&gt;</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich brauche keine Unterstützung</td>
<td>ja</td>
<td>27</td>
<td>51.9</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>nein</td>
<td>25</td>
<td>48.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich weiß nicht an wen ich mich diesbezüglich wenden soll</td>
<td>ja</td>
<td>9</td>
<td>17.6</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>nein</td>
<td>42</td>
<td>82.4</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich wusste nicht, dass es solche Angebote gibt</td>
<td>ja</td>
<td>7</td>
<td>13.7</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>nein</td>
<td>44</td>
<td>86.3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Non-Responder III = Chatcode vorhanden, keine Chatteilnahme

<sup>1</sup> signifikante OR hervorgehoben

### Tabelle 78: Bedürfnis nach Unterstützung (n=96 IG, n=71 Non-Responder III; t<sub>2</sub>)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>IG</th>
<th>Non-Responder III*</th>
<th>χ²</th>
<th>p</th>
<th>Cr. V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Haben sie nach Abschluss der Rehabilitationsbehandlung den Wunsch, mit jemandem über die psychische Belastung durch ihre Erkrankung zu sprechen?</td>
<td>überhaupt nicht</td>
<td>21</td>
<td>29.2</td>
<td>13</td>
<td>27.1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ein wenig</td>
<td>29</td>
<td>40.3</td>
<td>20</td>
<td>41.7</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ziemlich</td>
<td>11</td>
<td>15.3</td>
<td>8</td>
<td>16.7</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>stark</td>
<td>8</td>
<td>11.1</td>
<td>3</td>
<td>6.3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>sehr stark</td>
<td>3</td>
<td>4.2</td>
<td>4</td>
<td>8.3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Haben sie nach Abschluss der Rehabilitationsbehandlung die Möglichkeit, mit jemandem über die psychische Belastung durch ihre Erkrankung zu sprechen? | überhaupt nicht | 13  | 18.3 | 7   | 14.6 |
|        | ein wenig | 20  | 28.2 | 11  | 22.9 |
|        | ziemlich | 16  | 22.5 | 18  | 37.5 |
|        | stark | 11  | 15.5 | 9   | 18.8 |
|        | sehr stark | 11  | 15.5 | 3   | 6.3 |

* Non-Responder III = Chatcode vorhanden, keine Chatteilnahme
### Tabelle 79: Rehabilitationsklinik (n=96 IG, n=71 Non-Responder III, t₂)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klinik</th>
<th>IG</th>
<th>%</th>
<th>Non-Responder III*</th>
<th>%</th>
<th>χ²</th>
<th>p</th>
<th>phi</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Rehaklinik Nordfriesland</td>
<td>26</td>
<td>38.8</td>
<td>8</td>
<td>15.1</td>
<td>8.19</td>
<td>.004</td>
<td>.261</td>
</tr>
<tr>
<td>Paracelsus-Klinik am See Bad Gandersheim</td>
<td>41</td>
<td>61.2</td>
<td>45</td>
<td>84.9</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Non-Responder III = Einwilligung vorhanden, keine Chatteilnahme
5.2 Stichproben

Tabelle 80: Vergleich von Interventions- und Kontrollgruppe in soziodemographischen und klinischen Variablen (zu $t_1$)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variablen</th>
<th>Interventionsgruppe</th>
<th>Kontrollgruppe</th>
<th>Statistische Signifikanz</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>$n=96$</td>
<td>$n=1349$</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>MW / n  SD / %</td>
<td>MW / n  SD / %</td>
<td>$t$ / chi²  $p$  $d$ / phi / Cr.V</td>
</tr>
<tr>
<td>Soziodemographisch</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Alter</td>
<td>60.2  9.0</td>
<td>63.0  10.6</td>
<td>2.87  .005  0.29</td>
</tr>
<tr>
<td>Geschlecht</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>weiblich</td>
<td>48  50.5</td>
<td>895  66.3</td>
<td>9.80  .002  0.082</td>
</tr>
<tr>
<td>männlich</td>
<td>47  49.5</td>
<td>454  33.7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Familienstand</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ledig</td>
<td>5  6.7</td>
<td>81  7.9</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>verheiratet (zusammen lebend) oder in fester Partnerschaft</td>
<td>60  80.0</td>
<td>715  70.1</td>
<td>4.96  .283  .067</td>
</tr>
<tr>
<td>verheiratet (in Trennung lebend)</td>
<td>0  0.0</td>
<td>22  2.2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>geschieden</td>
<td>8  10.7</td>
<td>130  12.7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>verwitwet</td>
<td>2  2.7</td>
<td>72  7.1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Schulabschluss</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ohne Schulabschluss</td>
<td>1  1.4</td>
<td>6  0.6</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Haupt-/Volksschulabschluss</td>
<td>17  23.0</td>
<td>628  62.6</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Realschulabschluss/Mittlere Reife</td>
<td>26  35.1</td>
<td>85  8.5</td>
<td>69.9  &lt;.001  .255</td>
</tr>
<tr>
<td>Hochschulreife</td>
<td>30  40.5</td>
<td>283  28.2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>andere</td>
<td>0  0.0</td>
<td>1  0.1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Höchster Berufsabschluss</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>noch in der Berufsaußbildung</td>
<td>0  0</td>
<td>0  0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>abgeschlossene Lehre/Fachschule</td>
<td>31  43.1</td>
<td>506  52.7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Meisterschule</td>
<td>11  15.3</td>
<td>176  18.3</td>
<td>8.39  .081  .090</td>
</tr>
<tr>
<td>Fachhochschule/Universität</td>
<td>25  34.7</td>
<td>229  23.8</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ohne Berufsabschluss</td>
<td>2  2.8</td>
<td>37  3.9</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>andere</td>
<td>3  4.2</td>
<td>13  1.4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Variablen</td>
<td>Interventionsgruppe</td>
<td>Kontrollgruppe</td>
<td>Statistische Signifikanz</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------------------</td>
<td>---------------------</td>
<td>---------------</td>
<td>--------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>n=96</td>
<td>n=1349</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>MW / n</td>
<td>SD / %</td>
<td>MW / n</td>
</tr>
<tr>
<td>Erwerbsstatus</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nicht berufstätig (einschl. arbeitslos, Null-Kurzarbeit, Vorruhestand, Rentner, Student ohne Zuverdienst)</td>
<td>24 35.3</td>
<td>512 56.4</td>
<td>13.2</td>
</tr>
<tr>
<td>voll berufstätig (wöchentl. Arbeitszeit ≥ 35 Std.)</td>
<td>27 39.7</td>
<td>258 28.4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>teilzeit- oder stundenweise berufstätig vorübergehend freigestellt (z.B. öffentl. Dienst, Erziehungsurlaub)</td>
<td>15 22.1</td>
<td>109 12.0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>geringfügig beschäftigt/Mini-Job</td>
<td>0 0.0</td>
<td>4 0.4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nationalität deutsch</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nein</td>
<td>1 1.4</td>
<td>11 1.6</td>
<td>0.03</td>
</tr>
<tr>
<td>ja</td>
<td>73 98.6</td>
<td>679 98.4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Klinisch</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Diagnose</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MammaCa</td>
<td>44 46.3</td>
<td>894 66.3</td>
<td>232.8</td>
</tr>
<tr>
<td>ProstataCA</td>
<td>35 36.8</td>
<td>454 33.7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gastro-IntestinalCA</td>
<td>13 13.7</td>
<td>0 0.0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>andere</td>
<td>3 3.2</td>
<td>0 0.0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Onkologische Rehabilitationsklinik</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Röpersbergklinik Ratzeburg</td>
<td>0 0.0</td>
<td>429 31.8</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Strandklinik Boltenhagen</td>
<td>0 0.0</td>
<td>339 25.1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Rehabsilationsklinik Nordfriesland</td>
<td>26 38.8</td>
<td>482 35.7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Klinik Sonneneck Wyk auf Föhr</td>
<td>0 0.0</td>
<td>99 7.3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Paracelsus-Klinik am See Bad Gandersheim</td>
<td>41 61.2</td>
<td>0 0.0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
5.3 **Ergebnisevaluation**

Zur Überprüfung der Hauptfragestellung werden nachfolgend die Ergebnisse von Vergleichen zwischen Interventionsgruppe (IG) und Kontrollgruppe (KG) hinsichtlich des primären und sekundären Outcome zum Zeitpunkt t3, d.h. unmittelbar nach dem Chat in der Interventionsgruppe bzw. 6 Monate nach Verlassen der Klinik in der Kontrollgruppe dargestellt. Hierzu werden Kovarianzanalysen mit der Ausgangsbelastung als Kovariate berechnet.

**Tabelle 81** enthält die Ergebnisse für das **primäre Outcome**, d.h. die generische bzw. erkrankungsspezifische Lebensqualität gemessen mit der psychischen Summenskala des SF-8 sowie die krebspezifische Lebensqualität, gemessen mit der Skala Global Health Status (QL) des EORTC-QLQ-C30. In beiden Skalen unterscheiden sich die zwei Gruppen signifikant mit kleiner Effektstärke: Die Mittelwerte der IG liegen dabei in beiden Skalen signifikant höher als die der KG, d.h. die Patienten der Chatgruppen geben eine höhere generische wie auch krebspezifische Lebensqualität an. **Tabelle 83** ist zu entnehmen, dass diese Unterschiede auch dann bestehen bleiben, wenn neben der Ausgangsbelastung das Alter als weitere Kovariate mitaufgenommen wird. Als **sekundäres Outcome** wurden darüber hinaus auch die weiteren Skalen des EORTC-QLQ C30 sowie die körperliche Summenskala des SF-8 verglichen: Signifikante Unterschiede mit mindestens kleiner Effektstärke finden sich nur für die Skala Pain (PA) des EORTC-QLQ, wobei die IG geringere Werte als die KG aufweist (siehe **Tabelle 81**), d.h. weniger belastet durch Schmerzen ist. Auch diese Unterschiede bleiben nach Adjustierung für das Alter bestehen (siehe **Tabelle 83**). Als weiteres sekundäres Outcome wurden schließlich Depression, Angst, Progredienzangst und Selbstwirksamkeitserwartung überprüft: Signifikante Unterschiede mit kleiner bzw. annähernd mittlerer Effektstärke finden sich für die Skalen Depression und Angst des HADS: Teilnehmer der IG weisen niedrigere Werte als die der KG auf in der Skala Angst, höhere Werte in der Skala Depression (siehe **Tabelle 82**). Auch diese Unterschiede bleiben nach Altersadjustierung bestehen (siehe **Tabelle 84**).

Analysen, in denen die **Diagnose**, d.h. Mammakarzinom vs. Malignome der Prostata und des Gastrointestinaltrakts als weiterer Gruppenfaktor eingeführt wurde, ergeben für das primäre Outcome, die Skala Global Health Status (QL) des EORTC QLQ-C30 keine signifikante Wechselwirkung mit mindestens kleiner Effektstärke mit dem Gruppenfaktor Intervention: In beiden Gruppen liegen die Werte für die Patientinnen mit Mammakarzinom signifikant unter denen der Patienten mit Prostatakarzinom, allerdings ist dieser Unterschied geringer als eine

Als weitere Confounder wurden die Variablen Schulabschluss und Berufsqualifikation analysiert: Diese wurden als zweiter Gruppenfaktor in die Kovarianzanalysen eingeführt und es wurden Wechselwirkungen mit dem Faktor Interventions-/Kontrollgruppe überprüft.


### Tabelle 81: Kovarianzanalytischer Vergleich der Mittelwerte IG vs. KG zu t3 in der generischen gesundheitsbezogen sowie der krebsspezifischen Lebensqualität

<table>
<thead>
<tr>
<th>Skala</th>
<th>Gruppe</th>
<th>Haupeffekt (Gruppe)</th>
<th>Ausgangsbelastung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Interventionsgruppe (IG)</td>
<td>Kontrollgruppe (KG)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>margin. Mean</td>
<td>s.e.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**EORTC QLQ-C30**

- **Global Health Status (Ql)**  
  - Interventionsgruppe (IG): n = 79, margin. Mean = 61.7, s.e. = 1.54  
  - Kontrollgruppe (KG): n = 880, margin. Mean = 54.2, s.e. = 0.46  
  - p = <.001, η² = .022

- **Physical Functioning (PF)**  
  - Interventionsgruppe (IG): n = 79, margin. Mean = 83.4, s.e. = 1.65  
  - Kontrollgruppe (KG): n = 880, margin. Mean = 82.4, s.e. = 0.49  
  - p = <.001, η² = .557

- **Role Functioning (RF)**  
  - Interventionsgruppe (IG): n = 79, margin. Mean = 71.7, s.e. = 2.65  
  - Kontrollgruppe (KG): n = 880, margin. Mean = 69.8, s.e. = 0.79  
  - p = .001, η² = .486

- **Emotional Functioning (EF)**  
  - Interventionsgruppe (IG): n = 79, margin. Mean = 75.5, s.e. = 2.16  
  - Kontrollgruppe (KG): n = 880, margin. Mean = 73.9, s.e. = 0.65  
  - p = .007, η² = .478

- **Cognitive Functioning (CF)**  
  - Interventionsgruppe (IG): n = 79, margin. Mean = 78.5, s.e. = 2.60  
  - Kontrollgruppe (KG): n = 880, margin. Mean = 73.2, s.e. = 0.77  
  - p = .004, η² = .052

- **Social Functioning (SF)**  
  - Interventionsgruppe (IG): n = 79, margin. Mean = 24.9, s.e. = 1.93  
  - Kontrollgruppe (KG): n = 880, margin. Mean = 28.5, s.e. = 0.58  
  - p = .003, η² = .078

- **Fatigue (FA)**  
  - Interventionsgruppe (IG): n = 79, margin. Mean = 27.2, s.e. = 2.29  
  - Kontrollgruppe (KG): n = 880, margin. Mean = 31.6, s.e. = 0.69  
  - p = .004, η² = .067

- **Nausea and Vomiting (NV)**  
  - Interventionsgruppe (IG): n = 79, margin. Mean = 56.7, s.e. = 1.74  
  - Kontrollgruppe (KG): n = 880, margin. Mean = 67.6, s.e. = 0.51  
  - p = <.001, η² = .036

- **Pain (PA)**  
  - Interventionsgruppe (IG): n = 79, margin. Mean = 22.8, s.e. = 2.66  
  - Kontrollgruppe (KG): n = 880, margin. Mean = 24.6, s.e. = 0.79  
  - p = <.001, η² = .500

- **Dyspnoea (DY)**  
  - Interventionsgruppe (IG): n = 79, margin. Mean = 32.2, s.e. = 2.93  
  - Kontrollgruppe (KG): n = 880, margin. Mean = 36.9, s.e. = 0.87  
  - p = .125, η² = .002

- **Insomnia (SL)**  
  - Interventionsgruppe (IG): n = 79, margin. Mean = 29.8, s.e. = 2.91  
  - Kontrollgruppe (KG): n = 880, margin. Mean = 33.0, s.e. = 0.86  
  - p = .291, η² = .001

- **Appetite Loss (AP)**  
  - Interventionsgruppe (IG): n = 79, margin. Mean = 19.9, s.e. = 2.97  
  - Kontrollgruppe (KG): n = 880, margin. Mean = 28.1, s.e. = 0.88  
  - p = .008, η² = .007

- **Constipation (CO)**  
  - Interventionsgruppe (IG): n = 79, margin. Mean = 24.4, s.e. = 2.88  
  - Kontrollgruppe (KG): n = 880, margin. Mean = 25.4, s.e. = 0.86  
  - p = .731, η² = .192

- **Diarrhoea (DI)**  
  - Interventionsgruppe (IG): n = 79, margin. Mean = 21.1, s.e. = 2.67  
  - Kontrollgruppe (KG): n = 880, margin. Mean = 20.8, s.e. = 0.80  
  - p = .916, η² = <.001

**SF-8**

- **Physical Health Summary**  
  - Interventionsgruppe (IG): n = 73, margin. Mean = 47.7, s.e. = 0.90  
  - Kontrollgruppe (KG): n = 880, margin. Mean = 46.6, s.e. = 0.26  
  - p = .239, η² = .001

- **Mental Health Summary**  
  - Interventionsgruppe (IG): n = 73, margin. Mean = 50.3, s.e. = 1.13  
  - Kontrollgruppe (KG): n = 880, margin. Mean = 46.9, s.e. = 0.32  
  - p = .004, η² = .009
**Tabelle 82**: Kovarianzanalytischer Vergleich der Mittelwerte IG vs. KG zu t3 in den sekundären Outcomevariablen Depression, Angst, Progredienzangst und Selbstwirksamkeitserwartung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Skala</th>
<th>Gruppe</th>
<th>Haupeffekt (Gruppe)</th>
<th>Ausgangsbelastung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Interventionsgruppe (IG)</td>
<td>Kontrollgruppe (KG)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>margin. Mean</td>
<td>s.e.</td>
</tr>
<tr>
<td>HADS</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HADS-Depression</td>
<td>79</td>
<td>14.5</td>
<td>0.25</td>
</tr>
<tr>
<td>HADS-Angst</td>
<td>79</td>
<td>5.5</td>
<td>0.27</td>
</tr>
<tr>
<td>PA-F</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PA-F</td>
<td>79</td>
<td>1.4</td>
<td>0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>SWE</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SWE</td>
<td>79</td>
<td>19.5</td>
<td>0.40</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Tabelle 83: Kovarianzanalytischer Vergleich der Mittelwerte IG vs. KG zu t3 im primären Outcome generische und krebsspezifische Lebensqualität mit Alter als Confoundervariable

<table>
<thead>
<tr>
<th>Skala</th>
<th>Interventionsgruppe (IG)</th>
<th>Kontrollgruppe (KG)</th>
<th>Haupeffekt (Gruppe)</th>
<th>Ausgangsbelastung</th>
<th>Alter der Tln. (Kovarianz)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>margin. Mean</td>
<td>s.e.</td>
<td>n</td>
<td>margin. Mean</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>EORTC QLQ-C30</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Global Health Status (QL)</td>
<td>79</td>
<td>61.8</td>
<td>1.54</td>
<td>861</td>
<td>54.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Physical Functioning (PF)</td>
<td>79</td>
<td>83.3</td>
<td>1.64</td>
<td>861</td>
<td>82.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Role Functioning (RF)</td>
<td>79</td>
<td>71.8</td>
<td>2.64</td>
<td>861</td>
<td>69.9</td>
</tr>
<tr>
<td>Emotional Functioning (EF)</td>
<td>79</td>
<td>70.8</td>
<td>2.41</td>
<td>861</td>
<td>63.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Cognitive Functioning (CF)</td>
<td>79</td>
<td>75.6</td>
<td>2.16</td>
<td>861</td>
<td>74.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Social Functioning (SF)</td>
<td>79</td>
<td>78.5</td>
<td>2.59</td>
<td>861</td>
<td>73.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Fatigue (FA)</td>
<td>79</td>
<td>24.7</td>
<td>1.92</td>
<td>861</td>
<td>28.4</td>
</tr>
<tr>
<td>Nausea and Vomiting (NV)</td>
<td>79</td>
<td>27.0</td>
<td>2.30</td>
<td>861</td>
<td>31.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Pain (PA)</td>
<td>79</td>
<td>56.5</td>
<td>1.76</td>
<td>861</td>
<td>67.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Dyspnoea (DY)</td>
<td>79</td>
<td>23.0</td>
<td>2.63</td>
<td>861</td>
<td>24.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Insomnia (SL)</td>
<td>79</td>
<td>31.5</td>
<td>2.90</td>
<td>861</td>
<td>37.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Appetite Loss (AP)</td>
<td>79</td>
<td>29.2</td>
<td>2.88</td>
<td>861</td>
<td>33.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Constipation (CO)</td>
<td>79</td>
<td>19.8</td>
<td>2.96</td>
<td>861</td>
<td>28.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Diarrhoea (DI)</td>
<td>79</td>
<td>24.4</td>
<td>2.87</td>
<td>861</td>
<td>25.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Financial Difficulties (FI)</td>
<td>79</td>
<td>20.7</td>
<td>2.66</td>
<td>861</td>
<td>20.6</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SF-8</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Physical Health Summary</td>
<td>73</td>
<td>47.6</td>
<td>0.90</td>
<td>861</td>
<td>46.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Mental Health Summary</td>
<td>73</td>
<td>50.4</td>
<td>1.12</td>
<td>861</td>
<td>46.9</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tabelle 84: Kovarianzanalytischer Vergleich der Mittelwerte IG vs. KG zu t3 in den sekundären Outcomevariablen Depression, Angst, Progredienzangst und Selbstwirksamkeitserwartung mit Alter als Confoundervariable

<table>
<thead>
<tr>
<th>Skala</th>
<th>Interventionsgruppe (IG)</th>
<th>Kontrollgruppe (KG)</th>
<th>Haupeffekt (Gruppe)</th>
<th>Ausgangsbelastung</th>
<th>Alter der Tln. (Kovariate)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>margin. Mean</td>
<td>s.e.</td>
<td>n</td>
<td>margin. Mean</td>
</tr>
<tr>
<td>HADS</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HADS-Depression</td>
<td>79</td>
<td>14.5</td>
<td>0.25</td>
<td>861</td>
<td>13.0</td>
</tr>
<tr>
<td>HADS-Angst</td>
<td>79</td>
<td>5.5</td>
<td>0.27</td>
<td>861</td>
<td>8.0</td>
</tr>
<tr>
<td>PA-F</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PA-F</td>
<td>79</td>
<td>1.4</td>
<td>0.05</td>
<td>861</td>
<td>1.5</td>
</tr>
<tr>
<td>SWE</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SWE</td>
<td>79</td>
<td>19.6</td>
<td>0.40</td>
<td>861</td>
<td>20.3</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tabelle 85: Kovarianzanalytischer Vergleich der Mittelwerte IG vs. KG zu t3 im primären Outcome krebsspezifische Lebensqualität mit Diagnose (Mammakarzinom vs. Prostatakarzinom sowie weitere Krebsarten) als weiterem Gruppenfaktor

<table>
<thead>
<tr>
<th>Skala</th>
<th>Gruppe</th>
<th>Diagnose</th>
<th>n</th>
<th>margin. Mean</th>
<th>s.e.</th>
<th>p</th>
<th>η²</th>
<th>Ausgangsbelastung</th>
<th>Diagnose der Tln.</th>
<th>Diagnose x Gruppe</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>EORTC QLQ-C30</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Global Health Status (QL)</strong></td>
<td>IG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>38</td>
<td>59.6</td>
<td>2.19</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.018</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.228</td>
<td>.017</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>596</td>
<td>53.1</td>
<td>0.55</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.228</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.017</td>
<td>.901</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>IG</td>
<td>ProstataCA</td>
<td>41</td>
<td>63.6</td>
<td>2.11</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.004</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.458</td>
<td>.011</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>ProstataCA</td>
<td>284</td>
<td>56.7</td>
<td>0.80</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.001</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.484</td>
<td>.001</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Physical Functioning (PF)</strong></td>
<td>IG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>38</td>
<td>79.9</td>
<td>2.36</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.001</td>
<td></td>
<td>.198</td>
<td>.020</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>596</td>
<td>81.0</td>
<td>0.59</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.001</td>
<td></td>
<td>.493</td>
<td>&lt;.001</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>IG</td>
<td>ProstataCA</td>
<td>41</td>
<td>86.7</td>
<td>2.26</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.001</td>
<td></td>
<td>.198</td>
<td>.020</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>ProstataCA</td>
<td>284</td>
<td>85.4</td>
<td>0.86</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.001</td>
<td></td>
<td>.493</td>
<td>&lt;.001</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Role Functioning (RF)</strong></td>
<td>IG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>38</td>
<td>64.8</td>
<td>3.73</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.001</td>
<td></td>
<td>.198</td>
<td>.020</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>596</td>
<td>66.6</td>
<td>0.94</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.001</td>
<td></td>
<td>.493</td>
<td>&lt;.001</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>IG</td>
<td>ProstataCA</td>
<td>41</td>
<td>78.5</td>
<td>3.59</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.001</td>
<td></td>
<td>.198</td>
<td>.020</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>ProstataCA</td>
<td>284</td>
<td>76.5</td>
<td>1.36</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.001</td>
<td></td>
<td>.493</td>
<td>&lt;.001</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Emotional Functioning (EF)</strong></td>
<td>IG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>38</td>
<td>65.2</td>
<td>3.43</td>
<td>.064</td>
<td>.004</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.304</td>
<td>&lt;.001</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>596</td>
<td>60.5</td>
<td>0.86</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.001</td>
<td></td>
<td>.304</td>
<td>&lt;.001</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>IG</td>
<td>ProstataCA</td>
<td>41</td>
<td>74.5</td>
<td>3.28</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.001</td>
<td></td>
<td>.304</td>
<td>&lt;.001</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>ProstataCA</td>
<td>284</td>
<td>69.8</td>
<td>1.26</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.001</td>
<td></td>
<td>.304</td>
<td>&lt;.001</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Cognitive Functioning (CF)</strong></td>
<td>IG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>38</td>
<td>75.2</td>
<td>3.12</td>
<td>.468</td>
<td>.001</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.356</td>
<td>.948</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>596</td>
<td>74.0</td>
<td>0.79</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.001</td>
<td></td>
<td>.830</td>
<td>&lt;.001</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>IG</td>
<td>ProstataCA</td>
<td>41</td>
<td>75.8</td>
<td>3.00</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.001</td>
<td></td>
<td>.830</td>
<td>&lt;.001</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>ProstataCA</td>
<td>284</td>
<td>73.7</td>
<td>1.17</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.001</td>
<td></td>
<td>.830</td>
<td>&lt;.001</td>
</tr>
<tr>
<td>Skala</td>
<td>Gruppe</td>
<td>Diagnose</td>
<td>n</td>
<td>margin. Mean</td>
<td>s.e.</td>
<td>p</td>
<td>( \eta^2 )</td>
<td>p</td>
<td>( \eta^2 )</td>
<td>p</td>
</tr>
<tr>
<td>--------------------------------------</td>
<td>--------</td>
<td>----------</td>
<td>----</td>
<td>--------------</td>
<td>------</td>
<td>------</td>
<td>--------------</td>
<td>------</td>
<td>--------------</td>
<td>------</td>
</tr>
<tr>
<td>Social Functioning (SF)</td>
<td>IG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>38</td>
<td>78.0</td>
<td>3.72</td>
<td>.072</td>
<td>.003</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.254</td>
<td>.570</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>596</td>
<td>72.5</td>
<td>0.94</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>ProstataCA</td>
<td>284</td>
<td>74.6</td>
<td>1.36</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fatigue (FA)</td>
<td>IG</td>
<td>KG</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>IG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>38</td>
<td>26.7</td>
<td>2.78</td>
<td>.208</td>
<td>.002</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.406</td>
<td>.055</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>596</td>
<td>30.0</td>
<td>0.70</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>ProstataCA</td>
<td>284</td>
<td>25.4</td>
<td>1.03</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nausea and Vomiting (NV)</td>
<td>IG</td>
<td>KG</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>IG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>38</td>
<td>32.3</td>
<td>3.30</td>
<td>.144</td>
<td>.002</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.304</td>
<td>.007</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>596</td>
<td>32.7</td>
<td>0.84</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>ProstataCA</td>
<td>284</td>
<td>29.3</td>
<td>1.23</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pain (PA)</td>
<td>IG</td>
<td>KG</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>IG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>38</td>
<td>62.0</td>
<td>2.43</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.034</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.140</td>
<td>&lt;.001</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>596</td>
<td>68.5</td>
<td>0.62</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>ProstataCA</td>
<td>284</td>
<td>65.7</td>
<td>0.89</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Dyspnoea (DY)</td>
<td>IG</td>
<td>KG</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>IG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>38</td>
<td>21.6</td>
<td>3.85</td>
<td>.517</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.331</td>
<td>.773</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>596</td>
<td>24.8</td>
<td>0.97</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>ProstataCA</td>
<td>284</td>
<td>24.3</td>
<td>1.42</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Insomnia (SL)</td>
<td>IG</td>
<td>KG</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>IG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>38</td>
<td>35.1</td>
<td>4.11</td>
<td>.570</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.195</td>
<td>.003</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>596</td>
<td>41.1</td>
<td>1.03</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>ProstataCA</td>
<td>284</td>
<td>28.0</td>
<td>1.51</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Skala</td>
<td>Gruppe</td>
<td>Diagnose</td>
<td>n</td>
<td>margin. Mean</td>
<td>s.e.</td>
<td>( p )</td>
<td>( \eta^2 )</td>
<td>Ausgangsbelastung</td>
<td>Diagnose der Tln.</td>
<td>Diagnose x Gruppe</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------------</td>
<td>--------</td>
<td>----------</td>
<td>---</td>
<td>--------------</td>
<td>------</td>
<td>---------</td>
<td>---------</td>
<td>------------------</td>
<td>------------------</td>
<td>------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Appetite Loss (AP)</td>
<td>IG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>38</td>
<td>35.5</td>
<td>4.11</td>
<td>.626</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.002</td>
<td>.010</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>596</td>
<td>35.5</td>
<td>1.03</td>
<td>.925</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.581</td>
<td>.003</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>ProstataCA</td>
<td>41</td>
<td>24.9</td>
<td>3.96</td>
<td>.658</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.073</td>
<td>.003</td>
</tr>
<tr>
<td>Constipation (CO)</td>
<td>IG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>38</td>
<td>20.1</td>
<td>4.25</td>
<td>.008</td>
<td>.007</td>
<td>.001</td>
<td>.999</td>
<td>.900</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>596</td>
<td>28.0</td>
<td>1.08</td>
<td>.925</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.581</td>
<td>.363</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>ProstataCA</td>
<td>41</td>
<td>19.7</td>
<td>4.15</td>
<td>.658</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.073</td>
<td>.003</td>
</tr>
<tr>
<td>Diarrhoea (DI)</td>
<td>IG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>38</td>
<td>23.8</td>
<td>4.13</td>
<td>.925</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.581</td>
<td>.363</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>596</td>
<td>26.8</td>
<td>1.04</td>
<td>.925</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.581</td>
<td>.363</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>ProstataCA</td>
<td>41</td>
<td>24.9</td>
<td>4.01</td>
<td>.925</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.581</td>
<td>.363</td>
</tr>
<tr>
<td>Financial Difficulties (FI)</td>
<td>IG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>38</td>
<td>23.9</td>
<td>3.84</td>
<td>.658</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.368</td>
<td>.881</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>596</td>
<td>22.2</td>
<td>0.97</td>
<td>.658</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.368</td>
<td>.881</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>ProstataCA</td>
<td>284</td>
<td>17.6</td>
<td>1.41</td>
<td>.658</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.368</td>
<td>.881</td>
</tr>
</tbody>
</table>
\textbf{Tabelle 86}: Kovarianzanalytischer Vergleich der Mittelwerte IG vs. KG zu t3 im primären Outcome gesundheitsbezogene Lebensqualität mit Diagnose (Mammakarzinom vs. Prostatakarzinom sowie weitere Krebsarten) als weiterem Gruppenfaktor

<table>
<thead>
<tr>
<th>Skala</th>
<th>Gruppe</th>
<th>Diagnose</th>
<th>n</th>
<th>margin. Mean</th>
<th>s.e.</th>
<th>Haupteffekt (Gruppe)</th>
<th>Ausgangsbelastung</th>
<th>Diagnose der Tln.</th>
<th>Diagnose x Gruppe</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Mental Health Summary</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>IG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>29</td>
<td>51.0</td>
<td>1.75</td>
<td>.006</td>
<td>.008</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.181</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>IG</td>
<td>ProstataCA</td>
<td>29</td>
<td>51.1</td>
<td>1.74</td>
<td>.002</td>
<td>.259</td>
<td>.001</td>
<td>.001</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>29</td>
<td>46.0</td>
<td>0.38</td>
<td>.259</td>
<td>.001</td>
<td>.002</td>
<td>.001</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>ProstataCA</td>
<td>29</td>
<td>49.0</td>
<td>0.56</td>
<td>.259</td>
<td>.001</td>
<td>.002</td>
<td>.001</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Physical Health Summary</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>IG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>29</td>
<td>43.5</td>
<td>1.39</td>
<td>.889</td>
<td>&lt;.001</td>
<td>.237</td>
<td>&lt;.001</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>IG</td>
<td>ProstataCA</td>
<td>29</td>
<td>50.9</td>
<td>1.39</td>
<td>.44</td>
<td>.016</td>
<td>.006</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>596</td>
<td>45.9</td>
<td>0.31</td>
<td>.006</td>
<td>.016</td>
<td>.006</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>ProstataCA</td>
<td>284</td>
<td>48.3</td>
<td>0.44</td>
<td>.006</td>
<td>.016</td>
<td>.006</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tabelle 87: Kovarianzanalytischer Vergleich der Mittelwerte IG vs. KG zu t3 in den sekundären Outcomevariablen Depression, Angst, Selbstwirk-

samkeitserwartung und Progredienzangst mit Diagnose (Mammakarzinom vs. Prostatakarzinom sowie weitere Krebsarten) als zweitem 

Gruppenfaktor

<table>
<thead>
<tr>
<th>Skala</th>
<th>Gruppe</th>
<th>Diagnose</th>
<th>n</th>
<th>margin. Mean</th>
<th>s.e.</th>
<th>Haupteffekt (Gruppe)</th>
<th>Ausgangsbelastung</th>
<th>Diagnose der Tln.</th>
<th>Diagnose x Gruppe</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>HADS</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HADS-Depression</td>
<td>IG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>38</td>
<td>15.1</td>
<td>0.35</td>
<td>&lt;.001 .036</td>
<td>&lt;.001 .316</td>
<td>.034 .005</td>
<td>.022 .005</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>ProstataCA</td>
<td>41</td>
<td>14.0</td>
<td>0.33</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>MammaCA</td>
<td>596</td>
<td>13.0</td>
<td>0.09</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>ProstataCA</td>
<td>284</td>
<td>13.0</td>
<td>0.13</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>38</td>
<td>6.5</td>
<td>0.37</td>
<td>&lt;.001 .061</td>
<td>&lt;.001 .397</td>
<td>&lt;.001 .026</td>
<td>.088 .003</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>ProstataCA</td>
<td>41</td>
<td>4.7</td>
<td>0.36</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>MammaCA</td>
<td>596</td>
<td>8.3</td>
<td>0.09</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>ProstataCA</td>
<td>284</td>
<td>7.4</td>
<td>0.14</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PA-F</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PA-F</td>
<td>IG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>38</td>
<td>1.4</td>
<td>0.08</td>
<td>.294 .001</td>
<td>&lt;.001 .583</td>
<td>.272 .001</td>
<td>.028 .005</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>ProstataCA</td>
<td>41</td>
<td>1.4</td>
<td>0.07</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>MammaCA</td>
<td>596</td>
<td>1.6</td>
<td>0.02</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>ProstataCA</td>
<td>284</td>
<td>1.4</td>
<td>0.03</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SWE</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SWE</td>
<td>IG</td>
<td>MammaCA</td>
<td>38</td>
<td>19.8</td>
<td>0.57</td>
<td>.017 .006</td>
<td>&lt;.001 .507</td>
<td>.593 &lt;.001</td>
<td>.054 .004</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>ProstataCA</td>
<td>41</td>
<td>19.2</td>
<td>0.55</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>MammaCA</td>
<td>596</td>
<td>20.0</td>
<td>0.15</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>ProstataCA</td>
<td>284</td>
<td>21.0</td>
<td>0.21</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Skala</td>
<td>Gruppe</td>
<td>Schulabschluss</td>
<td>n</td>
<td>margin. Mean</td>
<td>s.e.</td>
<td>p</td>
<td>η²</td>
<td>p</td>
<td>η²</td>
</tr>
<tr>
<td>-------</td>
<td>--------</td>
<td>---------------</td>
<td>----</td>
<td>--------------</td>
<td>------</td>
<td>---</td>
<td>----</td>
<td>---</td>
<td>----</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EORTC QLQ-C30</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Global Health Status (QL)</td>
<td>IG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>15</td>
<td>67.4</td>
<td>3.47</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.021</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.232</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>54</td>
<td>58.6</td>
<td>1.85</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>549</td>
<td>54.0</td>
<td>0.57</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>306</td>
<td>54.1</td>
<td>0.77</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Physical Functioning (PF)</td>
<td>IG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>15</td>
<td>88.3</td>
<td>3.79</td>
<td>.237</td>
<td>.002</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.443</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>54</td>
<td>82.2</td>
<td>2.00</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>549</td>
<td>81.7</td>
<td>0.63</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>306</td>
<td>83.6</td>
<td>0.84</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Role Functioning (RF)</td>
<td>IG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>15</td>
<td>77.0</td>
<td>6.01</td>
<td>.430</td>
<td>.001</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.185</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>54</td>
<td>69.5</td>
<td>3.17</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>549</td>
<td>68.5</td>
<td>0.99</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>306</td>
<td>72.5</td>
<td>1.33</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Emotional Functioning (EF)</td>
<td>IG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>15</td>
<td>76.1</td>
<td>5.52</td>
<td>.009</td>
<td>.007</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.321</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>54</td>
<td>67.8</td>
<td>2.93</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>549</td>
<td>63.3</td>
<td>0.91</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>306</td>
<td>63.6</td>
<td>1.22</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Cognitive Functioning (CF)</td>
<td>IG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>15</td>
<td>79.8</td>
<td>4.98</td>
<td>.503</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.371</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>54</td>
<td>72.2</td>
<td>2.63</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>549</td>
<td>73.2</td>
<td>0.82</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>306</td>
<td>74.9</td>
<td>1.10</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Skala</td>
<td>Gruppe</td>
<td>Schulabschluss</td>
<td>n</td>
<td>margin. Mean</td>
<td>Haupteffekt (Gruppe)</td>
<td>Ausgangsbelastung</td>
<td>Schulabschluss der Tln.</td>
<td>Schulabschluss x Gruppe</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-----------------------</td>
<td>----------</td>
<td>---------------------------------</td>
<td>----</td>
<td>--------------</td>
<td>----------------------</td>
<td>-------------------</td>
<td>------------------------</td>
<td>------------------------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>s.e.  p  η²  p  η²  p  η²  p  η²  p  η²</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Social Functioning (SF)</td>
<td>IG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>15</td>
<td>82.9</td>
<td>5.98   .066  .004 &lt;.000 .247 .335 .001 .356 .001</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>54</td>
<td>76.4</td>
<td>3.15   .541  .002 &lt;.000 .214 .004 .002 .002 .002</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>549</td>
<td>73.3</td>
<td>0.98   .872  .148 &lt;.000 .285 .004 .002 .002 .002</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>306</td>
<td>73.2</td>
<td>1.32   .541  .002 &lt;.000 .214 .004 .002 .002 .002</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fatigue (FA)</td>
<td>IG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>15</td>
<td>23.7</td>
<td>4.44   .250  .001 &lt;.000 .432 .711 &lt;.000 .340 .001</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>54</td>
<td>27.1</td>
<td>2.35   .632  .002 &lt;.000 .149 .219 .004 .002 .002</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>549</td>
<td>29.1</td>
<td>0.73   .952  .001 &lt;.000 .065 .004 .002 .002 .002</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>306</td>
<td>27.6</td>
<td>0.98   .952  .001 &lt;.000 .065 .004 .002 .002 .002</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nausea and Vomiting (NV)</td>
<td>IG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>15</td>
<td>19.3</td>
<td>5.27   .039  .005 &lt;.000 .323 .058 .004 .042 .004</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>54</td>
<td>31.4</td>
<td>2.78   .632  .002 &lt;.000 .149 .219 .004 .002 .002</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>549</td>
<td>31.9</td>
<td>0.87   .952  .001 &lt;.000 .065 .004 .002 .002 .002</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>306</td>
<td>31.5</td>
<td>1.17   .952  .001 &lt;.000 .065 .004 .002 .002 .002</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pain (PA)</td>
<td>IG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>15</td>
<td>51.8</td>
<td>3.88   &lt;.000 .025 &lt;.000 .149 .072 .004 .028 .005</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>54</td>
<td>60.9</td>
<td>2.10   .632  .002 &lt;.000 .149 .219 .004 .002 .002</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>549</td>
<td>67.9</td>
<td>0.64   .952  .001 &lt;.000 .065 .004 .002 .002 .002</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>306</td>
<td>66.9</td>
<td>0.86   .952  .001 &lt;.000 .065 .004 .002 .002 .002</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Dyspnoea (DY)</td>
<td>IG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>15</td>
<td>19.2</td>
<td>6.04   .684  &lt;.000 &lt;.000 .328 .973 &lt;.000 .080 .003</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>54</td>
<td>25.2</td>
<td>3.18   .684  &lt;.000 &lt;.000 .328 .973 &lt;.000 .080 .003</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>549</td>
<td>26.7</td>
<td>1.00   .684  &lt;.000 &lt;.000 .328 .973 &lt;.000 .080 .003</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>306</td>
<td>20.5</td>
<td>1.34   .684  &lt;.000 &lt;.000 .328 .973 &lt;.000 .080 .003</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Insomnia (SL)</td>
<td>IG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>15</td>
<td>27.9</td>
<td>6.68   .096  .003 &lt;.000 .219 .411 .001 .523 &lt;.000</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>54</td>
<td>33.5</td>
<td>3.53   .872  .002 &lt;.000 .214 .004 .002 .002 .002</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>549</td>
<td>36.8</td>
<td>1.10   .872  .002 &lt;.000 .214 .004 .002 .002 .002</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>306</td>
<td>37.5</td>
<td>1.47   .872  .002 &lt;.000 .214 .004 .002 .002 .002</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Skala</td>
<td>Gruppe</td>
<td>Schulabschluss</td>
<td>n</td>
<td>margin. Mean</td>
<td>Haupeffekt (Gruppe)</td>
<td>Ausgangsbelastung</td>
<td>Schulabschluss der Tln.</td>
<td>Schulabschluss x Gruppe</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-----------------------</td>
<td>--------</td>
<td>----------------</td>
<td>----</td>
<td>--------------</td>
<td>---------------------</td>
<td>-------------------</td>
<td>------------------------</td>
<td>------------------------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>s.e.</td>
<td>p</td>
<td>η²</td>
<td>p</td>
<td>η²</td>
</tr>
<tr>
<td>Appetite Loss (AP)</td>
<td>IG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>15</td>
<td>24.4</td>
<td>6.60</td>
<td>.238</td>
<td>.002</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.204</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>54</td>
<td>31.9</td>
<td>3.50</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>549</td>
<td>33.7</td>
<td>1.08</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>306</td>
<td>31.8</td>
<td>1.45</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Constipation (CO)</td>
<td>IG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>15</td>
<td>19.0</td>
<td>6.80</td>
<td>.034</td>
<td>.005</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.210</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>54</td>
<td>20.4</td>
<td>3.59</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>549</td>
<td>27.8</td>
<td>1.12</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>306</td>
<td>28.4</td>
<td>1.51</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Diarrhoea (DI)</td>
<td>IG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>15</td>
<td>17.5</td>
<td>6.65</td>
<td>.464</td>
<td>.001</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.186</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>54</td>
<td>27.5</td>
<td>3.49</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>549</td>
<td>25.6</td>
<td>1.09</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>306</td>
<td>25.0</td>
<td>1.47</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Financial Difficulties (FI)</td>
<td>IG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>15</td>
<td>21.5</td>
<td>6.18</td>
<td>.689</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.379</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>54</td>
<td>22.6</td>
<td>3.26</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>549</td>
<td>21.3</td>
<td>1.02</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>306</td>
<td>19.9</td>
<td>1.37</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tabelle 89: Kovarianzanalytischer Vergleich der Mittelwerte IG vs. KG zu t3 im primären Outcome gesundheitsbezogene Lebensqualität mit Schulabschluss als zweitem Gruppenfaktor

<table>
<thead>
<tr>
<th>Skala</th>
<th>Gruppe</th>
<th>Berufsfähigkeit</th>
<th>n</th>
<th>margin. Mean</th>
<th>Haupeffekt (Gruppe)</th>
<th>Ausgangsbelastung</th>
<th>Schulabschluss der Tln.</th>
<th>Schulabschluss x Gruppe</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>s.e.    p</td>
<td>η²        p</td>
<td>η²        p</td>
<td>η²        p</td>
</tr>
<tr>
<td>SF-8</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Physical Health Summary</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>IG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>15</td>
<td>50.2</td>
<td>1.96</td>
<td>.113</td>
<td>.003</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.343</td>
</tr>
<tr>
<td>MITLIERE R./Hochschulreife</td>
<td>54</td>
<td>46.8</td>
<td>1.03</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>549</td>
<td>46.1</td>
<td>0.32</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MITLIERE R./Hochschulreife</td>
<td>306</td>
<td>47.4</td>
<td>0.43</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mental Health Summary</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>IG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>15</td>
<td>50.2</td>
<td>2.43</td>
<td>.024</td>
<td>.006</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.980</td>
</tr>
<tr>
<td>MITLIERE R./Hochschulreife</td>
<td>54</td>
<td>50.1</td>
<td>1.31</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>549</td>
<td>46.9</td>
<td>0.40</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MITLIERE R./Hochschulreife</td>
<td>306</td>
<td>47.0</td>
<td>0.54</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Tabelle 90: Kovarianzanalytischer Vergleich der Mittelwerte IG vs. KG zu t3 in den sekundären Outcomevariablen Depression, Angst, Progredienzangst und Selbstwirksamkeitserwartung mit Schulabschluss als zweitem Gruppenfaktor

<table>
<thead>
<tr>
<th>Skala</th>
<th>Gruppe</th>
<th>Schulabschluss</th>
<th>n</th>
<th>margin. Mean</th>
<th>Haupteffekt (Gruppe)</th>
<th>Ausgangsbelastung</th>
<th>Schulabschluss der Tln.</th>
<th>Schulabschluss x Gruppe</th>
<th>s.e.</th>
<th>p</th>
<th>η²</th>
<th>p</th>
<th>η²</th>
<th>p</th>
<th>η²</th>
<th>p</th>
<th>η²</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>HADS</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HADS-Depression</td>
<td>IG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>15</td>
<td>14.8</td>
<td>0.55</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.024</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.313</td>
<td>.764</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.366</td>
<td>.001</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>54</td>
<td>14.4</td>
<td>0.30</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>549</td>
<td>12.9</td>
<td>0.09</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>306</td>
<td>13.1</td>
<td>0.12</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HADS-Angst</td>
<td>IG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>15</td>
<td>5.3</td>
<td>0.60</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.048</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.426</td>
<td>.263</td>
<td>.001</td>
<td>.590</td>
<td>&lt;.000</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>54</td>
<td>5.9</td>
<td>0.32</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>549</td>
<td>7.9</td>
<td>0.10</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>306</td>
<td>8.1</td>
<td>0.13</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PA-F</td>
<td>IG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>15</td>
<td>1.3</td>
<td>0.12</td>
<td>.096</td>
<td>.003</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.623</td>
<td>.702</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.208</td>
<td>.002</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>54</td>
<td>1.4</td>
<td>0.07</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>549</td>
<td>1.5</td>
<td>0.02</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>306</td>
<td>1.5</td>
<td>0.03</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SWE</td>
<td>IG</td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>15</td>
<td>20.3</td>
<td>0.92</td>
<td>.369</td>
<td>.001</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.536</td>
<td>.272</td>
<td>.001</td>
<td>.372</td>
<td>.001</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>54</td>
<td>19.2</td>
<td>0.48</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>ohne/Hauptsch.abschl./and.</td>
<td>549</td>
<td>20.3</td>
<td>0.15</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>Mittlere R./Hochschulreife</td>
<td>306</td>
<td>20.2</td>
<td>0.20</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Tabelle 91: Kovarianzanalytischer Vergleich der Mittelwerte IG vs. KG1 und KG2 zu t3 im primären Outcome krebsspezifische Lebensqualität mit Berufsqualifikation als zweitem Gruppenfaktor

<table>
<thead>
<tr>
<th>Skala</th>
<th>Gruppe</th>
<th>Berufsqualifikation</th>
<th>n</th>
<th>margin. Mean</th>
<th>s.e.</th>
<th>Haupteffekt (Gruppe)</th>
<th>Ausgangsbelastung</th>
<th>Berufsqualifikation der Tln.</th>
<th>Berufsqualifikation x Gruppe</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>p</td>
<td>η²</td>
<td>p</td>
<td>η²</td>
</tr>
<tr>
<td>EORTC QLQ-C30</td>
<td>IG</td>
<td>ohne/in Ausb./Lehre</td>
<td>33</td>
<td>59.1</td>
<td>2.33</td>
<td>.001</td>
<td>.012</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.216</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Meisterschule/Hochschule</td>
<td>34</td>
<td>60.8</td>
<td>2.34</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>ohne/in Ausb./Lehre</td>
<td>475</td>
<td>54.0</td>
<td>0.61</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Meisterschule/Hochschule</td>
<td>346</td>
<td>54.8</td>
<td>0.72</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>IG</td>
<td>ohne/in Ausb./Lehre</td>
<td>33</td>
<td>82.8</td>
<td>2.56</td>
<td>.816</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.433</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Meisterschule/Hochschule</td>
<td>34</td>
<td>84.0</td>
<td>2.50</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>ohne/in Ausb./Lehre</td>
<td>475</td>
<td>81.6</td>
<td>0.67</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Meisterschule/Hochschule</td>
<td>346</td>
<td>84.3</td>
<td>0.79</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>IG</td>
<td>ohne/in Ausb./Lehre</td>
<td>33</td>
<td>66.3</td>
<td>4.13</td>
<td>.966</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.165</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Meisterschule/Hochschule</td>
<td>34</td>
<td>74.5</td>
<td>4.03</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>ohne/in Ausb./Lehre</td>
<td>475</td>
<td>67.9</td>
<td>1.08</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Meisterschule/Hochschule</td>
<td>346</td>
<td>72.7</td>
<td>1.26</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>IG</td>
<td>ohne/in Ausb./Lehre</td>
<td>33</td>
<td>64.2</td>
<td>3.78</td>
<td>.053</td>
<td>.004</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.308</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Meisterschule/Hochschule</td>
<td>34</td>
<td>74.2</td>
<td>3.69</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>ohne/in Ausb./Lehre</td>
<td>475</td>
<td>62.4</td>
<td>0.98</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Meisterschule/Hochschule</td>
<td>346</td>
<td>65.3</td>
<td>1.16</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Skala</td>
<td>Gruppe</td>
<td>Berufsqualifikation</td>
<td>n</td>
<td>margin. Mean</td>
<td>s.e.</td>
<td>Haupteffekt (Gruppe)</td>
<td>Ausgangsbelastung</td>
<td>Berufsqualifikation der Tln.</td>
<td>Berufsqualifikation x Gruppe</td>
</tr>
<tr>
<td>----------------------------</td>
<td>---------</td>
<td>---------------------</td>
<td>----</td>
<td>--------------</td>
<td>------</td>
<td>----------------------</td>
<td>------------------</td>
<td>-----------------------------</td>
<td>-----------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Cognitive Functioning (CF)</td>
<td>IG</td>
<td>ohne/in Ausb./Lehre</td>
<td>33</td>
<td>70.9</td>
<td>3.40</td>
<td>.846</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.351</td>
<td>.094</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>Meisterschule/Hochschule</td>
<td>34</td>
<td>76.5</td>
<td>3.33</td>
<td>.333</td>
<td>.894</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Social Functioning (SF)</td>
<td>IG</td>
<td>ohne/in Ausb./Lehre</td>
<td>33</td>
<td>75.7</td>
<td>4.02</td>
<td>.228</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.239</td>
<td>.778</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>Meisterschule/Hochschule</td>
<td>75</td>
<td>78.2</td>
<td>3.95</td>
<td>.952</td>
<td>.291</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fatigue (FA)</td>
<td>IG</td>
<td>ohne/in Ausb./Lehre</td>
<td>33</td>
<td>31.5</td>
<td>3.01</td>
<td>.425</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.424</td>
<td>.005</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>Meisterschule/Hochschule</td>
<td>34</td>
<td>21.6</td>
<td>2.96</td>
<td>.296</td>
<td>.296</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nausea and Vomiting (NV)</td>
<td>IG</td>
<td>ohne/in Ausb./Lehre</td>
<td>33</td>
<td>31.9</td>
<td>3.61</td>
<td>.365</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.301</td>
<td>.103</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>Meisterschule/Hochschule</td>
<td>34</td>
<td>25.8</td>
<td>3.54</td>
<td>.258</td>
<td>.354</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pain (PA)</td>
<td>IG</td>
<td>ohne/in Ausb./Lehre</td>
<td>33</td>
<td>66.7</td>
<td>2.58</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.140</td>
<td>.001</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>Meisterschule/Hochschule</td>
<td>34</td>
<td>52.5</td>
<td>2.65</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>&lt;.000</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Dyspnoea (DY)</td>
<td>IG</td>
<td>ohne/in Ausb./Lehre</td>
<td>33</td>
<td>25.6</td>
<td>4.17</td>
<td>.966</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.326</td>
<td>.508</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>Meisterschule/Hochschule</td>
<td>34</td>
<td>23.5</td>
<td>4.07</td>
<td>.966</td>
<td>&lt;.000</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Skala</td>
<td>Gruppe</td>
<td>Berufsqualifikation</td>
<td>n</td>
<td>margin. Mean</td>
<td>s.e.</td>
<td>Haupteffekt (Gruppe)</td>
<td>Ausgangsbelastung</td>
<td>Berufsqualifikation der Tln.</td>
<td>Berufsqualifikation x Gruppe</td>
</tr>
<tr>
<td>------------------</td>
<td>--------</td>
<td>-------------------------------------</td>
<td>----</td>
<td>--------------</td>
<td>------</td>
<td>----------------------</td>
<td>-------------------</td>
<td>-----------------------------</td>
<td>-------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>p</td>
<td>η²</td>
<td>p</td>
<td>η²</td>
</tr>
<tr>
<td>Insomnia (SL)</td>
<td>IG</td>
<td>ohne/in Ausb./Lehre</td>
<td>33</td>
<td>41.9</td>
<td>4.51</td>
<td>.424</td>
<td>.001</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.198</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>Meisterschule/Hochschule ohne/in Ausb./Lehre</td>
<td>34</td>
<td>25.9</td>
<td>4.40</td>
<td>.404</td>
<td>.001</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.203</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Meisterschule/Hochschule</td>
<td>475</td>
<td>37.9</td>
<td>1.17</td>
<td>.427</td>
<td>.001</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.203</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>ohne/in Ausb./Lehre</td>
<td>346</td>
<td>35.2</td>
<td>1.38</td>
<td>.404</td>
<td>.001</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.203</td>
</tr>
<tr>
<td>Appetite Loss (AP)</td>
<td>IG</td>
<td>ohne/in Ausb./Lehre</td>
<td>33</td>
<td>33.3</td>
<td>4.50</td>
<td>.427</td>
<td>.001</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.203</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>Meisterschule/Hochschule</td>
<td>34</td>
<td>26.7</td>
<td>4.37</td>
<td>.404</td>
<td>.001</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.203</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>ohne/in Ausb./Lehre</td>
<td>475</td>
<td>34.9</td>
<td>1.16</td>
<td>.427</td>
<td>.001</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.203</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Meisterschule/Hochschule</td>
<td>346</td>
<td>30.3</td>
<td>1.37</td>
<td>.404</td>
<td>.001</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.203</td>
</tr>
<tr>
<td>Constipation (CO)</td>
<td>IG</td>
<td>ohne/in Ausb./Lehre</td>
<td>33</td>
<td>22.7</td>
<td>4.58</td>
<td>.031</td>
<td>.005</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.204</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>Meisterschule/Hochschule</td>
<td>34</td>
<td>19.0</td>
<td>4.51</td>
<td>.031</td>
<td>.005</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.204</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>ohne/in Ausb./Lehre</td>
<td>475</td>
<td>26.8</td>
<td>1.20</td>
<td>.031</td>
<td>.005</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.204</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Meisterschule/Hochschule</td>
<td>346</td>
<td>29.4</td>
<td>1.41</td>
<td>.031</td>
<td>.005</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.204</td>
</tr>
<tr>
<td>Diarrhoea (DI)</td>
<td>IG</td>
<td>ohne/in Ausb./Lehre</td>
<td>33</td>
<td>27.1</td>
<td>4.46</td>
<td>.718</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.178</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>Meisterschule/Hochschule</td>
<td>34</td>
<td>25.3</td>
<td>4.38</td>
<td>.718</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.178</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>ohne/in Ausb./Lehre</td>
<td>475</td>
<td>25.5</td>
<td>1.17</td>
<td>.498</td>
<td>.001</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.385</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Meisterschule/Hochschule</td>
<td>346</td>
<td>24.5</td>
<td>1.37</td>
<td>.498</td>
<td>.001</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.385</td>
</tr>
<tr>
<td>Financial Difficulties (FI)</td>
<td>IG</td>
<td>ohne/in Ausb./Lehre</td>
<td>33</td>
<td>28.0</td>
<td>4.13</td>
<td>.498</td>
<td>.001</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.385</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>Meisterschule/Hochschule</td>
<td>34</td>
<td>17.1</td>
<td>4.07</td>
<td>.498</td>
<td>.001</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.385</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>ohne/in Ausb./Lehre</td>
<td>475</td>
<td>21.6</td>
<td>1.09</td>
<td>.498</td>
<td>.001</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.385</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Meisterschule/Hochschule</td>
<td>346</td>
<td>19.4</td>
<td>1.28</td>
<td>.498</td>
<td>.001</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.385</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Tabelle 92: Kovarianzanalytischer Vergleich der Mittelwerte IG vs. KG zu t3 im primären Outcome gesundheitsbezogene Lebensqualität mit Berufsqualifikation als weiterem Gruppenfaktor

<table>
<thead>
<tr>
<th>Skala</th>
<th>Gruppe</th>
<th>Berufsqualifikation</th>
<th>n</th>
<th>margin. Mean</th>
<th>s.e.</th>
<th>p</th>
<th>η²</th>
<th>p</th>
<th>p</th>
<th>η²</th>
<th>p</th>
<th>η²</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>SF-8</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Physical Health Summary</strong></td>
<td>IG</td>
<td>ohne/in Ausb./Lehre</td>
<td>33</td>
<td>45.3</td>
<td>1.33</td>
<td>.480</td>
<td>.001</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.223</td>
<td>.004</td>
<td>.009</td>
<td>.141</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Meisterschule/Hochschule</td>
<td>34</td>
<td>49.5</td>
<td>1.30</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>ohne/in Ausb./Lehre</td>
<td>475</td>
<td>46.1</td>
<td>.35</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Meisterschule/Hochschule</td>
<td>346</td>
<td>47.4</td>
<td>0.41</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Mental Health Summary</strong></td>
<td>IG</td>
<td>ohne/in Ausb./Lehre</td>
<td>33</td>
<td>46.7</td>
<td>1.64</td>
<td>.021</td>
<td>.006</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.188</td>
<td>.004</td>
<td>.009</td>
<td>.012</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Meisterschule/Hochschule</td>
<td>34</td>
<td>53.2</td>
<td>1.63</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tabelle 93: Kovarianzanalytischer Vergleich der Mittelwerte IG vs. KG zu t3 in den sekundären Outcomevariablen Depression, Angst, Progredienzangst und Selbstwirksamkeitserwartung mit Berufsqualifikation als zweitem Gruppenfaktor

<table>
<thead>
<tr>
<th>Skala</th>
<th>Gruppe</th>
<th>Berufsqualifikation</th>
<th>n</th>
<th>margin. Mean</th>
<th>s.e.</th>
<th>p</th>
<th>η²</th>
<th>p</th>
<th>η²</th>
<th>p</th>
<th>η²</th>
<th>p</th>
<th>η²</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>IG</td>
<td>33</td>
<td>13.5</td>
<td>0.37</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.025</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.319</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.016</td>
<td>.003</td>
<td>.010</td>
</tr>
<tr>
<td>HADS</td>
<td></td>
<td>Meisterschule/Hochschule</td>
<td>34</td>
<td>15.3</td>
<td>0.37</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>475</td>
<td>13.0</td>
<td>0.10</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Meisterschule/Hochschule</td>
<td>346</td>
<td>13.2</td>
<td>0.11</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>HADS-Angst</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>IG</td>
<td>33</td>
<td>6.1</td>
<td>0.41</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.050</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.414</td>
<td>.289</td>
<td>.001</td>
<td>.522</td>
<td>&lt;.000</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Meisterschule/Hochschule</td>
<td>34</td>
<td>5.6</td>
<td>0.40</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>475</td>
<td>8.0</td>
<td>0.11</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Meisterschule/Hochschule</td>
<td>346</td>
<td>7.9</td>
<td>0.12</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>PA-F</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>IG</td>
<td>33</td>
<td>1.4</td>
<td>0.08</td>
<td>.278</td>
<td>.001</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.630</td>
<td>.270</td>
<td>.001</td>
<td>.599</td>
<td>&lt;.000</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Meisterschule/Hochschule</td>
<td>34</td>
<td>1.4</td>
<td>0.08</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>475</td>
<td>1.5</td>
<td>0.02</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Meisterschule/Hochschule</td>
<td>346</td>
<td>1.4</td>
<td>0.03</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>SWE</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>IG</td>
<td>33</td>
<td>18.8</td>
<td>0.62</td>
<td>.045</td>
<td>.005</td>
<td>&lt;.000</td>
<td>.533</td>
<td>.072</td>
<td>.004</td>
<td>.320</td>
<td>.001</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Meisterschule/Hochschule</td>
<td>34</td>
<td>20.0</td>
<td>0.61</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>KG</td>
<td>475</td>
<td>20.1</td>
<td>0.16</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Meisterschule/Hochschule</td>
<td>346</td>
<td>20.5</td>
<td>0.19</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
6 Ergebnisse Fragestellung B: Zufriedenheit mit der Intervention

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den beiden Fragestellungen:

B.1 Wie zufrieden sind die Patienten mit dem Behandlungsangebot im Rahmen der E-Mental-Health-Nachsorge? Wie zufrieden sind sie mit den für die E-Nachsorge spezifischen Elementen?

B.2 Gibt es Unterschiede in der Zufriedenheit zwischen Mammakarzinom- und Prostata/Gastrointestinalkarzinom-Patienten?

Zur Beantwortung der Fragestellung B zur Patientenzufriedenheit mit der Intervention werden die Ergebnisse der Chatevaluation zum Messzeitpunkt T₃ herangezogen. Die Teilnehmer wurden gebeten, sowohl offene (Freitextkommentare) als auch geschlossene Fragen bezüglich folgender Aspekte zu beantworten:

- Gründe für ihre Teilnahme bzw. Nichtteilnahme
- Beurteilung der Chatsitzungen
- Gründe für einen Abbruch
- Kommentare und Verbesserungsvorschläge
- Weiterempfehlung und erneute Teilnahmebereitschaft

Insgesamt sendeten n=127 der n=167 zur Chat-Nachsorge eingeladenen Patienten den Evaluationsbogen zum Zeitpunkt T₃ (Ende der Intervention) zurück, davon gaben n=87 (68.5%) Personen explizit an, an der Chatgruppe teilgenommen zu haben. N=96 (75.6%) Personen nahmen tatsächlich an mindestens einer Chatsitzung teil. Letztgenannte beteiligten sich durchschnittlich an sieben oder mehr (M=7.4, SD=3.54) der Chatsitzungen.

Als Gründe für die Nichtteilnahme oder das Versäumen einzelner Chatsitzungen werden am häufigsten Zeitmangel (n=15, bei Mammakarzinom-Patientinnen in 50%, bei Prostatakarzinom-Patienten in 44% der Fälle), Zweifel am Nutzen (n=9, bei Mammakarzinom-Patientinnen in 21%, bei Prostatakarzinom-Patienten in 33% der Fälle) und Probleme mit der Technik (n=7, bei Mammakarzinom-Patientinnen in 29%, bei
Prostatakarzinom-Patienten in 17% der Fälle) angekreuzt. Vereinzelt werden auch ein Mangel an Interesse oder an Informationen, Unpersönlichkeit oder die Behandlung zu privater Themen als Gründe für eine Nichtteilnahme angegeben (siehe Tabelle 94).

**Tabelle 94: Gründe für Nichtteilnahme nach Diagnose (Mehrfachantwort möglich; Antworten liegen vor von 32 von 167 Patienten, t3)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Item</th>
<th>Mammakarzinom</th>
<th></th>
<th>Prostatakarzinom</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
<td>%</td>
</tr>
<tr>
<td>Keine Zeit</td>
<td>7</td>
<td>50.0</td>
<td>8</td>
<td>44.4</td>
</tr>
<tr>
<td>Zweifel am Nutzen</td>
<td>3</td>
<td>21.4</td>
<td>6</td>
<td>33.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Technische Probleme</td>
<td>4</td>
<td>28.6</td>
<td>3</td>
<td>16.7</td>
</tr>
<tr>
<td>Kein Interesse</td>
<td>3</td>
<td>21.4</td>
<td>2</td>
<td>11.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Unpersönliches Medium</td>
<td>2</td>
<td>14.3</td>
<td>0</td>
<td>0.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Zu wenig Informationen</td>
<td>1</td>
<td>7.1</td>
<td>1</td>
<td>5.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Zu privates Thema</td>
<td>0</td>
<td>0.0</td>
<td>1</td>
<td>5.6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die am häufigsten genannten Gründe für eine Nichtteilnahme in den Freitextkommentaren sind **Zeitmangel** (n=4, z.B. „Ich hatte zu dem Zeitpunkt immer andere Termine; Ich hatte keine Lust mehr am Chat teilzunehmen, jede Woche zu einer bestimmten Zeit am PC zu sitzen, als ich mich einloggen sollte.“) und ein **schlechter Gesundheitszustand** (n=4, z.B. „Habe eine neue Erkrankung bekommen [...]; aufgrund meiner Depression war ich nicht mehr in der Lage am Chat teilzunehmen; Rezidiv und erneute Strahlentherapie; Häufigere Klinikaufenthalte […] ,Fatigue’!!“). Weitere Gründe für eine Nichtteilnahme stellen neben der Angabe **technischer Probleme** (n=3, z.B. „Abbruch, da Computer defekt!, Konnte mich mit meinen Daten nicht einloggen. Habe leider zu spät um Hilfe gebeten.“), **Organisatorische Mängel** (n=3, z.B. „Es kam kein Chat zustande und heute habe ich kein Interesse mehr daran.“) dar. Vereinzelt (n=4) werden **persönliche Gründe, Vergessen** sowie **kein Bedarf** („habe genügend persönlichen Austausch; Ich habe nur an einer Chatsitzung teilgenommen, Klagen von den anderen Teilnehmerinnen haben mich zu sehr belastet.“) genannt (siehe Tabelle 95).
### Tabelle 95: Andere Gründe für Nichtteilnahme (Freitext; \(n=18\); \(t_3\))

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kategorie</th>
<th>Kommentare</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Technische Probleme</td>
<td>• Abbruch, da Computer defekt!</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Es war mir nicht gelungen, den Chatraum zu öffnen trotz telef. und Rückfragen per Email.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• konnte mich mit meinen Daten nicht einloggen. Habe leider zu spät um Hilfe gebeten</td>
</tr>
<tr>
<td>Organisatorisch</td>
<td>• Es kam kein Chat zustande und heute habe ich kein Interesse mehr daran.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Habe keine Email von Ihnen erhalten und hatte somit keine Zugangsmöglichkeit</td>
</tr>
<tr>
<td>Krankheitsbedingt</td>
<td>• Habe eine neue Erkrankung bekommen (Schilddrüsenkarzinom)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• aufgrund meiner Depression war ich nicht mehr in der Lage am Chat teilzunehmen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Rezidiv und erneute Strahlentherapie</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Häufigere Klinikaufenthalte als Spätfolge der Brachytherapie und Aufsättigungsbestrahlung.&quot;Fatigue&quot;!!</td>
</tr>
<tr>
<td>Zeitlich</td>
<td>• Keine Zeit, war auch in REHA in der Zeit kurz vorher</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Ich hatte zu dem Zeitpunkt immer andere Termine</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Wegen Abwesenheit. Hatte es telefonisch mitgeteilt.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Ich hatte keine Lust mehr am Chat teilzunehmen, jede Woche zu einer bestimmten Zeit am PC zu sitzen, als ich mich einloggen sollte.</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstiges</td>
<td>• Persönliche Gründe</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Vergessen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• habe genügend persönlichen Austausch</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Ich habe nur an einer Chatsitzung teilgenommen, Klagen von den anderen Teilnehmerinnen haben mich zu sehr belastet.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Mehr als zwei Drittel der Patienten geben die Anonymität der Chatgruppe und ihr Interesse, mit anderen Patienten und auch dem Therapeuten in Kontakt zu bleiben, als Grund für eine Teilnahme an der Intervention an. Als weitere Gründe für eine Teilnahme werden der Wunsch, neue Informationen über die eigene Erkrankung zu gewinnen und das Kennenlernen der Chatsitzungen angegeben (siehe Tabelle 96).

Tabelle 96: Gründe für Teilnahme (Mehrfachantwort möglich; Antworten liegen vor von 78 von 96 Patienten, t₃)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Item</th>
<th>Diagnose</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Mammakarzinom</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
</tr>
<tr>
<td>Anonymität</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>Interesse in Kontakt zu bleiben (Patient)</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>Neue Infos über Krankheit</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>Kennenlernen eines Chats</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>Interesse in Kontakt zu bleiben (Therapeut)</td>
<td>13</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Eine Auswertung der Freitextkommentare zur Frage nach anderen Gründen, die Patienten zur Teilnahme an der E-Nachsorge motiviert haben, zeigt, dass insbesondere der Erfahrungsaustausch mit Betroffenen und die therapeutische Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung im Alltag (n=6; z.B. „Ich fand die Möglichkeit gut, mich bei der Rückkehr in den Alltag nach der Therapie und Reha auf diese Weise ein wenig begleiten zu lassen, therapeutisch und durch den Austausch mit anderen Patientinnen“) ausschlaggebend waren. Vier Patienten gaben an, mit ihrer Teilnahme die Studie unterstützen zu wollen (z.B. „mitzuhelfen herauszufinden, ob eine internetbasierte Nachsorge sinnvoll ist“). Für zwei Personen war die ortsunabhängige Teilnahmemöglichkeit ein entscheidender Faktor (z.B. „Die Möglichkeit dezentral ohne weiteren Zeitverlust an dem Gedankenaustausch teilnehmen zu können“). Ein Patient begründete seine Teilnahme mit Neugier und der Erwartung, Neues zu lernen („ich war neugierig und freute mich, neues einzulernen, was auch gelungen ist“). Tabelle 97 gibt einen Überblick über die Antwortkategorien und die dazugehörigen Kommentare.
Tabelle 97: Andere Gründe für Teilnahme (Freitext; $n=14$; $t_3$)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kategorie</th>
<th>Kommentare</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Erfahrungsaustausch mit</td>
<td>• Eine Sicherheit, jemanden zu haben, der dieselben Probleme hat wie ich und man sich darüber austauschen konnte. Helfen und Hilfe bekommen</td>
</tr>
<tr>
<td>Betroffenen und Hilfe durch</td>
<td>• Hoffnung andere Patienten mit meiner Erkrankung in Kontakt zu kommen</td>
</tr>
<tr>
<td>Therapeuten</td>
<td>• Ich fand den Austausch über den neuen Alltag (Nebenwirkungen, Problemen, weitere Behandl. oder OPs/Medikamente usw.) sehr hilfreich</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Ich fand die Möglichkeit gut, mich bei der Rückkehr in den Alltag (nach der Therapie und Reha) auf diese Weise ein wenig begleiten zu lassen, therapeutisch und durch den Austausch mit anderen Patientinnen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Ich fand die Möglichkeit sich unter Betroffenen auszutauschen und dadurch die eigenen Probleme als Normalität anzuerkennen genial</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Interesse an der psychologischen Begleitung, wie diese so abläuft, da ich in der Reha an keiner psychologischen Betreuung teilgenommen habe.</td>
</tr>
<tr>
<td>Unterstützung der Studie</td>
<td>• mitzuhelpen herauszufinden, ob eine internetbasierte Nachsorge sinnvoll ist</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Unterstützung zur psychologische Betreuung, welche ich am wichtigsten finde und damit das Studium noch wichtiger und notwendiger wird sowohl für Patienten als auch für Psychologen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Ich wollte das Projekt unterstützen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Mitleid mit den Therapeuten, weil so wenige an der Infoveranstaltung teilgenommen haben</td>
</tr>
<tr>
<td>Ortsunabhängigkeit</td>
<td>• Die Möglichkeit dezentral ohne weiteren Zeitverlust an dem Gedankenaustausch teilnehmen zu können.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Weil es hier am Ort keine Selbsthilfegruppe gibt</td>
</tr>
<tr>
<td>Neugier</td>
<td>• ich war neugierig und freute mich, neues einzulernen, was auch gelungen ist.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Für die **Beurteilung der Chatintervention** wurden die Teilnehmer gebeten, 25 geschlossene Items zu beantworten. Die Antwortkategorien reichten dabei von $1=“trifft sehr zu”$ bis $5=“trifft gar nicht zu”$. **Tabelle 98** bildet die Beurteilung der Chatsitzungen durch die

**Tabelle 98: Beurteilung der regelmäßigen Chatsitzungen** 

<table>
<thead>
<tr>
<th>Items (MammaCa/ProstataCa)</th>
<th>n</th>
<th>M*</th>
<th>SD</th>
<th>t</th>
<th>p</th>
<th>d</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Ich hatte Probleme mit dem Zugang zum Chatraum.</td>
<td>41</td>
<td>4.37</td>
<td>0.968</td>
<td>-0.382</td>
<td>.703</td>
<td>-0.08</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>40</td>
<td>4.45</td>
<td>1.011</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Ich hatte während der Durchführung der Chatgruppe Computerprobleme.</td>
<td>41</td>
<td>4.37</td>
<td>0.942</td>
<td>0.592</td>
<td>.555</td>
<td>0.14</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>40</td>
<td>4.22</td>
<td>1.187</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Es waren zu viele Teilnehmer/innen in der Chatgruppe.</td>
<td>39</td>
<td>4.00</td>
<td>1.357</td>
<td>-1.612</td>
<td>.111</td>
<td>-0.36</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>40</td>
<td>4.40</td>
<td>0.778</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. Einen Chat pro Woche fand ich gut.</td>
<td>40</td>
<td>2.03</td>
<td>0.862</td>
<td>0.861</td>
<td>.392</td>
<td>0.19</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>40</td>
<td>1.88</td>
<td>0.686</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. Ich konnte nicht schnell genug tippen.</td>
<td>41</td>
<td>4.20</td>
<td>1.077</td>
<td><strong>1.916</strong></td>
<td><strong>.059</strong></td>
<td><strong>0.43</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>40</td>
<td>3.70</td>
<td>1.244</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6. Die Chat-Gruppe als eine Brücke zwischen stationärer Behandlung und dem Alltag halte ich für sinnvoll.</td>
<td>41</td>
<td>2.24</td>
<td>0.994</td>
<td>0.692</td>
<td>.491</td>
<td>0.15</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>40</td>
<td>2.10</td>
<td>0.871</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7. Ich hatte das Gefühl einer vertraulichen</td>
<td>41</td>
<td>2.29</td>
<td>1.123</td>
<td>0.485</td>
<td>.629</td>
<td>0.11</td>
</tr>
</tbody>
</table>

105
<table>
<thead>
<tr>
<th>Items (MammaCa/ProstataCa)</th>
<th>n</th>
<th>$M^*$</th>
<th>$SD$</th>
<th>$t$</th>
<th>$p$</th>
<th>$d$</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Atmosphäre.</td>
<td>40</td>
<td>2.17</td>
<td>1.059</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8. Eine Stunde für die Chatgruppe fand ich gut.</td>
<td>41</td>
<td>2.56</td>
<td>1.097</td>
<td>1.760</td>
<td>.082</td>
<td>0.39</td>
</tr>
<tr>
<td>9. Ich konnte meine eigenen Themen einbringen.</td>
<td>40</td>
<td>2.15</td>
<td>1.001</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10. <em>Für bestimmte Probleme, die ich gerne angesprochen hätte, war mir der Chat zu unpersönlich.</em></td>
<td>41</td>
<td>2.34</td>
<td>1.015</td>
<td>-0.157</td>
<td>.875</td>
<td>-0.04</td>
</tr>
<tr>
<td>11. Insgesamt bin ich zufrieden mit der Chat-Gruppe.</td>
<td>40</td>
<td>2.53</td>
<td>1.154</td>
<td>-0.608</td>
<td>.545</td>
<td>-0.14</td>
</tr>
<tr>
<td>12. <em>Mit Smileys (z.B.: 😊 😒) kann man Gefühle nicht gut ausdrücken.</em></td>
<td>41</td>
<td>3.66</td>
<td>1.087</td>
<td>1.510</td>
<td>.135</td>
<td>0.33</td>
</tr>
<tr>
<td>13. Drei Monate Teilnahmedauer fand ich gut.</td>
<td>40</td>
<td>2.73</td>
<td>1.198</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14. Der Chat-Therapeut / die Chat-Therapeutin hat mir geholfen.</td>
<td>41</td>
<td>2.66</td>
<td>1.198</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15. <em>Für meine Probleme / Erkrankung wäre eine anders zusammengesetzte Gruppe besser gewesen.</em></td>
<td>41</td>
<td>3.80</td>
<td>1.209</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16. Der Austausch mit anderen PatientInnen hat mir geholfen.</td>
<td>40</td>
<td>2.68</td>
<td>1.043</td>
<td>-0.069</td>
<td>.945</td>
<td>-0.02</td>
</tr>
<tr>
<td>17. Es gab einen roten Faden in den Chatsitzungen.</td>
<td>40</td>
<td>2.68</td>
<td>1.207</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18. Die Unterstützung von anderen PatientInnen hat mir geholfen.</td>
<td>38</td>
<td>2.71</td>
<td>0.927</td>
<td>-0.145</td>
<td>.885</td>
<td>-0.03</td>
</tr>
<tr>
<td>20. <em>Ich hätte lieber im persönlichen Kontakt</em></td>
<td>41</td>
<td>3.02</td>
<td>1.313</td>
<td>0.420</td>
<td>.676</td>
<td>0.09</td>
</tr>
<tr>
<td>Items (MammaCa/ProstataCa)</td>
<td>$n$</td>
<td>$M^*$</td>
<td>$SD$</td>
<td>$t$</td>
<td>$p$</td>
<td>$d$</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------------</td>
<td>-----</td>
<td>-------</td>
<td>------</td>
<td>-----</td>
<td>-----</td>
<td>-----</td>
</tr>
<tr>
<td>mit den anderen Teilnehmern/Innen gesprochen.</td>
<td>40</td>
<td>2.90</td>
<td>1.355</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>21. Ich habe das Gefühl, dass ich anderen Chat-Teilnehmern helfen konnte.</td>
<td>41</td>
<td>2.93</td>
<td>0.932</td>
<td>-1.038</td>
<td>.302</td>
<td>-0.23</td>
</tr>
<tr>
<td>22. Es war wichtig für mich, die Kontakte zu anderen PatientInnen aus der Klinik auch nach der Behandlung aufrechtzuerhalten.</td>
<td>41</td>
<td>3.24</td>
<td>1.200</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>23. Die Möglichkeit, mich eine Stunde in der Woche mit mir und meiner Erkrankung zu beschäftigen, hat mir geholfen.</td>
<td>41</td>
<td>3.34</td>
<td>1.353</td>
<td>0.772</td>
<td>.442</td>
<td>0.17</td>
</tr>
<tr>
<td>24. Es war wichtig für mich, die Kontakte zu den Therapeuten aus der Klinik auch nach der Behandlung aufrechtzuerhalten.</td>
<td>40</td>
<td>3.41</td>
<td>1.183</td>
<td>0.707</td>
<td>.481</td>
<td>0.15</td>
</tr>
<tr>
<td>25. Durch die Chatsitzungen bin ich geübter am Computer geworden.</td>
<td>40</td>
<td>3.95</td>
<td>1.339</td>
<td>0.088</td>
<td>.930</td>
<td>0.02</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Anmerkungen: 1="trifft sehr zu", 2="trifft zu", 3="teils/teils", 4="trifft weniger zu", 5="trifft gar nicht zu"; negativ formulierte Items sind kursiv gesetzt; die Globaleinschätzung ist grau unterlegt

Tabelle 99: Beurteilung der regelmäßigen Chatsitzungen (Sonstiges, Freitext; n=10; t₃)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kategorie</th>
<th>Kommentare</th>
</tr>
</thead>
</table>
| Gesamtdauer der Intervention  | • Monate finde ich zu wenig, eine Dauerlösung 1x pro Woche besser!  
• Die dreimonatige Dauer der Chatgruppe war zu kurz  
• Eine Chatgruppe über das viertel Jahr hinaus wäre sehr interessant. Wie geht es mittlerweile den Chatteilnehmern? |
| Anonymität                    | • Die Anonymität als Chatteilnehmer hat Offenheit erzeugt. Die Vorstellungsruunde zu Beginn war sehr wichtig  
• Fotos der Teilnehmer, Alter, noch berufstätig, Familienstand, Kinder, wann war die Erkrankung, ist noch alles vorhanden oder Brust weg. |
| Chatoberfläche                | • Der Chattext springt immer zum Ende, vorheriges schlecht lesbar |
| Moderation                    | • Der Therapeut hat so gut wie gar nicht geführt. Angebliche Hilfestellung war lediglich "Allgemeinplätze" |
| Persönlicher Nutzen           | • Es war toll ich denke gerne an manche Aussagen und Geschichten. Lese gern die Märchen und denke, das Leben ist schön jeden Tag ich muss es nur wollen und zulassen. Danke Chatgruppe |
| Sonstiges/keine Zuordnung     | • Die Chatsitzungen habe ich nach der 1. Woche abgebrochen |

Ein nächster Abschnitt im Fragebogen nach Chat-Ende erfragt Gründe für ein Beenden der Chatgruppe. Insgesamt geben 26 der Befragten an, die Chat-Intervention nicht regulär beendet zu haben (siehe Tabelle 100). Dabei lassen sich keine Unterschiede nach Diagnose finden.

Tabelle 100: Abbruch (Antworten liegen vor von 74 von 96 Patienten, t₃)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Chat regulär beendet</th>
<th>Diagnose</th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Mammakarzinom</td>
<td>Prostatakarzinom</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
</tr>
<tr>
<td>ja</td>
<td>22</td>
<td>61.1%</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>nein</td>
<td>14</td>
<td>38.9%</td>
<td>12</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Als Begründung für einen Abbruch der Intervention (siehe Tabelle 101) werden am häufigsten den Items „Ich hatte keine Zeit mehr“, „Die Gruppe hat mir nicht geholfen“ sowie „Ich habe alles bekommen, was ich von der Gruppe bekommen konnte“ zugestimmt.

**Tabelle 101: Gründe für Abbrüche (Mehrfachantwort möglich; Antworten liegen vor von 31 von 96 Patienten, t₃)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Item</th>
<th>Diagnose</th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Mammakarzinom</td>
<td>Prostatakarzinom</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
</tr>
<tr>
<td>Die Gruppe hat mir nicht geholfen.</td>
<td>5</td>
<td>35.7</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich hatte keine Zeit mehr.</td>
<td>7</td>
<td>50.0</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich habe alles bekommen, was ich von der Gruppe bekommen konnte.</td>
<td>1</td>
<td>7.1</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich habe alles bekommen, was ich von der Gruppe bekommen wollte.</td>
<td>0</td>
<td>0.0</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich hatte technische Probleme mit dem Computer.</td>
<td>1</td>
<td>7.1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich hatte Probleme mit dem Tippen.</td>
<td>1</td>
<td>7.1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich kam mit den Gruppenteilnehmern nicht klar.</td>
<td>1</td>
<td>7.1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Die Gruppe hat mir geholfen, und ich brauche keine Unterstützung mehr.</td>
<td>1</td>
<td>7.1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich habe einen Therapieplatz gefunden.</td>
<td>0</td>
<td>0.0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Der Therapeut hat mich dazu bewogen die Gruppe zu verlassen, da ich bereits an 12 oder mehr Sitzungen teilgenommen habe.</td>
<td>0</td>
<td>0.0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich hatte technische Probleme mit dem Internet.</td>
<td>0</td>
<td>0.0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Der Therapeut hat mich dazu bewogen die Gruppe zu verlassen, da die Chat-Gruppe seiner Meinung nach keine geeignete Maßnahme für meine Probleme sei.</td>
<td>0</td>
<td>0.0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Der Therapeut hat mich dazu bewogen die Gruppe zu verlassen, da ich drei Mal unentschuldigt gefehlt habe.</td>
<td>0</td>
<td>0.0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich hatte Probleme mit dem Lesen.</td>
<td>0</td>
<td>0.0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich kam mit dem Therapeuten nicht klar.</td>
<td>0</td>
<td>0.0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich hatte Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes.</td>
<td>0</td>
<td>0.0</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tabelle 102 fasst die Freitextkommentare der Teilnehmer zum Thema Abbruch zusammen. Als häufigste Gründe für Abbrüche werden hier Zeitmangel ($n=6$) z.B. „Meine Schichten an der Arbeit waren da wo die Gruppe on war. Schade!“) und Erkrankung und Erschöpfung genannt ($n=6$, z.B. „Wegen Erkrankung konnte ich nicht weiter teilnehmen“).

Tabelle 102: Sonstige Gründe für Abbrüche (Freitext; $n=23$, $t_3$)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kategorie</th>
<th>Kommentare</th>
</tr>
</thead>
</table>
| Zeitmangel                             | • habe vom 15.Juni an Urlaub gemacht  
• konnte durch Urlaub und andere Termine nicht regelmäßig teilnehmen  
• Meine Schichten an der Arbeit waren da wo die Gruppe on war. Schade!  
• Persönliche Termine  
• war außerplanmäßig nicht zu Hause  
• war verreist                                                                 |
| Krankheitsbedingt                      | • aufgrund von Krankheitsgründen in der Familie musste ich aussteigen  
• den 12. Abend habe ich wegen Erschöpfung abgebrochen  
• Leider habe ich die letzte Sitzung aus Erschöpfung verschlafen  
• starke Depression. Dadurch Kontakte abgebrochen  
• Wegen Erkrankung konnte ich nicht weiter teilnehmen                                                                 |
| Heterogenität der Gruppe               | • Die Leute hatten Probleme. Ich zum Glück nicht.  
• Mein Inkontinenzproblem war m.E. uninteressant für die Gruppe                                                                 |
| Anderes Nachsorge-/Selbsthilfeangebot | • Ich hatte meine eigene Telefongruppe mit Leuten, die ich in SPO kennengelernt hatte und bin deshalb ausgestiegen. Die Telefongruppe befindet sich in der gleichen Situation wie ich.  
• Es ging mir alles zu schnell, deshalb habe ich nicht mehr teilgenommen                                                                 |
<p>| Berufliche Gründe                     | • berufliche Gründe                                                                                                                     |
| Gesamtdauer der Intervention           | • 3 Monate sind zu lang oder die Chatgruppe war nicht passend                                                                           |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Kategorie</th>
<th>Kommentare</th>
</tr>
</thead>
</table>
| Keine Zuordnung/ Ende der Intervention | • Chat war beendet  
• Das Projekt war zeitlich begrenzt  
• Die Chatgruppe war auf 12 Sitzungen begrenzt, die ich voll genutzt habe  
• Die geplanten Termine sind beendet, wir werden den Chat weiterführen  
• Es waren nur die 3 Monate für mich vorgesehen. Schade!  
• Ich denke 12 Sitzungen reichen |

Verbesserungsvorschläge seitens der Teilnehmer betreffen in erster Linie die **Moderation und Struktur** der Chatsitzungen ($n=16$), die **Gruppenzusammensetzung** ($n=11$) sowie die **Gruppengröße** ($n=9$) und die Einbindung **medizinischer Experten** ($n=6$).

Die Teilnehmer wünschen sich insgesamt einen direkteren Moderationsstil und das Einhalten eines roten Fadens (z.B. „Vorgabe einer Thematik und gezieltes Ansprechen und Antworten der Teilnehmer“). Zudem wird vorgeschlagen, dass die Gruppen möglichst homogen zusammengesetzt sein sollten, entsprechend der Indikation, des Schweregrades und des Alters der Betroffenen (z.B. „Die Zusammensetzung. Es waren sehr unterschiedliche Schweregrade. Ich fühlte mich doch sehr betroffen, dass es anderen so sehr viel schlechter ging“.). Bezüglich der Gruppengröße wird eine Teilnehmerzahl ab 4 Personen präferiert, die Gruppen sollten aber für einen angenehmen Kommunikationsablauf auch nicht zu groß sein (z.B. „Die Verfügbarkeit der Teilnehmer zum nächsten Termin abfragen. Bei zu großer Verhinderung dann ggf. nächsten Termin um eine Woche verschieben; kleinere Gruppen. Dann kann auch jeder mit seinem Problem/Meinung zum Zuge kommen.“). Zudem wird der Wunsch nach der Beantwortung medizinischer Fragen deutlich. Teilnehmer schlagen vor, Experten zu einzelnen Sitzungen mit spezifischen Themen einzuladen (z.B. „Bessere Unterstützung bei medizinischen Fragen. Vorab per Mail eine Themenvorgabe, dann kann sich jeder schon einmal darauf vorbereiten; Es könnte noch ein Onkologe, Frauenarzt dabei sein“). Andere Vorschläge zur Optimierung der Intervention betreffen **Oberfläche und Handhabung des Chatfensters** ($n=3$; z.B. „Es ist schwierig schnell genug zu lesen und zu antworten; Layout des Chats“) und die Möglichkeit, im Anschluss an die Intervention mit anderen Teilnehmern **persönlich in Kontakt** treten zu können ($n=2$; z.B. „Ermöglichung der Kontaktaufnahme zu einzelnen Chatteilnehmern, sofern dieser damit einverstanden ist.“).
Lediglich einer der Teilnehmer würde eine verkürzte Interventionsdauer von acht bis zehn Sitzungen bevorzugen. Eine Auflistung dieser Ergebnisse gibt Tabelle 103 wieder.

### Tabelle 103: Verbesserungsvorschläge für den Chat (Freitext; \( n=46, t_3 \))

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kategorie</th>
<th>Kommentare</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Moderation und Struktur</td>
<td>• Der Moderator sollte Gequatsche unterbinden. Mehr am Thema bleiben.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Das Geschwafel von einigen Teilnehmern auf nette Art unterbinden</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Der rote Faden sollte mehr zu spüren sein. Fragen stellen zu Anfang auf Themen und Krankheitsbilder hinweisen. Aufgeworfene Themen werden schnell beantwortet</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Für einen roten Faden sorgen.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Mehr &quot;Einbringen&quot; des Therapeuten</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Abstimmung am Anfang über die Ziele</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Ich fand die Pausen im Chat sehr lang. Hier hätte ich mehr Moderation erwartet</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Man sollte versuchen pro Chatsitzung ein Thema zu behandeln</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• im Wesentlichen klare Strukturierung und Gliederung</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Eingriff der Therapeuten, wenn ein Teilnehmer immer im Mittelpunkt steht.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• evtl. ein Thema pro Woche vorgeben, das man aber ändern kann, wenn die Teilnehmer ein anderes Thema behandeln wollen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• mehr Spielregeln</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Strukturierung: d.h. Themen vorgeben</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Themenbereiche zeitlich begrenzen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Vorgabe einer Thematik und gezieltes Ansprechen und Antworten der Teilnehmer</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• kurze Vorstellung der Teilnehmer</td>
</tr>
<tr>
<td>Homogenität der Gruppen</td>
<td>• allgemeiner halten, nicht eine Krebsart verstärkt in einer Gruppe lassen. Oder nur eine Art.</td>
</tr>
<tr>
<td>Kategorie</td>
<td>Kommentare</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------------------</td>
<td>--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Altersgruppe und Art der Erkrankung sollten passen</td>
<td>Die Auswahl nach Erkrankungen sollte im Vordergrund stehen</td>
</tr>
<tr>
<td>Die Auswahl nach Erkrankungen sollte im Vordergrund stehen</td>
<td>Die Zusammensetzung. Es waren sehr unterschiedliche Schweregrade. Ich fühlte mich doch sehr betroffen, dass es anderen so sehr viel schlechter ging.</td>
</tr>
<tr>
<td>Die Auswahl nach Erkrankungen sollte im Vordergrund stehen</td>
<td>Einheitliche Krankheitsbilder der Patienten pro Chatgruppe</td>
</tr>
<tr>
<td>Einheitliche Krankheitsbilder der Patienten pro Chatgruppe</td>
<td>Gruppe mit gleichen Problemen zusammensetzen</td>
</tr>
<tr>
<td>Gruppe mit gleichen Problemen zusammensetzen</td>
<td>Gruppe nach Themen organisieren</td>
</tr>
<tr>
<td>Gruppe nach Themen organisieren</td>
<td>und möglichst viele Teilnehmer mit den gleichen Krebserkrankungen zusammenbringen</td>
</tr>
<tr>
<td>und möglichst viele Teilnehmer mit den gleichen Krebserkrankungen zusammenbringen</td>
<td>Probleme müssen zusammenpassen also getrennt im Darmbereich, Prostata und andere Problemzonen</td>
</tr>
<tr>
<td>Probleme müssen zusammenpassen also getrennt im Darmbereich, Prostata und andere Problemzonen</td>
<td>Problemfälle zusammenfassen</td>
</tr>
<tr>
<td>Problemfälle zusammenfassen</td>
<td>Gruppengröße</td>
</tr>
<tr>
<td>Gruppengröße</td>
<td>4 Teilnehmer, von denen immer mal einer fehlte, sind zu wenig.</td>
</tr>
<tr>
<td>4 Teilnehmer, von denen immer mal einer fehlte, sind zu wenig.</td>
<td>Die Verfügbarkeit der Teilnehmer zum nächsten Termin abfragen. Bei zu großer Verhinderung dann ggf. nächsten Termin um eine Woche verschieben</td>
</tr>
<tr>
<td>Die Verfügbarkeit der Teilnehmer zum nächsten Termin abfragen. Bei zu großer Verhinderung dann ggf. nächsten Termin um eine Woche verschieben</td>
<td>Mehr als 3 Teilnehmer.</td>
</tr>
<tr>
<td>Mehr als 3 Teilnehmer.</td>
<td>Hohe Teilnehmerzahl</td>
</tr>
<tr>
<td>Hohe Teilnehmerzahl</td>
<td>Mehr Leute dazu bewegen mitzumachen (teilweise war ich nur zu 2. oder 3. dabei)</td>
</tr>
<tr>
<td>Mehr Leute dazu bewegen mitzumachen (teilweise war ich nur zu 2. oder 3. dabei)</td>
<td>viel zu viele Teilnehmer [...] So viele Fragen von Teilnehmern</td>
</tr>
<tr>
<td>viel zu viele Teilnehmer [...] So viele Fragen von Teilnehmern</td>
<td>weniger Teilnehmer</td>
</tr>
<tr>
<td>weniger Teilnehmer</td>
<td>kleinere Gruppen</td>
</tr>
<tr>
<td>kleinere Gruppen</td>
<td>kleinere Gruppen. Dann kann auch jeder mit seinem Problem/Meinung zum Zuge kommen.</td>
</tr>
<tr>
<td>kleinere Gruppen. Dann kann auch jeder mit seinem Problem/Meinung zum Zuge kommen.</td>
<td>Medizinische Informationen</td>
</tr>
<tr>
<td>Medizinische Informationen</td>
<td>Bessere Fachkompetenz durch Ärzte o. ähnl.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Bessere Fachkompetenz durch Ärzte o. ähnl. | Bessere Unterstützung bei medizinischen Fragen. Vorab per Mail eine Menge...
Im Durchschnitt würden die Befragten die E-Nachsorge weiterempfehlen und einer erneuten Teilnahme zustimmen (s. Tabelle 104). Die Bereitschaft, für diese Form der psychosozialen Unterstützung einen Beitrag zu bezahlen, ist jedoch eher gering (s. Tabelle 105).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kategorie</th>
<th>Kommentare</th>
</tr>
</thead>
</table>
| Themenvorgabe, dann kann sich jeder schon einmal darauf vorbereiten | • Ein Mediziner hätte manchmal Ansichten richtigstellen können.  
• Es könnte noch ein Onkologe, Frauenarzt dabei sein  
• Mehr auf medizinische und ärztliche Fachbegriffe eingehen  
• besser auf die speziellen Prostataerkrankungen eingehen |
| Handhabung/Chatoberfläche                | • Es ist schwierig schnell genug zu lesen und zu antworten  
• Layout des Chats  
• [...] und es ging auch zu schnell |
| Persönlicher Kontakt zu Teilnehmern      | • Ermöglichung der Kontaktaufnahme zu einzelnen Chatteilnehmern, sofern dieser damit einverstanden ist.  
• zum Schluss Möglichkeiten für persönlichen Kontakt herstellen, für weiteren Austausch |
| Anzahl der Chatsitzungen                 | • Ich hätte 8-10 Sitzungen eigentlich ausreichend empfunden |
| Sonstiges                                | • alles ok  
• Bei mir lag die Reha schon über 6 Monate zurück. Ein Chat direkt nach der Reha hätte mir mehr gebracht.  
• Einladung, Hilfestellung und der Zugang zum Chat waren gut  
• fand alles sehr gut.  
• Keine Ahnung  
• schwer zu sagen?!  
• Vielleicht möchte man später noch mal mitmachen. Das ist im Moment nicht möglich  
• weiß nicht  
• weitere solche Gruppen gründen |
**Tabelle 104:** Weiterempfehlung / erneute Teilnahme ($n=96$, $t_3$)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Item (MammaCA/ProstataCA)</th>
<th>n</th>
<th>M*</th>
<th>SD</th>
<th>t</th>
<th>p</th>
<th>d</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Weiterempfehlung des Chats an eine andere Person</td>
<td>41</td>
<td>2.2</td>
<td>1.077</td>
<td>0.000</td>
<td>1.000</td>
<td>0.00</td>
</tr>
<tr>
<td>Erneute Teilnahme</td>
<td>40</td>
<td>2.4</td>
<td>1.172</td>
<td>1.253</td>
<td>.214</td>
<td>0.28</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*1="trifft sehr zu", 2="trifft zu", 3="teils/teils", 4="trifft weniger zu", 5="trifft gar nicht zu"

**Tabelle 105:** Bezahlung für den Chat (Antworten liegen vor von 79 bzw. von 19 der 96 Patienten, $t_3$)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Item</th>
<th>Diagnose</th>
<th>Chi$^2$</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Mammakarzinom</td>
<td>Prostatakarzinom</td>
</tr>
<tr>
<td>Bereitschaft für eine Bezahlung</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nein</td>
<td>28</td>
<td>70.0</td>
</tr>
<tr>
<td>ja</td>
<td>12</td>
<td>30.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Wenn, ja wie viel</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bis 10 Euro</td>
<td>10</td>
<td>83.3</td>
</tr>
<tr>
<td>bis 15 Euro</td>
<td>1</td>
<td>8.3</td>
</tr>
<tr>
<td>bis 20 Euro</td>
<td>1</td>
<td>8.3</td>
</tr>
</tbody>
</table>
7 Ergebnisse Fragestellung C: Prozessqualität


7.1 Prozessparameter Aktivität

Die Aktivität während einer Chatsitzung kann über die Anzahl der geschriebenen Wörter oder über die Anzahl der abgeschickten Statements operationalisiert werden. Einen an der Gruppengröße und an der Gesamtzahl der geschriebenen Wörter und Statements relativierten Index, die relative Aktivität, schlagen Haug et al. (2007) vor:

\[ \text{Relative Aktivität} = \frac{\text{Anzahl der abgeschickten Statements}}{\text{Gruppengröße} \times \text{Gesamtzahl der geschriebenen Wörter}} \]

<table>
<thead>
<tr>
<th>Index</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Relative Aktivität</td>
</tr>
</tbody>
</table>

\[ \text{Alle Statements wurden gezählt, die in der Zeit gepostet wurden, in der auch der Therapeut anwesend war (am Anfang -5min, am Ende +5min). Die Teilnehmer mussten mind. 2 Statements posten, damit das Erscheinen als Teilnahme gewertet wurde.} \]

\[ \text{Aus organisatorischen Gründen konnten die 9 Teilnehmer der ersten Chatgruppe nicht in den Effektivitätsüberprüfungen berücksichtigt werden.} \]
\[
\text{Aktivität} = \frac{\sum_{i=1}^{n} W_i \cdot n + \sum_{i=1}^{n} S_i \cdot n}{2}
\]

\(W_i\) = Anzahl der Wörter eines Teilnehmers \(i\),

\(S_i\) = Anzahl der Statements eines Teilnehmers \(i\),

\[\sum_{i=1}^{n} W_i\] = Anzahl der Wörter aller Gruppenteilnehmer (ohne Therapeut),

\[\sum_{i=1}^{n} S_i\] = Anzahl der Statements aller Gruppenteilnehmer (ohne Therapeut),

\(n\) = Anzahl der Gruppenteilnehmer

**Abbildung 1**: Berechnung des Index: relative Aktivität


### 7.2 Fragebogen

Die Teilnehmer wurden gebeten, vor der Chatsitzung einen Fragebogen zum Gesundheitsstatus auszufüllen (Klinisch-Psychologisches Diagnosesystem - KPD-38, Percevic et al., 2005). Das KPD-38 ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, welches das körperliche, psychische und soziale Befinden sowie die Lebensqualität, die Handlungskompetenz und die soziale Unterstützung erfasst (Skalenrange: 1-4, hohe Werte bedeuten eine hohe Beeinträchtigung). Nach der Chatsitzung füllten die Teilnehmer den Gruppenevaluationsbogen aus (GEB, Haug et al., 2007). Dieser erfasst wesentliche Prozessaspekte einer Gruppensitzung, der Summenwert wird dabei als ein globales Maß zur Bewertung einer Gruppensitzung durch einen Teilnehmer interpretiert (Range: 7-35). Der GEB enthält folgende Items:
1. Wie sehr haben Sie sich heute von dem Therapeuten unterstützt gefühlt?
2. Wie sehr traf das, was der Therapeut zu der Chatgruppe sagte, auch auf Sie zu?
5. Wie offen konnten Sie sich heute in der Chatgruppe aussprechen?
6. Wie sehr hat Ihnen die Chatgruppe heute geholfen?
7. Wie zufrieden sind Sie heute mit der Chatgruppe?

**Tabelle 107** führt die Ausfüllquoten der beiden Fragebogen pro Chatgruppe auf. In sechs Chatgruppen füllen alle Teilnehmer mindestens einmal den KPD-38 aus, während in zwei Chatgruppen nur 50 Prozent der Chatteilnehmer an dem Vorchat-Fragebogen teilnehmen. Insgesamt liegen von 82 Teilnehmern Daten zum Gesundheitszustand direkt vor der Chatsitzung vor (78.1%), dabei wurden 526 Fragebogen ausgefüllt (69.4% der Chatteilnahmen). Die Teilnahme an den Gruppenevaluationen fällt etwas geringer aus. Hier füllen 68 Teilnehmer mind. einmal eine Nachchat-Befragung aus (64.8%). Insgesamt wird bei ca. der Hälfte aller Chatteilnahmen die Gruppenevaluation ausgefüllt (390 Fragebogen, 51.5%). Nur in zwei Gruppen füllen alle Teilnehmer mindestens einmal den GEB aus, während in fünf Gruppen weniger als die Hälfte aller Teilnehmer mindestens einmal den GEB ausfüllen. **Tabelle 108** gibt die Anzahl der vorhandenen Fragebogen auf Teilnehmerebene wieder. Von 20 Teilnehmern liegen zwischen 10-12 KPD-Befragungen vor, während dies für den GEB bei 10 Teilnehmern der Fall ist.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Chatgruppe</th>
<th>Therapeut</th>
<th>Geschlecht</th>
<th>Erste Sitzung</th>
<th>Letzte Sitzung</th>
<th>Anzahl Teilnehmer (N, MW, SD, Range)</th>
<th>1-3 Sitzungen (%)</th>
<th>4-6 Sitzungen (%)</th>
<th>7-9 Sitzungen (%)</th>
<th>10-12 Sitzungen (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gandersheim 1</td>
<td>Therapeut 1 5</td>
<td>weiblich</td>
<td>14.07.2008</td>
<td>10.11.2008</td>
<td>9 2.71 1.16 1-5</td>
<td>44.4%</td>
<td>22.2%</td>
<td>22.2%</td>
<td>11.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Gandersheim 2</td>
<td>Therapeut 2</td>
<td>männlich</td>
<td>13.10.2008</td>
<td>29.12.2008</td>
<td>6 3.09 1.38 2-6</td>
<td>50.0%</td>
<td>16.7%</td>
<td>0</td>
<td>33.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Gandersheim 3</td>
<td>Therapeut 3</td>
<td>weiblich</td>
<td>06.01.2009</td>
<td>24.03.2009</td>
<td>8 5.92 1.31 3-7</td>
<td>12.5%</td>
<td>0</td>
<td>25.0%</td>
<td>62.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Gandersheim 4</td>
<td>Therapeut 4</td>
<td>männlich</td>
<td>28.09.2009</td>
<td>21.12.2009</td>
<td>5 3.50 0.67 2-4</td>
<td>20.0%</td>
<td>0</td>
<td>40.0%</td>
<td>40.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Gandersheim 5</td>
<td>Therapeut 5</td>
<td>weiblich</td>
<td>26.10.2009</td>
<td>01.02.2010</td>
<td>7 3.00 1.86 1-7</td>
<td>42.9%</td>
<td>14.3%</td>
<td>28.6%</td>
<td>14.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Gandersheim 6</td>
<td>Therapeut 3 6</td>
<td>weiblich</td>
<td>13.10.2009</td>
<td>29.12.2009</td>
<td>7 3.67 0.98 2-5</td>
<td>14.3%</td>
<td>28.6%</td>
<td>42.9%</td>
<td>14.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordfriesland 1</td>
<td>Therapeut 4</td>
<td>männlich</td>
<td>31.03.2010</td>
<td>16.06.2010</td>
<td>7 4.17 1.40 2-7</td>
<td>14.3%</td>
<td>14.3%</td>
<td>57.1%</td>
<td>14.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordfriesland 2</td>
<td>Therapeut 6</td>
<td>männlich</td>
<td>04.05.2010</td>
<td>10.08.2010</td>
<td>7 3.75 1.06 2-6</td>
<td>28.6%</td>
<td>14.3%</td>
<td>28.6%</td>
<td>28.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordfriesland 3</td>
<td>Therapeut 4</td>
<td>männlich</td>
<td>01.09.2010</td>
<td>24.11.2010</td>
<td>8 5.58 1.51 3-8</td>
<td>12.5%</td>
<td>12.5%</td>
<td>37.5%</td>
<td>37.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordfriesland 4</td>
<td>Therapeut 7</td>
<td>weiblich</td>
<td>29.09.2010</td>
<td>15.12.2010</td>
<td>8 6.08 1.38 4-8</td>
<td>0</td>
<td>25.0%</td>
<td>12.5%</td>
<td>62.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordfriesland 5</td>
<td>Therapeut 7</td>
<td>weiblich</td>
<td>09.02.2011</td>
<td>11.05.2011</td>
<td>12 7.67 1.44 5-10</td>
<td>16.7%</td>
<td>25.0%</td>
<td>16.7%</td>
<td>41.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordfriesland 6</td>
<td>Therapeut 8</td>
<td>männlich</td>
<td>02.05.2011</td>
<td>18.07.2011</td>
<td>7 5.25 1.06 4-7</td>
<td>0</td>
<td>14.3%</td>
<td>42.9%</td>
<td>42.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordfriesland 7</td>
<td>Therapeut 9</td>
<td>weiblich</td>
<td>25.05.2011</td>
<td>31.08.2011</td>
<td>5 3.08 0.67 2-4</td>
<td>40.0%</td>
<td>0</td>
<td>20.0%</td>
<td>40.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordfriesland 8</td>
<td>Therapeut 8</td>
<td>männlich</td>
<td>15.08.2011</td>
<td>07.11.2011</td>
<td>9 4.83 1.59 3-8</td>
<td>22.2%</td>
<td>33.3%</td>
<td>11.1%</td>
<td>33.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Insgesamt</td>
<td>9 Therapeuten</td>
<td></td>
<td>14.07.2008</td>
<td>07.11.2011</td>
<td>105 4.41 1.89 1-10</td>
<td>21.9%</td>
<td>17.1%</td>
<td>26.7%</td>
<td>34.3%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

4 Ein Termin wurde von Therapeut 2 vertreten.
5 Ein männlicher Teilnehmer hat an einer Sitzung teilgenommen
6 Ein Termin wurde von Therapeut 5 vertreten.
Tabelle 107: Übersicht über die zu den Chatsitzungen ausgefüllten Fragebögen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Chatgruppe</th>
<th>Teilnehmer</th>
<th>% Chatteilnehmer</th>
<th>KPD-38 N</th>
<th>% Chatteilnahmen</th>
<th>Teilnehmer</th>
<th>% Chatteilnehmer</th>
<th>GEB N</th>
<th>% Chatteilnahmen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gandersheim 1</td>
<td>5</td>
<td>55.6%</td>
<td>20</td>
<td>43.5%</td>
<td>2</td>
<td>22.2%</td>
<td>10</td>
<td>21.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Gandersheim 2</td>
<td>3</td>
<td>50.0%</td>
<td>15</td>
<td>44.1%</td>
<td>2</td>
<td>33.3%</td>
<td>7</td>
<td>20.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Gandersheim 3</td>
<td>8</td>
<td>100.0%</td>
<td>59</td>
<td>83.1%</td>
<td>7</td>
<td>87.5%</td>
<td>48</td>
<td>67.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Gandersheim 4</td>
<td>4</td>
<td>80.0%</td>
<td>23</td>
<td>54.8%</td>
<td>3</td>
<td>60.0%</td>
<td>14</td>
<td>33.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Gandersheim 5</td>
<td>6</td>
<td>85.7%</td>
<td>25</td>
<td>69.4%</td>
<td>5</td>
<td>71.4%</td>
<td>20</td>
<td>55.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Gandersheim 6</td>
<td>5</td>
<td>71.4%</td>
<td>27</td>
<td>61.4%</td>
<td>3</td>
<td>42.9%</td>
<td>20</td>
<td>45.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordfriesland 1</td>
<td>7</td>
<td>100.0%</td>
<td>44</td>
<td>88.0%</td>
<td>6</td>
<td>85.7%</td>
<td>28</td>
<td>56.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordfriesland 2</td>
<td>5</td>
<td>71.4%</td>
<td>38</td>
<td>84.4%</td>
<td>4</td>
<td>57.1%</td>
<td>23</td>
<td>51.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordfriesland 3</td>
<td>4</td>
<td>50.0%</td>
<td>27</td>
<td>40.3%</td>
<td>3</td>
<td>37.5%</td>
<td>17</td>
<td>25.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordfriesland 4</td>
<td>8</td>
<td>100.0%</td>
<td>53</td>
<td>72.6%</td>
<td>7</td>
<td>87.5%</td>
<td>39</td>
<td>53.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordfriesland 5</td>
<td>12</td>
<td>100.0%</td>
<td>79</td>
<td>85.9%</td>
<td>11</td>
<td>91.7%</td>
<td>63</td>
<td>68.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordfriesland 6</td>
<td>7</td>
<td>100.0%</td>
<td>54</td>
<td>85.7%</td>
<td>7</td>
<td>100.0%</td>
<td>49</td>
<td>77.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordfriesland 7</td>
<td>5</td>
<td>100.0%</td>
<td>37</td>
<td>100.0%</td>
<td>5</td>
<td>100.0%</td>
<td>34</td>
<td>91.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordfriesland 8</td>
<td>6</td>
<td>66.7%</td>
<td>25</td>
<td>43.1%</td>
<td>3</td>
<td>33.3%</td>
<td>18</td>
<td>31.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Insgesamt</td>
<td>82</td>
<td>78.1%</td>
<td>526</td>
<td>69.4%</td>
<td>68</td>
<td>64.8%</td>
<td>390</td>
<td>51.5%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabelle 108: Anteil ausgefüllter Fragebögen auf Teilnehmerebene

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anzahl</th>
<th>KPD-Ausgefüllt</th>
<th>GEB-Ausgefüllt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>23</td>
<td>21.9</td>
</tr>
<tr>
<td>1-3</td>
<td>25</td>
<td>23.8</td>
</tr>
<tr>
<td>4-6</td>
<td>14</td>
<td>13.3</td>
</tr>
<tr>
<td>7-9</td>
<td>23</td>
<td>21.9</td>
</tr>
<tr>
<td>10-12</td>
<td>20</td>
<td>19.0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

7.3 Compliance

Eine wesentliche Herausforderung an E-Health-Anwendungen ist die Abbrecherquote gering zu halten (Ahern, 2007). Die Drop-Out-Quoten internetbasierter Psychotherapien mit minima-
lem Therapeutenkontakt variieren dabei stark (zwischen 2 und 83%) und eindeutige Prädiktoren für ein frühzeitiges Ausscheiden konnten bisher nicht gefunden werden (Melville, Casey & Kavanagh, 2010). Bei longitudinalen Studien muss dabei zwischen einem Verlust des Patienten zum Follow-Up-Zeitpunkt (dropout attrition) und einem Verlust des Patienten durch den Abbruch der Teilnahme (nonusage attrition) unterschieden werden (Eysenbach, 2005).

Zur Frage des Drop-Out vor Beginn der Teilnahme finden sich umfangreiche Non-Responder-Analysen im Abschnitt 5.1.3 (Vergleiche mit der Non-Responder Stichprobe III).

Nachfolgend finden sich die Ergebnisse zum Drop-Out nach Beginn der Teilnahme: Werden alle Chatteilnehmer betrachtet, nahmen ca. ein Drittel aller Teilnehmer 10-12 Sitzungen (Completer) wahr, während ca. 20% der Teilnehmer nur höchstens drei Chatsitzungen in Anspruch nahmen (Nonusage-Attrition). 17,1% der Teilnehmer nahmen an 4-6 Sitzungen und 26,7% an 7-9 Sitzungen teil. Abbildung 2 zeigt die Verteilung der Häufigkeit der Chatteilnahmen. Als Referenzkurve (Zimmer & Haug, 2012) werden Daten der Internet-Brücke berichtet (Chatbasierte Erhaltungstherapie nach einem stationären psychosomatischen Aufenthalt, Zeitraum: März 2009 bis April 2010, N=154, bis zu 15 Sitzungen). Bis zur vierten Sitzung weisen beide Projekte sehr ähnliche Drop-Out-Raten auf. Danach flacht die Kurve bei der Internet-Brücke ab, ca. 50% nehmen an mind. 12 Sitzungen teil, während sich in der vorliegenden Studie eine stetige Abnahme der Chatteilnahmen ergibt. Zwischen Männern und Frauen gibt es keinen erkennbaren Unterschied. In der zweiten Projektphase gelingt es dagegen besser die Teilnehmer zu mind. 6 Sitzungen zu motivieren.
7.4 Zusammenhang soziodemografische Charakteristika und Chatteilnahmen

Tabelle 106 zeigt die Verteilung soziodemografischer Variablen zwischen den Chatteilnehmern kategorisiert nach der Häufigkeit der Chatteilnahmen. Von den Teilnehmern waren 52.4% Frauen und 47.6% Männer. Die durchschnittliche Anzahl besuchter Chatsitzungen lag sowohl für die weiblichen Teilnehmerinnen bei 7.3 (SD=3.6) als auch für die männlichen Teilnehmer bei 7.3 (SD=3.4). Im Mittel waren die Chatteilnehmer 56.9 Jahre alt (SD=9.3), der jüngste Chatteilnehmer war 35 Jahre, der älteste Chatteilnehmer 74 Jahre alt. Dabei gibt es einen schwachen positiven Zusammenhang zwischen dem Alter und der Anzahl der besuchten Chats ($r_p=.22$, $p=.04$). So beträgt der Altersdurchschnitt bei den Teilnehmern mit 1-3 Chat-Teilnahmen 54.3 Jahre (SD=8.9), während die Teilnehmer mit 10-12 Sitzungen im Durchschnitt 59.0 Jahre alt sind (SD=7.8). Wie schon bei der Analyse der Drop-Outs vor Beginn der Teilnahme (s. Abschnitt 5.1.3: Vergleiche mit der Non-Responder Stichprobe III), zeigt sich auch in Bezug auf die Häufigkeit der Chatteilnahmen, dass Teilnehmer mit höherem Bildungsabschluss häufiger an der Chatbrücke teilnehmen. In der Häufigkeit der Internetnutzung ergibt sich dagegen kein einheitliches Bild: Die niedrigsten Raten täglicher Inter-

Abbildung 2: Compliance der Chatteilnehmer, Anzahl der Chatteilnahmen in Prozent
netnutzung ergeben sich für die Teilnehmergruppen mit 4-6 bzw. 10-12 Teilnahmen, hier nutzen nur ca. ein Drittel das Internet täglich. Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Länge der Wartezeit und der Anzahl besuchter Chatsitzungen ($r_p=-.014$, $p=.894$). So liegt z.B. bei der Teilnehmergruppe mit einer Wartezeit unter einem Monat ($N=13$) die mittlere Anzahl besuchter Chats bei 6.6 (SD=4.2), während bei der Teilnehmergruppe mit einer Wartezeit über 6 Monaten ($N=14$) die mittlere Anzahl besuchter Chats bei 6.7 (SD=4.3) liegt.

**Tabelle 109:** Verteilung soziodemografischer Variablen kategorisiert nach Chatteilnahmen

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1-3 Teilnahmen ($N=23$)</th>
<th>4-6 Teilnahmen ($N=18$)</th>
<th>7-9 Teilnahmen ($N=28$)</th>
<th>10-12 Teilnahmen ($N=36$)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>N</td>
<td>%</td>
<td>N</td>
<td>%</td>
</tr>
<tr>
<td>Geschlecht weiblich</td>
<td>21</td>
<td>52.4</td>
<td>18</td>
<td>55.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Alter (MW, SD)</td>
<td>21</td>
<td>54.3 (8.9)</td>
<td>18</td>
<td>57.1 (9.5)</td>
</tr>
<tr>
<td>Fachabitur, Abitur</td>
<td>17</td>
<td>29.4</td>
<td>12</td>
<td>41.7</td>
</tr>
<tr>
<td>Tägliche Internetnutzung</td>
<td>17</td>
<td>47.1 (8.5)</td>
<td>16</td>
<td>31.3 (8.6)</td>
</tr>
<tr>
<td>Berufstätig (Vollzeit, Teilzeit)</td>
<td>18</td>
<td>55.6</td>
<td>13</td>
<td>61.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Wartezeit (MW, SD)</td>
<td>17</td>
<td>104.0 (85.6)</td>
<td>16</td>
<td>111.1 (71.4)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

7.5 **Zusammenhang Chatteilnahme und Gesamtbewertung der Teilnahme**

Tabelle 110 gibt die Beurteilung der Teilnahme an der Chatbrücke kategorisiert nach Chatteilnahmen wieder. Es ergeben sich die erwarteten Unterschiede: Teilnehmer mit hoher Compliance beurteilen am Ende der Chatbrücke die Teilnahme durchgängig positiver.
Tabelle 110: Beurteilung der Teilnahme an der Chatbrücke kategorisiert nach Chatteilnahmen (am Ende der Teilnahme)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kategorie</th>
<th>1-3 Teilnahmen (N=23)</th>
<th>4-6 Teilnahmen (N=18)</th>
<th>7-9 Teilnahmen (N=28)</th>
<th>10-12 Teilnahmen (N=36)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>N</td>
<td>%</td>
<td>N</td>
<td>%</td>
</tr>
<tr>
<td>Zufriedenheit mit Chatteilnahme¹</td>
<td>11</td>
<td>0.0</td>
<td>11</td>
<td>18.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Gruppe hat mir geholfen²</td>
<td>12</td>
<td>58.3</td>
<td>8</td>
<td>62.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Konnte Rehabilitationserfolg stabilisieren³</td>
<td>8</td>
<td>37.5</td>
<td>11</td>
<td>63.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Verbesserung im Umgang mit den Folgen meiner Erkrankung⁴</td>
<td>8</td>
<td>50.0</td>
<td>11</td>
<td>72.7</td>
</tr>
<tr>
<td>Würde Chatbrücke weiterempfehlen⁵</td>
<td>10</td>
<td>20.0</td>
<td>10</td>
<td>40.0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Prozentsatz folgender Antwortkategorien: ¹: trifft zu, ²: ja, ³,⁴: stimme eher zu/ stimme voll zu, ⁵: ja, unbedingt.

7.6 Zusammenhang Aktivität/Gruppenevaluation und Chatteilnahme

Im Mittel versendet ein Teilnehmer 286.7 Wörter (SD=173.8) und 21.7 Statements (SD=9.9) pro Chatsitzung. Die mittlere Wortanzahl pro Chatsitzung beträgt für die Chatteilnehmer mit 1-3 Teilnahmen 219.6 (SD=152.7), für Chatteilnehmer mit 4-6 Teilnahmen 292.9 (SD=168.7) und für Chatteilnehmer mit 7-9 Teilnahmen 305.0 (SD=168.1), während die Chatteilnehmer mit 10-12 Teilnahmen im Mittel 312.1 Wörter pro Sitzung mitteilen (SD=188.7). Teilnehmer, die sich mehr in einer Gruppensitzung beteiligen, nehmen demnach häufiger an den Chats teil ($r_s=.20, p=.037$). Die mittlere GEB liegt bei 27.03 (SD=4.39, $N_{Teilnehmer}=68$, $N_{GEB}=390$), dabei beurteilen Chatteilnehmer mit häufigeren Teilnahmen die Gruppensitzungen im Mittel positiv ($r_s=.27, p=.026$). So liegt der Anteil der unfrieden Chatbeurteilungen (GEB<25) bei den Chatteilnehmern mit 1-3 Teilnahmen bei 43.8% ($N_{GEB}=16$), während dieser Anteil bei den Chatteilnehmern mit 10-12 Teilnahmen nur bei 24.9% liegt ($N_{GEB}=249$).

Tabelle 111 zeigt Unterschiede in Prozessmerkmalen zwischen den beiden Teilnehmergruppen nur für die ersten drei Teilnahmen. Auch hierfür bestätigen sich die Befunde. Teilnehmer die höchstens 3mal am Chat teilnehmen, beteiligen sich weniger stark und beurteilen die Chatsitzungen direkt im Anschluss negativer.
### Tabelle 111: Aktivität und Gruppenevaluation in den ersten drei Sitzungen

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1-3 Teilnahmen</th>
<th>4-6 Teilnahmen</th>
<th>7-9 Teilnahmen</th>
<th>10-12 Teilnahmen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>(N=23)</td>
<td>(N=18)</td>
<td>(N=28)</td>
<td>(N=36)</td>
</tr>
<tr>
<td>N</td>
<td>MW (SD)</td>
<td>MW (SD)</td>
<td>MW (SD)</td>
<td>MW (SD)</td>
</tr>
<tr>
<td>MW Wörter (Sitzung 1-3)</td>
<td>23 219.60 (152.70)</td>
<td>18 296.83 (172.73)</td>
<td>28 288.64 (151.85)</td>
<td>36 265.60 (152.50)</td>
</tr>
<tr>
<td>MW Statements (Sitzung 1-3)</td>
<td>23 17.84 (10.19)</td>
<td>18 23.48 (9.01)</td>
<td>28 24.33 (12.34)</td>
<td>36 20.18 (9.07)</td>
</tr>
<tr>
<td>MW GEB-Summe (Sitzung 1-3)</td>
<td>10 23.32 (5.28)</td>
<td>8 26.72 (3.46)</td>
<td>15 27.66 (4.63)</td>
<td>27 26.37 (4.96)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 7.7 Zusammenhang Aktivität und Gruppenevaluation

Studien im Rahmen des Projekts Internet-Brücke zeigen, dass eine Aktivität über 0.8 häufiger mit einem positiven Gruppenerleben einhergeht (Haug et al., 2007). Abbildung 3 zeigt die Ergebnisse der vorliegenden Studie (N_GEB=387). Der postulierte Zusammenhang zwischen der relativen Aktivität und der anschließenden Gruppenbewertung bestätigt sich: Aktivere Teilnehmer bewerten die Sitzungen häufiger positiv (r_s=.30, p=<.001).

---

7 Sitzungen mit nur einem Teilnehmer wurden für die Analysen nicht berücksichtigt (N_Sitzungen=6).
Abbildung 3: Anzahl und Prozentsatz positiver (GEB ≥ 25) und negativer Gruppeneinschätzungen (GEB < 25) für die drei Aktivitätskategorien

7.8 Zusammenhang Aktivität und Verbesserung des Gesundheitszustandes

Als ein Mikro-Outcome kann die Verbesserung des Gesundheitszustandes von einer Chatsitzung zur nächsten angesehen werden (Differenz im KPD-Gesamtwert <0). Daten zum Gesundheitszustand zu zwei aufeinanderliegenden Chatsitzungen liegen von 68 Chatteilnehmern vor. Dabei können insgesamt 351 Chatsitzungen in die Analysen miteinbezogen werden. Verbesserungen von einer Chatsitzung zur nächsten Chatsitzung im KPD-Gesamtwert werden dabei in 51.3% der Fälle erzielt, während Verschlechterungen bei 44.7% und keine Veränderungen bei 4.0% auftreten. Der erwartete negative Zusammenhang zwischen der Aktivität zum Zeitpunkt t und der Veränderung zwischen Zeitpunkt t und t+1 ergibt sich nicht (r_s=.03, p=.560). Werden nur die reliablen Veränderungen betrachtet (Veränderung in der KPD-Gesamtskala >0.19 bzw. <0.19) ergeben sich insgesamt in 12.3% der Fälle Verschlechterungen und in 11.7% der Fälle Verbesserungen, während in 76.1% der Fälle die Differenz als unverändert klassifiziert wird. Auch der Vergleich dieser beiden Subgruppen ergibt keinen Unterschied in der relativen Aktivität eine Chatsitzung davor (MW Verbesserung =0.95, MW Verschlechterung =1.10, T-Test: t=1.31, df=82, p=.193).
Analog kann als ein Makro-Outcome die Verbesserung des Gesundheitszustandes zwischen der ersten und der letzten Chatsitzung angesehen werden. Insgesamt liegen für diese Analysen von 33 Chatteilnehmern ausreichend Daten vor, wobei nur Teilnehmer berücksichtigt wurden, die mindesten an sieben Chatsitzungen teilgenommen hatten (\(N=64\)). Verschlechterungen traten in diesem Zeitraum bei 15 Chatteilnehmern, Verbesserungen bei 18 Chatteilnehmern auf. Zusammenhänge zwischen den Veränderungen im Gesundheitszustand über die Chatteilnahme und den Prozessparametern „mittlere relative Aktivität während einer Chatsitzung“ (\(r_s=0.28, \ p=0.11\)) und „mittlere Gruppenbewertung nach einer Chatsitzung“ (\(r_s=-0.08, \ p=0.63\)) ergeben sich dabei nicht.
8 Ergebnisse Fragestellung D & E: Patientenseitige Akzeptanz und Feasibility

Die Ergebnisse der ersten Phase der Patientenrekrutierung des Projekts lieferten wertvolle Hinweise für ein Abschätzen der Implementierungsmöglichkeiten und -grenzen des entwickelten E-Nachsorgeangebots für onkologische Patienten in der Routine. Die in der ersten Projektphase deutlich werdenden Hinweise auf Hürden und Schwierigkeiten sollten in einer „Machbarkeitsstudie“ weiter vertiefend untersucht werden, d.h. es wurde eine Erweiterung der Zielsetzung und der Fragestellung des Projektes vorgenommen. Der Fokus lag dabei zum einen auf Fragestellungen zur Akzeptanz sowie zum anderen auf fördernden und hemmenden Bedingungen für eine Teilnahme an einem eNachsorgeangebot. Die folgenden zusätzlichen Fragestellungen sollen untersucht werden:

(D.1) Wie hoch ist die Akzeptanz einer Chat-Nachsorge bei onkologischen Patientinnen/Patienten bzw. welche persönlichen Faktoren schränken die Akzeptanz ein?

(D.2) Welche Barrieren/hemmenden Bedingungen spielen eine Rolle dafür, dass Patientinnen/Patienten nicht an einem Chat-Angebot teilnehmen?

(D.3) Welche fördernden Faktoren können identifiziert werden, damit eine Nachsorge über das Internet von potentiell bedürftigen Patientinnen/Patienten in höherem Ausmaß in Anspruch genommen wird?

(E) Welche institutionss seitigen Faktoren (z.B. Technik, Möglichkeiten der Schulung, Zeit aufwand der Klinik/Behandler für Chatvorbereitung, persönliches Eingebundensein der Patienten in die Psychoonkologie und Akzeptanz der Therapeuten, etc.) haben einen Einfluss auf die (praktische) Umsetzbarkeit eines internetgestützten Nachsorgemoduls? Welchen Einfluss haben die identifizierten Faktoren auf die Implementierung und Durchführung des internetgestützten Nachsorgemoduls?

Ein erster Arbeitsschritt beinhaltete die Beurteilung der Chatgruppensitzungen aus Patientensicht (Fragestellung D.1). Ziel der Bearbeitung dieser Fragestellung war einerseits Informationen zur Optimierung der Intervention zu erhalten und andererseits diejenigen Personen gruppen zu identifizieren, für die sich eine internetbasierte Therapie grundsätzlich eignet. Untersucht wurde diese Fragestellung ebenfalls mittels persönlicher Telefoninterviews zum
Messzeitpunkt T₃, d.h. direkt nach Beendigung der Chatintervention. Hierfür wurde ein speziel-
ner Interviewleitfaden entwickelt, welcher auf folgende Aspekte fokussiert: die Gründe für
eine Teilnahme an der Intervention bzw. ggf. einen Abbruch der Intervention, Verbesserungs-
vorschläge für Zugang und Rahmenbedingungen der Chatgruppensitzungen (z.B. Technik,
zeitlicher Aufwand, Gruppengröße) sowie Nutzen und Akzeptanz (Kontakt/Austausch, Ver-
traulichkeit, Hilfestellung) aus Patientensicht (siehe Anhang 12.1).

Die Durchführung der beschriebenen telefonischen Interviews zur Erfassung des patientensei-
tigen Nutzens und der Akzeptanz der Chatintervention begann im Oktober 2010 und erstreck-
te sich begleitend zur Chatintervention bis zum Ende des Erhebungszeitraumes.

Im Rahmen eines zweiten Arbeitsschrittes sollten mit Hilfe persönlicher Interviews im An-
schluss an die Patienteninformationsveranstaltung während des Aufenthaltes in den Rehabili-
tationskliniken fördernde und hemmende Faktoren bezüglich der patientenseitigen Akzeptanz
und Motivation für die Teilnahme an einem E-Nachsorgeangebot per Internetchat identifiziert
werden (Fragestellungen D.2 und D.3). Zu diesem Zweck wurde ein Interviewleitfaden ent-
dwickelt, welcher sowohl Fragen zu strukturellen Voraussetzungen (z.B. Internetverfügbarkeit
und Zugangsmöglichkeiten zu Computern auf Seiten der Patienten; Teilnahme an Schulungen
und Informationsveranstaltungen) und persönlichen Einstellungen und Offenheit gegenüber
internetgestützten Nachsorgeangeboten beinhaltet. Eine letzte Version des genannten Inter-
viewleitfadens ist dem Bericht beigefügt (Anhang 12.3). Nach einer finalen Abstimmung zu
den Inhalten des Leitfadens sowie der Planung und Organisation der Interviews in Kooperati-
on mit dem Studienkoordinator der Rehabilitationsklinik Nordfriesland, wurden erste persön-
lliche Befragungen innerhalb der Klinik ab November 2010 durchgeführt. Die Rekrutierung
der Patienten erfolgte direkt im Anschluss an die Informationsveranstaltung zur Studie, wel-
che während der zweiten Aufenthaltswoche in der Klinik stattfand. Befragt wurden sowohl
Patienten, die einer Teilnahme an der Chatintervention zustimmten als auch diejenigen, die
sich trotz Erfahrung mit und regelmäßiger Nutzung des Internets gegen eine Teilnahme ent-
schieden.

Ein dritter Arbeitsschritt der qualitativen Erhebung beinhaltete die Identifikation strukturel-
ler und institutioneller Rahmenbedingungen, welche förderlich oder hemmend für die Imple-
mentierung eines internetgestützten Nachsorgeangebotes in der onkologischen Rehabilitation
sein könnten (Fragestellung E). Die Analyse dieser Teilfragestellung erfolgte mittels Experten-
befragungen. Als Experten galten hierbei alle an der Implementierung beteiligten Personen

8.1 Arbeitsschritt 1

8.1.1 Methode

Die Rekrutierung für die Teilnahme an den Telefoninterviews erfolgte durch eine Einverständniserklärung (siehe Anhang 12.2) bei der Versendung des Fragebogens zum Messzeitpunkt \( t_3 \) nach Beendigung des Chats. Die Einverständniserklärung erklärte die Zielstellung der Interviews: mit Hilfe vertiefender Fragen zu den Angaben der Teilnehmer aus dem Fragebogen ein genaueres Bild der Eindrücke zur Chatintervention zu erhalten.


Zusammenfassend sollten folgende Punkte am Ende des Telefonats mit den Interviewten geklärt worden sein:

- Erneutes Einverständnis für ein Telefoninterview;
- Bedeutung des Interviews;
- Ablauf des Interviews;
- Dauer des Interviews (ca. 20-30 Minuten);
- Vertraulichkeit der Angaben;
- Tonbandaufzeichnung (nach Vervollständigung des Protokolls werden die Aufzeichnungen gelöscht und pseudonymisiert ausgewertet);
- Termin für das Telefoninterview;
- Klärung offener Fragen.
Angelehnt an die Fragen des Fragebogens zum Messzeitpunkt $t_3$ (Erhebung nach Chat-Intervention) wurde ein Telefoninterviewleitfaden (siehe Anhang 12.2) mit folgenden Schwerpunkten entwickelt: Bewertung der Informationsveranstaltung

1. Gründe für die generelle Teilnahme
2. Subjektiver Nutzen der Chatsitzungen
3. Bedeutung des Austausches mit Dritten
4. Vertraulichkeit im Chat/Einbringen der eigenen Themen
5. Bevorzugung persönlichen Kontakts
6. Zusammensetzung der Gruppe
7. Roter Faden
8. Technische Probleme/Verbesserungsvorschläge
9. Zeitliche Organisation der Chatgruppen
10. Weiterempfehlung/ Zufriedenheit mit der Intervention
11. Erneute Teilnahme
12. Abschluss

Zu jedem Themenabschnitt wurden im Interviewleitfaden offene Fragestellungen formuliert. Zwei Fragestellungen wurden ergänzt:

1. „Wurden Ihre Erwartungen erfüllt?“
2. „Was waren die Gründe dafür, dass Sie nicht regelmäßig an dem Chat-Angebot teilgenommen haben?“

Die Interviewstichprobe bestand aus fünf Frauen mit Mammakarzinom und sieben Männern mit Prostatakarzinom, die sich bereit erklärt hatten, an dem Telefoninterview teilzunehmen. Jeder Teilnehmer hat an mind. einer von zwölf Chatgruppensitzungen teilgenommen. Von den angeschriebenen Teilnehmerinnen ($n=12$) erteilten fünf Frauen (42%) die Bereitschaft für ein Telefoninterview. Von den angeschriebenen Männern ($n=36$) gaben zwölf die Einwilligung (33%), von denen aus organisatorischen Gründen jedoch nur sieben befragt werden konnten. Das Durchschnittsalter der befragten Männer liegt bei 69 Jahren, das Durchschnitts-
alter der Frauen bei 59 Jahren. Die fünf Frauen waren Teilnehmerinnen derselben brustkrebs-
spezifischen Chatgruppe. Die sieben Männer konnten aus drei verschiedenen Chatgruppen
 gewonnen werden. Von den sieben Männern waren sechs Männer an einem Prostatakarzinom
 erkrankt. Einer der Teilnehmer hatte eine gastrointestinalne Krebserkrankung.

**Tabelle 112** beschreibt die Interviewstichprobe und zeigt für jeden Teilnehmer das Ge-
schlecht, das Alter und die Anzahl der Wochen zwischen letzter Chatsitzung und Interview.
Die inhaltsanalytische Auswertung erfolgte durch die „skalierende Strukturierung“ nach P.
Mayring (Mayring, 2010).

**Tabelle 112: Beschreibung der Stichprobe**

<table>
<thead>
<tr>
<th>TeilnehmerIn (TN)</th>
<th>Geschlecht (w/m)</th>
<th>Alter (Jahre)</th>
<th>Dauer vom letzten Chat bis zum Interview (Wochen)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>TN A</td>
<td>m</td>
<td>71</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>TN B</td>
<td>m</td>
<td>73</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>TN C</td>
<td>m</td>
<td>71</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>TN D</td>
<td>m</td>
<td>70</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>TN E</td>
<td>m</td>
<td>70</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>TN F</td>
<td>m</td>
<td>58</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>TN G</td>
<td>m</td>
<td>73</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>TN H</td>
<td>w</td>
<td>54</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>TN I</td>
<td>w</td>
<td>61</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>TN J</td>
<td>w</td>
<td>57</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>TN K</td>
<td>w</td>
<td>67</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>TN L</td>
<td>w</td>
<td>54</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Für die **inhaltsanalytische Auswertung** wurden zunächst alle zwölf geführten Interviews auf
Tonband aufgezeichnet und die relevanten Aussagen im Anschluss transkribiert. Die wörtli-
che Transkription wurde um den Dialekt bereinigt, Satzbaufehler behoben, da die inhaltlich-
thematische Ebene im Vordergrund stand. Persönliche Informationen, die nicht zur Beantwor-
tung der Fragestellungen dienten, sowie Sprachfüllsel wie „ähs“, „hms“ und „öhs“ wurden im
Sinne einer besseren Lesbarkeit weggelassen (Mayring, 2002). Weiterhin wurden Unvollstän-
digkeiten, Wiederholungen und Füllwörter ausgelassen. Es folgte eine Pseudonymisierung

Hierbei wurden spezielle Interpretationsregeln berücksichtigt (siehe Mayring, 2010, S. 104). Die Hauptkategorien wurden qualitativ ausgewertet, wobei eine Unterkategorie einen quantitativen Anteil besaß. Zur Verdeutlichung sind in der folgenden Grafik (siehe Abbildung 4) die einzelnen Schritte des Ablaufmodells der skalierenden Strukturierung schematisch dargestellt:
Zur **Bestimmung der Analyseeinheiten** wird eine Auswertungs- und Kodiereinheit festgelegt. Die Auswertungseinheiten beinhalten alle Textstellen der transkribierten Interviews, die für die Beantwortung der Fragestellungen relevant sind. Die Kodiereinheit bezeichnet diejeni-

Die Kodiereinheit ist in diesem Fall: „Das sind Leute, die gesund werden wollen und alle haben positiv in die Zukunft geblickt und das hat mich wiederum auch wieder ermutigt“.

Die Einschätzungsdimensionen müssen aus den Fragestellungen abgeleitet werden. Sie bezeichnen die Aspekte, auf die hin das Material skaliert werden soll. Das Material wird auf die vier Variablen Informationsveranstaltung, Zufriedenheit, Kommunikationsstrukturen und Praktikabilität hin untersucht. Die Einschätzungsdimensionen beinhalten alle Bestandteile der Antworten aus den Interviews, die einer der vier Variablen zugeordnet werden können.

Zur Bestimmung der Ausprägungen werden den Variablen verschiedene Dimensionen zugeordnet, die in einem ordinalen Verhältnis zueinander stehen:

- Informationsveranstaltung (positiv- neutral- negativ)
- Subjektiver Nutzen (vorhanden- nicht vorhanden)
- Weiterempfehlung (eher positiv- teilweise- eher negativ)
- Gesprächsatmosphäre (offen- nicht offen)
- Zusammensetzung der Gruppe (positiv- negativ)
- Kommunikationsstruktur (positiv- teilweise strukturiert- negativ)
- Technische Handhabung (einwandfrei- teilweise Probleme)
- Zeitliche Organisation der Sitzungen (gut- teilweise zufrieden- schlecht)

Alle Fälle, in denen keine eindeutige Zuweisung möglich war, werden einer Restkategorie („nicht erschließbar“) zugeordnet.
Dieser Teil bildet das Kernstück der strukturierenden Inhaltsanalyse, in der die Kategorien durch Definitionen, Ankerbeispiele und Kodierregeln beschrieben werden. Hierbei wird ein Kodierleitfaden für jede Variable erstellt. Beispielhaft soll im Folgenden der Kodierleitfaden für die Variable „Informationsveranstaltung“ vorgestellt werden (siehe Tabelle 113).

### Tabelle 113: Kodierleitfaden Informationsveranstaltung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kategorie</th>
<th>Definition</th>
<th>Ankerbeispiele</th>
<th>Kodierregeln</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>K1: positive Beurteilung der Informationsveranstaltung</td>
<td>Die Infoveranstaltung wird als</td>
<td>„Die Infoveranstaltung war sehr offen, sehr ehrlich, sehr gut.“</td>
<td>Es muss sichergestellt sein, dass mind. zwei Aspekte abgedeckt sind</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- verständlich</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- strukturiert</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- anschaulich</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>beschrieben</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>K2: negative Beurteilung der Informationsveranstaltung</td>
<td>Die/der TeilnehmerIn äußert sich in negativer Form, hat viel zu Bemängeln</td>
<td>„Der Ablauf war etwas diffus, etwas verschwommen.“</td>
<td>Es muss mindestens ein kritischer Punkt in der Äußerung sein</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>K3: neutrale Beurteilung der Informationsveranstaltung</td>
<td>Es wird weder etwas Positives noch Negatives geäußert</td>
<td>„Die Informationsveranstaltung war mir so einigermaßen klar.“</td>
<td>Wenn die Beurteilung weder positiv noch negativ ist</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die Fundstellenbezeichnung beinhaltet einen ersten Materialdurchgang, bei dem sich an das Material der Auswertungseinheit gehalten wird. Überall dort, wo die verschiedenen Auswertungseinheiten im Material geschildert werden, muss dies markiert werden.


Bei der Überarbeitung wird das Kategoriensystem so lange revidiert, bis eine zufriedenstellende Version vorliegt.

Für die Ergebnisaufbereitung werden die Kategorien nach Häufigkeiten eingeschätzt und abschließend kritisch bewertet.
In den folgenden Abschnitten 8.1.2.1 bis 8.1.2.4 werden zu jedem Themenblock die Ergebnisse in Form von Häufigkeiten aufgeführt und beschrieben. Zur Veranschaulichung werden in den meisten Fällen Zitate der Teilnehmer verwendet. Zudem werden die Ergebnisse auf geschlechterspezifische Unterschiede bzw. Tendenzen untersucht.

Die Häufigkeiten der Geschlechterverteilungen können aus den Tabellen am Ende jeder Forschungsfrage entnommen werden. Abschnitt 8.1.3 fasst die Ergebnisse abschließend zusammen.

8.1.2 Ergebnisse

8.1.2.1 Wie wird die Informationsveranstaltung von den Teilnehmern bewertet?

Die Ergebnisse zeigen, dass die Hälfte der Teilnehmer (n=6) die Informationsveranstaltung als positiv bewertet. Dies bedeutet, dass diese als verständlich, strukturiert und anschaulich beschrieben wurde (z.B. „Die Infoveranstaltung war sehr offen, sehr ehrlich, sehr gut.“).

Drei Teilnehmer äußerten sich weder positiv noch negativ über die Informationsveranstaltung, ihre Antworten waren eher etwas kurz und nüchtern (z.B. „Die Informationsveranstaltung war mir so einigermaßen klar.“). Die letzten drei Teilnehmer gaben ein negatives Urteil über die Informationsveranstaltung ab (z.B. „Der Ablauf war etwas diffus, etwas verschwommen.“), verbunden mit einem Verbesserungsvorschlag („[…] ich hätte besser zu der Studie informiert werden können, sie hätte strukturierter ablaufen können, z.B. mit einem Infoblatt.“).

Insgesamt lässt sich die Informationsveranstaltung tendenziell als positiv beschreiben, jedoch sollten Maßnahmen entwickelt werden, damit die Zahl der positiven Beurteilungen steigt. Es wurden hierzu zwei Empfehlungen für Veränderungen entwickelt (siehe Tabelle 123, Nr. 1 und 2).

Die Geschlechterverteilung der Ergebnisse ist ausgeglichen.

Tabelle 114: Informationsveranstaltung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Informationsveranstaltung</th>
<th>K1: positive Beurteilung der Informationsveranstaltung</th>
<th>K2: neutrale Beurteilung der Informationsveranstaltung</th>
<th>K3: negative Beurteilung der Informationsveranstaltung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>6 (w= 3; m= 3)</td>
<td>3 (w =1; m= 2)</td>
<td>3 (w= 1; m= 2)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
8.1.2.2 Wie groß ist die Zufriedenheit mit der Chatintervention?


Insgesamt zehn der Teilnehmer konnten einen subjektiven Nutzen aus der Intervention ziehen. Dieser bestand im Austausch mit Betroffenen, dem Erlangen von Optimismus oder der Gewinnung neuer Informationen (z.B. „Der Austausch mit anderen Menschen hat gut getan, dadurch bin ich gefestigt worden.“).


Insgesamt konnte die Mehrheit der Befragten (n=10) einen subjektiven Nutzen aus den Chatgruppen ziehen (siehe Tabelle 115). Bei einer geschlechterspezifischen Betrachtung lässt sich feststellen, dass Teilnehmerinnen tendenziell vom Optimismus der anderen Teilnehmerinnen profitieren, was für Männer nicht der Fall war; ansonsten konnten keine Unterschiede festgestellt werden.

### Tabelle 115: Nutzen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nutzen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>K4: subjektiver Nutzen vorhanden</td>
</tr>
<tr>
<td>10 (w=4; m=6)</td>
</tr>
<tr>
<td>K5: kein subjektiver Nutzen vorhanden</td>
</tr>
<tr>
<td>2 (w=1; m=1)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die Zufriedenheit gemessen an der Weiterempfehlung („Würden Sie den Chat Menschen mit Ihrer Erkrankung weiterempfehlen?“) wurde als einzige Variable quantitativ ausgewertet. Hierbei zeigte sich, dass acht Teilnehmer die Intervention weiterempfehlen würden. Dies traf zu, wenn „trifft sehr zu“ oder „trifft zu“ im Fragebogen angekreuzt wurde. Die Einordnung in

Insgesamt würde die Mehrzahl der befragten Personen (n=8) die Intervention weiterempfehlen (siehe Tabelle 116). Es sind keine geschlechtspezifischen Unterschiede erkennbar.

Tabelle 116: Weiterempfehlung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Weiterempfehlung</th>
<th>K6: Weiterempfehlung positiv</th>
<th>K7: Weiterempfehlung teilweise</th>
<th>K8: Weiterempfehlung negativ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>8 (w= 4; m= 4)</td>
<td>3 (w= 1; m= 2)</td>
<td>1 (m= 1)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

8.1.2.3 Wie verlief die Kommunikation der Teilnehmer?

Die Beurteilung der Kommunikation der Teilnehmer wird durch die subjektiv empfundene Möglichkeit, eigene Gesprächsthemen offen anzusprechen und einbringen zu können, die Zusammensetzung der Gruppe und der Struktur der Gesprächführung operationalisiert.

Die Ergebnisse der subjektiv empfundenen Möglichkeit, eigene Gesprächsthemen offen ansprechen und einbringen zu können ergeben, dass neun Teilnehmer offen ihre Themen ansprechen konnten (z.B. „Ja, es wurde offen diskutiert.“).

Hierbei ist hervorzuheben, dass die Anonymität von zwei Teilnehmern als besonders positiv bewertet wurde.

Zwei Teilnehmer empfanden weniger Offenheit im Gesprächsverlauf.

Einem Teilnehmer fehlten „aktuelle Statistiken“ und das Thema „Sterben und Tod“, die andere Teilnehmerin konnte aufgrund der Anonymität des Mediums nicht offen diskutieren („Mir hat die Intonation der Leute gefehlt.“. Weiterhin empfand sie die Gespräche als „nicht tiefsinnig [...] zu oberflächlich.“.

Ein Teilnehmer hat die Frage während des Interviews nicht beantwortet und fällt daher in die Kategorie „nicht erschließbar“.
Insgesamt zeigt sich, dass der Großteil (n=9) offen diskutieren konnte und mit der Möglichkeit, eigene Themen einbringen zu können zufrieden war (siehe Tabelle 117). Die Geschlechterverteilung ist ausgeglichen.

Tabelle 117: Offenheit

<table>
<thead>
<tr>
<th>Offenheit</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>K9: Offene Ansprache</td>
</tr>
<tr>
<td>9 (w=4; m=5)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Insgesamt empfanden sieben Teilnehmer die Zusammensetzung der Chatgruppe als positiv (z.B. „Ja, das Positive war, dass die alle in meiner Altersgruppe waren, von der Ebene waren wir alle ziemlich ähnlich.“).


Tabelle 118: Zusammensetzung der Gruppe

<table>
<thead>
<tr>
<th>Zusammensetzung der Gruppe</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>K14: Zusammensetzung eher positiv</td>
</tr>
<tr>
<td>7 (w= 2; m= 5)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Die Ergebnisse zur Bewertung der Gesprächsstruktur (siehe Tabelle 119) zeigen, dass neun Teilnehmer die Struktur der Gesprächsführung positiv bewertet haben (z.B. „Ich fand die Psychologin sehr gut. Sie hat es auch manchmal laufen lassen. Und wenn dann mal Pausen eintraten, dann hat sie das sehr gut wieder durch Nachhaken in Gang gebracht“). Positive Beurteilungen bedeuten, dass ein roter Faden vorhanden war, ohne dass sich dabei rigide an eine vorgegebene Struktur gehalten wurde. Die Themen wurden in der Gruppe ausgesucht und diskutiert. Der Therapeut wurde in vielen Fällen gelobt (z.B. „Das wurde sehr strukturiert geführt. Ich hatte immer das Gefühl, dass das sprichwörtlich jemand ein Auge drauf […] Das war eine Top-Führung“).

Drei Teilnehmer klassifizieren die Gesprächsführung als „teilweise strukturiert“ („Ja, der Therapeut hat versucht einen Leitfaden durchzuziehen, aber das ist nicht so gelungen […]“). Es wurden drei Vorschläge geäußert, die in den Handlungsempfehlungen aufgegriffen werden (Tabelle 123, Nr. 8, 9 und 10).

Die Geschlechterverteilung der Ergebnisse ist ausgeglichen.

**Tabelle 119: Gesprächsstruktur**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Struktur der Gesprächsführung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>K15: positive Gesprächsführung</td>
</tr>
<tr>
<td>K16: Gesprächsführung teilweise strukturiert</td>
</tr>
<tr>
<td>9 (w= 4; m= 5)</td>
</tr>
<tr>
<td>3 (w= 1; m= 2)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**8.1.2.4 Wie praktikabel sind die Chatgruppen?**

Die Praktikabilität der Chatgruppen wurde durch die Bewertung der technischen Handhabung und der zeitlichen Organisation operationalisiert.

Die Ergebnisse zeigen, dass bei sieben Teilnehmern die technische Handhabung einwandfrei verlief. Dies bedeutet, dass keine technischen Probleme vor oder während des Chattens auftraten (z.B. „Kein Problem, obwohl ich kein Computerfreak bin.“ oder „das war kein Problem, obwohl ich das zum ersten Mal überhaupt gemacht habe […]“).

Fünf Teilnehmer fielen in die Kategorie „teilweise Probleme bei technischer Handhabung“. Erfreulicherweise waren die Probleme in einem geringen Ausmaß, sodass diese keinen Teil-
nehmer daran hinderten, weiter an der Chatgruppenintervention mitzuwirken („Ich hatte nur Zugangsprobleme, ansonsten war alles in Ordnung.“). Bei den Problemen handelte es sich entweder um Zugangsprobleme \((n=3)\) oder Probleme beim Ausfüllen des Online- Fragebogens \((n=2)\). Alle Zugangsprobleme wurden durch den telefonischen Technik-Support gelöst.

Es wurden zwei Verbesserungsvorschläge in Hinsicht auf die Benutzerfreundlichkeit des Chats genannt (u.a. „Das Chatfenster hätte drei Mal so groß sein können.“).

Die Ergebnisse zeigen (siehe Tabelle 120), dass die technische Bewältigung für Menschen, die tendenziell weniger Erfahrung mit dem Medium Computer/Internet haben, kein Hindernis für eine Teilnahme darstellt. Es gab weder Teilnehmerinnen, noch Teilnehmer, die große Probleme mit der technischen Handhabung hatten. Aus diesem Grund sind keine geschlechtstypifizierten Unterschiede auszumachen.

**Tabelle 120: Technische Handhabung**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Technische Handhabung</th>
<th>K17: Technische Handhabung einwandfrei</th>
<th>K18: Teilweise Probleme bei technischer Handhabung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>(7 \ (w = 2; \ m = 5))</td>
<td>(5 \ (w = 3; \ m = 2))</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die **zeitliche Organisation** der Chatgruppe sollte anhand der folgenden drei Merkmale bewertet werden:

1. Chatdauer (60-90 Minuten)
2. Anzahl der Chattermine pro Woche
3. Gesamtanzahl der Sitzungen (12 Sitzungen)

Die Ergebnisse zur zeitlichen Organisation zeigen, dass drei Teilnehmer die zeitliche Organisation „positiv“ fanden. Das heißt, dass die Chatdauer, die Anzahl der Chattermine pro Woche als auch die Gesamtanzahl der Chatsitzungen zufriedenstellend waren (z.B. „Dauer: 1,5 war gut, Anzahl/Wo: Reicht völlig, Gesamtanzahl: Das war ok.“).
Die Hälfte der Teilnehmer (n=6) waren mit der zeitlichen Organisation teilweise zufrieden, was bedeutet, dass eine Kategorie negativ bewertet wurde (z.B. „Dauer: 1,5 Stunden war zu lang, Anzahl/Wo: Das war in Ordnung, Gesamtanzahl: In Ordnung.“).

Auffällig war, dass hierbei lediglich die Chatdauer (60-90 Minuten) kritisiert wurde. Für drei Teilnehmer wurde diese als zu lang empfunden. Ein Teilnehmer empfand die Chatdauer manchmal als zu kurz, manchmal jedoch zu lang, woraufhin es „langweilig“ wurde.

Zwei Teilnehmerinnen hätten die Chatdauer gerne verlängert „um in die Themen richtig einzusteigen.“. Der Kategorie „zeitliche Organisation schlecht“ wurden drei Teilnehmer zugeordnet. Von diesen drei Teilnehmern, kritisierten zwei die Chatdauer als zu lang und die Gesamtanzahl der Sitzungen als zu viel. Eine Teilnehmerin war insgesamt mit der Chatdauer (zu lang), Anzahl pro Woche (Belastung sich den Tag freizuhalten) und der Gesamtanzahl unzufrieden.


**Tabelle 121:** Zeitliche Organisation

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>3 (w= 1; m= 2)</td>
<td>6 (w= 3; m= 3)</td>
<td>3 (w= 1; m= 2)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**8.1.3 Zusammenfassung**

Zusammenfassend machen diese Ergebnisse deutlich, dass der subjektive Nutzen für die Chatteilnehmer, die Zufriedenheit mit der Intervention, die Offenheit und die Möglichkeit eigene Themen einbringen zu können, die Kommunikationsstruktur und auch die technische Handhabung von den Befragten als positiv bewertet werden. Diese Ergebnisse entsprechend
weitgehend den Befunden einer vergleichbaren Studie mit Patienten einer psychosomatischen Klinik (Kordy et al., 2006)


Erfreulicherweise war die technische Bewältigung für Teilnehmer mit wenigen Erfahrungen mit dem Medium Computer/Internet kein Hindernis. Auch die Anonymität, mit der die Intervention wirbt, wurde von einigen Teilnehmern als besonders positiv empfunden. Tabelle 122 fasst die Ergebnisse der Befragungen und die sich daraus ergebende Anzahl abgeleiteter Handlungsempfehlungen zusammen.

Tabelle 122: Zusammenfassung der Ergebnisse

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fragestellung</th>
<th>Ergebnis</th>
<th>Geschlechter-Unterschiede</th>
<th>Anzahl abgeleiteter Handlungsempfehlungen (n)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Informationsveranstaltung</td>
<td>☺</td>
<td>keine erkennbar</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Zufriedenheit</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.1 Subjektiver Nutzen</td>
<td>☺</td>
<td>Frauen profitieren vom Optimismus</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>2.1 Weiterempfehlung</td>
<td>☺</td>
<td>keine erkennbar</td>
<td>-</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Aus den Antworten der Teilnehmer konnten insgesamt 13 Handlungsempfehlungen zur Informationsveranstaltung, Zusammensetzung der Gruppe, Themenauswahl, Intonation, Kommunikation unter den Teilnehmer, Anonymität, Struktur der Gespräche, Struktur allgemein, technischen Handhabung und Dauer der Chatsitzungen gewonnen werden.

Viele Teilnehmer äußerten konstruktive Kritik, welche größtenteils berücksichtigt werden könnte. Die Empfehlungen richten sich an die Personen, welche die Informationsveranstaltung durchführen, Projektleitung/Organisation, Chattherapeuten und die Beauftragten für die Durchführung der technischen Handhabung. Als realistisch und eher leicht umzusetzen sind die Handlungsempfehlungen zu der Informationsveranstaltung (siehe Tabelle 123, Nr. 1-3) und der technischen Handhabung (siehe Tabelle 123, Nr. 11 und 12). Insbesondere die Chatoberfläche wirkt veraltet. Eine optimierte Version würde die Benutzerfreundlichkeit erhöhen.

Die Handlungsempfehlungen zur Zusammensetzung der Gruppe beinhaltet den Wunsch nach indikationsspezifischen Gruppen (Tabelle 123, Nr. 4), der Festlegung von Regeln für die Niederschrift (Tabelle 123, Nr. 6) und die Klärung der Ansprache unter den Teilnehmern (Tabelle 123, Nr. 7).

Auch die Vorschläge, die Gruppen über den aktuellen Stand der Forschung aufzuklären (Tabelle 123, Nr. 5) und Expertensitzungen zu integrieren, z.B. Beratung durch einen Urologen (Tabelle 123, Nr. 10), können für zukünftige Projekte beachtet werden. Ein „voice chat“ wäre eine gute Alternative, damit die Intonation nicht verloren geht. Allerdings wäre dieser

bei einer Anzahl von zehn bis zwölf Teilnehmern weniger sinnvoll. Der Vorschlag, Gedanken im Vorwege schriftlich festzuhalten (Tabelle 123, Nr. 9) ließe sich wohl nur schwer realisieren.

Die Idee, die Anonymität aufzuheben, z.B. durch Fotos der Teilnehmer (Tabelle 123, Nr.8), sollte eher nicht umgesetzt werden, da die Anonymität einen großen Vorteil einer internetbasierten Intervention darstellt. Allerdings können „Avatare“ einer Person auch anonym ein Gesicht geben.

Tabelle 123 zeigt noch einmal in der Übersicht die durchnummerierten Handlungsempfehlungen, welche sich aus der Kritik seitens der Teilnehmer ergeben haben.
### Tabelle 123: Handlungsempfehlungen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Thema</th>
<th>Problem/Kritik</th>
<th>Handlungsempfehlung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Informations-Veranstaltung</td>
<td>„[…] ich hätte besser zu der Studie informiert werden können, sie hätte strukturierter ablaufen könne, z.B. mit einem Infoblatt.“</td>
<td>- kurzes Infoblatt im Voraus erstellen,</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>- eigentlich sollten die TeilnehmerInnen im Voraus einen Info- Flyer erhalten haben, der in diesem Fall anscheinend nicht angekommen ist.</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Informations-Veranstaltung</td>
<td>Die Zeit zwischen der Teilnahme an der Informationsveranstaltung und der Befragung im Interview war sehr groß</td>
<td>- konstruktive Kritiken direkt im Anschluss an die Informationsveranstaltung abfragen, z.B. durch einen Feedbackzettel.</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Informationsveranstaltung/Bedarfsermittlung</td>
<td>„Ich habe keinen direkten Nutzen gezogen, ich habe eher einiges weitergegeben. Ich hatte selber keine Probleme.“</td>
<td>- im Voraus sollte ermittelt werden, ob ein Bedarf an psychosozialen Gesprächen besteht,</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>- in der Regel wird der Bedarf bereits im telefonischen Vorkontakt ermittelt,</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>- sollte bei der Informationsveranstaltung darauf hingewiesen werden, dass auch Beiträge von weniger betroffenen Teilnehmenden eine Bereicherung für die Chatgruppen sein können.</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Zusammensetzung der Gruppe</td>
<td>„Die meisten Teilnehmer hatten einen anderen Krebs in verschiedenen Stadien, deshalb haben sich meine Erwartungen nicht erfüllt.“</td>
<td>- nur Chatgruppen mit derselben Indikation erstellen,</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>ansonsten besteht die Gefahr, dass der therapeutische Nutzen gesenkt wird.</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Themenwahl</td>
<td>„Ich habe Fakten zum eigentlichen Thema vermisst, z.B. wie sehen die</td>
<td>- falls Bedarf besteht, sollte der aktuelle Stand der For-</td>
</tr>
<tr>
<td>Nr.</td>
<td>Thema</td>
<td>Problem/Kritik</td>
<td>Handlungsempfehlung</td>
</tr>
<tr>
<td>-----</td>
<td>----------------</td>
<td>-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Intonation</td>
<td>„ [...] Das ist so eine Sache, mit Ihnen kann ich jetzt sprechen, weil ich die Stimme höre und das habe ich bei denen nicht und interpretiere viel in eine Stimme und höre was da drinnen sitzt und das fehlte mir. [...]“[^1]</td>
<td>- Voice-Chat.</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Kommunikation unter den TeilnehmerInnen</td>
<td>„Mir war nicht klar, wie ich die anderen ansprechen soll. [...]“</td>
<td>- Ansprache im Voraus durch Gruppentherapeut klären.</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Struktur der Gespräche</td>
<td>„Die Strukturierung hätte besser laufen können, indem jeder sich im Vorwege schriftlich Gedanken macht.“</td>
<td>- jede/r TeilnehmerIn sollte aufgefordert werden, sich über die Themenauswahl im Vorwege (schriftlich) Gedanken zu machen.</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Struktur allgemein</td>
<td>„Ich hatte überlegt, ob man nicht zusammen mit einem Psychologen und Urologen gemeinsam einen Chat macht.“</td>
<td>- falls möglich und gewünscht, könnten für 1-2 Sitzungen ärztliche Fachkräfte für rein medizinische Fragen zur Verfügung stehen.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

[^1]: Quelle: [Online-Artikel](https://example.com)
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Thema</th>
<th>Problem/Kritik</th>
<th>Handlungsempfehlung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>11</td>
<td>Technik</td>
<td>„Ich weiß nicht ob das normal ist: wenn ich gescrollt habe um nachzulesen was am Anfang gesagt wurde, ist das zwar hochgekommen, aber das ist nicht lange stehengeblieben, das ist gleich wieder runtergefahren, das war ein bisschen blöd.“</td>
<td>Zum Nachlesen der Chatbeiträge sollte beim Scrollen das Fenster stehenbleiben können, z.B. durch einen „stop scroll“ Button, der bei Aktivierung rot leuchtet (Umprogrammierung).</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Technik</td>
<td>„Dann fand ich das Chateingabefenster zu klein, ich konnte bei längeren Eingaben nicht zurückverfolgen was ich geschrieben hatte. Das Fenster hätte ca. 3-mal so groß sein können.“</td>
<td>Chateingabefenster manuell vergrößern können (Umprogrammierung).</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 8.1.4 Limitationen

Zunächst ist festzustellen, dass die Stichprobengröße größer hätte sein können, um eine höhere Repräsentativität sowie eine größere Power zur Aufdeckung potentieller geschlechtspezifischer Unterschiede zu erhalten. Einschränkend ist hierbei jedoch darauf hinzuweisen, dass in der vorliegenden Studie keine eindeutige Trennung von geschlechts- und indikationsspezifischen Ergebnissen möglich ist, da die Indikationen selbst eindeutig geschlechtsspezifisch sind. Hierfür wäre eine Folgestudie nötig, in der Tumorindikationen einbezogen werden, die nicht geschlechtsgebunden sind. Weiterhin ist die Selektivität der Stichprobe kritisch zu betrachten, da nur Teilnehmer befragt wurden, die sich freiwillig bereit erklärt hatten an dem Interview teilzunehmen. Es wäre ein interessanter Aspekt Teilnehmer zu befragen, welche z.B. die Intervention abgebrochen haben. Weiterhin sollte hinterfragt werden, ob die Teilnehmer aufgrund der sozialen Erwünschtheit eher positiv geantwortet haben. Um dem etwas entgegen zu wirken, hat die Interviewerin am Anfang jeder Befragung explizit betont, dass Kritik erwünscht und hilfreich sei.

Kritisch bei der Bewertung der Informationsveranstaltung ist, dass der Zeitraum zwischen der Teilnahme an der Informationsveranstaltung und der Befragung aller Teilnehmer sehr lange zurück liegt (mind. 15 Wochen). Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich auf die quantitative Auswertung der Variable „Weiterempfehlung“. Diese wurde aus organisatorischen Gründen zur Ergänzung eingefügt und nicht zusätzlich qualitativ erhoben. Ein Teilnehmer hat im Fra-

Zur Ergebnisinterpretation ist anzumerken, dass eine kommunikative Validierung sich aus organisatorischen Gründen nicht umsetzen ließ, d.h., dass die Ergebnisse der Interpretation den Teilnehmer nicht vorgelegt und nicht mit ihnen diskutiert wurden. Dies bedeutet, dass die Ergebnisse teilweise fehlinterpretiert sein könnten.

Der sechste Schritt der Auswertungsstrategie, bei dem durch den Einsatz mehrerer Kodierer die Richtigkeit überprüft werden sollte, wurde in der vorliegenden Studie durch einen zusätzlichen Kodierer durchgeführt.

**8.2 Arbeitsschritt 2**

Im Rahmen dieses Arbeitspakets sollten mit Hilfe persönlicher Interviews im Anschluss an die Patienteninformationsveranstaltung während des Aufenthaltes in den Rehabilitationskliniken fördernde und hemmende Faktoren bezüglich der patientenseitigen Akzeptanz und Motivation für die Teilnahme an einem E-Nachsorgeangebot per Internetchat identifiziert werden (Fragestellung D.2 und D.3). Konkret sollen sowohl hemmende Bedingungen identifiziert werden, die dazu beitragen, dass Mammakarzinom-Patientinnen nicht an einem Chat-Nachsorge-Angebot teilnehmen möchten, als auch fördernde Faktoren, die dazu führen, dass eine internetbasierte Nachsorge von potenziell bedürftigen Patientinnen in höherem Maße in Anspruch genommen wird.

Um die Akzeptanz zu untersuchen, wurden der Bedarf an psychosozialer Unterstützung und der Bedarf an Informationen über die Erkrankung genauso in die Bewertung mit einbezogen wie die Einstellung der Patienten zur Chatintervention und ihre Erfahrungen mit dem Internet. Ziel ist es, aus den gewonnen Ergebnissen Handlungsempfehlungen abzuleiten, um das Angebot einer Chat-Nachsorge weiter optimieren zu können.
Diese Form der psychoonkologischen Nachsorge ist ein relativ neues Angebot und damit auch ein neues Forschungsgebiet. Aus diesem Grund gibt es nur sehr wenige Untersuchungen zu diesem Thema. Explizite Hypothesen können daher nicht begründet aufgestellt werden. Die vorliegende Auswertung versucht sich der Fragestellung explorativ zu nähern, um Hinweise abzuleiten zu können, welche als Grundlage für weitere Folgestudien genutzt werden können.

8.2.1 Forschungsfragen und Operationalisierungen


8.2.1.1 Besteht ein Bedarf an psychosozialer Unterstützung?

Mit der ersten Forschungsfrage sollte untersucht werden, ob spezifisch im Anschluss an einen Reha-Aufenthalt sowie generell der Bedarf nach einer psychosozialen Unterstützung besteht. Operationalisiert wurde der Bedarf an Unterstützung zum einen über die aktuelle psychische Verfassung der Patienten und zum anderen ihrer allgemeinen Einstellung gegenüber psychosozialen Interventionen.

Folgende Fragen wurden den Patienten gestellt:

- Wie geht es Ihnen momentan?
- Wie fühlen Sie sich, wenn Sie über Ihre Erkrankung nachdenken?
- Würden Sie sich Unterstützung bei der Verarbeitung Ihrer Krankheitserlebnisse wünschen? Und wenn ja, von wem?
- Wie ist Ihre generelle Einstellung zur psychosozialen Nachsorge?
• Würden Sie es gut finden, wenn die psychosoziale Nachsorge schon in der Reha-Klinik organisiert werden würde?

• Gibt es etwas, dass Sie bei Ihrer Behandlung/Versorgung bisher vermisst haben?

8.2.1.2 BSTETEHT EIN BEARF AN INFORMATIONEN ÜBER DIE ERKRANKUNG?

Die zweite Forschungsfrage befasst sich mit dem Bedarf der Patienten nach Information über Ihre eigene Erkrankung und vor allem mit der Wahl des Mediums mit dem die gewünschten Informationen gesucht wurden.

Operationalisiert wird der Bedarf nach Informationen durch das Vorhandensein von Wissen bei den Patientinnen und ihrer Zufriedenheit mit diesem.

Folgende Fragen wurden den Patienten gestellt:

• Haben Sie sich über Ihre Krebserkrankung informiert und wenn ja, wo?

• Nach welchen Informationen haben Sie dabei in erster Linie gesucht?

• Gibt es Bereiche, in denen Sie sich mehr Informationen gewünscht hätten?

• Wollen Sie sich auch in Zukunft über Ihre Erkrankung informieren?

• Gab es Internetseiten, die Sie regelmäßig besucht haben und würden Sie diese auch anderen betroffenen Patienten weiterempfehlen?

8.2.1.3 WIE IST DIE EINSTELLUNG ZUR CHATINTERVENTION?

Die dritte Forschungsfrage untersucht die Einstellung der Patienten zur internetbasierten psychosozialen Nachsorge in Form von Chatgruppen (E-Nachsorge). Während ihres Reha-Aufenthalts haben die Patienten an einer Informationsveranstaltung zur E-Nachsorge teilgenommen und konnten den Chat auch einmal ausprobieren.

Operationalisiert wird die Einstellung der Patienten durch die Anzahl der Chatteilnehmer und ihrer Erwartungen bezüglich einer Chat-Nachsorge.

Folgende Fragen wurden den Patienten gestellt:

• Möchten Sie an der Chatintervention teilnehmen und welche persönlichen Gründe haben für bzw. gegen eine Teilnahme gesprochen?
• Haben Sie organisatorische oder technische Bedenken bezüglich der Chatintervention?
• Würden Sie sich technische Unterstützung wünschen?
• Wie bewerten Sie die Patientenschulung in der Rehabilitationsklinik?
• Welche Nachteile sehen Sie an einer internetbasierten Nachsorge, insbesondere bei Chatgruppensitzungen?
• Sehen Sie auch positive Aspekte einer solchen therapeutischen Chatgruppe?
• Wie würden Sie sich eine optimale internetbasierte Nachsorge vorstellen?

8.2.1.4 Erfahrungen der Patienten mit dem Internet

Die vierte Forschungsfrage untersucht die Erfahrungen der Patienten mit dem Computer und dem Internet. Operationalisiert wurde die Erfahrung mit dem Internet anhand des Gebrauchs und der Bewertung des Internets durch die Patienten.

Folgende Fragen wurden den Patienten gestellt:

• Benutzen Sie das Internet und wenn ja, wie häufig?
• Haben sie zuhause Zugang zu einem Computer mit einer Internetverbindung?
• Mit welcher Zielsetzung benutzen Sie das Internet
• Welche Bedeutung hat das Internet für Sie?
• Welche Gefahren der Internetnutzung sehen Sie?
• Welche Vorteile bietet ein Internetzugang?
• Sagt Ihnen der Begriff „Forumsdiskussion“ etwas?
• Haben Sie schon einmal selbst an einem Chat teilgenommen?

8.2.2 Methoden

8.2.2.1 Untersuchungsdesign

Die Interviews wurden zwei bis drei Wochen nach Rekrutierung der Patienten in der Rehabilitationsklinik Nordfriesland (St. Peter-Ording) in einem geschlossenen Büroraum im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf telefonisch durchgeführt. Einige Befragungen erfolgten
auch direkt im Anschluss an die Informationsveranstaltung direkt in der Rehabilitationsklinik im geschlossenen Zimmer der jeweiligen Patienten.


**8.2.2.1.1 Rekrutierung der Interventionsgruppe**


Während ihres Aufenthaltes wurden sie in Form von Aushängen und Flyern über die Informationsveranstaltung zur E-Nachsorge informiert.


**8.2.2.1.2 Rekrutierung der Stichprobe für das Telefoninterview**


Es wurde darauf hingewiesen, dass alle persönlichen Daten der Patientinnen pseudonymisiert werden und ihre Angaben dem Datenschutz unterliegen.
Eigens für die Befragung zum Bedarf und zur Akzeptanz einer Chatnachsorge wurden dann von den Doktorandinnen drei Formulare an die Patienten ausgehändigt:

1. Patienteninformation zum Interview „Bedarf und Akzeptanz einer Chatnachsorge nach stationärer onkologischer Rehabilitation“
2. Kurzfragebogen zur Teilnahme/Nicht-Teilnahme und zur Bereitschaft an einem Interview teilzunehmen
3. Einwilligungserklärung zur Teilnahme an dem wissenschaftlichen Interview (eine Kopie verbleibt bei der Patientin)

Auf der Einwilligungserklärung wurde noch einmal darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an dem Interview freiwillig ist und dass den Patienten durch die Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen. Die Patienten wurden gebeten die drei Formulare auszufüllen und entweder an die Doktorandinnen zurückzugeben oder dieses zu einem späteren Zeitpunkt dem Mitarbeiter in der Rehabilitationsklinik auszuhändigen.

Wenn die Patienten am Tag der Informationsveranstaltung Zeit für das Interview hatten, wurde dieses persönlich in ihrem geschlossenen Zimmer durchgeführt. In allen anderen Fällen wurden die Patienten durchschnittlich ca. eine Woche nach Vorliegen der Einwilligungserklärung angerufen, um einen Telefoninterviewtermin zu vereinbaren.


\textbf{8.2.2.1.3 Untersuchungsinstrument: Der Interviewleitfaden}

Der Interviewleitfaden, der als Grundlage für die entweder persönlichen oder telefonisch durchgeführten Interviews diente, wurde im Rahmen dieses Projekts entwickelt.

Der Interviewleitfaden ist in vier inhaltliche Abschnitte gegliedert, dem ein einleitender Abschnitt vorangestellt ist und orientiert sich an den im Abschnitt „Forschungsfragen und Operationalisierungen“ beschriebenen Forschungsfragen:
0. Einleitung des Interviews (Vorstellung Interviewerin, Ziel und Zeitrahmen des Interviews, datenschutzrechtliche Bedingungen)

1. Bedarf an psychosozialer Unterstützung
2. Bedarf an Informationen
3. Einstellung zur Chatintervention
4. Allgemeine Nutzung des Internets

Die Befragungen wurden getrennt nach Indikation bzw. Geschlecht durchgeführt und ausgewertet. Im nachfolgenden Abschnitt werden die Ergebnisse aufeinanderfolgend für die männliche (Patienten mit Malignomen der Prostata, des Hodens, des Magens und der Nieren) und die weibliche Stichprobe (Mammakarzinom-Patientinnen) dargestellt.

### 8.2.3 Befragung der männlichen Stichprobe

#### 8.2.3.1 Stichprobe

Die Prostatakarzinom-Patienten waren mit einer Anzahl von sieben Teilnehmern am Chatprogramm (Alter zwischen 52 Jahren und 72 Jahren) und vier Nichtteilnehmern an der internetbasierten Nachsorge (Alter zwischen 64 Jahren und 72 Jahren) in der Überzahl, zwei Hodenkrebspatienten (Alter zwischen 30 und 32 Jahren) wollten gern am Chatprogramm teilnehmen und ein Patient mit Hodenkrebs (29 Jahre) lehnte dieses für sich ab. Außerdem entschieden sich ein Magenkrebspatient (55 Jahre) zur Teilnahme und ein Nierenkrebspatient (53 Jahre) dagegen.

#### 8.2.3.2 Auswertung

Die Ergebnisse wurden primär qualitativ ausgewertet, darüber hinaus auch quantitativ deskriptiv. Zum Einen basierte dieses auf den vollständig transkribierten, pseudonymisierten Interviews und ihrer Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (siehe Abschnitt 8.1.1), zum Anderen auf der quantitativen Bestimmung der Häufigkeitsverteilungen innerhalb beider Gruppen „Teilnehmer/Nichtteilnehmer“ bei der Beantwortung der Fragen
des Interviewleitfadens. Die Gruppen bestanden jeweils aus zehn Teilnehmern und sechs Nichtteilnehmern.

Im Fokus der Untersuchung stand die Frage, ob innerhalb der beiden Gruppen „Teilnehmer/ Nichtteilnehmer“ Unterschiede in Bezug auf die generelle Einstellung gegenüber Nachsorgekonzepten und gegenüber dem Internet sowohl als Freizeit-/Arbeitsinstrument als auch spezifisch in der Nachsorge von Krebserkrankungen existieren.

Ziel war es außerdem herauszufinden, ob sich aus dem Gesundheitszustand der Patienten nach der Rehabilitation ableiten lässt, ob Interesse an bisher unbekannten Nachsorgeverfahren wie einem internetbasierten therapeutischen Chat besteht oder nicht. Letztlich beruht die jeweilige Entscheidung des Patienten für bzw. gegen eine Chatteilnahme auf vielen Komponenten, die an dieser Stelle bestmöglich herausgestellt werden sollen.

Der Ergebnisteil ist wie folgt gegliedert:

1. Der Bedarf an psychosozialer Nachsorge beruhend auf dem physischen und psychischen Zustand nach der Rehabilitationsphase
2. Der Wissensstand in Bezug auf die eigene Erkrankung
3. Die Einstellung krebskranker Männer gegenüber internetbasierter Nachsorge in Form von therapeutisch geleiteten Chatgruppen
4. Beurteilung des Mediums Internet als Informations- und Unterhaltungsquelle

8.2.3.3 Ergebnisse

8.2.3.3.1 Wie bewerten die befragten Patienten ihren aktuellen Gesundheitszustand?

Mit dieser Frage begann jedes Interview. Eine positive Bewertung lag dann vor, wenn die Patienten angaben, dass sie weder gesundheitliche Probleme in Form von Schmerzen oder Unwohlsein hatten, oder unter sonstigen aktuellen körperlichen Einschränkungen des Alltags litten (z.B. „Mir geht es gerade ziemlich gut, habe keine Schmerzen mehr und kann mich zur Zeit nicht beschweren.“).

Eine negative Bewertung ergab sich, wenn Patienten ihren Gesundheitszustand als kritisch beschrieben und neben Schmerzen auch für sie relevante Alltagseinschränkungen im Interview erwähnten (z.B. „Mir geht es zur Zeit noch sehr schlecht, ich kann mich nur schwer bewegen und an Sport ist bei den Schmerzen im Rücken noch lange nicht zu denken.“). Sechs
von zehn Teilnehmern gaben an, dass sie ihren Gesundheitszustand positiv bewerten (sehr gut \(n=1\), gut \(n=2\), zufriedenstellend \(n=3\)). Vier von zehn Teilnehmern gaben an, dass ihr Gesundheitsgefühl negativ sei (schlecht \(n=3\), sehr schlecht \(n=1\)). Unter den Nichtteilnehmern gab es vier, die ihren Gesundheitszustand mit „gut“ (\(n=4\)) beschrieben und zwei sogar mit „sehr gut“ (\(n=2\)). Keiner der Nichtteilnehmer beschrieb seinen Gesundheitszustand als negativ. Es lässt sich mutmaßen, ob ein Zusammenhang zwischen einer gewünschten Teilnahme und einem schlechten Gesundheitszustand besteht. Die Teilnehmer, die einen „schlechten“ bis „sehr schlechten“ Gesundheitszustand angaben scheinen darauf zu hoffen, dass sie aus dem Chatangebot eine Verbesserung ihres Zustandes erreichen können.

Da der Chat vornehmlich für Patienten konzipiert ist, die einen Bedarf an psychosozialer Nachsorge äußern und bei einem guten Gesundheitszustand dieser Bedarf eher nicht gegeben ist, lassen sich keine direkten Handlungsempfehlungen ableiten.

### 8.2.3.3.2 Wie fühlen sich Patienten, wenn Sie über Ihre Erkrankung nachdenken?

Nur einer der Teilnehmer gab an, dass es ihm beim Gedanken an seine Krankheit gut gehe (\(n=1\)). In die Kategorie „positive Äußerung“ wurde bei dieser Forschungsfrage eingeschlossen, wer angab, eine allgemein positive Denkweise über die Erkrankung zu haben, wer angab, „positiv in die Zukunft zu schauen“ und sich beim Gedanken an die Krankheit nicht schlecht zu fühlen (z.B. „Ich kann sagen mir geht es gut, wenn ich an meine Krankheit denke.“).

Sechs der Teilnehmer gaben an, dass sie sich schlecht (\(n=4\)) bis sehr schlecht (\(n=1\)) fühlten beim Gedanken an ihre Krankheit. Eine Teilnehmer beschrieb seinen Gefühlszustand am ehesten mit „seelischem Schmerz“ (\(n=1\)). Um in die Kategorie „negative Äußerung“ aufgenommen zu werden mussten die Patienten zum Ausdruck bringen, dass sie sich nicht gut fühlen bei der gedanklichen Auseinandersetzung mit der Erkrankung, dass sie es vermeiden und eher in eine negative Stimmung verfallen (z.B. „Ich beschäftige mich sehr ungern mit meiner Erkrankung, weil ich dann immer so traurig werde und mich frage, warum mir das widerfahren ist.“).

Drei Teilnehmer an der therapeutischen Chatgruppe ließen sich in die Kategorie „neutrale Äußerung“ einordnen (\(n=3\)). Diese Kategorie ergab sich, wenn die Aussage der Patienten weder in die Kategorie positive noch negative Aussage passte. Dabei gaben zwei Teilnehmer an, dass sie „versuchen würden nicht an ihre Erkrankung zu denken“ (\(n=2\)). Ein Teilnehmer schätzte seine Gefühlswelt ambivalent ein (\(n=1\)). Mal ginge es ihm eher gut, mal eher
schlechter (z.B. „Wie ich mich fühle, wenn ich mich mit meinem Zustand auseinander setze, kann ich gar nicht so genau sagen, mal gut, mal schlecht.“)

Bei den insgesamt sechs Nichtteilnehmern gab es nur Patienten, die sich beim Gedanken an ihre Erkrankung „gut“ (n=4) bis „eher gut“ (n=2) fühlten.


Daraus lässt sich ableiten, dass möglicherweise ein eher schlechtes bis neutrales Gefühl in Bezug auf die Erkrankung Patienten zu einer Chatteilnahme bewegen kann.

8.2.3.3 Würden Sie sich Hilfe bei der Verarbeitung Ihrer Krankheitserlebnisse wünschen?

Zehn Patienten beantworteten diese Frage mit einem „Ja“ und sechs Patienten mit einem „nein“. Bei denjenigen, die sich Hilfe bei der Verarbeitung ihrer Erkrankung wünschten, handelte es sich um acht Teilnehmer und zwei Nichtteilnehmer. Unter den sechs Patienten, die von sich selbst meinten, keine Hilfe von außen zu benötigen, waren ein Chatteilnehmer und fünf Nichtteilnehmer.

Die zwei Nichtteilnehmer, die trotz ihres Wunsches nach Hilfe bei der Verarbeitung ihrer Krankheitserfahrung keine Chatteilnahme wahrnehmen wollten, gaben Gründe an, die sie von einer Teilnahme an der E-Nachsorge abgehalten haben, u.a. („Wenn, muss ich persönlich doch mit der Erkrankung klar kommen, was bringen mir da die Probleme der anderen Patienten...wenn schon Hilfe bei der Verarbeitung, dann schon mal gar keine Hilfe über das Internet durch Mitpatienten.“).

8.2.3.3.4 In welcher Form wünschen Sie Hilfe bei der Verarbeitung, wenn nicht in Form von Chatgruppen?

Bei der Durchführung der Interviews wurde darauf geachtet, den Patienten keine Vorschläge zu machen welche Möglichkeiten es als Hilfe zur Verarbeitung ihrer Erkrankung neben dem Chatprogramm geben könnte, sondern dass sie von sich aus ihre eigenen Vorstellungen äußern konnten. Am häufigsten wurden dabei die „Familie“ und „Freunde“ benannt (n= 5). Diese Antwort gaben vier Chatteilnehmer (n=4) und ein Nichtteilnehmer (n=1). Zwei Patienten (n=2, ein Teilnehmer und ein Nichtteilnehmer) gaben an, dass sie neben ihrer Familie/ihren Freunden auch gerne professionelle Hilfe in Anspruch nehmen würden (in Form einer Einzel- /Gruppentherapie). Die Einzeltherapie als explizites Wunschinstrument der professionellen Nachsorge wurde nur zweimal genannt, dabei handelte es sich um Chatteilnehmer (n=2). Die Selbsthilfegruppe wurde von einem Chatteilnehmer als geeignetes Mittel in der Nachsorge genannt (n=1).


8.2.3.3.5 Wie ist Ihre Einstellung zu psychosozialer Nachsorge allgemein?

Neun Patienten gaben an, dass sie psychosoziale Nachsorge für „sinnvoll“ erachten (n=9), vier davon haben sich für eine Chatteilnahme entschieden und fünf gegen eine Chatteilnahme. Zwei der Chatteilnehmer erachten psychosoziale Nachsorge als „wichtig“ (n=2) und einer
sogar als „sehr wichtig“ ($n=1$). Damit ergibt sich die Kategorie „positive Bewertung“, weil der Patient angab, psychosoziale Nachsorge als „gut, sinnvoll oder wichtig“ zu erachten (z.B. „Ich finde psychosoziale Nachsorge durchaus sinnvoll, man kommt sonst im Leben ja fast nie in so eine Grenzsituation und wer kommt schon alleine damit klar.“).

Drei Chatteilnehmer äußerten, dass sie psychosoziale Nachsorge für „gut, sinnvoll, wichtig halten, aber selbst keine in Anspruch nehmen möchten“ ($n=3$). Man kann damit die Kategorie „neutrale“ Betrachtung eröffnen. Diese Patienten sagen auf der einen Seite, dass sie generell positiv über diese Form der Nachsorge denken, aber dennoch nicht teilnehmen, da es scheinbar Gründe gibt, die sie davon abhalten diese auch in Anspruch nehmen zu wollen (z.B. „Ich finde es gut, dass es so etwas wie psychosoziale Nachsorge für Krebspatienten gibt, möchte aber trotzdem nichts dergleichen ausprobieren.“).

Ein Patient aus der Kohorte der Nichtteilnehmer gab an, dass er sie als „nicht sinnvoll“ erachte ($n=1$). Die passende Kategorie „negative Bewertung“ einer psychosozialen Nachsorge beruht auf dessen Aussage („Ich glaube nicht, dass ich gesund werde, wenn ich mich noch weiter mit einem Therapeuten oder Arzt über meine Misere unterhalte. Ich will mit meinem Problem abschließen sobald ich aus der Reha entlassen bin, halte sie daher für nicht sinnvoll.“).


8.2.3.3.6 Können Sie sich eine optimale internetbasierte Nachsorge vorstellen?

Bei dieser Frage gab es insgesamt acht Patienten, die eine klare Vorstellung davon haben, wie sie sich eine optimale internetbasierte Nachsorge vorstellen würden ($n=8$) und acht Patienten, die keine konkrete Vorstellung hatten ($n=8$).

Von den Patienten, die sich als optimale internetbasierte Nachsorge einen Skypekontakt im Sinne einer Einzeltherapie mit einem Therapeuten / Arzt vorstellen können, waren alles Chatteilnehmer ($n=2$). Fünf der verbliebenen Chatteilnehmer gaben an, dass sie die therapeutisch
geleitete Chatgruppe als beste Option einer internetbasierten Nachsorge ansehen (n=5). Ein Chatteilnehmer gab an, dass für ihn die optimale Nachsorge in einem Emailkontakt zwischen ihm und einem Therapeuten / Arzt bestehen würde (n=1). Ein Nichtteilnehmer gab an, dass er sich am ehesten einen intensiven Emailkontakt zu seinem Therapeuten / Arzt vorstellen könnte (n=1).

Von den acht Patienten, die keine konkrete Vorstellung von einer für sie optimalen internetbasierten Nachsorge haben, waren jeweils 2 Chatteilnehmer (n=2) und fünf Nichtteilnehmer (n=5). Ein Patient aus der Kohorte der Nichtteilnehmer gab an, dass er keine favorisierte Meinung gegenüber einer internetbasierten Nachsorgeoption habe, da er keine Erfahrung mit dem Internet bislang gesammelt habe und er deshalb auch die einzelnen Möglichkeiten gar nicht kennen könne.

Es scheint also, dass sich besonders die Patienten, die sich für eine Teilnahme an dem Chatprogramm entscheiden, auch eine Meinung zu den Vor- und Nachteilen der anderen Optionen internetbasiertter Nachsorge bilden können im Gegensatz zu den Nichtteilnehmern am Chat, die überwiegend keine favorisierte Nachsorgevorstellung via Internet entwickeln konnten. Der Aspekt, dass fünf von zehn Chatteilnehmern die internetbasierte Nachsorge als optimal betrachten, ist als positiv zu bewerten.

8.2.3.3.7 Haben Sie bislang etwas in Ihrer Versorgung/Behandlung vermisst? Wie zufrieden waren Sie mit der Behandlung?

Sieben von sechzehn Patienten gaben in den Interviews an, etwas in ihrer bisherigen Behandlung/Versorgung vermisst zu haben (n=7/16).

Sechs der sechzehn Patienten gaben an, dass ihnen während der Behandlung nichts gefehlt hätte und dass ihnen die Zeit „sehr gut“ bis „gut“ gefallen habe (n=6/16). Jeweils drei Nichtteilnehmer beantworteten die Frage mit „die Versorgung/Behandlung hat mir sehr gut gefallen“ (n=3) und zwei Nichtteilnehmer und ein Chatteilnehmer mit „mir hat es gut gefallen“ (n=3).

Daher ergab sich die Kategorie „zufrieden“ hinsichtlich der Beurteilung der bisherigen Versorgung / Behandlung, wenn der Patient sich positiv geäußert hat, dass ihm die Versorgung / Behandlung geholfen hat zu genesen, er diese Zeit lobt und er keine negativen Aspekte anführt (z.B. „Die Versorgung bislang war wirklich gut, ich kann darüber nichts Schlechtes verlieren.“)
Drei Chatteilnehmer sprachen im Zusammenhang mit der Versorgung / Behandlung weder von besonders positiven noch besonders negativen Erfahrungen. Sinngemäß sprachen alle davon, dass es ihnen „an nichts gefehlt“ hat (n=3). Die Kategorie „neutrale“ Beurteilung ergab sich dann, wenn weder eine Beschreibung im positiven noch negativen Sinne vorlag (z.B. „Klar, war es eine schwere Zeit für mich und ob die Behandlung jetzt gut war oder nicht kann ich zur Zeit noch nicht sagen.“)

Vier Chatteilnehmer gaben an, besonders die ungenügende Zeit der Ärzte für sie als Patienten in der Behandlungszeit zu bemängeln (n=4), außerdem fehlte einem Chatteilnehmer der Eindruck eines individuellen Betreuungskonzepts (n=1) und ein weiterer Patient, der sich für die Chatteilnahme entschlossen hatte, fühlte sich nach Diagnosestellung allein gelassen (n=1). Einem Nichtteilnehmer am Chat war negativ aufgefallen, dass das Pflegepersonal sehr häufig wechselte und dadurch auf pflegerischer Seite nicht optimal auf die patientenseitigen Bedürfnisse eingegangen wurde (n=1). Daher ergab sich die Kategorie „nicht zufrieden“ mit der bisherigen Versorgung / Behandlung, wenn der Patient äußerte, dass er mit seiner Behandlung unzufrieden gewesen sei oder auch klare Kritikpunkte äußern konnte, die er gerne bei erneutem Krankenhaus- bzw. Reha-Aufenthalt verbessert sehen würde (z.B. „Ich hätte es besser gefunden, wenn ich kurz nach der Diagnosestellung jemanden zum Sprechen gehabt hätte, wie beispielsweise einen Psychologen“).


Patienten, die Kritik übten oder eine neutrale Sicht auf die Rehabilitationsphase hatten, zählten bis auf eine Person zur Gruppe der Teilnahmebereiten und waren nicht durchgehend unzufrieden, sondern waren in einem bestimmten Punkt, den sie kritisierten, gern anders behandelt worden.

8.2.3.3.8 Haben Sie eine Vorstellung von einer optimalen Form der Nachsorge nach der Rehabilitation?

Zwölf Patienten gaben an, dass sie eine konkrete Vorstellung davon hätten, was eine optimale Nachsorge im Anschluss an die Rehabilitation für sie persönlich sein könnte (n=12) und gehören damit in die Kategorie „Vorstellung von optimaler Nachsorge vorhanden“. 

163
Neun Teilnehmer am Chatprogramm gaben an, dass sie am ehesten eine enge Arzt-/Therapeutenbeziehung schätzen würden in der Nachsorge, in der sie alle Fragen stellen und Probleme schildern könnten ($n=9/12$; z.B. „Ich finde das wichtigste für einen Krebspatienten in der Nachsorge ist ein Arzt, den man alles fragen kann, vor allem wie es jetzt nach der Reha weitergeht.“)

Nur vier Patienten hatten keine Vorstellung davon, was eine optimale Form der Nachsorge für sie sein könnte, darunter ein Chatteilnehmer, der sich nicht im Klaren darüber war, wie seine subjektiv favorisierte Nachsorge aussehen könnte neben dem selbst gewählten Chatprogramm ($n=1$); unter den Nichtteilnehmern waren es drei Patienten ($n=3$; z.B. „Mir fällt dazu spontan nichts ein, man muss wohl mal schauen, was sich jetzt nach der Reha ergibt.“). Diese fielen daher in die Kategorie „keine Vorstellung von optimaler Nachsorge vorhanden“.

Ein Nichtteilnehmer schlug vor, dass ihm womöglich die gemeinsame Betätigung in einer Sportgruppe mit anderen Betroffenen helfen könnte, das Krankheitsgeschehen zu verarbeiten ($n=1$). Ein anderer Nichtteilnehmer hielt das Beitreten in eine Chatgruppe bzw. Forumsdiskussion für sinnvoll, wenn er den Umgang mit dem Computer und dem Internet erlernt hätte ($n=1$) und ein weiterer Patient hielt eine Selbsthilfegruppe für sich selbst als eine gute Option zur Nachsorge ($n=1$).


Man könnte meinen, dass insbesondere Nichtteilnehmer am Chatprogramm eher eine persönliche Nachsorge erwägen, die weder einer klassischen intensiven Arzt-/Therapeutenbeziehung noch einer abgewandelten Form der Internetnachsorge entspricht, sondern sich eher z.B. an eine Selbsthilfegruppe oder auch eine Sportgruppe wenden würden, um ein Gefühl der Nachsorge zu empfinden, die ihnen zusagt. Drei von insgesamt sechs Nichtteilnehmern hatten keine Vorstellung von einer optimalen Nachsorge, was generelle für ein geringes Interesse bzw. einen geringen Bedarf an Nachsorgeangeboten sprechen könnte. Im Hinblick auf die Beantwortung der Frage im vorherigen Teil des Interviews, wie Nachsorge generell bewertet
wird, gaben fünf von sechs Nichtteilnehmern „sinnvoll“ als Antwort an (s. oben). Bei dreien
derer fünf Nichtteilnehmer lässt sich ableiten, dass Patienten Nachsorge generell für sinnvoll
halten können, aber damit noch lange nicht in der Lage sein müssen, daraus auch eine für sie
persönlich vorstellbare, optimale Nachsorge formulieren zu können.

8.2.3.3.9 Welche persönlichen Gründe würden für Sie für eine Teilnahme an der E-
Nachsorge sprechen?

Bei der Frage nach persönlichen Gründen, die für eine Teilnahme sprechen könnten (unab-
hängig von einer tatsächlichen Teilnahme oder nicht) konnten alle Patienten mindestens einen
positiven Aspekt nennen. Einige Patienten gaben Mehrfachantworten.

Die Kategorien, die sich ergaben, waren „persönliche Gründe für Teilnahme vorhanden“ und
„keine persönlichen Gründe für Teilnahme vorhanden“ (jeweils Untergliederung nach Teil-
nehmer bzw. Nichtteilnehmer). Dabei wurden die Antworten der Kategorie „persönliche
Gründe für Teilnahme vorhanden“ dann zugeteilt, wenn mindestens ein Argument von dem
Patienten genannt werden konnte, das ihn generell zu einer Teilnahme bewegen könnte (un-
abhängig von einer tatsächlichen Teilnahme oder nicht). Die Kategorie „keine persönlichen
Gründe für Teilnahme vorhanden“ wurde nicht benötigt in der Auswertung, da jeder befragte
Patient einen positiven Aspekt in dieser Art von Nachsorge sehen konnte.

Zwölf der befragten Patienten gaben an, dass sie aus ihrer Sicht vor der Durchführung der
Chatintervention den Erfahrungsaustausch mit anderen Patienten sehr schätzen würden (n=12;
z.B. „Ich glaube mich würde vor allem der Erfahrungsaustausch mit den anderen Patienten
an dieser Chatgruppe reizen.“), darunter waren neun Chatteilnehmer (n=9, d.h. 9/10 der
Chatteilnehmer) und drei Nichtteilnehmer (n=3). Das Argument für eine Teilnahme, dass man
erstens anonym und zweitens bequem von zuhause an einem Nachsorgeprogramm teilnehmen
könnte, wurde von den Patienten jeweils fünfmal genannt (n=5, dies waren n=2 Teilnehmer
und n=3 Nichtteilnehmer). Hervorgehoben wurde die therapeutische Betreuung während des
Chats von vier Patienten (n=4). Dies waren drei Teilnehmer (n=3) und ein Nichtteilnehmer
(n=1; z.B. „Für mich ist ein echtes Argument für eine Teilnahme, dass man eben nicht allein
mit den anderen Patienten ist, sondern dass man auch bei Bedarf auf den Rat des Therapeu-
ten zurückgreifen kann.“). Für drei Teilnehmer war das Hauptargument für ihre Teilnahme
der Wunsch nach einer neuen Erfahrung und die Neugier, was sich hinter diesem Angebot
verbergen und ob es ihnen nützen würde (n=3). Für einen weiteren Teilnehmer war das per-
sönliche Motiv anderen Patienten Mut zu machen und Zuversicht zu geben \((n=1)\). Der vermutlich geringe technische Aufwand wurde von einem Teilnehmer als sehr positiv gesehen \((n=1)\).

Im Schnitt gaben damit alle Chatteilnehmer mindestens zwei positive Aspekte einer Teilnahme an. Bei den Nichtteilnehmern äußerte bis auf einen Patienten jeder nur einen positiven Aspekt.

8.2.3.3.10 Welche persönlichen Gründe könnten gegen eine Teilnahme an der E-Nachsorge sprechen?


Es wurde achtmal das Argument erwähnt, dass sich die schlechte Verfassung der anderen Teilnehmer möglicherweise negativ auf das eigene Wohlbefinden auswirken könnte \((n=8\); z.B. „Obwohl ich mich zur Zeit eigentlich gut fühle habe ich ein bisschen Angst, dass ich im Chat dann plötzlich wieder da bin wo ich am Anfang war, weil die anderen so schlecht dran sind.“). Zwei Nichtteilnehmer sahen die Problematik ähnlich \((n=2)\), letztlich könnte diese Aussage ihre Nichtteilnahme begründen. Siebenmal wurde von Patientenseite angemerkt, dass der Chattermin möglicherweise zeitlich schwer einzurichten sei \((n=7)\), „weil man ja nicht jede Woche zwangsläufig um dieselbe Zeit auch den Chattermin wahrnehmen könne“. Unter diesen sieben Patienten waren fünf Teilnehmer \((n=5)\) und zwei Nichtteilnehmer \((n=2)\). Fünf Teilnehmer befürchteten, dass es möglicherweise keinen Nutzen haben könnte mit anderen Patienten zu chatten, da diese keine fachlich kompetenten Ansprechpartner seien \((n=5\); z.B. „Ich weiß nicht so recht, ob es sich lohnt hier an ihrer Chatnachsorge teilzunehmen, da es
Drei Teilnehmer stellten den möglicherweise unsicheren Datentransfer in Frage \( (n=3) \), „da man ja nicht sicher seien könne, dass sich keine Unbefugten in den Chatroom miteinloggen.“ Ein Teilnehmer befürchtete verschiedene thematische Schwerpunkte im Chat \( (n=1) \). Ebenso empfand ein Nichtteilnehmer die möglicherweise verschiedenen thematischen Schwerpunkte als problematisch. Einige Patienten könnten möglicherweise nach einigen Chatterminen bereits kein Interesse mehr an einer weiteren Teilnahme haben \( (n=1) \). Jeweils zwei weitere Nichtteilnehmer führten keinen Bedarf zur Klärung von Fragen mit Mitpatienten als Grund gegen eine Teilnahme \( (n=1) \) sowie technische Barrières \( (n=1) \) an. Für einen Teilnehmer gab es keinen persönlichen Grund, der gegen eine Teilnahme sprechen würde \( (n=1) \).

Sechs Patienten waren davon Teilnehmer \( (n=6) \) und zwei Nichtteilnehmer \( (n=2) \). Fünf der Patienten gaben an, dass sie vor allem den „viel zu kleinen“ Text auf einem Computerbildschirm bemängeln \( (n=5) \) würden (z.B. „Für ältere Patienten ist das doch nichts mit einem Computerbildschirm - was dort geschrieben steht kann ich selbst mit meiner Lesebrille nur schwer lesen.“). Darunter waren 3 Teilnehmer \( (n=3) \) und zwei Nichtteilnehmer \( (n=2) \). Außerdem wurde das Argument aufgeführt, dass Patienten bei einer Nachsorge wie z.B. therapeutisch angeleiteten Chatgruppen, zeitlich nicht flexibel sein könnten \( (n=7) \). Dies sprachen fünf Teilnehmer \( (n=5) \) und zwei Nichtteilnehmer \( (n=2) \) an. Bezogen auf die internetbasierte Nachsorge in der hier vorgestellten Form der Chatgruppen kam noch die Sorge auf, dass Themen möglicherweise redundant sein könnten, wenn man mehrere Wochen am Stück als Gruppe chattet \( (n=3) \). Dieser Meinung waren ein Teilnehmer \( (n=1) \) und zwei Nichtteilnehmer \( (n=2) \). Drei Teilnehmer sprachen Zweifel darüber aus, ob eigene Themen ausreichend diskutiert werden könnten \( (n=3) ; \) z.B. „Natürlich besteht die Gefahr, dass ich wochenlang an diesen Chatsitzungen teilnehme und am Ende nur die Hälfte der Themen, die mich interessieren, überhaupt ausreichend besprochen wurden.“). Ein Teilnehmer befürchtete, dass aufgrund der Anonymität des Angebotes möglicherweise „intime“ oder „unangenehme“ Themen schnell nicht mehr adäquat und sachlich gesehen werden könnten \( (n=1) ; \) z.B. „Mein Problem ist zurzeit nach der Prostatektomie noch meine Inkontinenz. Sehr gern wüsste ich wie andere Patienten damit umgehen, möchte aber auch nicht, dass dann Kommentare fallen, die das Problem entweder ins Lächerliche ziehen oder eben abtun.“). Zwei Teilnehmer konnten keine Nachteile einer internetbasierten Nachsorge benennen \( (n=2) \).

Damit lässt sich zusammenfassend sagen, dass im Mittel fast alle Teilnehmer mehrer Argumente gegen eine Chatteilnahme anführen konnten. Unter den Nichtteilnehmern wurde mit
8.2.3.3.11 Sehen Sie auch positive Aspekte, die therapeutische Chatgruppen mit sich bringen können?

Die Kategorien in dieser Frage lauten „positive Sichtweise auf therapeutische Chatgruppen vorhanden“ und „positive Sichtweise auf therapeutische Chatgruppen nicht vorhanden“.

Dabei erfolgte die Zuteilung in die Kategorie „positive Sichtweise auf therapeutische Chatgruppen vorhanden“, wenn mindestens ein positiver Aspekt an therapeutischen Chatgruppen benannt werden konnte.

Die Zuteilung in die Kategorie „positive Sichtweise auf therapeutische Chatgruppen nicht vorhanden“ erfolgte, wenn kein positiver Aspekt an therapeutischen Chatgruppen genannt werden konnte.

Auf diese Frage antworteten dreizehn Patienten (n=13), davon alle zehn Teilnehmer (n=10) sowie drei Nichtteilnehmer (n=3), dass ihnen besonders der auf diese Weise mögliche Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen als positiv auffallen würde (z.B. „Man lernt andere Menschen mit demselben Schicksal kennen. Vielleicht kann man sich gegenseitig erzählen wie man die Krankheit erlebt und voneinander lernen, wie man besser damit zurechtkommt.“).

Sechs Patienten (n=6) benannten die therapeutische Moderation der Chatgruppen als eindeutig positiven Aspekt, darunter vier Teilnehmer (n=4) und zwei Nichtteilnehmer (n=2) (z.B. „Mit einem Therapeuten, der mit gezielten Tipps oder auch Anregungen den Ablauf des Chats beeinflussen und gegebenenfalls eingreifen kann, wenn wir uns an einem Thema zu lange aufhalten, fühle ich mich wohler als alleine mit den anderen Patienten.“).

Drei der Patienten sehen in ihrer Teilnahme an einer Nachsorge in dieser Form vor allem auch eine Chance, möglicherweise einen anderen Blickwinkel auf die Krankheit gewinnen zu können (n=3; z.B. „Ich denke ja ständig über so viele Dinge nach, die aber zu keiner Besserung meines psychischen Zustands führen. Vielleicht komme ich durch so eine Chatgruppe aus meiner negativen Gedankenschleife raus.“).

Vier befragte Teilnehmer sahen einen besonderen Vorteil in einer therapeutischen Chatgruppe, da die Patienten anonym miteinander kommunizieren würden und somit keine persönli-
chen Konsequenzen befürchten müssten, wie sie sich im Kontakt mit Personen des eigenen Umfelds ergeben könnten \((n=4)\).

Vier Teilnehmer betonten, dass die Teilnahme an einer derartigen Nachsorge mit nur einem geringen Aufwand verbunden sei \((n=4); \text{z.B.} \) „Gerade für mich, der aus einer Kleinstadt kommt, ist das eine gute Sache mit der Chatnachsorge, da ich so mit anderen Patienten in Kontakt treten kann ohne mich ins Auto setzen zu müssen.“). Ein Chatteilnehmer hegte die Hoffnung, dass sich möglicherweise aus einer unverbindlichen Chatbekanntschaft eine Freundschaft entwickeln könnte, die über die schwere Phase der Krebserkrankung hinaus Bestand haben könnte \((n=1, \text{„Wer weiß ob sich nicht auf diesem Weg sogar echte Freundschaften entwickeln, erst chattet man, lernt sich kennen und wenn man sich sympathisch ist vielleicht trifft man sich ja sogar mal persönlich.“.)\). Ein anderer Teilnehmer betonte, wie sinnvoll er bei jeder Art von Therapie kleine Gruppengrößen findet \((n=1)\). Dadurch, dass er bereits Erfahrungen mit Selbsthilfegruppen gesammelt hat, die eine Teilnehmerzahl von über zwanzig Personen hatten, lobte dieser Patient besonders das Konzept dieser Chat-Intervention mit einer maximalen Teilnehmerzahl von zwölf Personen \(\text{„Für mich müssen therapeutische Programme in kleinen Gruppen stattfinden, da sonst keiner mehr die Geschichte des Anderen kennt und man dann auch eine Einzeltherapie machen könnte.“.)\). Seiner Meinung nach motiviert eine Gruppe mehr zum aktiven Austausch als eine Einzeltherapie mit einem Therapeuten, da man sich unter Personen mit einer ähnlichen Erkrankung besser verstanden fühlt als alleine mit einem Therapeuten.

Nur ein Nichtteilnehmer kann der Kategorie „positive Sichtweise auf therapeutische Chatgruppen nicht vorhanden“ \((n=1)\) zugeordnet werden. Die übrigen Nichtteilnehmer gaben jeweils nur einen positiven Aspekt auf diese Interviewfrage zur Antwort.

Von den Teilnehmern konnte bis auf eine Ausnahme jeder Befragte mindestens zwei positive Aspekte angeben, sech der zehn Teilnehmer sogar mehr als zwei positive Aspekte.

8.2.3.3.12 Haben Sie Befürchtungen gegenüber einer Teilnahme?

Am häufigsten befürchteten Nichtteilnehmer ein Fehlen von persönlichem Nutzen (n=5, z.B. „Ich bin mir manchmal nicht so sicher, was mir so ein Chatprogramm dann wirklich bringen wird. Ich denke, dass unter fast allen Patienten große Unsicherheit wegen ihrer Krankheit herrscht und vielleicht bringt mir dann ein persönliches Gespräch mit einem geschulten Therapeuten einfach mehr.“). Vier der Nichtteilnehmer vermuteten, dass man gegebenenfalls seine Familie / Freunde vernachlässigen könnte, wenn man in einer Chatgruppe regelmäßig und viel über seine Erkrankung sprechen würde. Dabei ging es den Patienten weniger darum, dass man nicht mehr über allgemeine Belange sprechen würde, sondern dass man evtl. keinen Sinn mehr darin sehen könnte, Nichtbetroffenen etwas über die eigene Erkrankung mitzuteilen (n=4). Das wiederum nahmen die Patienten eher als kritisch war, da sie natürlich nicht ihre eigene Familie / Freunde aus dem Krankheits- / Genesungsprozess ausgrenzen möchten (z.B. „Wer weiß, ob ich wirklich immer meine Familie weiterhin genug einbinde, wenn ich meinen Anlaufpunkt ab nächstem Monat im Chat habe, wo die Mitchatter alle das gleiche durchgemacht haben wie ich.“).

Drei Patienten, die sich gegen eine Chatteilnahme entschlossen hatten (n=3), äußerten die Sorge um die versprochene Gewährleistung von Anonymität. Daraus resultierte ihrer Aussage nach auch ihre ablehnende Haltung gegenüber einer Chatteilnahme (z.B. „Ich möchte nicht, dass sich irgendein Spaßvogel mit in die Chatgruppe einbringt und dann mit ein paar Handgriffen meine richtige Identität heraus bekommt, nachdem ich sehr intime Aussagen über meinen Körper und meine Erkrankung getroffen habe.“).

Damit gaben bis auf einen Nichtteilnehmer alle Patienten mindestens zwei subjektive Befürchtungen an, ein Patient sogar drei und gehören damit in die Kategorie „Befürchtungen gegenüber Teilnahme vorhanden“.

Zwei Nichtteilnehmer versicherten, dass sie zwar keine Bedenken / Befürchtungen definieren könnten, aber trotzdem keine Teilnahme für sich in Anspruch nehmen wollen würden (n=2; z.B. „Ich würde sagen, dass das einfach nicht so meins ist mit der Nachsorge innerhalb einer Chatgruppe. Ich würde mich spontan und aus dem Bauchgefühl heraus dagegen entscheiden.“). Ein Patient gab an, dass er mehr oder weniger unfreiwillig kein Chatteilnehmer sei, da er keine Möglichkeit für einen technischen Zugang ins Internet habe (n=1). Diese drei Patienten gehören damit in die Kategorie „Befürchtungen gegenüber Teilnahme nicht vorhanden“ (n=3).
8.2.3.3.13  Welche Argumente führen Sie zu einer Teilnahme?


Für alle zehn Teilnehmer spielt der Erfahrungsaustausch mit den Mitpatienten die entscheidende Rolle bei der Entscheidung für oder gegen eine Teilnahme (n=10; z.B. „Endlich kann ich mich mit anderen Mitbetroffenen austauschen, beispielsweise auch ihre Genesung verfolgen, und zwar ohne dass ich mich um eine Kontaktaufnahme erst bemühen muss.“).

Sechs Teilnehmern schien besonders gut zu gefallen, dass sich durch eine Nachsorge via Internet viel Zeit sparen lässt im Gegensatz zu konventionellen Nachsorgen, wie z.B. eine Einzelterapie bei einem Therapeuten (n=6), da man direkt von zuhause den Computer starten kann (z.B. „Für mich ist so eine Art von Nachsorge optimal, da ich dann flexibel von zuhause auch noch nebenbei ein Auge auf mein Enkelkind haben kann.“).

Fünf Teilnehmer empfanden die Moderation durch einen geschulten Therapeuten als attraktives Teilnahmekriterium (n=5). Dadurch sei ihrer Meinung nach gesichert, dass Redundanzen in der Themenwahl und Unsachlichkeiten innerhalb der Gesprächsrunden vermieden werden könnten (z.B. „Wenn kein Therapeut dabei wäre würde ich da nicht so begeistert von sein. Wir als Patienten brauchen jemanden, der die Gespräche lenkt und der gegebenenfalls auch mal seinen fachlichen Blick auf die Patienten und ihre Aussagen richten kann.“).

Drei Patienten waren erleichtert, nicht die eigene Familie / den eigenen Bekanntenkreis mit den Problemen belasten zu müssen, die ihre Erkrankung teilweise mit sich bringen könne (n=3). Dabei handele es sich ja nicht immer nur um angenehme Themen, die man anderen Menschen ohne Scham erzählen würde. Auffällig war dabei, dass diese drei Patienten alle Prostatakarzinom-Patienten waren. Gerade diese Krebsart mit ihren häufigen als sehr intim empfundenen Neben- und Folgeerkrankungen wie Inkontinenz und Impotenz, scheinen für die Betroffenen sehr schwierig innerhalb ihrer Familie und ihrem Freundeskreis thematisierbar zu sein (z.B. „Gerade ich als Prostatakrebspatient mit Potenzproblemen bin auf den Austausch mit anderen Betroffenen angewiesen…anonym zu bleiben finde ich bei diesem Thema sehr
angenehm. Mich würde schon interessieren, wie es anderen Männern mit der gleichen Diagnose zum jetzigen Zeitpunkt geht.”


Einige Patienten gaben an, sich körperlich und seelisch nach der Rehabilitationsphase noch sehr schwach zu fühlen und somit davon profitieren würden, für die Nachsorge das Haus nicht verlassen zu müssen.

### 8.2.3.3.14 Sind aus Ihrer Sicht noch Fragen offen geblieben bei der Patienteninformationsveranstaltung?


Auf diese Frage gaben dreizehn Patienten die Antwort „nein“ \((n=13, \text{ davon } n=10 \text{ Teilnehmer und } n=3 \text{ Nichtteilnehmer})\) und nur drei Patienten, darunter ein Teilnehmer \((n=1)\) und zwei Nichtteilnehmer \((n=2)\), die Antwort „ja“ \((n=3)\). Die Fragen, die für alle drei Patienten offen geblieben waren, lauteten (inhaltliche Zusammenfassung aller drei geäußerten Fragen): „Wie autorisiert man sich am Chat teilzunehmen?“ sowie „Kann man sich als Nichtpatient einhacken und mithalten?“

Diese Fragen scheinen für Patienten, die große Bedenken gegenüber Verlust von Anonymität und Angst vor Datentransparenz im Chat haben, eine zentrale Rolle zu spielen (z.B. „Ich möchte wirklich das Gefühl haben, dass dort nur Patienten im Chat sind, die bestenfalls auch noch dieselbe Krebserkrankung haben wie ich.“). An dieser Stelle wird deutlich, dass die Informationsveranstaltung in diesem Punkt ein Sicherheitsgefühl vermitteln sollte. Während

8.2.3.3.15 Was hat Ihnen an der Patientenschulung besonders gefallen?
Elf Patienten (n=11), davon sechs Teilnehmer am Chat (n=6) und fünf Nichtteilnehmer (n=5) gaben an, dass ihnen nichts besonders gut an der Patientenschulung gefallen hätte. Sie würden nichts explizit lobend oder kritisierend erwähnen wollen (z.B. „Ich fand die Patientenschulung nicht besonders gut und nicht besonders schlecht. Ich gehe immer zu allen Infoveranstaltungen, die angeboten werden und diese hier hat sich nicht übermäßig abgehoben.“).

Vier Teilnehmern (n=4) gefiel insbesondere der Probechat mit Mitpatienten im Anschluss an die Informationsveranstaltung (z.B. „Super war, dass man gleich mal gucken konnte, was sich hinter dem im Vortrag erklärten verbirgt, indem man an den bereit gestellten Laptops Probe-Chatten konnte.“)

Ein Nichtteilnehmer (n=1) betonte auf positive Weise, dass die Aufklärungsveranstaltung pünktlich begonnen und exakt, wie zeitlich angesetzt, beendet wurde (z.B. „Die Aufklärungsveranstaltung zu dieser Internetnachsorge war weder zu lang noch zu kurz. Die im Zeitplan eingetragene Zeit stimmte genau, dadurch kam ich wenigstens pünktlich zu meiner nächsten Anwendung und das Probe-Chatten konnte ich trotzdem noch schnell ausprobieren.“). Während des Rehabilitationsaufenthaltes sei das Programm der Patienten straff durchgeplant, um möglichst viele Therapien und Anwendungen zeitlich integrieren zu können, die Informationsveranstaltung sollte den Therapieplan nicht stören.

8.2.3.3.16 Haben Sie Verbesserungsvorschläge für die Patientenschulung?
Die Patienten konnten nur wenige Verbesserungsvorschläge formulieren. Die Mehrzahl der Befragten beantwortete diese Frage mit „nein“. Darunter waren neun Teilnehmer (n=9) und fünf Nichtteilnehmer (n=5), die in die Kategorie „keine Verbesserungsvorschläge für die Patientenschulung“ eingereiht worden.
Ein Patient regte an, die Patienten, die mit der Informationsveranstaltung angesprochen werden sollen, noch frühzeitiger über das Stattfinden dieser Veranstaltung zu informieren und den jeweiligen Tagesplan so zu gestalten, dass jeder Interessierte teilnehmen kann \((n=1)\). Bei diesem Patienten handelte es sich um einen Nichtteilnehmer. Seiner Aussage nach hätte er gern teilgenommen, aber da er erst fünfzehn Minuten nach Beginn der Veranstaltung mit dazu kommen konnte, fühlte er sich nicht mehr umfassend genug informiert und entschied sich gegen die Teilnahme („Vielleicht wäre es etwas für mich gewesen mit dem Chat, aber so dachte ich, dass ich die entscheidenden Informationen verpasst haben könnte und dann war mir eine Teilnahme zu riskant. […]Nicht sicher sein kann, was mit seinen persönlichen Daten passiert, wenn ich den Teilnahmebogen ausgefüllt und mein Einverständnis für die Chatteilnahme geben hätte.“). Diesen Punkt sprach auch ein Teilnehmer an \((n=1, „Ich finde, dass jeder Krebspatient die Möglichkeit bekommen muss, die für ihn persönlich richtige Nachsorge zu finden.“)\). Damit gehören je ein Teilnehmer und ein Nichtteilnehmer in die Kategorie „Verbesserungsvorschläge für die Patientenschulung vorhanden“.

8.2.3.3.17 **Haben Sie im Vorwege der eigentlichen Chatintervention Anregungen, um den Ablauf der Intervention möglicherweise zu verbessern?**

Die Kategorien zu dieser Frage lauten „Anregungen vorhanden“ und „keine Anregungen vorhanden“.

Dabei erfolgte eine Zuteilung in die Kategorie „Anregung vorhanden“, wenn mindestens ein Vorschlag zur Verbesserung des Ablaufs im Vorwege gemacht werden konnte.

Fünf Teilnehmer schlugen vor \((n=5)\), die geplante Themenabfolge der Chats vorab ins Internet zu stellen oder in ausgedruckter Form den Patienten in die Hand zu geben. Damit ließe sich leichter eine Struktur in die Chatrunden bringen und die Patienten könnten sich vorab schon mal Gedanken machen, worüber sie gerne schreiben würden (z.B. „Ich finde es gut, wenn die Themen vorab bekannt gemacht werden. So kann ich mir schon mal fragen, was ich gerne von den Mitpatienten wüsste.“). Elf Patienten \((n=11)\), darunter fünf Teilnehmer \((n=5)\) und sechs Nichtteilnehmer \((n=6)\), konnten vorab bzw. generell keine Anregungen formulieren (z.B. „Ich weiß ja leider nicht, wie so ein Chat abläuft, sonst könnte ich bestimmt was dazu sagen.“) und gehören damit in die Kategorie „keine Anregung vorhanden“. 

174
8.2.3.3.18 **Gibt es Bedenken hinsichtlich des technischen Zugangs?**

Bei dieser Kategorie lauteten die Kategorien „Bedenken vorhanden“ und „keine Bedenken vorhanden“ hinsichtlich des technischen Zugangs.

Vier Patienten beurteilten ihre PC- bzw. Internetkenntnisse als „schlecht“ \( (n=4) \), darunter ein Teilnehmer \( (n=1) \) und drei Nichtteilnehmer \( (n=3) \). Die Nichtteilnehmer hatten aus diesem Grund Bedenken gegenüber einer Chatteilnahme und lassen sich daher in die Kategorie „Bedenken vorhanden“ einteilen (z.B. „Ich kann auf einem Computer einen Brief schreiben. Aber Internet bedienen kann ich nicht ohne Hilfe.“). Ein Patient entschied sich aber dennoch für eine Teilnahme an der E-Nachsorge.

Zwölf Patienten antworteten mit „nein“ auf die Frage, ob sie Bedenken hinsichtlich des technischen Zugangs hätten \( (n=12) \). Acht Patienten davon waren der Auffassung, dass sie mittelmäßige PC-Kenntnisse haben \( (n=8) \), sechs davon waren Teilnehmer \( (n=6) \) und zwei Nichtteilnehmer \( (n=2) \); z.B. „Besser geht ja in allen Dingen, mein Eindruck ist, dass ich relativ gut im Umgang mit Computern und Internet bin.“.

Vier der befragten Patienten gaben an, dass sie ihre Fähigkeiten mit Computern als „gut bis sehr gut“ beschreiben würden \( (n=4) \). Dabei handelt es sich um drei Chatteilnehmer \( (n=3) \) und einen Nichtteilnehmer \( (n=1) \); z.B. „Ich kann wirklich sehr gut mit Computern umgehen, daher sehe ich da keine Probleme für die Chatteilnahme.“. Der Patient, der trotz „guter bis sehr guter“ Computerkenntnisse eine Teilnahme am Chat abgelehnt hat, gab an, keine Lust zu haben, sich dieser Form der Nachsorge anzuschließen, da er lieber an einer face-to-face Selbsthilfegruppe teilnehmen würde. Die Zuteilung in eine der beiden Kategorien erfolgte dabei, wenn die Patienten in ihren Aussagen entweder erwähnten, dass sie Probleme im Umgang mit dem Internet oder mit Computern im Allgemeinen hätten („Bedenken vorhanden“) oder wenn sie ihre Fähigkeiten im Umgang mit Computern und Internet als subjektiv ausreichend beschrieben haben („keine Bedenken vorhanden“).

8.2.3.3.19 **Gibt es Bedenken gegenüber der Organisation?**

Bei dieser Frage ließen sich zwei Kategorien bilden: „Organisatorische Bedenken vorhanden“ und „keine organisatorischen Bedenken vorhanden“. Dreizehn Patienten fielen mit ihren Aussagen in die Kategorie „keine organisatorischen Bedenken vorhanden“ \( (n=13) \). Darunter waren neun Teilnehmer \( (n=9) \) und vier Nichtteilnehmer \( (n=4) \). Diese gaben alle an, zuhause einen Internetzugang zu haben (mindestens ISDN) bzw. dass eine Möglichkeit für sie bestehe,
ohne Umstände einen PC / Internet zu nutzen. Damit wurden sie in die Kategorie „keine organisatorischen Bedenken vorhanden“ eingeordnet.

Nur drei Patienten beantworteten die Frage mit „Ja“ (n=3). Darunter ein Teilnehmer (n=1) sowie zwei Nichtteilnehmer (n=2). Diese technischen Bedenken beruhen auf der Tatsache, keine Möglichkeit zu haben, das Internet zu nutzen, da weder ein eigener Zugang noch eine anderen PC-/Internetzugang für sie erreichbar sei. Daher auch die Zuordnung in die Kategorie „Organisatorische Bedenken vorhanden“. Ein Patient, der dennoch an der Chatnachsorge teilnehmen wollte, kann einen Computer mit Internetzugang während der Arbeit nutzen. Er gab an, dass er dann (bei Terminvereinbarung am Abend) für die Chatnachsorge ins Büro fahren würde (z.B. „Nur weil ich zur Zeit keinen Rechner zuhause habe, möchte ich trotzdem vom Büro aus mitchaten.“).

8.2.3.3.20 Haben Sie bereits Erfahrung mit dem Internet?

Die Kategorien dieser Frage lauten „ja“ und „nein“. Auf diese Frage antworteten fünfzehn Patienten mit einem „Ja“ (Chatteilnehmer und Nichtteilnehmer) und nur ein Patient (Nichtteilnehmer am Chatprogramm) mit einem „nein“.

8.2.3.3.21 Wie häufig benutzen Sie das Internet?

Diese Frage wurde zweimal erfragt. Das erste Mal in schriftlicher Form mit Hilfe eines Screening-Fragebogens und dann erneut während des Interviews.


Acht Patienten gaben an, das Internet täglich zu nutzen (n=8), darunter waren fünf Teilnehmer (n=5) und drei Nichtteilnehmer (n=3). Eine Nutzungs frequenz des Internets von zwei bis sechs Mal pro Woche gaben fünf Patienten an (n=5), darunter waren vier Teilnehmer (n=4) und ein Nichtteilnehmer (n=1). Nur zwei Patienten gaben an, dass sie das Internet selten nutzen würden (n=2). Dabei handelte es sich um jeweils einen Teilnehmer (n=1) und einen Nichtteilnehmer (n=1). Nur ein Patient, der kein Interesse an einer Teilnahme äußerte (n=1), gab an, dass er das Internet nie benutzen würde (n=1).

Damit wird deutlich, dass die Hälfte der befragten Patientengruppen (Chatteilnehmer und Nichtteilnehmer) täglich das Internet nutzen. Etwas mehr als ein Viertel der Chatteilnehmer
und nur ein Nichtteilnehmer benutzen das Internet zwischen zwei bis sechsmal pro Woche. Nur drei Patienten benutzen das Internet selten bis nie, darunter zwei Nichtteilnehmer und ein Chatteilnehmer.

8.2.3.3.22 Haben Sie einen PC mit Internetzugang?

Die Kategorien zu dieser Frage lauten „PC mit Internetzugang verfügbar“ und „kein PC mit Internetzugang verfügbar“. Vierzehn der sechzehn befragten Patienten gaben an, dass sie einen PC mit Internetzugang zur freien Verfügung haben (n=14). Dabei erklären sieben Patienten, einen PC sowohl im Büro als auch zuhause nutzen zu können (n=7), darunter waren fünf Teilnehmer (n=5) und nur zwei Nichtteilnehmer (n=2).

Sechs Patienten haben einen PC zuhause, den sie jederzeit nutzen können (n=6), darunter jeweils drei Teilnehmer (n=3) und drei Nichtteilnehmer (n=3). Ein Teilnehmer gab an, dass er nur einen PC an seinem Arbeitsplatz nutzen könne (n=1). Für diesen Patienten war dies aber trotzdem kein Grund für eine Nichtteilnahme, da er sich mit seinem Arbeitgeber über eine private Nutzung für den Zeitraum der Chatgruppe geeinigt hatte.

Nur zwei Patienten steht kein PC mit Internetzugang zur Verfügung (n=2). Darunter war ein Teilnehmer (n=1), der sich einen PC bis zum Beginn der Chatgruppensitzungen organisieren wollte, und ein Nichtteilnehmer (n=1). Nach Aussage des Nichtteilnehmers war diese Tatsache auch der Grund für seine Nichtteilnahme an der Internetbasierten Nachsorge.

8.2.3.3.23 Welche Zielsetzung haben Sie bei der Internetnutzung? (Mehrfachantworten)

Die „Zielsetzungen“ bei dieser Frage sollten möglichst offen gehalten bleiben und wurden nicht durch Vorschläge der Interviewerin beeinflusst.

Der Begriff „Zielsetzung“ war definiert als der Hauptgrund der befragten Patienten sich mit dem Internet zu beschäftigen. Die Patienten konnten alle für sie relevanten Zielsetzungen in beliebiger Anzahl und Reihenfolge nennen. Die Kategorien dieser Frage lauteten damit also „Zielsetzung bezüglich Internetnutzung vorhanden“ und „Zielsetzung bezüglich Internetnutzung nicht vorhanden“.

Wenn mindestens eine Zielsetzung durch die Patienten formuliert werden konnte, erfolgte eine Zuteilung zu der ersten Kategorie „Zielsetzung bezüglich Internetnutzung vorhanden“.
und wenn keine geäußert werden konnte zu „Zielsetzung bezüglich Internetnutzung nicht vorhanden“.

Am häufigsten gaben die Patienten an, das Internet als Informationsquelle für Nachrichten, Freizeitgestaltung und Urlaubsplanung zu nutzen (\(n=13\)). Darunter waren neun Teilnehmer (\(n=9\)) und vier Nichtteilnehmer (\(n=4\)). Am zweithäufigsten dient das Internet den Patienten als Medium für Kontakte via Emailverkehr. Dies erwähnten neun Patienten, darunter sechs Teilnehmer (\(n=6\)) und drei Nichtteilnehmer (\(n=3\)). Unter den Zielsetzungaspekt „Kontakte pflegen“ passt sicherlich auch die Nutzung von „Social Networks“ durch zwei befragte Patienten (\(n=2\)), diese wollten aber beide nicht an der Chatnachrsorge teilnehmen und gehören damit in die Kohorte der Nichtteilnehmer. Vier Patienten nannten noch Bankgeschäfte als Grund für eine Internetnutzung (\(n=4\)). Dabei handelte es sich um zwei Teilnehmer (\(n=2\)) und zwei Nichtteilnehmer (\(n=2\)). Vier der Befragten gaben an, das Internet auch im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zu nutzen (\(n=4\)). Dabei handelte es sich um drei Teilnehmer (\(n=3\)) und einen Nichtteilnehmer (\(n=1\)). Zwei Patienten konnten nichts zu ihrer persönlichen Zielsetzung bei der Verwendung des Internets sagen (\(n=2\)). Darunter ein Teilnehmer (\(n=1\)) und ein Nichtteilnehmer (\(n=1\); z.B. „Ich komme mit dem Internet nicht so klar. Das Chatprogramm wird das erste Mal, dass ich mit einem Grund am Computer sitze.“). Diese zwei Patienten gehören damit in die Kategorie „Zielsetzung bezüglich Internetnutzung nicht vorhanden“.

8.2.3.3.24 Wie hoch ist die Bedeutung des Internets für Sie?
Elf Patienten gaben an, dass für sie persönlich die Bedeutung des Internets „hoch“ sei (\(n=11\)). Von diesen elf Patienten waren acht Teilnehmer (\(n=8\)) und drei Nichtteilnehmer am Chat (\(n=3\); z.B. „Ohne Internet wäre vieles nicht mehr so komfortabel, da in der heutigen Zeit doch fast nichts mehr ohne funktioniert, wie z.B. mal schnell mal einen Straßenamen nachschauen.“).

Drei Patienten beurteilten das Internet in seiner Bedeutung für sich persönlich als „gering“ (\(n=3\)). Dies waren zwei Teilnehmer (\(n=2\)) und ein Nichtteilnehmer (\(n=1\); z.B. „Ich finde das Internet ist mehr wie ein Luxusprodukt und nicht überlebenswichtig. Im Zweifel würde man die Informationen auch auf anderem Wege bekommen, nur so ist es so bequem.“).

Zwei Nichtteilnehmer (\(n=2\)) messen dem Internet sogar gar keine Bedeutung zu (z.B. „Ich finde das Internet braucht man nicht, um ein gut informierter und zufriedener Mensch zu sein. Ich bin froh nicht abhängig von dieser Technik zu sein.“).
Damit ergaben sich die Kategorien Bedeutung des Internets „hoch“, „gering“ und „keine Bedeutung“. Die Zuteilung in die Kategorie „hoch“ erfolgte, wenn aus der Antwort des Patienten ein Vorteil des Internets gegenüber anderen Medien hervorging oder wenn der Patient mindestens eine positive Eigenschaft des Internets betonte, die es für ihn besonders wichtig werden lässt.

Die Zuteilung in die Kategorie „gering“ erfolgte, wenn in der Aussage des Patienten mindestens eine einschränkende Formulierung verwendet wurde, die das Internet in seinem Nutzen und seiner Wertigkeit schmälern und die geringe Bedeutung für den Patienten zum Ausdruck bringen.

Die Zuordnung in die Kategorie „keine Bedeutung“ erfolgte, wenn der Patient keinen Aspekt nennen konnte, der ihn persönlich zu einer Internetnutzung bewegen könnte im Gegensatz zur Nutzung eines anderen Informations-/Unterhaltungsmediums oder keine Aussage zu dem allgemeinen Nutzen des Internets treffen konnte.

Demnach ist für deutlich mehr als die Hälfte der befragten Patienten das Internet von großer Bedeutung ist (n=11/16). Besonders die Patienten, die sich für eine Chatteilnahme entschieden haben, scheinen das Internet in ihr Leben integrieren zu wollen, da sie Vorteile in der Internetnutzung sehen. Die Patienten, die hier angaben dem Internet keine Bedeutung beizumessen, waren die zwei Nichtteilnehmer, die unter der Frage „organisatorische Bedenken vorhanden“ angegeben hatten, dass sie schlechte PC- und Internetkenntnisse hätten. Darum lässt sich vermuten, dass mit einem mittleren bis sehr guten Kenntnisstand in Bezug auf das Internet und Computer auch die dem Internet zugemessene Bedeutung durch den Patienten steigt. Bezeichnend hierfür wäre die Tatsache, dass die Patienten, die in dieser Frage angaben, dem Internet eine hohe Bedeutung beizumessen, auch zu den Patienten gehörten, die sich selbst zwischen mittlerem bis sehr gutem Kenntnisstand von Computer und Internet einordneten in der diesbezüglichen Interviewfrage.

8.2.3.3.25 Sehen Sie Gefahren in der Internetnutzung?

Bei dieser Frage gibt es die Kategorien „subjektiv Gefahren in einer Internetnutzung vorhanden“ und „subjektiv keine Gefahren in einer Internetnutzung vorhanden“.

Sobald die Patienten eine mögliche Gefahr, die sie in einer Internetnutzung sehen, formulieren konnten, wurden sie in die erstgenannte Kategorie eingeteilt. War ihnen dies nicht möglich, wurden sie der zweitgenannten Kategorie zugeordnet.
Bei dieser Frage konnten sowohl die Chatteilnehmer als auch die Nichtteilnehmer die von ihnen bei einer Internetnutzung vorstellbaren Gefahren äußern. Dabei konnten die Patienten so viele potentielle Gefahren nennen, wie ihnen einfielen.

Am häufigsten gaben die befragten Patienten Angst vor dem Verlust ihrer Anonymität an \((n=14)\). Es handelte sich dabei um zehn Teilnehmer \((n=10)\) und vier Nichtteilnehmer \((n=4)\). Damit steht der Aspekt „Datenklau / Datentransparenz“ an erster Stelle der Ängste der Patienten, wenn sie das Internet benutzen. Auf die Nachfrage hin, ob dies für sie auch bei der normalen Aktivität im Internet unabhängig von einer Teilnahme an Chatgruppen oder Foren im Rahmen ihrer Krankheit der Fall sei, antworteten neun der zwölf zuvor befragten Patienten sinngemäß, dass sie „ständig Angst hätten, dass für sie unbekannte Personen Zugriff auf ihren Rechner hätten und sie damit potentiell eine Angriffsfläche für Missbrauch ihrer persönlichen Daten sein könnten."

Am zweithäufigsten wurde der Aspekt „gesellschaftsgefährdend / jugendgefährdend“ im Zusammenhang von Gefahren des Internets genannt. Dies sahen acht Patienten \((n=8)\) als eine vom Internet ausgehende Gefahr an, darunter vier Teilnehmer \((n=4)\) und vier Nichtteilnehmer \((n=4)\). Die befragten Patienten befürchten, dass insbesondere Kinder, aber auch Erwachsene, zu viel Zeit vor dem Computer verbringen und damit im realen Leben zu wenig erleben und keine ausreichenden Sozialkontakte pflegen (z.B. „Die Jugend und auch einige Erwachsene sitzen zu viel vor ihrem Computer und verlernen ihre Sozialkompetenzen bzw. eignen sie sich gar nicht erst an.“).

Fünf Patienten äußerten die potentielle Gefahr, die von „Internetviren“ ausgeht \((n=5)\), vier davon Teilnehmer \((n=4)\) und einer Nichtteilnehmer \((n=1)\).

Ebenfalls fünf befragte Patienten stuften die Verbreitung von kursierendem Laienwissen im Internet als gravierend ein \((n=5)\), da auf diesem Weg Halbwissen unter den dafür empfindlichen Personen verbreitet wird, was im Einzelfall zu konsequenzträchtigen Missverständnissen und Handlungsansätzen führen kann. Dieser Meinung waren vier Teilnehmer \((n=4)\) und ein Nichtteilnehmer \((n=1)\).

Vier Patienten bemängelten \((n=4)\), dass das Internet heutzutage mehr und mehr zur Informations- und Bildungsquelle werden würde. Sie machten deutlich, dass sie vom Grundsatz her gegen diese Tendenz seien und ihnen eine Nachsorge mit einem Therapeuten im realen Leben anstelle im Internet mehr zusagen würde. Bei diesen vier Patienten handelte es sich um einen Teilnehmer \((n=1)\) und drei Nichtteilnehmer \((n=3)\). Der Teilnehmer war einer der Patienten, die sich eine enge Beziehung mit einem Arzt/Therapeuten als optimale Form der Nachsorge
vorstellen würden. Die drei Nichtteilnehmer gehörten zu den Patienten, die sich zum einen eine Betätigung in einer Sportgruppe bzw. auch eine Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe als optimale Nachsorge vorstellen konnten. Einer von ihnen konnte keine Angabe dazu machen, was für ihn eine optimale Nachsorge sein könnte, allerdings lehnte er die Form der Internetnachsorge stringent ab.

Vier Patienten (n=4), darunter zwei Teilnehmer (n=2) und zwei Nichtteilnehmer (n=2), gaben an, dass ihnen das Internet „suspekt“ sei, da man schnell betrogen werden könne durch falsche Versprechungen und falsche Angebote. Ein Nichtteilnehmer gab an, dass er sich fürchten würde vor einer neuen Beschäftigung, die mehr Zeitverschwendung als sinnvolle Beschäftigung ist (n=1). Allerdings gab der Patient auch an, dass er sich bislang noch keinen Überblick darüber verschafft hätte, was das Internet für Möglichkeiten bietet hinsichtlich Informations- und Unterhaltungswert („Ich möchte mich nicht mit Dingen in meiner Freizeit beschäftigen, die mich nicht weiterbringen und die mir nur meine Zeit stehlen.“).

Ein Teilnehmer konnten keine Aspekte nennen, die er bei der Internetnutzung als potentielle Gefahr sehen würde (n=1; z.B. „Ich glaube richtige Gefahren bietet das Internet nicht, man muss kritisch sein, wie mit allem, was mit Massenmedien zu tun hat.“). Dieser war der einzige Patient, der in die Kategorie „subjektiv keine Gefahren in einer Internetnutzung vorhanden“ eingeteilt wurde.

Aus den Antworten der Patienten auf diese Interviewfrage lässt sich ableiten, dass die Nichtteilnehmer deutlich mehr Gefahren in der Internetnutzung sehen als die Teilnehmer an der Chatintervention. Der einzige Punkt, den alle Teilnehmer und zwei Drittel der Nichtteilnehmer ansprachen war der Aspekt der Angst vor dem Verlust der Anonymität und der möglichen Datentransparenz, auch bezogen auf die Chatintervention.

8.2.3.3.26 Welche Vorteile bietet ein Internetzugang?

Die Teilnehmer am Chatprogramm benannten durchschnittlich mehr Vorteile eines Internetzugangs im Vergleich zu den befragten Nichtteilnehmern.

Der am häufigsten genannte Vorteil eines Internetzugangs aus Sicht der Patienten stellt die schnelle und vielfältige Informationsbeschaffung dar. Dies führten insgesamt dreizehn Patienten an (n=13), darunter zehn Teilnehmer (n=10) und drei Nichtteilnehmer (n=3; z.B. „Mit dem Internet bekomme ich schnell aktuelle Informationen aus aller Welt ohne eine Zeitung kaufen zu müssen.“).
Acht Teilnehmer (n=8) und ein Nichtteilnehmer (n=1) gaben an, dass sie insbesondere die Möglichkeit zur Pflege von Kontakten in die ganze Welt schätzen würden. Das Internet spiele für sie vor allem als Kommunikationsmedium eine Rolle.

Sieben Patienten bewerteten die Orts- und Zeitunabhängigkeit des Informationszugangs mit Hilfe des Internets als positiv (n=7). Dieser Meinung waren insgesamt sechs Teilnehmer (n=6) und ein Nichtteilnehmer (n=1).

Fünf Patienten (n=5), darunter drei Teilnehmer (n=3) und zwei Nichtteilnehmer (n=2), betonen den finanziellen Aspekt, d.h., dass die Nutzung des Internets im Vergleich zu dem, was man dafür als Gegenwert bekommen würde verhältnismäßig günstig ist (z.B. „Während meiner Erkrankungsphase vor dem Reha-Aufenthalt habe ich das Internet besonders viel genutzt, um mich zu informieren und sonst hätte ich mir einige Bücher oder Zeitschriften kaufen müssen.“). Im Durchschnitt gaben Patienten, die zuhause über einen eigenen Internetanschluss verfügen, an, zwischen zwanzig und dreißig Euro monatlich für ihre Internetverbindung zu zahlen.

Ebenfalls fünf Patienten (n=5), darunter vier Chatteilnehmer (n=4) und ein Nichtteilnehmer (n=1), lobten die einfache Bedienung des Internets („Wenn man es einmal verstanden hat, dann kann man sich auf den normalen Webseiten leicht zurecht finden.“).

Die übrigen Patienten räumten dem Internet aufgrund des hohen Freizeit- und Unterhaltungswertes einen hohen Stellenwert ein können (n=5). Vier Patienten darunter waren Teilnehmer (n=4), einer Nichtteilnehmer (n=1; z.B. „Ich kann mich stundenlang im Internet beschäftigen und fühle mich nicht einsam, weil ich beschäftigt bin und gar nicht merke, wie der Tag rumgeht.“).

Nur ein Teilnehmer führte in diesem Zusammenhang das Argument „Anonymität“ an (n=1). Diese würde das Internet sehr attraktiv gegenüber beispielsweise Bibliotheken machen, da man im Internet Informationen zu fast allen Themen auf anonyme Weise bekommen kann.

8.2.3.3.27 **Sind Ihnen die Begriffe Foren/Chatdiskussionen ein Begriff? Haben Sie schon mal daran teilgenommen?**

Die Kategorien zu dieser Frage sind „Foren/Chatdiskussionen aus eigener Erfahrung bekannt“, „Foren/Chatdiskussionen nicht aus eigener Erfahrung bekannt“, „Foren/Chat-
diskussionen nur begrifflich bekannt“ und „Foren/Chatdiskussionen begrifflich unbekannt und auch keine persönlichen Erfahrungen“.

Zwei Teilnehmer an der Chatnachsorge \( (n=2) \) gaben an, dass sie bereits Erfahrungen mit Forumsdiskussionen gesammelt hätten, ebenso wie ein Nichtteilnehmer \( (n=1) \). Damit gehören sie in die Kategorie „Foren/Chatdiskussionen aus eigener Erfahrung bekannt“.

Vier Teilnehmer an der internetbasierten Nachsorge \( (n=4) \) berichteten, dass ihnen die Begriffe „Foren / Chatdiskussionen“ zwar geläufig seien, sie aber noch keine eigenen Erfahrungen damit sammeln konnten. Damit werden sie der Kategorie „Foren / Chatdiskussionen nur begrifflich bekannt“ zugeordnet.

Neun Patienten \( (n=9) \), davon vier Teilnehmer \( (n=4) \) und fünf Nichtteilnehmer \( (n=5) \), konnten sich unter den Begriffen „Foren/Chatdiskussionen“ nichts vorstellen, und fallen somit in die Kategorie „Foren/Chatdiskussionen begrifflich unbekannt und auch keine persönlichen Erfahrungen“.

Zusammenfassend können drei von sechzehn in dieser Interviewstudie befragten Patienten bereits praktische Erfahrungen mit Foren/Chatdiskussionen verzeichnen.

Ein Viertel der Patienten kannte die Begriffe „Foren/Chatdiskussionen“ und deren Bedeutung, etwas mehr als die Hälfte der befragten Patienten kannte weder die Begriffe noch hatte bereits praktische Erfahrungen gesammelt.

8.2.4 Befragung der weiblichen Stichprobe

8.2.4.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe bestand aus 15 Frauen, die alle an einem Mamma-Karzinom erkrankt sind bzw. waren und sich zur Teilnahme an einem wissenschaftlichen Interview bereit erklärt haben. Die Patientinnen waren zur Rehabilitation in der Rehabilitationsklinik Nordfriesland in St. Peter Ording stationär für durchschnittlich drei Wochen untergebracht. Das Durchschnittsalter der Frauen lag bei 59 Jahren \( (SD= 6,8 \text{ Jahre}) \), der \textit{Range} lag zwischen 45 und 69 Jahren. Zehn der befragten Frauen wollten gerne an der Chatintervention teilnehmen, fünf entschieden sich dagegen.
8.2.4.2 Ergebnisse

8.2.4.2.1 Besteht ein Bedarf an psychosozialer Unterstützung?

8.2.4.2.1.1 Momentanes Befinden

Die Mehrheit (n=13) der befragten Patientinnen antwortete auf die Frage, wie es Ihnen momentan ginge mit einer positiven Äußerung. Das heißt, dass das Befinden als sehr gut, gut, zufriedenstellend, ganz gut, besser bezeichnet wird. (z.B. „Momentan geht es mir sehr gut und das wird jeden Tag ein bisschen besser.“ und „Mir geht’s momentan ganz gut, besser als vor vier Wochen.“)


Zwei der befragten Frauen äußerten sich negativ im Hinblick auf ihren Gemütszustand. Das eigene Befinden wurde als „nicht so gut“ und „seelisches Tief“ beschrieben (z.B. „Nicht so gut, mein Blutbild ist nicht so ganz in Ordnung, also geht’s mir nicht so gut.“)

Eine dieser Frauen möchte teilnehmen, die Frau, die sich nach eigenen Angaben in einem seelischen Tief befindet verneinte die Teilnahme an der Chatintervention.

Insgesamt (siehe Tabelle 124) lässt sich sagen, dass die Mehrheit (n=13) der befragten Patientinnen sich positiv auf die Frage, wie sie sich momentan fühlen, äußerten. Neun dieser Frauen möchten an der Chatintervention teilnehmen, vier nicht. Bei den sich negativ äußern- den Frauen nimmt eine am Chat teil, die andere nicht. Die Patientinnen, die sich gut fühlen haben also ein höheres Interesse an der Chatteilnahme.

Tabelle 124: Ergebnisse Bewertung des eigenen Befindens

<table>
<thead>
<tr>
<th>positive Äußerung über das eigene Befinden</th>
<th>Negative Äußerung über das eigene Befinden</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>n=13</td>
<td>n=2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

184
8.2.4.2.1.2 Einstellung zur eigenen Erkrankung

Weiterhin wurden die Patientinnen gefragt, ob sie über ihre Erkrankung nachdenken würden. Zehn der befragten Patientinnen äußerten eine positive Einstellung zu Ihrer Erkrankung. Das heißt, sie akzeptierten ihr Schicksal oder wollten mit der Erkrankung abschließen. (z.B. „Ich habe keine Angst, ich habe keine Probleme mit der Erkrankung, die ist für mich eigentlich abgeschlossen.“ oder „Mir geht’s dabei gut, weil es mir ja auch körperlich gut geht. Mit der Reha ist das auch für mich abgeschlossen und jetzt geht’s in die Nachsorge.“)

Lediglich eine Patientin gab eine negative Einstellung zur Erkrankung an. Sie äußerte, dass sie sich hilflos und ratlos fühle („Ein bisschen hilflos, ein bisschen ratlos, es ist wie eine Welle über einen hereingebrochen.“).

Vier der betroffenen Frauen nannten sowohl positive als auch negative Gedanken in Bezug auf die Erkrankung (z.B. „Mal ist alles ganz positiv und dann hat man mal wieder einen Hänger, das kann man gar nicht ausblenden.“ oder „Manchmal habe ich Ängste und manchmal ist es gut.“).

Von den betroffenen Frauen mit positiver Einstellung zur Erkrankung (n=10), gaben sieben an, an der Chatgruppe teilnehmen zu wollen, drei Frauen hingegen lehnten eine Teilnahme ab. Die Patientin (n=1), die negative Gedanken in Bezug auf ihre Erkrankung äußerte, wollte an der Chatintervention teilnehmen.

Unter den Frauen, die sowohl positiv als auch negativ hinsichtlich ihrer Erkrankung antworten, (n=4) sind sowohl zwei Teilnehmerinnen als auch zwei Nichtteilnehmerinnen.

Die Mehrheit der Frauen (n=10) äußerte somit eine positive Einstellung zur eigenen Erkrankung hat (siehe Tabelle 125). Hinsichtlich der Chatteilnahme zeigte sich auch hier, dass die meisten Patientinnen (n=9), die eine positive Einstellung gegenüber ihrer Krebserkrankung angaben, auch an einer Chatteilnahme interessiert waren.

**Tabelle 125: Ergebnisse Einstellung zur eigenen Erkrankung**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Positive Einstellung zur Erkrankung</th>
<th>Negative Einstellung zur Erkrankung</th>
<th>Sowohl positive als auch negative Einstellung zur Erkrankung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>n=10</td>
<td>n=1</td>
<td>n=4</td>
</tr>
</tbody>
</table>
8.2.4.2.1.3 Wunsch nach Unterstützung

Eine weitere Frage an die Patientinnen war, ob sie sich Unterstützung bei der Verarbeitung ihrer Krankheitserlebnisse wünschen würden und wenn ja, von wem.

Die Mehrzahl der Patientinnen \( (n=9) \) gibt an, dass sie sich keine weitere Unterstützung nach dem Reha-Aufenthalt mehr wünschen. Sechs der Befragten möchten aber trotzdem an der angebotenen Chatintervention teilnehmen, drei hingegen nicht.

Sechs Frauen bejahten den Wunsch nach Unterstützung, davon möchte der überwiegende Teil \( (n=4) \) an der Intervention teilnehmen, zwei Frauen lehnen die Teilnahme ab.

Fünf der befragten Frauen gaben an, professionelle Hilfe zu bevorzugen. Zwei Frauen gaben an, dass sie Unterstützung bei der Verarbeitung ihrer Erkrankung im privaten Bereich suchen würden (siehe Tabelle 126).

**Tabelle 126: Art der Unterstützung zur Verarbeitung der Erkrankung und Korrelation mit Chatteilnahme.**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Art der Unterstützung</th>
<th>Genauere Bezeichnung</th>
<th>Chatteilnahme ja ( (n) )</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Professionelle Hilfe ( (n=5) )</td>
<td>Psychoonkologe ( (n=2) )</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Breastnurse ( (n=1) )</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Familienkrebsberatungsstelle ( (n=1) )</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Gruppentherapie ( (n=1) )</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Private Hilfe ( (n=2) )</td>
<td>Mann/Familie/Freunde ( (n=2) )</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Keine ( (n=8) )</td>
<td></td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Insgesamt lässt sich hier keine eindeutige Tendenz beschreiben. Fast genauso viele Frauen lehnen weitere Unterstützung nach ihrem Reha-Aufenthalt ab, verglichen mit denen, die sich Hilfe bei der Verarbeitung wünschen.

Allerdings möchten trotzdem fünf der betroffenen Frauen, die keine weitere Unterstützung wünschen, an der Chatintervention teilnehmen. Dies könnte Ausdruck der Niederschwelligkeit des psychosozialen Angebots sein.
8.2.4.2.1.4 Einstellung zu psychosozialer Nachsorge

Eine weitere Teilfrage bezieht sich auf die Einstellung der erkrankten Frauen zur psychosozialen Nachsorge im Allgemeinen. Dabei äußerten sich alle \( n=15 \) der befragten Patientinnen positiv. Beispiele aus den Interviews sind:

„Ich finde die eigentlich positiv, [...] ich denke schon, dass das hilfreich ist.“

„Ich finde es gut, dass es so etwas gibt.“

„Ich halte davon sehr viel, das ist was sehr wichtiges die Psyche, gerade bei dieser Erkrankung. Ich bin überzeugt, dass man damit sehr viel bewirken kann bei der Bewältigung der Erkrankung.“

8.2.4.2.2 Hilfe bei der Organisation der psychosozialen Nachsorge

Zudem wurden die Frauen befragt, ob sie es bevorzugen würden, wenn die psychosoziale Nachsorge schon während des Reha-Aufenthaltes organisiert werden würde. Die Mehrheit \( n=14 \) bejahte diese Frage, lediglich eine Frau lehnte diesen Vorschlag ab.

Die Frauen wurden zusätzlich gefragt, wie diese Unterstützung bei der Organisation aussehen könnte. Das Ergebnis zeigt Tabelle 127.

### Tabelle 127: Vorschläge zur Organisation psychosozialer Nachsorge

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vorschläge zur Organisation</th>
<th>N</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Anregungen geben z.B. Künstlerische Möglichkeiten anbieten (Malen o. Handwerk)</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Ansprechpartner geben</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Allgemeine Unterstützung, alleine braucht man sehr viel Eigeninitiative.</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Patienten aus dem gleichen Wohngebiet zusammenbringen</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Keine Ahnung</td>
<td>2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Es wird deutlich, dass eventuell mehr Frauen psychosoziale Nachsorge in Anspruch nehmen würden, wenn sie Hilfe bei der Organisation bekämen.
**8.2.4.2.3 Beurteilung der eigenen Betreuung und Versorgung**

Diese Frage bezieht sich auf die Qualität der Betreuung und Versorgung während des gesamten Erkrankungsverlaufs.

Die Patientinnen wurden gefragt, ob sie etwas vermisst hätten im Hinblick auf ihre Betreuung und Versorgung und wenn ja, wurden sie gebeten Verbesserungsvorschläge zu machen.

Neun der erkrankten Frauen sagten, sie hätten nichts vermisst hinsichtlich ihrer Betreuung und Versorgung, sechs Frauen dagegen haben diesbezüglich negative Erfahrungen während ihrer Krankheitsphase gemacht.

Welche Verbesserungen sie sich wünschen macht Abbildung 5 deutlich.

Vergleicht man diese Verteilung mit dem Wunsch an der Chatintervention teilzunehmen so zeigt sich, dass von denjenigen Frauen, die nichts an ihrer Betreuung/Versorgung auszusetzen haben, fünf teilnehmen wollen, während sich vier Patientinnen dagegen entscheiden.

Die Gruppe der Frauen, welche Verbesserungsvorschläge angibt, teilt sich in fünf Teilnehmerinnen und sechs Nichtteilnehmerinnen.

**Abbildung 5:** Verbesserungsvorschläge für die Betreuung und Versorgung
Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Mehrheit der befragten Frauen \((n=9)\) mit der Betreuung während ihrer Erkrankung zufrieden waren. Die Verbesserungsvorschläge der befragten Patientinnen gelten sowohl medizinischen als auch psychosozialen Aspekten.

8.2.4.2.4 Besteht ein Bedarf an Informationen über die Erkrankung?

8.2.4.2.4.1 Information über die eigene Erkrankung

Die an Mammakarzinom erkrankten Frauen wurden gefragt, ob sie sich über ihre Erkrankung informiert hätten und wenn ja, woher sie ihre Informationen bezogen hätten.

Eine deutliche Mehrheit der Frauen \((n=14)\) informierte sich nach Diagnosestellung selbstständig über ihre Erkrankung. Lediglich eine Patientin gab an, sich nicht weiter über die Diagnose Informationen besorgt zu haben. Sie möchte auch nicht an der Chatintervention teilnehmen.

Die Mehrzahl derjenigen Frauen, die sich über das Internet über ihre Mammakarzinom-Erkrankung informierten, wollten auch an der Chatintervention teilnehmen. Eine ähnliche Tendenz wird für diejenigen Frauen sichtbar, welche angaben, in Fachliteratur und speziellen Broschüren gelesen zu haben.

Insgesamt wird hier deutlich, dass den Frauen sehr daran lag, möglichst viel über ihre Erkrankung zu erfahren. Lediglich eine Patientin gab an, dass sie gar nicht mehr wissen möchte, als ihr vom Arzt mitgeteilt wurde.

8.2.4.2.4.2 Nach welchen Informationen wurde gesucht

Tabelle 128 zeigt, dass der überwiegende Anteil der befragten Frauen nach diagnosespezifischen Informationen recherchierte. Nur fünf der Patientinnen hatten kein Interesse an weiteren Informationen, die über Mammakarzinom als Erkrankung im Allgemeinen hinausgingen.
Tabelle 128: Bereiche, in denen sich die Patientinnen informiert haben (Mehrfachnennungen)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Informationsbereich</th>
<th>n</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Mammakarzinom im Allgemeinen</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Spezielle Informationen über:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Tumorstadien</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>- eigene Diagnose</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>- Medikamente</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>- Chemotherapie</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>- Behandlung</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>- Operation</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>- Prognose</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>- Histologie</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>- Therapiealternativen</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

8.2.4.2.4.3 Wunsch nach mehr Information

Auf die Frage nach Bereichen, in denen sich die betroffenen Frauen mehr Informationen gewünscht hätten, antwortete die Mehrzahl der Patientinnen (n=12), dass sie mit ihrem Wissenstand zufrieden seien. Drei der Betroffenen äußerten den Wunsch nach mehr Wissen aus verschiedenen Bereichen.

Zwei Bereiche beziehen sich auf spezielle Themen: Informationen zum Brustwiederaufbau und Leistungen, die die Krankenkassen übernehmen (z.B. Anspruch auf Reha-Sport). Eine Frau hätte sich generell mehr Informationen von ärztlicher Seite her gewünscht. Sieben der Frauen, die mit ihrem Wissenstand zufrieden waren, wollten an der Chatintervention teilnehmen, fünf lehnten dagegen eine Teilnahme ab. Von den erkrankten Frauen, die sich weitere Informationen gewünscht hätten, gaben alle (n=3) an, teilnehmen zu wollen.

Insgesamt zeigt sich, dass die Frauen, die mit ihrem Informationsstand unzufrieden sind, alle an der Intervention teilnehmen möchten, aber auch von denjenigen Patientinnen, die zufrieden mit ihrem Wissen sind, möchte die Mehrheit (n=7) an der angebotenen E-Nachsorge teilnehmen.
8.2.4.2.4.4 Wollen Sie sich auch in Zukunft informieren?

Auf die Frage, ob sich die Teilnehmerinnen auch in Zukunft über ihre Erkrankung informieren wollen, antworteten sechs erkrankte Frauen mit nein. Als Grund hierfür wurde häufig angegeben, dass die Frauen sich im Anschluss an die Rehabilitation als geheilt ansehen und die Krankheit hinter sich lassen wollen würden („Eigentlich eher nicht, muss ich sagen. Ich habe eigentlich vor damit abzuschließen. Ich bin froh mich nicht immer damit beschäftigen zu müssen.“).

Fünf Patientinnen hatten auch weiterhin vor, ihr Wissen über Brustkrebs zu vertiefen (z.B. „Klar will man da jetzt immer auf dem neuesten Stand sein, aber in einem gesunden Maß nicht, dass man sich verrückt macht.“)

Vier der betroffenen Frauen hatten zum Befragungszeitpunkt noch keine Entscheidung darüber getroffen, ob sie sich weiterhin mit der Mammakarzinom-Erkrankung auseinandersetzen möchten („Im Moment mache ich es nicht, aber später kann ich es mir vielleicht wieder vorstellen“).

Vergleicht man die Bereitschaft der Befragten zur Chatteilnahme mit den gewonnen Ergebnissen, wird deutlich, dass alle der unentschlossenen Frauen ($n=4$) gerne am Chat teilnehmen möchten.

Für diejenigen Frauen, die eindeutig mit ja oder nein auf die Frage, ob sie sich in Zukunft weiterhin über ihre Erkrankung informieren wollen antwornten, zeigte sich keine eindeutige Tendenz (siehe Tabelle 129).

**Tabelle 129: Planen sie sich auch in Zukunft über ihre Erkrankung zu informieren?**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Ja ($n=5$)</th>
<th>Nein ($n=6$)</th>
<th>Weiß noch nicht ($n=4$)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Chatteilnahme</td>
<td>Ja ($n=3$)</td>
<td>Ja ($n=3$)</td>
<td>Ja ($n=4$)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

8.2.4.2.4.5 Internetseiten

Die Patientinnen wurden gefragt, ob es Internetseiten gibt, die sie regelmäßig besuchen würden und ob sie diese auch anderen betroffenen Frauen weiterempfehlen würden.
Die Mehrzahl der Patientinnen (n=8) gab an, dass sie keine bestimmten Internetseiten regelmäßig besucht hätte. Für fünf dieser Frauen stand die Schlagwortsuche im Vordergrund, so dass sie Suchmaschinen (z.B. Google) benutzten. Sieben der befragten Frauen nannten bestimmte Seiten im Internet, die sie oft besucht hätten und die sie auch weiterempfehlen würden (siehe Tabelle 130).

Die Bereitschaft zur Chatteilnahme ist unter den Frauen, die mit „nein“ antworten ausgeglichen, d.h. vier wollen teilnehmen, vier nicht. Eine eindeutigere Tendenz wird bei Patientinnen deutlich, die angeben, regelmäßig bestimmte Seiten im Internet zu besuchen. Sechs Frauen möchten die Intervention ausprobieren, nur eine entschied sich dagegen.

**Tabelle 130: Internetseiten, die von den Patientinnen regelmäßig besucht wurden.**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Art der Internetseiten</th>
<th>n</th>
<th>Chatteilnahme (n)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Krebsgesellschaften</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Hamburger Krebsgesellschaft</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>• Krebskompass</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Deutsche Krebsgesellschaft</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Brustkrebs.info</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(dt. Krebshilfe)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Med. Infoseiten</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Meddoctor</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>• Homepages von Ärzten</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Selbsthilfeseiten</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Mammazone</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>• „Brigitte“-Forum</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**8.2.4.2.5 Einstellung gegenüber der Chatintervention**

**8.2.4.2.5.1 Chatteilnahme**

Zunächst wurden die Patientinnen gebeten anzugeben, ob Sie an der Chatintervention teilnehmen möchten oder nicht. Wenn sie sich gegen eine Teilnahme entschieden, wurden die entsprechenden Gründe erfragt.

Die Mehrheit (n=9) der erkrankten Frauen gab an, an der E-Nachsorge teilnehmen zu wollen, sechs lehnten eine Teilnahme ab.

192
Einen der Hauptgründe für die Nichtteilnahme, stellen die technischen Voraussetzungen dar. So gaben drei der sechs Frauen, welche sich gegen die Intervention entschieden, an, sie hätten entweder gar keinen Internetanschluss oder ihnen würden Kenntnisse im Umgang mit dem Computer fehlen (z.B. „Nein, das lag nur daran, dass wir kein Internet haben, da dachte ich gleich, dass kommt für mich dann nicht in Frage. Wir werden hier auch kein Internet bekommen. War für mich nicht interessant [...]“)

Einen anderen Grund für eine Nichtteilnahme, stellt der fehlende medizinische Aspekt der Chat-Nachsorge dar (z.B. „Mir fehlt der medizinische Aspekt. Es ist sicherlich gut für Leute, die psychologischen Bedarf haben, wenn sie wissen, sie können einmal in der Woche darüber reden. Ist bei mir aber nicht so, weil ich so viele andere Sachen um die Ohren habe, so dass es eher eine Belastung darstellen würde.“).

Negativ bewertet wurde auch der reguläre Chat-Termine pro Woche, insbesondere dann, wenn ein eigenes soziales Netzwerk mit betroffenen Frauen bereits bestand (z.B. „Dagegen spricht, dass ich ein soziales Netzwerk habe, mit betroffenen Frauen. Und dann diese Bindungen an bestimmte Zeiten in der Woche [...] Wenn ich was habe, kann ich das bei meinem sozialen Netzwerk loswerden.“). **Tabelle 131** fasst die Gründe für eine Nichtteilnahme noch einmal übersichtlich zusammen.

**Tabelle 131: Persönliche Gründe die gegen eine Chatteilnahme sprechen (Mehrfachnennungen)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kategorie</th>
<th>Beschreibung</th>
<th>n</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fehlende technische Voraussetzungen</td>
<td>Kein Internetanschluss</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Keine Computerkenntnisse</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Negativbewertung des Konzepts</td>
<td>Medizinischer Aspekt fehlt</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Bindung an feste Termine</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kein Bedarf</td>
<td>Eigenes soziales Netzwerk mit Betroffenen</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Gleichzeitig wurden auch diejenigen Patientinnen, die sich für eine Teilnahme am E-Nachsorge-Angebot entschieden, zu ihren Gründen befragt.

Für die Mehrheit der potenziellen Teilnehmerinnen (n=6) spielte der Austausch unter betroffenen Frauen die ausschlaggebende Rolle (z.B. „Vielleicht, dass man einfach ganz locker einen Austausch mit Gleichgesinnten hat und dann wurde ja auch gesagt, dass da ein Thera-
In diesem Beispiel aus den Interviews wird zudem die Anwesenheit eines Therapeuten als weiterer wichtiger Aspekt aufgegriffen, der scheinbar einige Frauen \((n=3)\) von der Teilnahme überzeugen konnte (z.B. „Weil sie gesagt haben, dass da Leute sind mit den gleichen Erkrankungen und dass die sich austauschen können und das ein Fachmann, ein Therapeut dabei ist. Und das finde ich schon gut.“).

Aber auch Neugier auf das Nachsorgeangebot \((n=4)\) und das Bedürfnis wissenschaftliche Studien zu unterstützen \((n=2)\), führt bei einigen Patientinnen dazu, sich für eine Chatteilnahme zu entscheiden (z.B. „Und was mich auch gereizt hat, ich habe noch nie gechattet und das ist jetzt auch mal was ganz individuelles persönliches, was mich interessiert hat.“; „Ich finde das Programm einerseits sehr interessant und zum anderen habe ich viele Jahre selbst in der Forschung gearbeitet und möchte wissenschaftliche Arbeiten gerne unterstützen.“).

Eine der befragten Frauen äußerte sich zudem positiv über die bei der Patientenschulung vorgeschlagene Idee, dass Chat-Abende zu bestimmten Themen angeboten werden könnten. Dadurch erhoffte die Patientin sich eine gewisse Strukturierung der Chatsitzung („Der Austausch mit den anderen Betroffenen zum einen und zum anderen, dass Themen vorgegeben werden, zu denen man sich dann im Vorfeld ein bisschen Gedanken machen kann. Dadurch scheint mir das auch geordnet zu sein und nicht so, dass alle in der einen Stunde wild hin und her schreiben.“). **Tabelle 132** gibt einen Überblick über die Auswertungsergebnisse dieser Frage.

**Tabelle 132:** Persönliche Gründe, die für die Teilnahme am Chatprogramm sprechen. (Mehrfachnennungen)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kategorie</th>
<th>Beschreibung</th>
<th>(n)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Positive Bewertung des Konzepts ((n=10))</td>
<td>Austausch unter den Betroffenen</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Anwesenheit eines Therapeuten</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Strukturierung der Chatsitzung durch Themenvorschläge</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Interesse/Bedarf ((n=6))</td>
<td>Neugierde</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Interesse an wissenschaftlichen Studien</td>
<td>2</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Diese Ergebnisse machen deutlich, dass der Austausch unter Frauen der gleichen Indikationsgruppe und die Betreuung durch einen Chat-Therapeuten von der Mehrheit der Patientinnen (n=9) als persönlicher Grund genannt wird, welcher sie von der Teilnahme an der Intervention überzeugt hätte. Hemmende Faktoren stellen fehlende technische Voraussetzungen (n=3) und das Festlegen auf einen regulären Termine pro Woche dar (n=2).

8.2.4.2.5.2 Organisatorische oder technische Bedenken bezüglich der Chatintervention

Der größte Anteil der Frauen (n=12) äußert keine Bedenken gegenüber den organisatorischen und technischen Bedingungen der Intervention (z.B. „Ich sehe da nichts was dagegen sprechen könnte, Computer und DSL-Anschluss sind vorhanden und ich kenne mich ja auch ein bisschen aus und zur Not habe ich meinen Mann im Rücken.“). Neun der befragten Frauen wollen auch am Chat teilnehmen, drei haben sich zwar gegen eine Teilnahme ausgesprochen (siehe Tabelle 134), hätten aber keine organisatorischen oder technischen Bedenken (z.B. „Ich habe keine Bedenken, würde aber lieber persönliche Gespräche oder Telefonate führen.“).

Drei Frauen gaben an, dass sie Bedenken hinsichtlich der Organisation und der Technik hätten, für zwei waren dies die entscheidenden Gründe, die gegen eine Teilnahme gesprochen hätten (siehe Tabelle 133). Eine der Frauen möchte trotz ihrer Bedenken teilnehmen („Also technische auf keinen Fall, aber organisatorische würde ich schon denken, manchmal habe ich unterschiedliche Dienstzeiten und kann nicht immer zum gleichen Zeitpunkt oder am gleichen Tag immer voraussagen, ob ich da am Computer sitzen und das erledigen kann.“).

Bei den beiden anderen Frauen, die Bedenken äußerten und auch nicht am Chat teilnehmen werden, waren ebenfalls die technischen Voraussetzungen der limitierende Faktor.

Tabelle 133: Organisatorische und technische Bedenken

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kategorie</th>
<th>Beschreibung</th>
<th>n</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bedenken hinsichtlich der Technik</td>
<td>Kein Internetanschluss</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Fehlende Internetkenntnisse</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bedenken hinsichtlich der Organisation</td>
<td>Unterschiedliche Arbeitszeiten</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>
**Tabelle 134: Ergebnisse organisatorische und technische Bedenken und Vergleich mit Chatteilnahme**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bedenken</th>
<th>N</th>
<th>Chatteilnahme (n)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ja</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Nein</td>
<td>12</td>
<td>9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die Ergebnisse könnten dahingehend interpretiert werden, dass Sicherheit im Umgang mit dem Computer und dem Internet sowie die Möglichkeit, die festen Chattermine in den Alltag integrieren zu können, wichtige Bedingungen für eine Chatteilnahme darstellen.

8.2.4.2.6 *Technische Unterstützung*

Die Mehrheit der befragten Frauen (n=11) gab an, keinen Bedarf an technischer Unterstützung zu haben (siehe Tabelle 135).

Sieben dieser Patientinnen wollen das Chat-Angebot in Anspruch nehmen, vier dagegen nicht. Drei Frauen fanden den Vorschlag, bei Bedarf auf technische Unterstützung zurückgreifen zu können gut, gerade weil sie alle drei am Chat teilnehmen möchten (z.B. „Ja, vielleicht jemanden, den man anrufen kann. Kann ja auch sein, dass mein Mann gerade nicht da ist.“)

**Tabelle 135: Ergebnisse zum Wunsch nach technischer Unterstützung; Vergleich mit Chatteilnahme**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Technische Unterstützung gewünscht</th>
<th>n</th>
<th>Chatteilnahme (n)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ja</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Nein</td>
<td>11</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Kein Internetanschluss</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Das Angebot einer technischen Unterstützung führt scheinbar nicht dazu, Teilnehmerinnen für eine Chat-Teilnahme gewinnen zu können, obwohl die technischen Voraussetzungen, die für die Teilnahme an der Nachsorgeintervention notwendig sind, als limitierender Faktor genannt
werden. Deutlich wird auch hier: die betroffenen Frauen, die sich für eine Teilnahme entscheiden, sind sicher im Umgang mit dem Computer und dem Internet und äußern keinen Bedarf an externer technischer Unterstützung.

8.2.4.2.7 Patientenschulung

Die Mehrheit der befragten Patientinnen ($n=12$) bewertete die Patienteninformationsveranstaltung positiv (siehe Tabelle 136; z.B. „Die Schulung war sehr gut, alles ganz einfach geklärt.“). Bei einigen Patientinnen wurde durch die Möglichkeit, den Chat nach der Veranstaltung ausprobieren zu können, das Interesse an der Chatintervention geweckt (z.B. „Nein, die fand ich gut, besonders, dass man das Chatten ausprobieren konnte. Das hat auch noch nachgewirkt und wir haben uns immer darüber unterhalten, wenn wir uns beim Essen getroffen haben.“). Acht der Patientinnen, die sich positiv zur Patientenschulung äußerten, möchten an der Intervention teilnehmen, vier dagegen nicht.


Trotzdem gab die Mehrheit derjenigen Patientinnen, welche die Patientenschulung als negativ bewerteten, an, am Chat teilnehmen zu wollen. Nur eine Frau entschied sich gegen die Teilnahme.

Insgesamt lässt sich die Bewertung der Patientenschulung als positiv beschreiben, was sich auch in der Teilnehmerzahl an der Chat-Nachsorge widerspiegelt.

Dennoch sollte der Aspekt des eingeschränkten Zeitfensters aufgegriffen werden und bei zukünftigen Patientenschulungen in Rehabilitationskliniken Beachtung finden. Dies könnte zu einem Anstieg der Teilnehmerzahl führen.
Tabelle 136: Ergebnisse Patientenschulung und Vergleich Chatteilnahme

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bewertung</th>
<th>n</th>
<th>Chatteilnahme (n)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Positive Bewertung der Patientenschulung</td>
<td>12</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Negative Bewertung der Patientenschulung</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

8.2.4.2.8 Nachteile einer internetbasierten Nachsorge (E-Nachsorge)

Die Patientinnen wurden aufgefordert Nachteile anzuzeigen, die ihnen ihrer Meinung nach bei durch eine Teilnahme an der internetbasierten Nachsorge entstehen könnten. Acht der befragten Frauen sehen keine Nachteile durch eine Teilnahme am Angebot (z.B. „Ich gebe ja nicht meinen richtigen Namen an und insofern sehe ich da keine Nachteile. Ich kann ja auch wegbleiben wenn ich will. Nachteile sehe ich da wirklich nicht.“). Sieben Frauen konnten sich jedoch Nachteile vorstellen, die insbesondere bei einer Nachsorge in Form von Chatgruppen vorliegen könnten. Die Mehrzahl der Frauen (n=5) befürchteten, durch die anderen Teilnehmerinnen verunsichert zu werden (z.B. „Das halt die Krankheitsbilder zu sehr aufgeblättert werden, die dann doch ein bissl Angst machen. Wenn man jetzt etwas unbedarft ist und blauäugig in den Tag hineingeht, das man da verunsichert wird.“). Dazu wurden Bedenken hinsichtlich der Gruppenzusammensetzung (n=4; z.B. „Es kann einerseits positiv sein, dass man sich innerhalb der Gruppe nicht kennt, es kann aber auch negativ sein. Die Gruppe kann gut harmonieren, kann aber auch sein, dass man sich in der Gruppe gar nicht wohlfühlt“), aber auch der Atmosphäre innerhalb der Gruppe geäußert (z.B. „Die Patientinnen gehen ja auch ganz verschieden mit ihrer Erkrankung um und in der Klinik habe ich mich instinktiv auch von den Leuten ferngehalten, die mir nicht gut getan hätten. Das ist dann ja in so einer Chatgruppe auch eher schwierig.“).

Vergleicht man diese Ergebnisse mit der Chatteilnahmebereitschaft (siehe Tabelle 137), so zeigt sich, dass zwei der Frauen, die keine Nachteile an einer internetbasierten Nachsorge sehen, die Intervention trotzdem nicht in Anspruch nehmen möchten. Sechs der Patientinnen hatten sich für die Teilnahme entschieden. Unter den Frauen, die Bedenken äußerten, waren vier Teilnehmerinnen sowie drei Nichtteilnehmerinnen.
### Tabelle 137: Nachteile einer internetbasierten Nachsorge

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nachteile der E-Nachsorge</th>
<th>n</th>
<th>Chatteilnahme (n)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Keine</td>
<td>8</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Sehe welche, und zwar:</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Bedenken hinsichtlich der Gruppenzusammensetzung und der Atmosphäre innerhalb der Gruppe</td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Verunsicherung durch die anderen Patientinnen</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Insgesamt lässt sich keine eindeutige Tendenz erkennen: die Anzahl der Patientinnen, welche für sich keine Nachteile durch die Teilnahme an einer internetbasierten Nachsorge entstehen sahen, gleicht dem Anteil derjenigen, die Nachteile benannten. Die Mehrheit der Frauen, die Bedenken äußerte, wollte die Chat-Intervention zunächst ausprobieren.

### 8.2.4.2.9 Vorteile einer internetbasierten Nachsorge (E-Nachsorge)

Alle befragten Patientinnen (n=15) nennen Vorteile einer internetbasierten Nachsorge.

Am häufigsten (n=12) wurde der Austausch mit und die gegenseitige Motivierung durch andere betroffenen Frauen beschrieben (z.B. „[...] dass man sich halt austauscht und dass man sieht, wie denken andere und dass ich für mich daraus Nutzen ziehen kann. Aber auch dass ich anderen helfen kann, mit dem wie ich lebe oder daran herangehe. Das dass so ein Geben und Nehmen ist.“).

Auch die Niedrigschwelligkeit dieses psychoonkologischen Angebots wurde positiv bewertet (z.B. „Was ich als positiv ansehe ist, dass man das von zuhause machen kann“; „man hat halt keine Kosten weiter“).

Ebenso wurde die Anwesenheit eines Therapeuten von einigen Frauen (n=2) als positives Kriterium empfunden (z.B. „[...] das das moderiert wird von einem Therapeuten.“).

Zusätzlich dazu bewerteten die betroffenen Frauen die Homogenität der Chatgruppe bezogen auf den Behandlungsstatus positiv (z.B. „Ich finde es von Vorteil, dass sich da eine Gruppe zusammen tut, die alle den gleichen Stand haben, also alle kommen gerade aus der Reha. Und nicht wie bei einer Selbsthilfegruppe, wo das alles unterschiedlich lange her ist und für einige
Leute gar nicht mehr so aktuell.“). Auch die Möglichkeit des anonymen Austausches innerhalb der Chatgruppe unter Verwendung von Pseudonymen, wurde als gewinnbringend eingestuft (z.B. „es kann positiv sein, dass es anonym ist.“; siehe Tabelle 138).

Tabelle 138: Ergebnisse Vorteile einer internetbasierten Nachsorge (E-Nachsorge)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vorteile der E-Nachsorge</th>
<th>n</th>
<th>Teilnahme (n)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Keine</td>
<td>-</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sehe welche und zwar:</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Austausch und gegenseitige Motivation</td>
<td>12</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>• Niedrigschwelligkeit des Angebots</td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(keine Kosten/ von zuhause aus möglich)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Patientinnen sind alle auf dem gleichen Stand</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Anwesenheit eines Therapeuten</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Anonymität</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, das das Konzept der E-Nachsorge, d.h. der einfache Zugang zu psychosozialer Nachsorge, welcher einen Austausch der betroffenen Frauen untereinander ermöglicht, die Mehrzahl der Patientinnen anspricht. Alle befragten Frauen, unabhängig davon, ob sie teilnehmen wollten oder nicht, sahen positive Aspekte einer internetbasierten Nachsorge.

8.2.4.2.10 Optimale internetbasierte Nachsorge

Die Mehrzahl der befragten Frauen (n=9) konnte Ideen zum Konzept einer optimalen internetbasierten Nachsorge äußern. Sechs Frauen hatten dagegen keine Vorstellung von einem optimalen E- Nachsorge-Angebot (siehe Tabelle 139 und Tabelle 140).

Für die Mehrzahl der befragten Frauen (n=4) erschien es wichtig, einen Ansprechpartner zu haben, der ihnen in Krisenzeiten zur Seite steht (z.B. „Na ja vielleicht wenn man mal einen psychischen Tiefgang hat, dass man da jemanden zum Ansprechen hat.“).
Zudem wurde der Wunsch geäußert einen Ansprechpartner zu haben, der auch medizinisches Wissen vermitteln kann (z.B. „Also was sicherlich nicht schlecht wäre, wenn sachkundige Personen aus der Onkologie Fragen beantworten würden.”)

Das Konzept einer E-Nachsorge wurde insgesamt als gut befunden und durch weitere Ideen ergänzt. So wurde beispielsweise der Wunsch nach einer möglichst homogenen Chatgruppe geäußert (z.B. „Eine Chatgruppe mit Patientinnen mit gleicher Diagnose, die auch dieselben Medikamente bekommen. Dann kann man sich besser austauschen und auch medizinische Themen besprechen.“).

Zusätzlich dazu wurde vorgeschlagen, zu den im Chat besprochenen Themen eine Art Infopool anzulegen, auf den die Teilnehmerinnen bei Bedarf zurückgreifen könnten („Gut wäre, wenn es zu den speziellen Themen Link-Tipps oder eine pdf-Datei geben würde, die man sich im Anschluss noch mal durchlesen könnte.“).

Was das Teilnahmeverhalten betrifft, lässt sich keine eindeutige Tendenz ablesen. Vier der Frauen, die keine Vorstellung von einer optimalen internetbasierten Nachsorge hatten, stimmten einer Chatteilnahme zu, zwei dagegen lehnten diese ab. Zu den Frauen, die Ideen zur optimalen E-Nachsorge äußerten, zählten sechs Teilnehmerinnen sowie drei Nichteilnehmerinnen.

### Tabelle 139: Vorstellungen von einer optimalen internetbasierten Nachsorge (Mehrfachnennungen)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ideen zur Gruppenleitung</th>
<th>n</th>
<th>Teilnahme (n)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Jederzeit erreichbarer Ansprechpartner</td>
<td>7</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Onkologe als E-mail Kontakt</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Therapeut mit med. Kenntnissen</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>E-mail Kontakt mit Therapeut mehrmals/ Woche</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Frauen mit der gleichen Diagnose und Therapie</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Private Treffen ohne therapeutische Moderation</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PDF-Dateien/ Info-Pool zu besprochenen Themen</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Tabelle 140: Optimierungsvorschläge und Chatteilnahme

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Teilnahme (n)</th>
<th>Nichtteilnahme (n)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ja, ich habe Vorstellungen von einer optimalen E-Nachsorge</td>
<td>6</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Nein, ich habe keine Vorstellungen von einer optimalen E-Nachsorge</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
</tr>
</tbody>
</table>


### 8.2.4.2.11 Erfahrungen der Patientinnen mit dem Internet

#### 8.2.4.2.11.1 Nutzung des Internets

Die Ergebnisse zeigen, dass zwölf der fünfzehn befragten Frauen das Internet im Alltag nutzen, drei haben dagegen gar keine Erfahrung mit dem Internet oder nutzen es nicht.


### Tabelle 141: Wöchentliche Nutzung des Internets

<table>
<thead>
<tr>
<th>Häufigkeit pro Woche</th>
<th>Anzahl (n)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1-2x</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3-4x</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>fast täglich</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Täglich</td>
<td>2</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Aus diesen Ergebnissen lässt sich der Schluss ziehen, dass die Mehrzahl der Betroffenen, die ihre Teilnahmebereitschaft signalisierten, bereits über Erfahrungen im Umgang mit dem Internet verfügten und dieses auch mehrmals die Woche nutzen.

8.2.4.2.11.2 Zugang zum Internet


Die Frau ohne Möglichkeit der Internetnutzung schloss eine Teilnahme an der internetbasierten Nachsorge für sich aus.

Die Voraussetzungen für die Teilnahme an der internetbasierten Nachsorge sind bei der Mehrzahl der Befragten (n=14) gegeben. Dies trägt offensichtlich zu einer erhöhten Teilnahmebereitschaft der Frauen bei (n=9).

---

**Tabelle 142: Chatteilnahme**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Erfahrung mit dem Internet</th>
<th>Chatteilnehmer (n)</th>
<th>Nichtteilnehmer (n)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ja (n=12)</td>
<td>9</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Nein (n=3)</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Tabelle 143: Möglichkeit das Internet zuhause zu nutzen**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Zugang zum Internet</th>
<th>Chatteilnehmer (n)</th>
<th>Nichtteilnehmer (n)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ja (n=14)</td>
<td>9</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Nein (n=1)</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>
8.2.4.2.11.3 Zielsetzung, mit der das Internet genutzt wird


Häufig (n=6) wurde das Internet mit Freizeitvergnügen gleichgesetzt (z.B. Spiele spielen oder Einkaufen; „Um sich informieren zu können, eigentlich einfach nur so aus Spaß.“).

Viele Frauen gaben an (n=5), das Internet zudem täglich im Arbeitskontext zu nutzen („ [...] wir benutzen das Internet zuhause ja auch tagtäglich, weil wir eine eigene Firma haben.“)

Stellt man die Angaben zu genutzten Funktionen des Internets deren Teilnahmebereitschaft gegenüber, zeigt sich, dass vor allem diejenigen Frauen, welche das Internet auch beruflich nutzen und ein sicherer Umgang somit vorausgesetzt werden kann, sich zu einem großen Teil für eine Teilnahme entscheiden.

Tabelle 144: Funktionen des Internets (Mehrfachnennungen) und Teilnahmebereitschaft

<table>
<thead>
<tr>
<th>Zielsetzung</th>
<th>n</th>
<th>Chatteilnahme (n)</th>
<th>Nichtteilnahme (n)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Recherche/schnell verfügbare Informationen</td>
<td>7</td>
<td>5</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>E-Mail</td>
<td>6</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Spaß/Einkaufen</td>
<td>6</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Beruflich</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

8.2.4.2.11.4 Bedeutung des Internets

Für die Mehrzahl (n=10) der befragten Frauen hat das Internet eine große Bedeutung (z.B. „Na ja, ich möchte es eigentlich nicht mehr missen. Man hat sich daran gewöhnt, an die schnelle Verfügbarkeit von Daten, von Informationen und die Weitergabe von E-Mails.“; „ [...] ohne Internet geht es fast gar nicht mehr.“). Drei Frauen, gaben an, dass das Internet für
sie weniger Bedeutung hätte (z.B. „Ginge auch ohne, aber irgendwie gehört es dann auch heute einfach dazu.; „Mittelprächtig, ich bin nicht jeden Tag im Internet.“). Für zwei der befragten Frauen hat das Internet gar keine Bedeutung. In Tabelle 145 werden diese Ergebnisse zusammenfassend dargestellt.

### Tabelle 145: Bedeutung des Internets

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bedeutung</th>
<th>n</th>
<th>Chatteilnahme (n)</th>
<th>Nichtteilnahme (n)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Große Bedeutung</td>
<td>10</td>
<td>9</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Mittlere Bedeutung</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Keine Bedeutung</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Überwiegend entschieden sich diejenigen Frauen, für die das Internet eine große Bedeutung hat, für eine Chatteilnahme. Die Frauen, die dem Internet keine Bedeutung zumessen entschieden sich dementsprechend häufiger gegen die Teilnahme an der Intervention.

#### 8.2.4.2.11.5 Gefahren der Internetnutzung

Mehr als die Hälfte der befragten Frauen (n=6; siehe Tabelle 146) sehen allgemeine Gefahren der Internetnutzung. Vor allem ein Missbrauch von Daten (z.B. „Datenunsicherheit, ich mache z.B. kein Online-Banking“), aber auch die Verletzung der Privatsphäre und eine zu große Datentransparenz im Netz werden gefürchtet (n=3; z.B. „Ja, man kann sich in den Weiten verlieren und Seiten besuchen, wo man zu viel von sich Preis gibt oder deren Besuche verfolgt werden können.“). Hinzu kommt gerade im Hinblick auf die Krebserkrankung die Angst, durch falsche Informationen im Internet verunsichert zu werden (n=2; z.B. „Man kann da auch sehr viel Falsches lesen, man muss sich so informieren, dass man auf die richtigen Seiten gelangt [...]“). Vier Frauen gaben an, keine Bedenken hinsichtlich der Internetnutzung zu haben.
Tabelle 146: Gefahren der Internetnutzung (Mehrfachnennungen) und Chatteilnahme

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bedeutung</th>
<th>( n )</th>
<th>Chatteilnahme (( n))</th>
<th>Nichtteilnahme (( n))</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sicherheit allgemein/Missbrauch von Daten</td>
<td>6</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Verletzung der Privatsphäre</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Falsche Informationen/Verunsicherung</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Versteckte Kosten</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Computer schädigt Gesundheit (orthopädische Schäden)</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Verlust von Grammatik und Sprachkenntnissen</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Keine Bedenken</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Stellt man die jeweiligen Aussagen der Bereitschaft zur Chatteilnahme gegenüber (siehe Tabelle 146), wird deutlich, dass die Mehrzahl der Frauen trotz ihrer Bedenken bezüglich Gefahren der Internetnutzung an einer internetbasierten Nachsorge teilnehmen möchte.

8.2.4.2.11.6 Vorteile der Internetnutzung

Einen großen Vorteil der Internetnutzung stellt für die befragten Frauen vor allem die Möglichkeit dar, schnell und unkompliziert an gewünschte Informationen gelangen zu können \((n=12; \text{"Informationen, dass man die ganz schnell haben kann und nicht erst irgendwelche Bücher besorgen muss und nachschlagen. Man setzt sich vor den Computer und guckt und guckt und sucht sich dann das Optimalste raus, wo man denkt, das ist es!"; \"Dass es jederzeit möglich ist an Informationen zu gelangen, riesengroßes Lexikon."}) Aber auch die Möglichkeit E-Mails zu schreiben und Kontakte zu pflegen wurden als Vorteile des Internets genannt \((n=6; \text{z.B. \"Die schnelle Informationsquelle, der einfache Postweg mit E-Mails und auch Preisvergleiche.\")}. Lediglich eine Frau sah keine Vorteile einer Internetnutzung (siehe Tabelle 147).
**Tabelle 147: Vorteile der Internetnutzung (Mehrfachnennungen) und Bereitschaft zur Chatteilnahme**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vorteile</th>
<th>n</th>
<th>Chatteilnahme (n)</th>
<th>Nichtteilnahme (n)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>schnelle Information</td>
<td>12</td>
<td>9</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>E-Mail/Kontakte pflegen</td>
<td>6</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Praktisch/bequem von zuhause aus</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Keine Vorteile</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Der größte Anteil der befragten Frauen gab an, die Möglichkeiten des Internets zu schätzen und am Chat teilnehmen zu wollen. Auch die Nichtteilnehmerinnen sahen durchaus Vorteile des Internets im Alltag.

**8.2.4.2.11.7 Forumsdiskussion**


**Tabelle 148: Forumsdiskussion und Chatteilnahme**

<table>
<thead>
<tr>
<th>„Forumsdiskussion“ bekannt?</th>
<th>n</th>
<th>Chatteilnahme (n)</th>
<th>Nichtteilnahme (n)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ja</td>
<td>11</td>
<td>10</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Nein</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Erwartungsgemäß zeigt sich auch hier, dass die Frauen, die Erfahrungen im Umgang mit dem Medium Internet haben auch eher bereit sind an der Chatintervention teilzunehmen.
8.2.4.2.11.8 Erfahrungen mit dem Chat

Die Mehrzahl der Frauen (n=14, siehe Tabelle 149) gab an, noch nie an einem Chat teilgenommen zu haben. Neun der befragten Frauen äußerten trotz fehlender Chat-Erfahrung den Wunsch, an der Intervention teilzunehmen. Fünf entschieden sich gegen eine Inanspruchnahme des E-Angebots.

Tabelle 149: Erfahrungen mit einem Chat und Vergleich mit der Bereitschaft zur Chatteilnahme.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Erfahrungen mit einem Chat</th>
<th>n</th>
<th>Chatteilnahme (n)</th>
<th>Nichtteilnahme (n)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ja</td>
<td>14</td>
<td>9</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Nein</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Fehlen von Chat-Erfahrung für die befragten Frauen scheinbar kein Hindernis darstellt, an der Intervention teilzunehmen.

8.3 Arbeitsschritt 3

8.3.1 Methode und Stichprobe


Insgesamt konnten fünf an der Studienkoordination und -durchführung beteiligte Personen bezüglich hemmend und förderlich wirkender Faktoren auf die Umsetzbarkeit und Implementierung des E-Nachsorgeangebotes befragt werden. Zusätzlich dazu erklärten sich sieben der insgesamt neun Chattherapeuten - jeweils drei klinikinterne sowie vier externe - mit einer Befragung zur Feasibility der Chatintervention einverstanden. Die Befragungen dauerten zwischen 30 und 60 Minuten. Die Themenbereiche des strukturierten Interviewleitfadens für die Befragung zur klinikinternen Studienkoordination umfassen:

- Personal- und Zeitaufwand
- Räumliche und technische Voraussetzungen
- Organisation und Durchführung der Patienteninformationsveranstaltung

Die Chattherapeuten wurden zu folgenden Aspekten der Umsetzbarkeit der Chatintervention befragt:

- Telefonischer Vorkontakt
- Vor- und Nachbereitung der Chatsitzungen
- Telefonische Bereitschaft
- Frequenz und Dauer der einzelnen Chatsitzungen
- Gesamtdauer der Intervention
- Technik und Chatoberfläche
- Inanspruchnahme des technischen Telefonsupportes

**Tabelle 150: Stichprobe Studienbeteiligte**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pseudonym</th>
<th>Funktion im Rahmen der Studie</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Klinik 1</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>A</td>
<td>Studienkoordination/Rekrutierung/Patienteninformationsveranstaltung</td>
</tr>
<tr>
<td>D</td>
<td>Studienkoordination</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Klinik 2</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>B</td>
<td>Studienkoordination/Rekrutierung/Patienteninformationsveranstaltung</td>
</tr>
<tr>
<td>C</td>
<td>Patienteninformationsveranstaltung</td>
</tr>
<tr>
<td>E</td>
<td>Studienkoordination</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Chatintervention</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>F</td>
<td>Chattherapeut intern</td>
</tr>
<tr>
<td>G</td>
<td>Chattherapeut extern</td>
</tr>
<tr>
<td>H</td>
<td>Chattherapeut extern</td>
</tr>
<tr>
<td>I</td>
<td>Chattherapeut intern</td>
</tr>
<tr>
<td>J</td>
<td>Chattherapeut extern</td>
</tr>
<tr>
<td>K</td>
<td>Chattherapeut extern</td>
</tr>
<tr>
<td>L</td>
<td>Chattherapeut intern</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Aufgrund der kleinen Stichprobengröße soll an dieser Stelle auf eine inhaltssanalytische Auswertung verzichtet werden.
Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den identifizierten institutsseitigen Faktoren tabellarisch dargestellt und zusammengefasst.

8.3.2 Ergebnisse

8.3.2.1 Befragung der Studienkoordinatoren

8.3.2.1.1 Personalaufwand

Die Auswertung der Interviews mit den Studienbeteiligten macht deutlich, dass die Umsetzung der Studie in den Kliniken einen erheblichen Personalaufwand erforderte (siehe Tabelle 151; z.B. Also es war schon viel Aufwand.; Also das war richtig viel.; Also das war schon sehr, sehr aufwendig. Also das war schon, ja manchmal nicht angenehm.; Also es war ein großer Zeitaufwand, weil in der Tat viele Personen involviert waren, aber die haben das effizient getan und die Koordination lief aus meiner Sicht der Dinge recht gut.). Neben dem Verwaltungspersonal, welches hauptsächlich mit der Rekrutierung von Patienten anhand von Anreiselisten und dem Codieren und Verteilen von Fragebögen beauftragt war, wurde auch das medizinische Personal in den Rekrutierungsprozess eingebunden (z.B. Die Ärzte mussten auch. […] also einmal der Arzt, der aufnehmende Arzt, der Bezugsarzt. Der hat ja auch die Studie angesprochen. Dann während der Visite der Chefarzt, […] und dann später auch Dr.*. Die haben ja während der Visite dann auch immer noch mal drauf hingewiesen.). Neben dem Verwaltungsaufwand, der den Kliniken durch die Evaluation der Studie entstand (z.B. die Rekrutierung, Auswahlfragebögen verteilen, auswerten […] ), wurde auch Personal zur Durchführung der wöchentlichen Patienteninformationsveranstaltung mit anschließendem Probechat benötigt (z.B. War immer unterschiedlich, so 45 bis 60 Minuten ungefähr). In einer der kooperierenden Kliniken mussten zusätzlich zwei Haustechniker für den Auf- und Abbau der technischen Geräte zur Durchführung des wöchentlichen Probechats eingesetzt werden ([…] und die Haustechnik hat das natürlich beschäftigt, […]. Also die haben regelmäßig jeden Freitag die Technik, die Computer aufgebaut und abgebaut, die hat das auch sehr gefordert. Die waren natürlich zusätzlich jede Woche sicher eine dreiviertel Stunde, Stunde damit beschäftigt.).

Der gesamt zeitliche Personalaufwand wird von den Studienkoordinatoren beider Kliniken auf drei bis 10 Stunden geschätzt (z.B. Ich schätze insgesamt eine Stunde Auf- und Abbauzeit […] 20 Minuten, also 40 Minuten, 80 Minuten Arbeitszeit [2 Haustechniker] Dann
Rekrutierung der Patienten aus den Anreiselisten, ich schätze auch mindestens eine halbe Stunde pro Woche, dann sind wir bei 110 Minuten, Durchführung der ganzen Geschichte, eine Stunde, sind 170 Minuten. […] dann das Verteilen der Bögen, das Einsammeln, das Weiterleiten, das würde ich auch nicht unterschätzen. 170, 180, also es sind sicherlich gut 3 Stunden Minimum pro Woche gewesen. […] Ganz schwer zu schätzen. Also es fängt mit der Schulung an, das war sicher eine Stunde, mit auf- und abbauen eher eineinhalb die Rekrutierung, Auswahlfragebögen verteilen, auswerten, das waren sicherlich auch noch mal ein bis zwei Stunden, vielleicht eher zwei in der Woche, das waren sicher - ich schätze mal vier Stunden jetzt, plus, minus vielleicht eine Stunde; Also es war schon, ich glaube, 10 Stunden, waren das in der Woche. Also das war richtig viel."

Tabelle 151: Personal- und Zeitaufwand

<table>
<thead>
<tr>
<th>Person</th>
<th>Kommentare</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>A</td>
<td>Ich habe das als großen und zusätzlichen Aufwand erlebt und mit relativ geringem Ertrag, also es hat sich pro Anreise vielleicht ein Patient gefunden, der es gut fand von 70, 80 - ne? Das ist also im Verhältnis zum Aufwand ist der Ertrag dann sehr gering. Also ich würde es nicht in die Routine einbauen, weil es eben eine Menge Arbeit ist und die Frage ist, was ist eben der Nutzen? Also es gibt immer wieder ein, zwei, die davon sehr profitiert haben, aber es waren doch sehr wenige. Also ich würde es nicht einbauen.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Person | Kommentare
--- | ---
| Anschriften, Hinweis und dass das alles zu Studienzwecken usw. Dann sind die Leute gekommen, musste hier alles vorbereitet werden in dem Raum. Dann waren die, dann musste ich die Abreiselisten drucken, markieren, dass die dann ihre Fragebögen zum Schluss noch bekommen haben. Ja, wenn, das war ja noch die Zeiten, da war die Klinik immer voll belegt und das war schon eine Menge. Und dann konnte ich das ja auch nicht mehr leisten, dann ist ja die Praktikantin gekommen oder die Studentin, da ist ja die Studentin gekommen und hat das gemacht mit der Infoveranstaltung. Also das, diese Fragebögen haben sie nach Hause gekriegt. Die musste ich dann ja aus der Akte auch noch rausnehmen und sortieren und habe die Namen draufgeschrieben, dass ich dann den Endfragebogen dazu ordnen konnte. Also es war schon, ich glaube, 10 Stunden, waren das in der Woche. Also das war richtig viel. Ja, dann haben sie ja die Einladungen bekommen mit dem Anschriften.

Also es war schon sehr aufwendig. Ich konnte dann so einige Sachen die ich hier so pflege im Kontaktprogramm mit Patientendaten eingeben und so, das ist in der Zeit auf der Strecke geblieben, weil ich das technisch, also zeittechnisch überhaupt nicht hingekriegt habe. Also, da sind schon einige Sachen so auf der Strecke geblieben. Es sind viele Überstunden für mich angefallen, damit ich überhaupt ja meine normale Arbeit erledigen konnte. Das war schon.

Also das war schon sehr, sehr aufwendig. Also das war schon, ja manchmal nicht angenehm. Dann sollte ich keine Überstunden machen und dann sage ich ja, ich muss doch meine Arbeit auch schaffen und soll aber auch rekrutieren und, wie soll ich es denn machen? Also das war schon, war für mich war es nicht so angenehm. Ich habe es gerne gemacht und es hat mir Spaß gemacht, aber manchmal habe ich dann auch gesagt oh nee, jetzt hast du keine Lust mehr. Weil ich da auch immer sehr gewissenhaft bin. […]

C | War immer unterschiedlich, so 45 bis 60 Minuten ungefähr
[Dauer Patienteninformationsveranstaltung/Woche].

E | Befragte Person E (Studienkoordination)

Also ich bin der Meinung, dass so die Logistik der Realisation hier so optimal wie es unsere technischen Möglichkeiten hergaben, gelaufen ist. Also es war ein großer Zeitaufwand, weil in der Tat viele Personen involviert waren, aber die haben das effizient getan und die Koordination lief aus meiner Sicht der Dinge recht gut. […] klar, es war immer unter Zeitdruck und musste schnell geschehen, dass wir die Laptops angeschafft haben, und da waren dann auch tatsächlich mal Telefonate nach ganz oben nötig, aber es hat funktioniert und das ging, und das war in Ordnung. Also das war schon okay. Wüsste ich nicht, was wir technisch hier anders oder besser hätten machen können. Nein.

**8.3.2.1.2 Räumliche und technische Voraussetzungen**

Zu den für die Studiendurchführung benötigten räumlichen und technischen Voraussetzungen zählen:
- ein Vortragsraum für Patienteninformationsveranstaltung und Probe-Chat

- PCs und Beamer für Studienvortrag und Chat-Übung

- Internetverbindung.

Beide Kliniken verfügen über einen Vortragsraum mit vorinstalliertem Beamer und Vortrags-PC. Die für die Chat-Übung benötigten Möbel und zusätzlichen PCs (ca. vier bis fünf) mussten für eine der beteiligten Kliniken neu angeschafft werden ([…], die [Computer] sind extra angeschafft worden. […] Also auch das Mobiliar, die Tische, extra Stühle. Also das ist extra alles für den Chat dann angeschafft worden.), in einer Klinik war die Ausstattung bereits komplett vorhanden, wenn zum Teil auch ein wenig veraltet (z.B. Also die technischen Voraussetzungen mussten wir nicht schaffen, die waren da. Also wir haben keine [Computer] angeschafft extra dafür, wir hatten welche […][…] gab es schon mal mit einem Laptop, das so ein bisschen altersschwach war, aber das war eigentlich kein großes Problem, dass es nicht so perfekt gelaufen ist. Also ich habe das nie als Problem empfunden.). Auch über einen Internetanschluss verfügten beide Einrichtungen bereits im Voraus (z.B. Das [Internet] war vorher schon da. Ja, kann man sagen, die Infrastruktur war da.), allerdings mussten die PCs einmalig für die geplanten Chat-Schulungen eingerichtet und eine Internetverbindung installiert werden (In der Klinik ja, Internet gab es. […] unten in der Halle haben wir, an der Rezeption haben wir einen Internetcomputer. […] Aber hier oben musste das in dem Raum, da musste das installiert werden.). Während die PCs in einer Klinik einen festen Platz hatten, mussten diese in der anderen Klinik jedes Mal auf- und anschließend wieder abgebaut werden. In Tabelle 152 werden die zu diesem Thema kategorisierten Aussagen noch einmal aufgeführt.
Tabelle 152: Räumliche und technische Voraussetzungen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Person</th>
<th>Kommentare</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>A</td>
<td>Also die technischen Voraussetzungen mussten wir nicht schaffen, die waren da.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Also wir haben keine [Computer] angeschafft extra dafür, wir hatten welche […]</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Das [Internet] war vorher schon da. […] Ja, kann man sagen, die Infrastruktur war da.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>[…] gab es schon mal mit einem Laptop, das so ein bisschen altersschwach war, aber das war eigentlich kein großes Problem, dass es nicht so perfekt gelaufen ist. Also ich habe das nie als Problem empfunden.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>[…] das war halt alles da, es musste keiner was aufbauen.</td>
</tr>
<tr>
<td>B</td>
<td>In der Klinik ja, Internet gab es. […] unten in der Halle haben wir, an der Rezeption haben wir einen Internetcomputer. […] Aber hier oben musste das in dem Raum, da musste das installiert werden.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nee, die [Computer] sind extra angeschafft worden. […] Also auch das Mobiliar, die Tische, extra Stühle. Also das ist extra alles für den Chat dann angeschafft worden.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

8.3.2.1.3 Patienteninformationsveranstaltung

8.3.2.1.3.1 Rekrutierung und Vorbereitung

Zur Vorbereitung der wöchentlichen Patienteninformationsveranstaltung, welche der Aufklärung und Rekrutierung von Studienteilnehmern dienen sollte, zählten das Herausfiltern von Patienten, welche die Einschlusskriterien erfüllten, die anschließende schriftliche Einladung zur Veranstaltung, das Herrichten des Vortragraumes und ggf. den Aufbau der technischen Geräte für die anschließende Chat-Übung. Als besonderer Aufwand werden in diesem Zusammenhang die Auswahl der Patienten für die Veranstaltung (z.B. Also, wenn ich mal schätze, wir haben vielleicht eine Anreise von 60 bis 80 Patienten, da haben wir sicher zwei Drittel davon eingeladen. […] und dann hat das organisatorisch einen ganz großen Aufwand eben bedeutet. Das hat aber auch dazu geführt, dass wir alle die, die sich potenziell dafür interessiert haben, gefunden haben, wo sich sicher 98 Prozent der Patienten, die wir angesprochen haben, ist jetzt eine geschätzte Zahl, dafür nicht interessiert haben. Das war ein großer Aufwand - ne? Was aber letztendlich daran liegt, dass es eben auch noch ein Angebot ist für eine kleine Minderheit. Und die haben wir in großem Aufwand eben gesucht und alle Patienten durchgesiebt quasi, die angereist sind, um die ein, zwei pro Anreise zu finden, die
Das machen. [...] Also, bis wir dieses System hatten mit den wöchentlichen Schulungen, war es ein bisschen schwierig, aber danach lief das eigentlich ganz gut.; siehe Tabelle 153), der regelmäßige Auf- und Abbau der PCs in einer der Kliniken (Na ja, es ist insofern relativ aufwendig gewesen vom technischen Ablauf her, als dass wir keine Räume hatten, in denen die technischen Geräte installiert waren, d. h. es mussten jedes Mal PC's aufgebaut und wieder abgebaut werden.; siehe Tabelle 154) sowie das Auftreten technischer Störungen betont (z.B. [...] es gab auch ab und zu mal technische Probleme, da haben die Dinger nicht funktioniert, da mussten wir das halt ausfallen lassen aber das lag an internen Sachen, weswegen die nicht funktioniert haben. [...] Ja, das war zum Beispiel das dann das Netzwerk hält nicht ging und das ist dann ein bisschen blöd, wenn es dann auf einmal nicht funktioniert und man kann sich nicht einloggen, weil kein Internet verfügbar ist. Deswegen aber das lag immer an uns, immer in der Regel; siehe Tabelle 154).

Die Ergebnisse der Befragung zur Rekrutierung und Einladung von Patienten zur Informationsveranstaltung machen deutlich, dass bei der Auswahl der für eine Studienteilnahme geeigneten Personen ein großer Optimierungsbedarf besteht. Alle in den Kliniken beteiligten Personen nehmen in den Interviews Bezug auf dieses kritische Thema (z.B. [...] ist es immer etwas ein bisschen schwierig Leuten zu erzählen irgendwas, die keine Lust haben bzw. überhaupt gar keinen Computer haben und deswegen gleich dem negativ gegenüber eingestellt sind oder wie gesagt dann rausgehen. Das ist echt ganz komisch, vor allen Dingen weil sie dann auch noch andere Leute, die vielleicht neutral waren, auch rausgehen, oh ich verschwende hier meine Zeit; Ich finde es unsäglich, die Patienten alle, alle, alle die in Frage kommen, auch 80-, 90-Jährige einzuladen und die müssen dann selbst aufstehen oder/ und wieder gehen, weil sie gar keinen PC haben oder nicht wissen, wie das funktioniert, das ist ja auch für die beschämend.; siehe Tabelle 153) und äußern eine Reihe von Verbesserungsvorschlägen (z.B. Ja, ich denke, man könnte an anderer Stelle rekrutieren. Vielleicht, wenn man Leute sucht, die das Internet nutzen als Medium, auch im Internet zu rekrutieren. Das würde viel naheliegender sein oder Patienten oder andere Patientengruppen zu nehmen, also die anzusprechen, die offener sind für Chat, für Internet, also jetzt nicht - ich sage mal Prostatapatienten zu nehmen, die sicherlich da so im Schnitt - der typische Prostatapatient ist ja eher so 60, 70 Jahre alt, das sind nicht die Leute, die das dann gerne machen - ne - nicht die Hauptzielgruppe. Also irgendwo hinzugehen, wo man diese Leute auch findet und die Zielgruppe anders wäre.; Ja, ich denke, man könnte an anderer Stelle rekrutieren. Vielleicht, wenn man Leute sucht, die das Internet nutzen als Medium, auch im Internet zu rekrutieren. Das würde viel naheliegender sein oder Patienten oder andere Patientengruppen zu nehmen,
also die anzusprechen, die offener sind für Chat, für Internet, [...]. Also irgendwo hinzugehen, wo man diese Leute auch findet und die Zielgruppe anders wäre.; Was sicherlich klug wäre, wäre in Patientenmagazinen, insbesondere im Selbsthilfereich, Werbung dafür zu machen. Das heißt also, dafür zu sensibilisieren. Im K-Journal z. B. [...] [siehe Tabelle 153].

**Tabelle 153: Rekrutierung**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Person</th>
<th>Kommentare</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>A</td>
<td>Also, wenn ich mal schätze, wir haben vielleicht eine Anreise von 60 bis 80 Patienten, da haben wir sicher zwei Drittel davon eingeladen. Mhm, man kann generell bei der Rekrutierung was anders machen, also nicht vielleicht in der Klinik rekrutieren, sondern an anderen Stellen. Ich denke, bei uns im Haus ist es letztendlich ganz gut gelaufen, obwohl wir auch erst mehrere Möglichkeiten durchdacht haben, wie wir jetzt die Patienten rekrutieren. Ich habe zuerst überlegt, die Patienten gezielt anzusprechen, also nur die, von denen wir wissen oder hoffen, dass sie Interesse haben, dann sind wir immer dazu übergegangen, alle Patienten, die infrage kommen, pro Anreise wirklich auch gezielt einzuladen und anzusprechen, und dann hat das organisatorisch einen ganz großen Aufwand eben bedeutet. Das hat aber auch dazu geführt, dass wir alle die, die sich potenziell dafür interessiert haben, gefunden haben, wo sich sicher 98 Prozent der Patienten, die wir angesprochen haben - ist jetzt eine geschätzte Zahl - dafür nicht interessiert haben. Das war ein großer Aufwand - ne? Was aber letztendlich daran liegt, dass es eben auch noch ein Angebot ist für eine kleine Minderheit. Und die haben wir in großem Aufwand eben gesucht und alle Patienten durchgesiebt quasi, die angereist sind, um die ein, zwei pro Anreise zu finden, die das machen. Ja, ich denke, man könnte an anderer Stelle rekrutieren. Vielleicht, wenn man Leute sucht, die das Internet nutzen als Medium, auch im Internet zu rekrutieren. Das würde viel naheliegender sein oder Patienten oder andere Patientengruppen zu nehmen, also die anzusprechen, die offener sind für Chat, für Internet, also jetzt nicht - ich sage mal Prostatapatienten zu nehmen, die sicherlich da im Schnitt - der typische Prostatapatient ist ja eher so 60, 70 Jahre alt, das sind nicht die Leute, die das dann gerne machen - ne - nicht die Hauptzielgruppe. Also irgendwo hinzugehen, wo man diese Leute auch findet und die Zielgruppe anders wäre. Wir haben die Patienten eingeladen, und in der Veranstaltung informiert, und das ist schon so hier mit dem und dem dann gut gelaufen. Man muss natürlich immer auch sehen, dass viele Patienten sehr viele Anwendungen haben und das ist schon ein Erfolg, wenn man sie überhaupt irgendwie dann in den Plan reinwürgt - ne, solange hier eben die Möglichkeit gibt, sich zu informieren, dann ist das schon eine ganze Menge, also das hat sich so - wie lange haben wir das gemacht, zwei Jahre hier im Haus sicher - ne - irgendwann auch gut eingespielt. Also, bis wir dieses System hatten mit den wöchentlichen Schulungen, war es ein bisschen schwierig, aber danach lief das eigentlich ganz gut.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

C   | [...] so über 30 [Einladungen zur Patienteninformationsveranstaltung pro Woche] waren es doch schon

Genau, nur wie gesagt, halt mit den Punkten, dass es besser vorher ausgesucht wird, wer denn ein möglicher Teilnehmer ist und das ist halt wichtig.

Also wie gesagt, das Problem war ja, der Chefarzt hat mir ja geschworen, er hat ja gesagt, ich sage denen das jedes Mal und dann nee nee, und dann habe ich gefragt, hat ihnen das keiner gesagt. Nee, hat mir keiner gesagt. Also die Leute hören auch nicht wirklich zu, das ist das Problem.

[..] es waren also von zwei, ich glaube der Rekord, das waren 14 oder 15 [Teilnehmer].

[..] fände ich wichtig, dass auch wirklich nur Leute da in die Gruppen kommen, die schon sich diesen Flyer auch wirklich durchgelesen haben und das auch verstehen, weil sonst ist es immer ein bisschen schwierig Leute zu erzählen irgendwas, die keine Lust haben bzw. überhaupt gar keinen Computer haben und deswegen gleich dem negativ gegenüber eingestellt sind oder wie gesagt dann rausgehen. Das ist ganz komisch, vor allen Dingen weil sie dann auch noch andere Leute, die vielleicht neutral waren, auch rausgehen, oh ich verschwendete hier meine Zeit oder irgendwie so was. Das ist dann ein bisschen blöd. Oder warum bin ich jetzt hier eingeladen worden, jetzt bin ich mit meinem Rollator extra hergekommen, habe den Raum gesucht nachmittags, wo ich jetzt hätte eigentlich spazieren gehen können oder so was.

[..] Und checken ob sie denn die Voraussetzung mitbringen, also Computer haben. Außerdem würde ich jetzt nicht, ich weiß jetzt nicht warum das so gemacht wurde, auf spezielle Krankheitsgruppen begrenzen, weil dadurch halt die Teilnehmerzahl sowieso schon relativ gering gehalten ist.

Na ja, es war dann auch so, dass manche gesagt haben, bei der Chefarztsvisite, (...) Internet, Computer habe ich überhaupt nicht. Und dann hat der Chefarzt auch gesagt, nee dann müssen sie da gar nicht hingehen.

Also, nein. Jetzt in der konkreten Durchführung nicht. Was sicherlich klug wäre, wäre in Patientenmagazinen, insbesondere im Selbsthilfebereich, Werbung dafür zu machen. Das heißt also, dafür zu sensibilisieren. Im K-Journal z. B. oder wie immer diese Blätter heißen mögen."

Also mit dem Klientel was wir hier in der Klinik haben, haben wir das Beste gemacht, um so viele wie möglich Patienten zu rekrutieren, aber wir können uns ja jetzt keine Zauberer einfallen lassen, dass wir noch effizienter mehr Patienten rekrutieren. Ich finde es unsäglich, die Patienten alle, alle, alle die in Frage kommen, auch 80-, 90-Jährige einzuladen und die müssen dann selbst aufstehen oder/ und wieder gehen, weil sie gar keinen PC haben oder nicht wissen, wie das funktioniert, das ist ja auch für die beschämend.

[..] ja, das ist nicht schön, das ist für die Atmosphäre in der Gruppe ganz schlecht, wenn hier erst
Person | Kommentare
--- | ---
| geklärt wird, wie ist der Zugang und was macht Sinn oder der Chattherapeut der Infoveranstaltung dann erst sagt „Ach nein, für Sie ist das nicht geeignet, dann können Sie jetzt gehen“, das ist ganz unsäglich, aber wir hätten das anders kaum - wie denn? Wir hätten Fragebogen nach Hause schicken müssen „Haben Sie einen PC? Können Sie den bedienen? Wäre Sie bereit, an einer Chatgruppe teilzunehmen?“, und das hätte ich für absolut unrealistisch gehalten. Die armen Patienten bekamen in ihrer Situation schon einen wirklich richtig dicken Anamnesebogen von uns, den häufig die Partner ausfüllen.

**Tabelle 154: Vorbereitung von Räumen und Technik**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Person</th>
<th>Kommentare</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>D</td>
<td>Na ja, es ist insofern relativ aufwendig gewesen vom technischen Ablauf her, als dass wir keine Räume hatten, in denen die technischen Geräte installiert waren, d. h. es mussten jedes Mal PC's aufgebaut und wieder abgebaut werden.</td>
</tr>
<tr>
<td>C</td>
<td>[…] wir haben einen Raum, Nr.*. […] Genau, da gibt es ja 4 Laptops und die waren halt permanent in diesem Raum und die waren halt auch angeschlossen. Das hat auch meistens funktioniert. Und das war halt, die Ausstattung, ich weiß gar nicht woher die Ausstattung kam, auf jeden Fall, das war immer da. Also man musste nicht unbedingt was aufbauen. Das einzige was ich aufbauen musste, ich musste halt noch den Laptop mit Beamer aufbauen. […] es gab auch ab und zu mal technische Probleme, da haben die Dinger nicht funktioniert, da mussten wir das halt ausfallen lassen aber das lag an internen Sachen, weswegen die nicht funktioniert haben. […] Ja, das war zum Beispiel das dann das Netzwerk halt nicht ging und das ist dann ein bisschen blöd, wenn es dann auf einmal nicht funktionierte und man kann sich nicht einloggen, weil kein Internet verfügbar ist. Deswegen aber das lag immer an uns, immer in der Regel</td>
</tr>
<tr>
<td>B</td>
<td>Wir haben das ja vorher immer ausprobiert und da hatten wir des Öfteren Probleme überhaupt jetzt ins Internet zu kommen. Manchmal ging’s halt nicht. Aber ob das jetzt, also woran das gelegen hat, das kann ich gar nicht wirklich sagen. Es war schon schwierig aber […]</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**8.3.1.3.2 Zeitliche Organisation und Verbindlichkeit**

Als weiterer, auf die Durchführung der Patientenschulung hemmend wirkender Faktor und zusätzlicher Aufwand, muss die zeitliche Integration der Patienteninformationsveranstaltung in den individuellen Behandlungs- und Therapieplan der Patienten betrachtet werden. Klinikübergreifend kamen Patienten zu spät oder verließen den Studienvortrag vorzeitig, was sowohl von Referentenseite als störend empfunden wurde als auch einen negativen Einfluss auf
die Teilnahmebereitschaft der übrigen Interessenten hatte ([…]) dann fehlt denen ja wieder die Einleitung und das grundlegende Wissen und das ist dann halt ein bisschen blöd, dann halt immer wieder noch mal von vorne anzufangen und das war vielfach halt der Fall. ([…]) dann ist es auch für die Leute nicht gut und für mich ist es ja selbst nicht gut, wenn dann andauernd, jede Minute kommt noch einer rein. Das ist dann ein bisschen anstrengend. ([…]) ich empfinde es eher als schlecht, weil die auch die anderen negativ dann beeinflussen.)

Ursachen hierfür sehen die Befragten zum Einen in der Rekrutierungsstrategie (Also wenn man das am Anfang besser rausfiltert, dass Leute die nicht für die Studie geeignet sind, also keinen Computer haben oder so was, dann vielleicht nicht in der Veranstaltung sind.) und zum Anderen in der zeitlichen Planung und Verbindlichkeit der Teilnahme (Also die kamen auch erst zum Probechatten, weil sie vorher eine andere Anwendung hatten - ne? Es ist immer schwer zu sagen, warum die Leute gehen, aber diese Infoveranstaltung ist auch mitunter überplant worden, weil es als Vortrag lief hier im Haus, und Vorträge sind prinzipiell überplanbar, um die Gruppenanwendung eben auch machen zu können - ne, weil die eben auch Vorfahrt haben. Ja. […] das war oft eine Termsache. Viele Leute haben halt auch in dieser Veranstaltung in dieser Stunde nicht eine Stunde frei gehabt, sondern eine halbe.; siehe Tabelle 155).

Tabelle 155: Zeitliche Organisation und Verbindlichkeit

<table>
<thead>
<tr>
<th>Person</th>
<th>Kommentare</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>A</td>
<td>Also die kamen auch erst zum Probechatten, weil sie vorher eine andere Anwendung hatten - ne? Es ist immer schwer zu sagen, warum die Leute gehen, aber diese Infoveranstaltung ist auch mitunter überplant worden, weil es als Vortrag lief hier im Haus, und Vorträge sind prinzipiell überplanbar, um die Gruppenanwendung eben auch machen zu können - ne, weil die eben auch Vorfahrt haben. Ja. […] das war oft eine Termsache. Viele Leute haben halt auch in dieser Veranstaltung in dieser Stunde nicht eine Stunde frei gehabt, sondern eine halbe.</td>
</tr>
<tr>
<td>B</td>
<td>Also das wurde terminiert. Das war dann durch die Markierung die ich gemacht habe, ist das ja auf dem Anwendungsbogen in die Terminierung gegangen und die haben den Termin festgesetzt. Aber ja, sind halt nicht, wir hatten ja dann noch Anschreiben dazu zu den Einladungen und ja da sind die dann nicht […]</td>
</tr>
<tr>
<td>C</td>
<td>Deswegen, aber ein negativer Punkt fällt mir noch ein. Es ging halt um **Uhr los und die wenigsten, ich weiß nicht warum das nur hier ist, ist auch hier bei den Therapeuten immer, die kommen immer zu spät und wenn Patienten dann halt um **Uhr [10 Minuten später] reinkommen, dann fehlt denen ja wieder die Einleitung und das grundlegende Wissen und das ist dann halt ein bisschen blöd, dann halt</td>
</tr>
</tbody>
</table>
immer wieder noch mal von vorne anzufangen und das war vielfach halt der Fall. Ich weiß nicht ob man sich da was überlegen kann, dass man das früher terminiert und dann. [...] dann ist es auch für die Leute nicht gut und für mich ist es ja selbst nicht gut, wenn dann andauernd, jede Minute kommt noch einer rein. Das ist dann ein bisschen anstrengend.

Also wenn man das am Anfang besser rausfiltert, dass Leute die nicht für die Studie geeignet sind, also keinen Computer haben oder so was, dann vielleicht nicht in der Veranstaltung sind. Das mögen vielleicht andere Referenten anders sehen als ich, ich empfinde es eher als schlecht, weil die auch die anderen negativ dann beeinflussen.

8.3.2.2 Befragung der Chattherapeuten

Zu den Aufgaben der Chattherapeuten gehörte zunächst ein einmaliger telefonischer Vorkontakt mit den Patienten der jeweiligen Chatgruppe (s. Abschnitt „Intervention“). Dieser dauerte in der Regel 5 bis 10 Minuten, konnte aber auch - je nach Bedarf des Patienten – bis zu 45 Minuten dauern. Dieser Vorkontakt wird von lediglich einer befragten Person als zeitaufwändig empfunden (Ich habe mit viel Zeitaufwand mich bemüht und habe einige Wenige erreichen können.). Die übrigen Therapeuten äußerten sich dazu in keiner Weise negativ, zwei bewerten diesen Vorkontakt positiv (Ich fand das jetzt nicht besonders aufwendig...so ein Vortelefonat hat mich in der Regel...ach, lass es eine Viertelstunde gewesen sein. Da fand ich den Benefit dann, also das was ich gerade gesagt hatte, wiegt bei weitem dem Aufwand.; Bei manchen ging das relativ schnell, bei manchen waren das aber auch relativ lange Gespräche also irgendwo so zwischen 10 Minuten bei denen, wo es schnell ging, bis hin zu einer Dreiviertelstunde, wo wirklich viele Themen so aufkamen. Und da hatte ich das Gefühl, es ist auch gut, sich die Zeit zu nehmen dafür.; siehe Tabelle 156).
Tabelle 156: Telefonischer Vorkontakt

<table>
<thead>
<tr>
<th>Person</th>
<th>Kommentare</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>H</td>
<td>Ich fand das jetzt nicht besonders aufwendig... so ein Vortelefonat hat mich in der Regel... ach, lass es eine Viertelstunde gewesen sein. Da fand ich den Benefit dann, also das was ich gerade gesagt hatte, wiegt bei weitem dem Aufwand.</td>
</tr>
<tr>
<td>G</td>
<td>Fünf bis zehn Minuten.</td>
</tr>
<tr>
<td>I</td>
<td>5 bis 10 Minuten.</td>
</tr>
<tr>
<td>J</td>
<td>Bei manchen ging das relativ schnell, bei manchen waren das aber auch relativ lange Gespräche also irgendwo so zwischen 10 Minuten bei denen, wo es schnell ging, bis hin zu einer Dreiviertelstunde, wo wirklich viele Themen so aufkamen. Und da hatte ich das Gefühl, es ist auch gut, sich die Zeit zu nehmen dafür.</td>
</tr>
<tr>
<td>K</td>
<td>10 - 15 Minuten, so was? Ja, würde ich sagen!</td>
</tr>
<tr>
<td>F</td>
<td>Ja. Ich habe mit viel Zeitaufwand mich bemüht und habe einige Wenige erreichen können. Das war so minimal fünf bis zehn Minuten, maximal eine halbe Stunde.</td>
</tr>
<tr>
<td>L</td>
<td>Schwer zu sagen, das waren wenige Minuten, manche haben's kurz gemacht - ne, fünf Minuten, ich habe auch mit ein, zwei Leuten länger gesprochen, weil ich gern habe, die haben einen größeren Redebedarf, das waren vielleicht fünf bis zehn Minuten. Aber nie länger als eine Viertelstunde.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die telefonische Bereitschaft der Chattherapeuten, jeweils eine halbe Stunde vor Chatbeginn sowie direkt im Anschluss an jede Chatsitzung, wurde kaum in Anspruch genommen (siehe Tabelle 157). Sie sollte aber im Rahmen des Kriseninterventionsplanes beibehalten und gegebenenfalls auf jeweils 15 Minuten gekürzt werden.

Tabelle 157: Telefonische Bereitschaft

<table>
<thead>
<tr>
<th>Person</th>
<th>Kommentare</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>K</td>
<td>Gar nicht [in Anspruch genommen worden]. Also ich habe es am Anfang, glaube ich, auch noch mal reingeschrieben, dass sie das machen können, so. Und ich habe die immer davor noch mal per Mail daran erinnert, dass der nächste Chat kommt, so in 1, 2 Tagen und dann habe ich auch noch mal geschrieben: Ich bin auch davor erreichbar. Und das hat aber nie jemand in Anspruch genommen. Ich glaube, es hat einmal jemand per Telefon abgesagt, sonst haben die auch per Mail abgesagt.</td>
</tr>
<tr>
<td>F</td>
<td>Gar nicht [in Anspruch genommen worden].</td>
</tr>
<tr>
<td>Person</td>
<td>Kommentare</td>
</tr>
<tr>
<td>--------</td>
<td>------------</td>
</tr>
<tr>
<td>G</td>
<td>Also im Nachhinein hat nie jemand angerufen. Ich habe es manchmal im Vorfeld gehabt, also ich hatte einmal, dass eine Teilnehmerin mich angerufen hat […].</td>
</tr>
<tr>
<td>I</td>
<td>Ich hatte auf jeden Fall immer ein Handy, das Klinikhandy dabei und habe das, das war klar, dass ich erreichbar war. Die Zeit weiß ich jetzt nicht mehr. Das war lange. Eine halbe oder eine Stunde nachher auch noch, also das war ja gedacht als Krisenmanagement. Nein [nicht in Anspruch genommen worden].</td>
</tr>
<tr>
<td>J</td>
<td>Wenig. Also ab und zu hat mal jemand den Zeitpunkt genutzt, um kurzfristig abzusagen […] Ab und zu hat jemand versucht, also dann noch technische Fragen geklärt, ich komm jetzt nicht rein, wie mache ich das? […]</td>
</tr>
<tr>
<td>L</td>
<td>Das habe ich am Anfang auch nicht einschätzen können, ich habe da mit anderem auch gerechnet, dass schon mal jemand anruft, aber angerufen hat nie jemand. Es hat nie jemand angerufen.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

noch so ein bisschen überflogen habe, worum ging es denn letztes Mal genau und war noch irgendwas, was ich noch aufgreifen wollte oder so was;

Tabelle 158: Vorbereitung der Chatsitzungen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Person</th>
<th>Kommentare</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>G</td>
<td>Überhaupt nicht! [...] Also ich habe mich im Vorfeld vorbereitet. Ich habe die Chatprotokolle gelesen [...]. Und ich habe natürlich den Leitfaden komplette gelesen, einmal durchgearbeitet und dann habe ich mich eigentlich nicht darauf vorbereitet, weil ich nicht die Themen durchgegangen bin von vorne bis hinten. [...] Sondern ich immer gegrummelt habe: Wo stehen die, was wollen die jetzt gerade haben? [...] Also, da ich die inhaltlich ja kenne, alle Themen, musste ich mich jetzt nicht großartig vorbereiten. [...] dass ich auch die letzten zwei Seiten gelesen habe. Weil ich da immer noch mal eine Zusammenfassung gemacht habe und auch gegrummelt habe: Wie kann es denn nächste Mal weitergehen? Und manchmal noch so ein bisschen überflogen habe, worum ging es denn letztes Mal genau und was noch irgendwas, was ich noch aufgreifen wollte oder so was.</td>
</tr>
<tr>
<td>I</td>
<td>Auf die erste war natürlich lange, weil ich musste ja erst mal, es gab ja diese Leitfäden und die Themenbereiche die einzelnen, die musste ich mir natürlich erst mal verinnerlichen, das heißt also [...] ein, zwei Stunden dafür insgesamt grundsätzlich. Na ja gut, wenn man die ganzen Diskussionen die wir hatten vorher mal weglässt. Also das kann man schlecht zeitlich bemessen. Das war schon intensive Vorbereitung und für die einzelne Sitzung vielleicht noch mal vorher, was habe ich da gesessen, eine halbe Stunde, dreiviertel Stunde, um das Ganze so, ja um mich drauf einzustellen und die Fragen vorzubereiten usw., also da so ein bisschen eigenartig auch, also ich würde sagen dreiviertel Stunde vorher.</td>
</tr>
<tr>
<td>K</td>
<td>Beim ersten Mal ein bisschen länger, da habe ich halt davor noch Materialien durchgelesen, so, vielleicht 2, 3 Stunden, also um insgesamt dann mal einen Einblick/ Das war dann ’ne Woche bevor es überhaupt los ging, mal alles so einmal durchzulesen, was an Materialien da liegt und ansonsten habe ich eigentlich nicht so viel Zeit gebracht. Also, vielleicht bei der ersten Sitzung noch ein bisschen mehr und danach halt habe ich immer nur das Sitzungsprotokoll ausgedruckt, das noch mal quasi quer gelesen, innerhalb von 10 Minuten, Viertelstunde und dann noch vielleicht mal ein bisschen reingeguckt, was für ein Thema dran kommen könnte, wenn die es dann auch wollen, die Patienten und da ein</td>
</tr>
</tbody>
</table>
bisschen geguckt was für Themen da jetzt sozusagen dran kommen könnten. Das war vielleicht insgesamt 'ne halbe Stunde!


Also wie lange – eine halbe bis maximal eine Stunde. Ich habe die alten Protokolle mit Erlaubnis der Patienten mir kopiert und ausgedruckt, um noch mal so im Stoff zu sein, was ist gelaufen vorher, und ich habe mir immer noch mal das Manual angeschaut, was so empfohlen wird, was, wenn jetzt von den Patienten selbst so nichts kommt – ja – so zwischen einer halben und einer Stunde.

Ich sage mal auf die Folgenden - auf die erste natürlich nicht, ich habe mir das Chatprotokoll noch mal angeguckt, ich habe das immer so gemacht, dass ich das in einem Word-Dokument gespeichert habe, dass ich auch noch einen Eindruck hatte - vielleicht fünf Minuten habe ich das mal angeguckt, dass ich noch so drin war, was haben wir eigentlich besprochen, was sind die Themen, dass ich ins Thema wieder rein komme in jedem Fall, das waren vielleicht fünf Minuten, die ich dafür verwendet habe, für die inhaltliche Vorbereitung.

Ebenso wie die Vorbereitung, beanspruchte auch die Nachbereitung der Chatsitzungen mit zunehmender Erfahrung immer weniger Zeit. Ein großer Anteil der Befragten nutzte die Dauer des telefonischen Bereitschaftsdienstes um die Chatprotokolle zu speichern, noch einmal zu lesen, offen gebliebene Fragen für die kommende Sitzung zu markieren und den Patienten bei Bedarf als Erinnerungstitze per Email zukommen zu lassen (z.B. Das ging noch schneller. Die Nachbereitung, das war eigentlich nur Protokoll abspeichern, da bleiben bis diese Viertelstunde mit der Zeit sozusagen fertig war und dann manchmal habe ich denen noch irgendwelche Unterlagen geschickt, irgendwelche kleinen Kärtchen oder so, irgendwelche Materialien mit denen sie weiter arbeiten können, aber das ging halt auch nur ein paar Minuten. [...] Ansonsten habe ich so allgemeine Materialien, vor allem aus den Depressionsgruppen, zum Aufbau positiver Aktivitäten und solche Sachen halt oder Krisen
Die Angaben zur Dauer der Nachbereitung variieren zwischen 15 und 30 Minuten. Kritisiert wird an dieser Stelle die technische Handhabung der Chatoberfläche bezogen auf das Speichern der Sitzungsprotokolle (z.B. Eine Überarbeitung dieser Chatfunktion könnte den zeitlichen Aufwand hier deutlich verringern. **Tabelle 159** gibt einen Überblick über die einzelnen Aussagen der Therapeuten.

### Tabelle 159: Nachbereitung der Chatsitzungen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Person</th>
<th>Kommentare</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>H</td>
<td>Also ich hatte mit einzelnen Patienten mal telefonischen Kontakt. 2-3 Mal. Es ging dann ein bisschen länger, weil sie dann z.B. Adressen haben wollten. Der eine war in der Klinik wo ich arbeite operiert wurden, da sollte noch einmal ein Antrag zu einem Arzt hergestellt werden und zur Beratungsstelle vor Ort. Da ist dann die Nachbereitung in Form eines Telefonats gewesen. Ich habe dann noch versucht, die offenen Anliegen, die in der Sitzung nicht abgearbeitet werden konnten, für die nächste Sitzung auf der Agenda zu haben. Ich habe das Chatprotokoll durchgelesen und markiert, was offen geblieben ist und es das nächste Mal mit eingebracht. Nachbereitung 10 Minuten im Durchschnitt.</td>
</tr>
<tr>
<td>K</td>
<td>Das ging noch schneller. Die Nachbereitung, das war eigentlich nur Protokoll abspeichern, da bleiben bis diese Viertelstunde mit der Zeit sozusagen fertig war und dann manchmal habe ich denen noch irgendwelche Unterlagen geschickt, irgendwelche kleinen Kärtchen oder so, irgendwelche Materialien mit denen sie weiter arbeiten können, aber das ging halt auch nur ein paar Minuten. [...] Ansonsten habe ich so allgemeine Materialien, vor allem aus den Depressionsgruppen, zum Aufbau positiver Aktivitäten und solche Sachen halt oder Krisen..., ähm, wie sagt man das, Krisenplaner, Notfallplan, so was.</td>
</tr>
<tr>
<td>L</td>
<td>Ich habe halt nichts weiter gemacht, außer das Protokoll abgespeichert - ne? Einmal kopiert und abgespeichert im Word-Dokument und das war meine Nachbereitung.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Die **Frequenz** der Intervention von einer Chatsitzung pro Woche erachten alle \((n=7)\) der befragten Therapeuten als sinnvoll (siehe **Tabelle 160**).

**Tabelle 160:** Frequenz der Chatsitzungen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Person</th>
<th>Kommentare</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>H</td>
<td>Ich finde 1x wöchentlich gut, wenn es weniger häufig stattfindet ist es wie bei anderen Settings mit Gruppen auch, geht so ein bisschen die Verbindlichkeit flöten.</td>
</tr>
<tr>
<td>I</td>
<td>Das wäre letztendlich egal gewesen, glaube ich. Es hätte auf jeden Fall, die Kontinuität war wichtig, ein Mal die Woche war ganz in Ordnung und ja.</td>
</tr>
<tr>
<td>K</td>
<td>Also 1x die Woche fand ich gut.</td>
</tr>
<tr>
<td>F</td>
<td>Ein Mal pro Woche hat gepasst, zwei Mal hätte ich zu viel gefunden, einmal 14 Tage würde sicher auch gehen, aber das war stimmig und die Menge der Sitzungen fand ich auch stimmig. Ich würde nicht deutlich weniger machen, weil das ja schon auch ein Prozess ist des Zusammenfindens und Vertrauensbasis schaffen und Erfahrungen miteinander machen, das war ganz okay. Länger kann man immer machen, ob man muss, ist eine andere Frage.</td>
</tr>
<tr>
<td>L</td>
<td>Ich habe den Eindruck, einmal pro Woche war gut als Frequenz.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Auch in Bezug auf die **Gesamtdauer der Intervention** lässt sich innerhalb der Aussagen der befragten Moderatoren ein Konsens erkennen: Die Gesamtanzahl sollte zwölf Sitzungen nicht überschreiten (z.B. *Finde ich auch gut. Also ich würde sagen, zwischen zehn und zwölf Mal muss das sein. Und ich glaube, länger auch nicht!* […]Da kam auch als Rückmeldung so von manchen dieses: *Es war jetzt gut, aber es ist auch gut, dass es dann um ist, weil es ist auch für die immer noch wieder ein Termin pro Woche ist.*), eine Mindestanzahl von acht bis zehn.
Sitzungen sollte jedoch eingehalten werden (Ich denke aber generell, dass zwischen 8 und 12 Sitzungen gut sind. Weniger würde ich nicht machen, weil es hat schon eine Zeit lang gedauert, so die ersten 2,3,4 Sitzungen, bis sich die Gruppe auch kannte.). Einer der befragten Therapeuten schlägt eine variable Anpassung der Sitzungsanzahl je nach Bedarf der einzelnen Gruppen vor, um Redundanzen und Abbrüchen vorzubeugen (z.B. War in Ordnung auch. Also genau richtig, man hätte es auch länger machen können. Es kommt eben auf die Gruppe drauf an.).

Insgesamt fällt es schwer an dieser Stelle eine allgemeingültige Aussage zutreffen, da hier viele verschiedene Faktoren wirken: so scheint die benötigte Chatzeit immer auch eng mit der Gruppengröße, -fluktuation und Chat-Erfahrung sowohl des Therapeuten als auch der Patienten verknüpft zu sein (z.B. […] das war insgesamt ja ein bisschen heterogen, weil die, die am Anfang mitgemacht haben, waren am Ende nicht unbedingt noch dabei. Das war so eine Fluktuation während dieser 12 Sitzungen, also von daher war das nicht so eine, ein fester Rahmen der sich da ergeben hat. Der hat ein bisschen gewechselt, ich glaube, es waren nur zwei oder drei die kontinuierlich dabei waren.)

Auch der Grad der Belastung der Patienten - bezogen auf den Bedarf an Austausch der Betroffenen untereinander (z.B. Ich hatte so das Gefühl in beiden Gruppen, dass so am Ende hin dann manche Themen sich dann doch wiederholt haben auch und das dem jetzt also keinen Abbruch getan hätte, vielleicht auch nur zehn Sitzungen zu machen.) und die gesundheitliche Verfassung – könnten hier eine ausschlaggebende Rolle spielen. Weitere bedeutende Aspekte stellen möglicherweise die patientenseitige Zufriedenheit mit der Intervention und damit verbunden die Teilnahmekontinuität dar.

Tabelle 161 gibt einen Überblick über die in diesem Textabschnitt zitierten Aussagen und weitere.

**Tabelle 161: Dauer der Intervention**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Person</th>
<th>Kommentare</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>F</td>
<td>Fand ich passend</td>
</tr>
<tr>
<td>H</td>
<td>Bei der ersten Gruppe fand ich 12 Wochen total gut. Dann hatte ich aber auch eine Gruppe, da hätte es kürzer sein können. Da kann ich keine genaue Rückmeldung zu geben. Ich denke aber generell, dass zwischen 8 und 12 Sitzungen gut sind. Weniger würde ich nicht machen, weil es hat schon eine Zeit lang gedauert, so die ersten 2,3,4 Sitzungen, bis sich die Gruppe auch kannte.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Die Beurteilung der **Dauer der einzelnen Chatsitzungen** von 60 oder 90 Minuten Länge fällt insgesamt positiv aus (siehe **Tabelle 162**). Jedoch können auch hier lediglich Empfehlungen für die Umsetzung ausgesprochen werden, da Faktoren wie die Gruppengröße, Zunahme von Chat erfahrung und Tipfertigkeit der Betroffenen, Grad der Belastung und Bedarf an Unterstützung die benötigte Chatdauer bedingen.

Hilfreich könnte eine genaue Vorgabe des zeitlichen Rahmens sein, welche aber von Woche zu Woche in Abhängigkeit der oben genannten Faktoren zu Beginn einer jeden Sitzung neu in Absprache mit den Teilnehmern festgelegt werden könnte.
Tabelle 162: Dauer der Chatsitzungen 60-90Min

<table>
<thead>
<tr>
<th>Person</th>
<th>Kommentare</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>I</td>
<td>Ich glaube eine Stunde war angesetzt? Ich fand, das war so vom zeitlichen Rahmen ganz in Ordnung.</td>
</tr>
<tr>
<td>G</td>
<td>Anderthalb Stunden fand ich gut.</td>
</tr>
<tr>
<td>K</td>
<td>Ich fand, wir haben eigentlich fast immer 90 Minuten gemacht, wir haben, glaube ich, immer 90 Minuten gemacht, obwohl wir eine sehr kleine Gruppe waren und manchmal auch wirklich nur 3 oder 4 Teilnehmerinnen da waren, haben wir trotzdem meistens eher 90 Minuten gemacht und es ging auch recht schnell und ich glaube, weniger ist schwierig! Also zumindest in der Gruppe, wo alle immer viel zu sagen hatten war es schwierig und dann, wenn die Patienten nicht so schnell schreiben und nicht so schnell tippen, dann gibt's auch am Anfang gerade zumindest längere Intervalle, wo es dauert, bis jemand was schreibt, weil die einfach am Schreiben sind und dann sitzt du da und denkst: Hm, was passiert denn jetzt? Und dann auf einmal kommt so eine lange Antwort, weil die vielleicht auch nicht dieses Chatten draufhaben, wo man kürzere Sätze hintereinander schreibt, sondern halt so einen langen Block und ich glaube von daher wäre es schon gut, 90 Minuten zu haben.</td>
</tr>
<tr>
<td>J</td>
<td>Brauchte ich meistens, sogar die anderthalb Stunden. Ich war erstaunt, also ich dachte, ich könnte oft so vielleicht mit einer Stunde hinkommen, aber das hängt natürlich so ein bisschen vielleicht von der Ankündigung auch ab, wie man das vorher darstellt. Also, das war so ein bisschen die Frage, dass ich manchmal das Gefühl hatte, ja, wir könnten vielleicht zum Ende kommen und mir nicht ganz klar war, ob den anderen klar ist, das wir jetzt auch da aufhören können sozusagen. Also, das ist vielleicht so eine Ankündigungssache auch. Es kann von bis dauern. Ich glaube, manche sind so fest davon ausgegangen, es dauert auch anderthalb Stunden. Meistens wurden die aber auch gebraucht. […] Insofern finden ich das in Ordnung.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| F      | Das waren 60. Ja, also das war auch dann der Wunsch der Patienten, dass es dann gut war – ne? Ich habe da nie/ich war zwar diejenige, die auf die Zeit aufpassen musste, um das dann rechtzeitig anzukündigen, aber ganz interessant, es gibt ja noch eine Chatgruppe von mir, die sich weiter in dem Punkt trifft, die haben sich angemeldet und mich eingeladen, und ich war vor etlichen Wochen mal bei denen zu Gast, und jetzt haben die die Aufgabe übernommen, so auf die Zeit acht zu geben – ne? Und daraus
Person | Kommentare
--- | ---

L | bei der Dauer der Einzelsitzung war man flexibel, das musste ich alles rausfinden. Am Anfang waren 90 Minuten gut, die Gruppe war ja auch nicht so groß, ist kleiner geworden, da haben mir dann 60 Minuten gereicht, deswegen, weil alle mit der Technik gut klarkamen, viele machen das so mit dem Zweiﬁngersuchsystem, und bis die einen Satz geschrieben haben, das braucht zwei, drei Minuten. Da ist man am Anfang froh, wenn man 90 Minuten hat, um überhaupt was besprechen zu können. Da waren 90 Minuten also gerade lang genug, da hätte man ja noch länger machen können und hinterher haben 60 Minuten gereicht, weil alle auch mehr drin waren.


Tabelle 163: Technische Probleme/Störungen und technischer Support

<table>
<thead>
<tr>
<th>Person</th>
<th>Kommentare</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>F</td>
<td>Ja, die gab’s [Technische Probleme], aber in meiner Erinnerung ist es so, dass das gut funktioniert hat mit dem technischen Support entweder durch Herrn *, damals noch und mein erstes technisches Problem hat er sofort geholfen und ich hatte auch eine Notfallnummer zu Heidelberg, und das hat auch geklappt ein Mal. Also insofern war es okay. Ich habe sogar einmal aus dem Urlaub gesucht, also aus Österreich und es hat funktioniert. […] Also es war ja nicht so oft vorgekommen, es war ja nur maximal drei Mal und einmal hat es gestört, weil es wirklich relativ lang in Bezug auf die Dauer der Sitzung gedauert hat, bis man’s wieder dann hergestellt hat und das war ein großer Bruch einfach und da – ja – hatten wir dann viel Zeit verloren. Das war ungünstig, sehr ungünstig.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| G | Einmal kamen die Leute nicht in die Fragebögen rein. Ich hatte auch mal Teilnehmerinnen, die nicht in den Chat reinkamen. Also die eine hat das mal ganz, ganz lange probiert und die hat mich auch zwi schendurch angerufen und fand das ganz schrecklich, sie hat da stundenlang probiert. Aber das lag, glaube ich, bei ihr am Rechner. 

Und sonst hat alles, glaube ich, relativ gut geklappt. |

| I | Nee. Das waren immer so temporäre Sachen, also eher an den Partner zu Hause oder das wurde dann... |
irgendwie geregelt und dann waren sie wieder da.

Also das eine Mal war in/da war mein Computer abgestürzt

Das ist nun mal/ sag ich mal so, so eine Gefahr, die natürlich bei so einem (..) bei so einem Medium auftauchen kann. (..) Habe dann auf einen anderen Computer bei uns gewechselt sozusagen. (..) Und sonst, das waren mehr so Anfangsschwierigkeiten. Also später lief das eigentlich ganz gut und (..) schön ist ja, dass überall, wo ein Internetzugang ist, das möglich ist das zu machen. Also ich habe, glaube ich, auch dreimal von wo anders den Chat durchgeführt. Normalerweise habe ich das von zu Hause gemacht. Und dreimal wusste ich, das wird nicht klappen und dann habe ich mir das so eingerichtet, dass ich eben einen Computer zur Verfügung hatte. Das ist wirklich sehr hilfreich/

Ja, sehr gut [technischer Support]. Also, das wurde immer relativ/ Also entweder sofort oder relativ zügig erledigt, muss ich sagen. Das lief gut, auch wenn jetzt so die Teilnehmer irgendwelche Probleme hatten mit, dass sie sich nicht einloggen können und da hat sich Herr * immer sehr schnell drum gekümmert. Oder mit den mit dem Chatnamen, da gab es manchmal Probleme, dass Klienten sich einen Chatnamen zugelegt haben und dann noch mal wechseln wollten

also das finde ich eine gute Sache

8.3.3 Zusammenfassung der Ergebnisse


Optimierungsbedarf sehen die befragten Personen hierbei insbesondere in der Auswahl der für diese moderne Form der Intervention geeigneten Patienten. Das Angebot sollte sich in erster Linie an diejenigen richten, welche über einen PC mit Internetzugang verfügen, erfahren im Umgang mit dem Medium Internet sind oder diesem mit Offenheit und Neugier begegnen. Die Intervention sollte dabei verschiedenen onkologischen Indikationen offen stehen um auch jüngeren Patienten eine Teilnahme zu ermöglichen.

Förderlich für einen reibungslosen Ablauf der Patienteninformationsveranstaltung wäre die verbindliche Integration dieses Termins in den Behandlungs- und Therapieplan der Interessenten. Eine permanente Installation von PCs für die Durchführung der Chat-Übungen könnte den entstehenden Personal- und Zeitaufwand der Vor- und Nachbereitung erheblich reduzieren.

Zusätzlich förderlich für die Durchführung der E-Nachsorge zeigt sich der technische Supportservice. Durch die Bereitstellung dieses Telefondienstes können technischen Problemen als hemmendem Faktor vorgebeugt werden.
9 Diskussion


Die konkreten Zielsetzungen der Evaluation umfassen die Überprüfung der Ergebnisqualität/Effektivität (A), der Patientenzufriedenheit mit Behandlung und Ergebnis (B) und der Prozessqualität des E-Nachsorge-Moduls (C) sowie die patientenseitige Akzeptanz (D) und Feasibility des E-Nachsorgemoduls (E).

9.1 Fragestellung A: Effektivität der Intervention

Im Folgenden sollen die Ergebnisse zur ersten Zielsetzung, d.h. der Frage der Effektivität des Angebots, diskutiert werden. Untersucht wurde die primäre Fragestellung, inwieweit eine onkologische E-Nachsorge die Effekte der onkologischen Rehabilitation sichern bzw. ausbauen kann. Dazu wurden in zwei Kliniken entsprechende Chatangebote den Patienten für die Zeit nach Verlassen der Klinik vermittelt. Die Chatgruppen wurden in maximal 12 Sitzungen, die in der Regel wöchentlich stattfanden, durchgeführt. Die Patienten füllten zu Beginn der Rehabilitation, zum Ende der Rehabilitation bzw. zu Beginn des Chatangebots und am Ende des Chatzeitraums Fragebögen aus. Untersucht wurden Effekte auf der Ebene (a) der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und des funktionellen Status, (b) der psychischen bzw. emotionalen Gesundheit, (c) weiterer krankheitsbezogener sowie sozialmedizinischer Variablen (Wiederherstellung der Teilhabe am beruflichen und/oder sozialen Leben), (d) Selbstwirksamkeitserwartung. Ergänzend sollte überprüft werden, für welche Patienten (differenziert nach Patientenmerkmalen) sich die E-Nachsorge als (besonders) effektiv erweist.

Zur Bestimmung der Effektivität wurde ein Kontrollgruppen Design realisiert, in dem eine Gruppe von Patienten zu vergleichbaren Messzeitpunkten in diesen Outcomevariablen untersucht wurde, die aber kein spezifischen Nachsorgeangebot erhalten hatten, sondern Treatment as Usual (TAU): Die Gruppe umfasst eine große repräsentative Stichprobe von
Patienten aus vier onkologischen Rehabilitationskliniken (eine der Kliniken war auch kooperierende Klinik dieses Interventionsprojekts).

Die Überprüfung der Fragestellungen bzw. die Hypothesentestungen erfolgten mit Hilfe von Kovarianzanalysen, in denen für die Ausgangsbelastung vor dem Chat bzw. nach Verlassen der Rehabilitationsklinik adjustiert wurde. Ergänzend wurden eine Reihe weiterer Confounder-Varialben einbezogen und zwar insbesondere solche, in denen sich die Interventionsgruppe von der Kontrollgruppe initial unterschied.


Auch in den sekundären Outcomevariablen zeigen sich einige weitere Unterschiede zwischen IG und KG:

In der Skala Pain (PA) wird mit zwei Items zum einen nach dem Vorhandensein von Schmerzen gefragt, zum anderen inwieweit Schmerzen den Patienten im Alltag beeinträchtigen. Patienten der IG wie auch der KG weisen in dieser Skala vergleichsweise hohe Ausgangsbelastungen auf, so dass vermutet werden kann, dass für die Schmerzproblematik ein erhöhter Interventionsbedarf bestand.

Depressivität und Ängstlichkeit gehören zu den häufigsten psychischen Symptomen, unter denen Krebspatienten leiden. Entsprechend sind sie auch häufig das Ziel von Interventionsstudien. Da die Skala Emotional Functioning (EF) Items enthält, die sowohl angst- als auch depressionsbezogen sind und die Ergebnisse für die Skalen des HADS
gegenläufig sind, verwundert es nicht, dass das Ergebnis nicht über alle durchgeführten Confounder-Analysen stabil bleibt.

In den anderen Funktions- und Symptomskalen des EORTC wie auch in den Skalen Progressionsangst und Selbstdurchsichtserwartung finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen, die mindestens kleine Effektstärken erreichen.

In allen durchgeführten Confounder-Analysen lag nur einmal eine signifikante Wechselwirkung zwischen Confounder und Gruppe vor: Das ist deutlich weniger, als allein per Zufall zu erwarten gewesen wäre, so dass hier keine inhaltliche Interpretation erfolgen soll. Für die von uns einbezogenen Variablen, d.h. Geschlecht bzw. Diagnose, Schulabschluss und Berufqualifikation finden sich demnach keine Zusammenhänge mit der Effektivität der Chatintervention. Da die Ergebnisse nach Adjustierung der Variable Alter vergleichbar denen ohne Adjustierung sind, kann auch davon ausgegangen werden, dass das Alter in unserer Stichprobe ebenfalls keine Varianz der Effektivität der Intervention erklären kann.


Neben dem Fehlen einer randomisierten Zuteilung auf Interventions- und Kontrollgruppe sind aus methodischer Sicht eine Reihe weiterer Einschränkungen der internen Validität zu diskutieren:

Nur eine der vier Kliniken, aus denen die Patienten und Patientinnen der Kontrollgruppe rekrutiert wurden, ist identisch mit den zwei Kliniken, in denen die Interventionsgruppe gewonnen wurde. Unterschiede in relevanten Patientenmerkmalen konnten im Rahmen der Confounder-Analysen weitgehend kontrolliert werden, es ist aber denkbar, dass die Art der Behandlung in den Kliniken, insbesondere die psychosozialen Angebote, auch Einfluss nehmen können auf die Effektivität einer Nachsorgeintervention. Allerdings gibt es auf der Basis umfangreicher Analysen keine Hinweise darauf, dass die drei weiteren Kliniken der
Kontrollgruppe sich tatsächlich systematisch in ihren Behandlungsprozessen bzw. hinsichtlich des Zusammenhangs von Prozesselementen und Outcome unterscheiden (Hergert, 2011).

Ein weiterer Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe besteht darin, dass die Zeitpunkte, zu denen die Daten relativ zum Klinikaufenthalt erhoben wurden, nicht vollständig vergleichbar sind: Es war organisatorisch nicht möglich, jedem Patienten sofort nach Verlassen der Klinik eine Chatgruppe anzubieten, so dass ein größerer Teil der Patienten eine längere Zeit warten musste. In diesem Fall haben wir nicht den Zeitpunkt nach Verlassen der Klinik als Messzeitpunkt $t_2$ definiert, sondern eine weitere Befragung kurz vor Beginn der Chatintervention diente stattdessen als Messzeitpunkt $t_2$. Dies bedeutet, dass die Adjustierung für die Ausgangsbelastung für einen größeren Teil der Interventionsgruppenteilnehmer mit einer gewissen Latenz nach Verlassen der Klinik erfolgte und somit davon ausgegangen werden kann, dass das Belastungsniveau damit in der Interventionsgruppe zu $t_2$ höher als das der Kontrollgruppe gewesen ist. Ein potentieller Bias, der daraus resultieren könnte, wurde allerdings durch die Adjustierung kontrolliert.

Aus der Verschiebung des Messzeitpunkts $t_2$ in der Interventionsgruppe folgt auch, dass der Zeitpunkt $t_3$ der Kontrollgruppe somit in der Interventionsgruppe dann auch eher dem Zeitpunkt kurz nach Ende der Chatgruppe entsprach und wir entsprechend diesen Zeitpunkt als $t_3$ in der Interventionsgruppe verwendet haben. Damit verbunden haben wir einen weiteren Zeitpunkt der Interventionsgruppe, nämlich drei Monate nach Ende der Chatintervention ($t_4$), nicht wie ursprünglich geplant mit in die Auswertung aufgenommen, da es zum einen durch den verzögerten Chatbeginn nach Verlassen der Klinik keinen vergleichbaren Zeitpunkt in der Kontrollgruppe gab und da zum anderen darüber hinaus die Rücklaufquote sich als zu gering erwies, um die geplanten Analysen mit ausreichender Teststärke durchführen zu können.

Einschränkungen auf der Ebene der Messinstrumente bestehen vor allem darin, dass in der Kontrollgruppe keine Fragen zur Nutzung moderner Kommunikationstechnologien erhoben wurden und somit theoretisch relevante Confounder bei der Effektivitätsprüfung nicht berücksichtigt werden konnten.

Eine entscheidende Einschränkung für die Interpretation der Ergebnisse ist schließlich darin zu sehen, dass die Ergebnisse nicht auf der Basis von „intention-to-treat“ ausgewertet werden konnten, sondern nur „per-protocol“: Damit verbunden ist in der Regel, dass die Effekte einer Intervention eher überschätzt werden.

Neben Aspekten der internen Validität, d.h. der Frage, ob gefundene Unterschiede tatsächlich als Effekte der Intervention verstanden werden können, stellt sich weiterhin die Frage der
externen Validität der Ergebnisse, d.h. der Generalisierbarkeit der Befunde. Wir haben dazu Non-Responder-Analysen durchgeführt, in denen wir die Stichprobe der Chatteilnehmer mit allen Patienten verglichen haben, die die Einschlusskriterien für die Teilnahme am Chat erfüllten und die Basisdokumentation zu Beginn des Klinikaufenthaltes ausgefüllt haben (Non-Responder I). Bezogen auf das primäre Outcome finden sich keine Unterschiede in der krebspezifischen, wohl aber in der generischen Lebensqualität: Die Teilnehmer der Interventionsgruppe geben eine etwas höhere Belastung in der psychischen Summenskala des SF-8 an als die Non-Responder I (kleine Effektstärke). Sehr viel deutlichere Unterschiede, d.h. von mittlerer bzw. großer Effektstärke, finden sich für die Skalen des HADS: Patienten der Interventionsgruppe weisen niedrigere Werte in der Skala Depressivität, aber höhere Werte in der Skala Ängstlichkeit auf. Vielleicht könnte dieses Ergebnis zur Interpretation der zuvor diskutieren Ergebnisse zur Effektivität in diesen beiden Skalen beitragen: Der Bedarf für Unterstützung war evtl. bezogen Ängstlichkeit größer als für Depressivität. Eher erwartungsgemäß sind die Ergebnisse, dass Chatteilnehmer mit kleiner Effektstärke eine höhere Bildung und einen besseren Berufsabschluss aufweisen. Am deutlichsten sind die Unterschiede zur Non-Responder Stichprobe I allerdings bei den Computer bzw. Internet bezogenen Variablen: Ebenfalls wie erwartet schneiden die Chatteilnehmer in diesen Variablen, die zur Aufnahme in der Klinik erhoben wurden, deutlich besser ab: Mehr Computerkenntnisse, schnellere Internetzugänge und vermehrte Nutzung des Internets, z.B. für Informationssuche. Dazu passen Studien zur Nutzung des Internets, die zeigen, dass die Nutzung Geschlechts-, Alters- und Bildungsabhängig ist: Insbesondere bei höherer Schulbildung finde sich eine deutlich höhere Internetnutzung von 90%, wohingegen bei geringerer Schulbildung nur 61% der Menschen das Internet nutzen (Initiative D21, 2011).

Non-Responder-Analysen können immer auch unter dem Gesichtspunkt diskutiert werden, dass Hinweise auf die Inanspruchnahme eines Angebots gewonnen werden: Patienten der IG geben gegenüber psychosozialen Angeboten insgesamt eine positivere Einstellung an als Patienten der Non-Responder I Stichprobe. Keine Unterschiede finden sich hingegen für eine Vielzahl weiterer Variablen, wie z.B. die Diagnose oder die Fachklinik, in der die rehabilitative Behandlung stattgefunden hat.

Es wird somit deutlich, dass die Stichprobe der Chatteilnehmer nicht auf alle in der Zeit der Erhebung der Studie in den Kliniken behandelten Patienten generalisiert werden kann, sondern erwartungsgemäß eine höhere Schulbildung, mehr Offenheit für und Erfahrung mit dem Internet sowie auch eine etwas offener Haltung gegenüber Unterstützungsangeboten.
aufweisen. Alle diese genannten Merkmale können darüber hinaus im Umkehrschluss die Wahrscheinlichkeit erhöhen, ein neues, Internetgestütztes Nachsorgeangebot in Anspruch zu nehmen.

Bezogen auf die beteiligten Fachkliniken gehen wir davon aus, dass Sie sowohl hinsichtlich der Indikationsstellung, als auch des Behandlungsangebots repräsentativ für den Bereich der stationären onkologischen Rehabilitation sind und somit die vorliegenden Ergebnisse zumindest auf vergleichbar selektive Stichproben dieses Indikationsbereiches generalisiert werden können.

9.2 Fragestellung B: Zufriedenheit mit der Intervention

Aus den Angaben zur Evaluation der Chatgruppen durch die teilnehmenden Patienten können wertvolle Hinweise für die zukünftige Gestaltung eines solchen Angebots gewonnen werden.


Chatgruppen könnte die Schwelle, ein psychosoziales Angebot anzunehmen, herabsetzen (Mo et al., 2009).


Von besonderer Bedeutung generell für die Durchführung internetbasierter Angebote ist die geringe Compliance bzw. das Problem der vorzeitigen Beendigung der Teilnahme (Ahern,

Auf die direkte Frage nach Verbesserungsvorschlägen unterbreiten die Teilnehmer insgesamt nur sehr wenige Vorschläge. Etwas häufiger wird noch ein direkterer Moderationsstil genannt, das Einhalten eines roten Fadens und, wie an anderer Stelle schon diskutiert, die Einrichtung von Gruppen, die möglichst homogen sind hinsichtlich Indikation, Schweregrad und Alter der Betroffenen.

Ein weiterer sehr valider Hinweis zur Beurteilung eines interventiven Angebots lässt sich daraus entnehmen, ob die Patienten das spezifische Angebot weiterempfehlen oder noch einmal selber für sich in Anspruch nehmen würden: Im Mittel liegen die Antworten auf beide Fragen eher im Bereich der Zustimmung, sie fallen etwas positiver aus als die globale Zufriedenheitsbeurteilung. Eine gängige Möglichkeit, die Wertigkeit eine Angebotes einzuschätzen basiert auf der Frage, wie viel Geld die betroffenen Patienten dafür bereit wären auszugeben (Krauth & Rieger, 2000): Nur ein Drittel der Teilnehmer wäre dazu bereit gewesen und der überwiegende Teil von diesen wiederum würde auch nur im Bereich der untersten der angebotenen Kategorien, d.h. bis 10 Euro, in das Angebot investieren wollen.

9.3 Fragestellung C: Prozessqualität

beginnen zu können. Dies wird durch die Ortsungebundenheit der Angebotsform Internetnachsorge möglich. Die gewählte Form der Intervention, d.h. Chatgruppen, ermöglicht relativ einfach weitergehende Auswertungen vorzunehmen: Zentral ist dabei die Möglichkeit, die Aktivität eines jeden Teilnehmers im Chat zu erfassen. Die dazu durchgeführten Analysen zeigen, dass die Chataktivität in einem positiven Zusammenhang mit der Bewertung des Chatangebotes steht, nicht aber in der Lage ist, Varianz im Outcome zu erklären. Daraus ließe sich schließen, dass auch für Patienten, die sich nicht sehr aktiv am Chat beteiligen, die Teilnahme dennoch mit einer Verbesserung der Lebensqualität einhergehen kann und dass eher andere Faktoren entscheidend dafür sind, zu profitieren.

9.4 Fragestellung D: Patientenseitige Akzeptanz

Ziel der Bearbeitung der vierten Fragestellung sollte es sein, die Akzeptanz einer Chat-Nachsorge bei onkologischen Patienten zu untersuchen. Dies beinhaltete die Beurteilung der Chatgruppensitzungen aus Patientensicht, um einerseits Informationen zur Optimierung der Intervention zu erhalten und andererseits diejenigen Personengruppen zu identifizieren, für die sich eine internetbasierte Therapie grundsätzlich eignet. Zusätzlich dazu sollten Barrieren bzw. hemmende Bedingungen sowie fördernde Faktoren identifiziert werden, welche die Inanspruchnahme des Angebotes beeinflussen.

9.4.1 Beurteilung der Chatgruppensitzungen aus Patientensicht

Zusammenfassend machen unsere Ergebnisse deutlich, dass der subjektive Nutzen für die Chatteilnehmer, die Zufriedenheit mit der Intervention, die Offenheit und die Möglichkeit eigene Themen einbringen zu können, die Kommunikationsstruktur und auch die technische Handhabung von den Befragten als positiv bewertet werden. Diese Ergebnisse entsprechen weitgehend den Befunden einer vergleichbaren Studie mit Patienten einer psychosomatischen Klinik (Kordy et al., 2006).

Als hemmender Faktor muss hier sowohl die Länge der einzelnen Chatsitzungen als auch die Gesamtdauer der Intervention betrachtet werden. Diese wurde sowohl von Teilnehmerinnen als auch von Teilnehmern häufiger als entweder zu lang oder zu kurz kritisiert. Gründe für die gegensätzlichen Bewertungen könnten in der Heterogenität des Belastungsgrades der jeweiligen Chatteilnehmer zu finden sein. So wird möglicherweise ein Betroffener mit einem größeren Ausmaß an psychischer- oder krankheitsbedingter Belastung einen erhöhten Unterstützungsbedarf vorweisen und die Intervention als zu kurz kritisieren und umgekehrt.

Erfreulicherweise war die technische Bewältigung auch für Teilnehmer mit wenigen Erfahrungen mit dem Medium Computer/Internet kein Hindernis. Auch die Konzeption eines anonymen Angebots wurde von einigen Teilnehmern als besonders positiv empfunden.

**Methodenkritisch** ist zunächst darauf hinzuweisen, dass in der vorliegenden Studie keine eindeutige Trennung von geschlechts- und indikationsspezifischen Ergebnissen möglich ist, da die Indikationen selbst eindeutig geschlechtsspezifisch sind. Hierfür wäre eine Folgestudie nötig, in der Tumorindikationen einbezogen werden, die nicht geschlechtsgebunden sind. Weiterhin ist die Selektivität der Stichprobe kritisch zu betrachten, da nur Teilnehmer befragt wurden, die sich explizit bereit erklärt haben, an dem Interview teilzunehmen. Es handelt sich dementsprechend bei den befragten Personen um motivierte Patienten mit einer Fähigkeit zur Reflektion der Chatgruppensitzungen. Offen bleibt an dieser Stelle, ob eher die Unzufriedenheit mit der Intervention zu einer Teilnahme am Interview motivierte. Es wäre darüber hinaus ein interessanter Aspekt Teilnehmer zu befragen, welche z.B. die Intervention abgebrochen haben. Weiterhin sollte hinterfragt werden, ob die Teilnehmer aufgrund einer Tendenz zur sozialen Erwünschtheit eher positiv geantwortet haben: Um dem etwas entgegen zu wirken, hat die Interviewerin am Anfang jeder Befragung explizit betont, dass Kritik erwünscht und hilfreich sei.

Kritisch bei der Bewertung der Informationsveranstaltung anzumerken ist außerdem, dass zwischen Teilnahme an der Informationsveranstaltung und Befragungszeitpunkt der Teilnehmer ein längerer Zeitraum von mindestens 15 Wochen lag. Ergebnissen von Zufriedenheitsstudien entsprechend, bewirkt ein längerer zeitlicher Abstand zur Intervention eine schlechtere Bewertung. Dies muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden. Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich auf die quantitative Auswertung der Variable

Zur Ergebnisinterpretation ist anzumerken, dass eine kommunikative Validierung sich aus organisatorischen Gründen nicht umsetzen ließ, d.h., dass die Ergebnisse der Interpretation den Teilnehmern nicht vorgelegt und nicht mit ihnen diskutiert wurden. Dies bedeutet, dass die Ergebnisse teilweise fehlerinterpretiert sein könnten. Andererseits wurde in der vorliegenden Auswertung die Objektivität der Interpretation der Ergebnisse dadurch erhöht, dass ein zusätzlicherAuswerter einbezogen wurde. Dieses entspricht dem sechsten Schritt der gewählten Auswertungsstrategie nach Mayring (2010).


Viele Teilnehmer äußerten konstruktive Kritik, welche größtenteils berücksichtigt werden könnte. Die Empfehlungen richten sich an die Personen, welche die Informationsveranstaltung durchführen, Projektleitung/Organisation, Chattherapeuten und die Beauftragten für die Durchführung der technischen Handhabung. Als realistisch und eher leicht umzusetzen sind die Handlungsempfehlungen zu der Informationsveranstaltung (s. Tabelle 123, Nr. 1-3) und der technischen Handhabung (s. Tabelle 123, Nr. 11 und 12). Insbesondere die Chatoberfläche wirkt für manche Teilnehmer veraltet. Eine optimierte Version könnte die Benutzerfreundlichkeit erhöhen.

Die Handlungsempfehlungen zur Zusammensetzung der Gruppe beinhalten den Wunsch nach indikationsspezifischen Gruppen (s. Tabelle 123, Nr. 4), der Festlegung von Regeln für die Niederschrift (s. Tabelle 123, Nr. 6) und die Klärung der Ansprache unter den Teilnehmern (s. Tabelle 123, Nr. 7).
Auch die Vorschläge, die Gruppen über den aktuellen Stand der Forschung aufzuklären (s. Tabelle 123, Nr. 5) und Expertensitzungen zu integrieren, z.B. Beratung durch einen Urologen (s. Tabelle 123, Nr. 10), können für zukünftige Projekte beachtet werden. Ein „voice chat“ wäre eine gute Alternative, damit die Intonation nicht verloren geht. Allerdings wäre dieser bei einer Anzahl von zehn bis zwölf Teilnehmern weniger sinnvoll. Auch der Vorschlag, Gedanken im Vorwege schriftlich festzuhalten (s. Tabelle 123, Nr. 9) könnte für zukünftige Chat-Interventionen realisiert werden.

Die Idee, die Anonymität aufzuheben, z.B. durch Fotos der Teilnehmer (s. Tabelle 123, Nr.8), sollte auf der Basis der Erfahrungen dieser Studie eher nicht umgesetzt werden, da die Anonymität für eine Reihe von Teilnehmern einen großen Vorteil dieser internetbasierten Intervention darstellt. Allerdings können „Avatare“ einer Person auch anonym ein Gesicht geben.

Tabelle 123 zeigt noch einmal in der Übersicht die durchnumerierten Handlungsempfehlungen, welche sich aus der Kritik bzw. den Anregungen seitens der Teilnehmer ergeben haben.

**Tabelle 164: Handlungsempfehlungen**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr</th>
<th>Thema</th>
<th>Problem/Kritik</th>
<th>Handlungsempfehlung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Informations-Veranstaltung</td>
<td>„[…] ich hätte besser zu der Studie informiert werden können, sie hätte strukturiert ablauen könne, z.B. mit einem Infoblatt.“</td>
<td>- kurzes Infoblatt im Voraus erstellen, - eigentlich sollten die TeilnehmerInnen im Voraus einen Info-Flyer erhalten haben, der in diesem Fall anscheinend nicht angekommen ist.</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Informations-Veranstaltung</td>
<td>Die Zeit zwischen der Teilnahme an der Informationsveranstaltung und der Befragung im Interview war sehr groß</td>
<td>- konstruktive Kritiken direkt im Anschluss an die Informationsveranstaltung abfragen, z.B. durch einen Feedbackzettel.</td>
</tr>
<tr>
<td>Nr</td>
<td>Thema</td>
<td>Problem/Kritik</td>
<td>Handlungsempfehlung</td>
</tr>
<tr>
<td>----</td>
<td>-------</td>
<td>--------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>----------------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>im telefonischen Vorkontakt ermittelt, - sollte bei der Informationsveranstaltung darauf hingewiesen werden, dass auch Beiträge von weniger betroffenen Teilnehmenden eine Bereicherung für die Chatgruppen sein können.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Zusammensetzung der Gruppe</td>
<td>„Die meisten Teilnehmer hatten einen anderen Krebs in verschiedenen Stadien, deshalb haben sich meine Erwartungen nicht erfüllt.“</td>
<td>- nur Chatgruppen mit derselben Indikation erstellen, ansonsten besteht die Gefahr, dass der therapeutische Nutzen gesenkt wird.</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Themenauswahl</td>
<td>„Ich habe Fakten zum eigentlichen Thema vermisst, z.B. wie sehen die aktuellen Statistiken zu Krebs aus, was sind die Ursachen, wie ist der Stand der Forschung. Dazu hätte ich gerne einen Überblick gehabt, quasi in welchen Topf ich mich zählen kann. […] Es wurde leider kaum auf das Thema Sterben und Tod eingegangen, da waren die Teilnehmer eher zurückhaltend.“</td>
<td>- falls Bedarf besteht, sollte der aktuelle Stand der Forschung durch den Therapeuten vorgestellt werden, - die/der TherapeutIn sollte auf alle gewünschten Themen eingehen, ggf. Einzelgespräche führen, falls kein Allgemeinbedarf besteht.</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Intonation</td>
<td>„[…]Das ist so eine Sache, mit Ihnen kann ich jetzt sprechen, weil ich die Stimme höre und das habe ich bei denen nicht und interpretiere viel in eine Stimme und höre was da drinnen sitzt und das fehlte mir. […]“</td>
<td>- es sollten Regeln für die Niederschrift festgelegt werden, z.B. Großbuchstaben für die Betonung eines Wortes, - Voice- Chat.</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Kommunikation unter den</td>
<td>„Mir war nicht klar, wie ich die</td>
<td>- Ansprache im Voraus durch</td>
</tr>
<tr>
<td>Nr</td>
<td>Thema</td>
<td>Problem/Kritik</td>
<td>Handlungsempfehlung</td>
</tr>
<tr>
<td>----</td>
<td>-------</td>
<td>---------------</td>
<td>---------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Struktur der Gespräche</td>
<td>„Die Strukturierung hätte besser laufen können, indem jeder sich im Vorwege schriftlich Gedanken macht.“</td>
<td>- jede/r TeilnehmerIn sollte aufgefordert werden, sich über die Themenauswahl im Vorwege (schriftlich) Gedanken zu machen.</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Struktur allgemein</td>
<td>„Ich hatte überlegt, ob man nicht zusammen mit einem Psychologen und Urologen gemeinsam einen Chat macht.“</td>
<td>- falls möglich und gewünscht, könnten für 1-2 Sitzungen ärztliche Fachkräfte für rein medizinische Fragen zur Verfügung stehen.</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Technik</td>
<td>„Ich weiß nicht ob das normal ist: wenn ich gescrollt habe um nachzulesen was am Anfang gesagt wurde, ist das zwar hochgekommen, aber das ist nicht lange stehengeblieben, das ist gleich wieder runtergefahren, das war ein bisschen blöd.“</td>
<td>- zum Nachlesen der Chatbeiträge sollte beim Scrollen das Fenster stehenbleiben können, z.B. durch einen „stop scroll“ Button, der bei Aktivierung rot leuchtet (Umprogrammierung).</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Technik</td>
<td>„ Dann fand ich das Chateingabefenster zu klein, ich konnte bei längeren Eingaben nicht zurückverfolgen was ich geschrieben hatte. Das Fenster hätte ca. 3-mal so groß sein können.“</td>
<td>- Chateingabefenster manuell vergrößern können (Umprogrammierung).</td>
</tr>
</tbody>
</table>
9.4.2 Fördernde und hemmende Faktoren der Inanspruchnahme

Um förderliche oder hemmende Faktoren einer Inanspruchnahme des Chatangebotes zur Nachsorge zu bestimmen, wurden Interviews im Anschluss an die Informationsveranstaltung mit Patienten und Patientinnen durchgeführt. Ein Teil von ihnen hat später das Chatangebot genutzt, ein anderer Teil nicht, so dass die Einschätzungen zur Inanspruchnahme sowohl aus Sicht der Nutzer wie auch derjenigen, die das Angebot nicht genutzt haben, erfragt werden konnten. Um die Akzeptanz zu untersuchen wurden (1) der Bedarf an psychosozialer Unterstützung und (2) der Wunsch nach Informationen über die Erkrankung genau genommen in die Bewertung mit einbezogen, wie (3) die Einstellung der Patienten zur Chatintervention und (4) ihre generellen Erfahrungen mit dem Internet.

Es lässt sich annehmen, dass ein hoher Leidensdruck, der aus einem schlechten Gesundheitszustand resultiert, eine förderliche Bedingung für die Chatteilnahme darstellt, in dem Sinne, dass Patienten mit einem eingeschränkten Gesundheitszustand sich durch die Teilnahme eine Verbesserung ihres Zustandes oder aber Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung erhoffen.


Bei den befragten Männern zeigten die Ergebnisse darüber hinaus eine deutliche Tendenz dahingehend, dass die Familie und die Freunde für sie die wichtigste Säule in der Verarbeitung ihrer Krankheitsphase darstellen.

Das Chatangebot stellt ein spezifisches – und neues – Angebot psychosozialer Nachsorge dar. Wichtig für die Akzeptanz des Chatangebotes könnte sein, wie die Einstellungen der Patienten und Patientinnen zu psychosozialen Nachsorgeangeboten grundsätzlich ist.

Ein weiterer Grund für die Teilnahme am Chat könnte eine Unzufriedenheit mit der bisherigen Behandlung sein: Es lässt sich für die Männer das Fazit ziehen, dass mehr als die Hälfte der in dieser Studie befragten Patienten zufrieden mit ihrem Krankenhaus-/Rehab-Aufenthalt sind bzw. waren. Dabei fällt auf, dass besonders die Nichtteilnehmer zufrieden waren mit ihrer Rehabilitation. Bei den Frauen lassen die Ergebnisse diese Interpretation hingegen nicht zu.

Ein weiterer Block von Fragen fokussierte den Bedarf an Informationen über die Erkrankung als potentielle förderliche Bedingung für die Teilnahme am Chat. Die Nutzung des Chatangebotes hängt bei den Frauen demnach auch davon ab, welche Informationsquellen sie zu ihrer Erkrankung verwenden: Die Mehrzahl derjenigen Frauen, die sich über das Internet über ihre Brustkrebskrankung informierten, wolle an der Chatintervention teilnehmen.

Von zentraler Bedeutung für die Bestimmung von förderlichen und hemmenden Bedingungen einer Chatteilnahme sind die von den Teilnehmern genannten persönlichen Gründe für oder gegen eine Chatteilnahme: Für einen Teilnahme sprechen bei den Männern vor allem der Erfahrungsaustausch mit anderen Patienten. Auch sehr häufig genannt wurden die Anonymität und die Möglichkeit, bequem von zuhause an einem Nachsorgeprogramm teilnehmen zu können. Dies war insbesondere für Patienten von Bedeutung, die sich körperlich und seelisch nach der Rehabilitationsphase noch sehr schwach fühlten und somit davon profitieren konnten, für die Nachsorge das Haus nicht verlassen zu müssen. Schließlich
war es für einen größeren Teil der Patienten von Bedeutung, dass die Chatgruppen therapeutisch moderiert wurden.


Stellt man die Angaben zu genutzten Funktionen des Internets deren Teilnahmeebereitschaft gegenüber, zeigt sich, dass vor allem diejenigen Frauen, welche das Internet auch beruflich nutzen und ein sicherer Umgang somit vorausgesetzt werden kann, sich zu einem großen Teil für eine Teilnahme entscheiden. Einschränkend ist bei diesem Punkt darauf hinzuweisen, dass
hier eine selektive Stichprobe von Teilnehmerinnen der Informationsveranstaltung befragt wurde, bei denen grundsätzlich von einer höheren Akzeptanz für neue Medien auszugehen ist.


Bei den Patientinnen hingegen fanden sich durchweg positive Bewertungen der Informationsveranstaltung, besonders wurde auch hier die Möglichkeit des Probechattens hervorgehoben.

Auch bei den befragten Männern wird deutlich, dass für sie das Internet von großer Bedeutung ist und damit eine Chatteilnahme gefördert wird: insbesondere diejenigen Patienten, die sich für eine Chatteilnahme entschlossen haben, scheinen das Internet in ihr Leben integrieren zu wollen, da sie Vorteile in der Internetnutzung sehen. Allerdings wird auch deutlich, dass selbst in der befragten Zielgruppe, die ja durchaus selektiv hinsichtlich ihres Interesses am Internet ist, nur wenige Patienten bereits praktische Erfahrungen mit Foren/Chatdiskussionen zu verzeichnen haben. Mit der weiteren Verbreitung des Internets und damit auch einem größeren Erfahrungsstand bezüglich der vielfältigen im Netz realisierten Angebote dürfte die Kenntnis über diese Form der Intervention in der Nachsorge deutlich steigen und damit wohl auch die Teilnahmebereitschaft.


Die Interviews von Patienten und Patientinnen im Anschluss an die Informationsveranstaltung haben – wie dargestellt – eine Reihe sehr wichtiger förderlicher und hemmender Aspekte für
eine Teilnahme an einem Chatangebot ergeben. Allerdings sind auch methodenkritische Anmerkungen zu treffen: Vor allem ist darauf hinzuweisen, dass die Teilnehmer, die zur Informationsveranstaltung erschienen sind, nur eine kleine – und hinsichtlich der Motivation zur Teilnahme am Chat – sehr selektive Stichprobe darstellen. Es bleib somit einer Folgestudie vorbehalten, die hier gewonnen Erkenntnisse an einer größeren Stichprobe von Patienten zu replizieren.
9.5 Fragestellung E: Feasibility des E-Nachsorge-Moduls

Mittels einer fünften und letzten Fragestellung sollten institutionseitigen Faktoren (z.B. Technik, Möglichkeiten der Schulung, Zeitaufwand der Klinik/Behandler für Chatvorbereitung, persönliches Eingebundensein der Patienten in die Psychoonkologie und Akzeptanz der Therapeuten, etc.) erfasst werden, welche einen Einfluss auf die (praktische) Umsetzbarkeit eines internetgestützten Nachsorge-Moduls ausüben.

Die Ergebnisse der Befragung der Studienbeteiligten zur Feasibility des E-Nachsorge-Moduls machen deutlich, dass die Umsetzung im Rahmen eines Studiendesigns mit einem erheblichen Personal- und Zeitaufwand einhergeht, der so nicht anfielte, wenn das Angebot unter Routinebedingungen implementiert wäre. Eine wesentliche Barriere stellte der durch die begleitende Evaluation entstandene zusätzliche Personal- und Verwaltungsaufwand dar. Eine Implementierung einer modifizierten, d.h. den Studienergebnissen entsprechend angepassten E-Intervention in die Klinikroutine erscheint jedoch, vergleichbar ersten Ergebnissen aus anderen Indikationsbereichen durchaus sinnvoll (Kordy et al., 2006).

Optimierungsbedarf sehen die befragten Personen hierbei insbesondere in der Auswahl der für diese moderne Form der Intervention geeigneten Patienten. Das Angebot sollte sich in erster Linie an diejenigen richten, welche über einen PC mit Internetzugang verfügen, erfahren im Umgang mit dem Medium Internet sind oder diesem mit Offenheit und Neugier begegnen.

Die Intervention sollte dabei verschiedenen onkologischen Indikationen offen stehen um auch jüngeren Patienten eine Teilnahme zu ermöglichen.

Förderlich für einen reibungslosen Ablauf der Patienteninformationsveranstaltung wäre die verbindliche Integration dieses Termins in den Behandlungs- und Therapieplan der Interessenten. Eine permanente Installation von PCs für die Durchführung der Chat-Übungen könnte den entstehenden Personal- und Zeitaufwand der Vor- und Nachbereitung erheblich reduzieren.

Zusätzlich förderlich für die Durchführung der E-Nachsorge zeigt sich der technische Supportservice. Durch die Bereitstellung dieses Telefondienstes können technischen Problemen als hemmendem Faktor vorgebeugt werden.

**Methodenkritisch** ist auch bei den Ergebnissen zu dieser Teilfragstellung darauf hinzuweisen, dass nur Erfahrungen aus den beiden kooperierenden Kliniken eingeflossen sind. Da beide Kliniken aber als durchaus repräsentativ für das Versorgungsgebiet bezeichnet werden können, gehen wir davon aus, dass sie entsprechend auf den Indikationsbereich generalisiert werden können.

### 10 Zusammenfassendes Fazit


Bisherige Ergebnisse aus anderen Indikationsbereichen, insbesondere der Psychosomatik zeigen eine Wirksamkeit dieser Angebotsform in der Nachsorge. Die primäre Intention besteht dabei darin, eine in der Rehabilitation begonnene Behandlung psychosozialer Probleme in der Nachsorge fortzuführen, um zu erreichen, dass bereits erzielte Verbesserungen stabilisiert oder ausgebaut werden. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie an einer Stichprobe von Patienten und Patientinnen, die an jeweils einer der häufigsten
onkologischen Erkrankungen, d.h. Mamma- und Prostatakarzinom, leiden, zeigen Verbesserungen bezogen auf die krebspezifische wie auch die generische gesundheitsbezogen Lebensqualität im Vergleich zur Kontrollgruppe. Allerdings lassen die zahlreichen methodischen Einschränkungen, wie vor allem die fehlenden Randomisierung der Teilnehmer auf IG und KG, die fehlende multivariate Adjustierung unterschiedlicher Ausgangswerte mittels Propensity Scores, die z.T. unterschiedlichen Abstände zwischen den Messzeitpunkten in der IG und KG sowie die Beschränkung der Auswertung auf einen per-protocol- statt intention-to-treat-Ansatz eine kausale Interpretation als Behandlungseffekt nicht zu. Dennoch können die Ergebnisse und Erfahrungen der Studie in mehrerer Hinsicht genutzt werden: Zum einen als Basis für die Gestaltung entsprechender Angebote in der stationären oder ambulanten Routine, zum anderen als Grundlage für weitere, methodisch strengere Effektivitätsprüfungen, bei denen Aspekte des Bedarfs und der Inanspruchnahme stärker als bisher fokussiert werden sollten.
11 Literaturverzeichnis


12 Anhang

Anhang A: Telefoninterview – Leitfaden zum Fragebogen T1
Anhang B: Einverständniserklärung zum Telefoninterview
Anhang C: Interview-Leitfaden zur Akzeptanz des E-Nachsorge-Angebotes
Anhang D: Interviewleitfäden
   Anhang D.1 Interviewleitfaden Projektbeteiligte
   Anhang D.2 Interviewleitfaden Therapeuten
12.1 Anhang A: Telefoninterview – Leitfaden zum Fragebogen T1

Telefoninterview-Leitfaden zum Fragebogen T1

Ziel des Interviews: Evaluierung der Chatgruppen:

Gründe für Nicht-Teilnahme

Gründe für Teilnahme

Verbesserungsvorschläge für die Info-Veranstaltung

Verbesserungsvorschläge für die Chatgruppen

Einleitung

Vorstellung: Sarah Hitz, Mitarbeiterin vom UKE (Universitätsklinikum Eppendorf) des Instituts für Medizinische Psychologie

Wir haben letzte Woche schon einmal miteinander telefoniert und einen Termin für heute vereinbart. Wir freuen uns sehr, dass Sie sich bereit erklärt haben uns bei der Studie weiterzuhelfen und für das Interview Zeit gefunden haben.

Wie ich schon erwähnt hatte wird das Gespräch nicht aufgezeichnet oder für andere Zwecke verwendet.

Bevor ich mit den Fragen beginne, würde ich gerne wissen, wie lange es schon her ist, seit Sie die Chatgruppen beendet haben?

Wie wurden Sie eigentlich auf uns aufmerksam? Behandelnder Arzt? Info-Veranstaltung?

Kommen wir nun zu den Fragen des Fragebogens.

Ich werde Ihnen im Folgenden Fragen zur Informationsveranstaltung und zu den Chatsitzungen stellen...

C1
„Was könnte man Ihrer Meinung nach an der Informationsveranstaltung für das Chatangebot in der Klinik noch besser machen?“

--> Patient hat was hingeschrieben, aber die Frage falsch verstanden --> als nicht beantwortet betrachten!

--> bei Antwort „klarer und deutlicher darstellen worum es geht und wie der Ablauf sein wird“, was sollte darauf gefragt werden?

- falls die Frage beantwortet wurde, die Antwort noch einmal vorlesen und vertiefend auf die Antwort eingehen.

- falls keine Angaben gemacht wurden:

► „Mir ist aufgefallen, dass einige der Patientinnen zu dieser Frage keine Angaben gemacht haben. Können Sie sich noch an die Informationsveranstaltung erinnern?"

--> noch einmal über den genauen Ablauf der Info-Veranstaltung informieren!

„ja“: ► „Was ist Ihnen besonders positiv aufgefallen und was hat Ihnen nicht so gut gefallen?“

„nein“: ► „Kann ich gut verstehen, die Veranstaltung ist auch schon eine ganze Weile her. Dann gehen wir einfach zur nächsten Frage über.“

C2

„Haben Sie an dem Chat teilgenommen?“

--> Bei eindeutigen, klaren Antworten der Nicht-Teilnahme braucht nicht noch mal nachgefragt werden.

„ja“ ► „Sie haben insgesamt an XX Sitzungen teilgenommen. Aus dem Fragebogen kann ich leider nicht entnehmen, welche Sitzungen das genau waren. Können Sie sich noch ungefähr daran erinnern, ob Sie zum Beispiel an den ersten Sitzungen teilgenommen haben und dann
entschieden haben aufzuhören oder ob sie eher unregelmäßig aber dafür bis zum Schluss teilgenommen haben?“

bei unregelmäßiger Teilnahme ➤ „Mich würde interessieren, aus welchen Gründen Sie nicht regelmäßig teilgenommen haben.“ (siehe C3)

bei vorzeitiger Beendung ➤ „Mich würde interessieren, aus welchen Gründen Sie die Teilnahme vorzeitig beendet haben.“ (siehe C3 oder C6b)

C3

Was waren die Gründe dafür, dass Sie nicht an dem Chat-Angebot teilgenommen haben?

„Ich hatte keine Zeit“

➤ „Welche Zeiten wären für Sie günstiger gewesen/ hätten Sie sich gewünscht?“

„Technische Probleme“

➤ „Können Sie sich noch erinnern, was genau das für Probleme waren?“

--> Informieren wie der Ablauf ist: Patient kriegt Zugangscode, Probe-Login, hält telefonische Rücksprache mit Therapeuten

--> Gut, dann danke ich für Ihre Informationen und wir werden schauen, ob wir dies in Zukunft vermeiden können o.ä.

„Zu wenige Informationen über das Angebot“

➤ „Welche Information haben Sie vermisst? Wozu hätten Sie gerne mehr gewusst?“

„Zweifel am Nutzen für mich“

➤ „Können Sie mir sagen, wie diese Zweifel ausgesehen haben? Warum haben Sie gedacht, dass die Teilnahme für Sie nicht von Nutzen wäre?“
„Erkrankung ein zu privates Thema“
► „Welche Bedenken hatten Sie bezüglich Ihrer Privatsphäre?“

„Chat ist ein unpersönliches Medium“
► „Welche Form von psychosozialer Unterstützung hätte Sie sich stattdessen gewünscht? Würden z.B. Email-Kontakt, Internet- oder Videotelefonie in Frage kommen?“

„Kein Interesse“
► „Um unsere Fragestellung zum Sinn und Zweck der Intervention genau zu beantworten, würde ich sehr gerne die genauen Gründe für die Nicht-Teilnahme erfahren. Könnten Sie noch ein bisscher genauer auf diese Frage eingehen?“

Falls unter C2 eine Teilnehmerin mit „nein“ geantwortet und unter C3 keine Angaben gemacht hat, wird nach den Gründen gefragt.

Für diese Person endet das Interview an dieser Stelle bzw. man könnte noch mal abschließend nach der Meinung zu internetbasierter Nachsorge Allgemein fragen.

_Vielen Dank, dass sie mit mir so offen über Ihre Meinung zur Chatgruppenintervention und psychosozialen Nachsorge allgemein gesprochen haben. Zum Abschluss würden mich jetzt noch ihre allgemeinen Erfahrungen mit dem Internet und mit Computern interessieren._

_C4:_

Was waren die Gründe dafür, dass Sie an dem Chat-Angebot teilgenommen haben?
► „Sie haben hier XY angegeben. Wurden Ihre Erwartungen erfüllt?“

_C5:_

Wie beurteilen Sie die regelmäßigen Chatsitzungen?
„Nun möchte ich ein paar Fragen zu Ihrer Beurteilung stellen“

je nach Polung des Items fragen (trifft sehr zu/trifft zu bzw. trifft weniger zu/trifft gar nicht zu) --> positive Polungen sind im Fragebogen gelb markiert, negative Polungen blau)

--> Themenblöcke aufstellen

<table>
<thead>
<tr>
<th>C 5</th>
<th>Wie beurteilen Sie die regelmäßigen Chatsitzungen?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Bitte kreuzen Sie an, in wie weit folgende Aussagen auf Sie zUTreffen:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>trifft sehr zu</td>
</tr>
<tr>
<td>-----------</td>
<td>----------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Der Austausch mit anderen PatientInnen hat mir geholfen.</td>
<td>O₁</td>
</tr>
<tr>
<td>Die Unterstützung von anderen PatientInnen hat mir geholfen.</td>
<td>O₁</td>
</tr>
<tr>
<td>Der Chat-Therapeut / die Chat-Therapeutin hat mir geholfen.</td>
<td>O₁</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich habe das Gefühl, dass ich anderen Chat-Teilnehmern helfen konnte.</td>
<td>O₁</td>
</tr>
<tr>
<td>Die Möglichkeit, mich eine Stunde in der Woche mit mir und meiner Erkrankung zu beschäftigen, hat mir geholfen.</td>
<td>O₁</td>
</tr>
<tr>
<td>Es war wichtig für mich, die Kontakte zu anderen PatientInnen aus der Klinik auch nach der Behandlung aufrechtzuerhalten.</td>
<td>O₁</td>
</tr>
<tr>
<td>Es war wichtig für mich, die Kontakte zu den Therapeuten aus der Klinik auch nach der Behandlung aufrechtzuerhalten.</td>
<td>O₁</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich hatte das Gefühl einer vertraulichen Atmosphäre.</td>
<td>O₁</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich hätte lieber im persönlichen Kontakt mit den anderen Teilnehmern/innnen gesprochen.</td>
<td>O₁</td>
</tr>
<tr>
<td>Für meine Probleme / Erkrankung wäre eine anders zusammengesetzte Gruppe besser gewesen.</td>
<td>O₁</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Für bestimmte Probleme, die ich gerne angesprochen hätte, war mir der Chat zu unpersönlich.

<table>
<thead>
<tr>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
</tr>
</thead>
</table>

Die Probleme konnten nicht in der Tiefe behandelt werden, wie ich es mir gewünscht hätte.

<table>
<thead>
<tr>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
</tr>
</thead>
</table>

Es gab einen roten Faden in den Chatsitzungen.

<table>
<thead>
<tr>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
</tr>
</thead>
</table>

Ich konnte meine eigenen Themen einbringen.

<table>
<thead>
<tr>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
</tr>
</thead>
</table>


<table>
<thead>
<tr>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
</tr>
</thead>
</table>

Insgesamt bin ich zufrieden mit der Chat-Gruppe.

<table>
<thead>
<tr>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
</tr>
</thead>
</table>

Ich hatte Probleme mit dem Zugang zu dem Chatraum.

<table>
<thead>
<tr>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
</tr>
</thead>
</table>

Ich hatte während der Durchführung der Chatgruppe Computerprobleme.

<table>
<thead>
<tr>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
</tr>
</thead>
</table>

Ich konnte nicht schnell genug tippen.

<table>
<thead>
<tr>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
</tr>
</thead>
</table>

Eine Stunde für die Chatgruppe fand ich gut.

<table>
<thead>
<tr>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
</tr>
</thead>
</table>

Einen Chat pro Woche fand ich gut.

<table>
<thead>
<tr>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
</tr>
</thead>
</table>

Drei Monate Teilnahmedauer fand ich gut.

<table>
<thead>
<tr>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
</tr>
</thead>
</table>

Es waren zu viele Teilnehmer/innen in der Chatgruppe.

<table>
<thead>
<tr>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
</tr>
</thead>
</table>

Durch die Chatsitzungen bin ich geübt am Computer geworden.

<table>
<thead>
<tr>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
</tr>
</thead>
</table>

Mit Smiley (z.B.: 😊 😕) kann man Gefühle nicht gut ausdrücken.

<table>
<thead>
<tr>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
</tr>
</thead>
</table>

Sonstiges, und zwar: ___________________________

C6 und C7 werden übersprungen, da diese bereits angesprochen wurden

C8

Was könnte man Ihrer Meinung nach an den Chatgruppen noch besser machen?

► keine Antwort: „Mir ist aufgefallen, dass einige der Patientinnen zu dieser Frage keine Angaben gemacht hat. Möchten Sie heute noch etwas ergänzen oder sind Ihre Antworten in dem Fragebogen abgedeckt?”
Antwort vorhanden: „Sie haben an dieser Stelle folgendes geantwortet: [...]. Möchten Sie hierzu noch etwas ergänzen oder ausführlicher auf die Antwort eingehen?“

C9

Würden Sie den Chat anderen Personen mit Ihrer Erkrankung weiterempfehlen?
- wichtige Frage! Auf die Antworten eingehen

C10

Würden Sie noch mal an einem Chat teilnehmen?
- evtl. auslassen

An dieser Stelle bitte auf Widersprüchlichkeit von Beurteilung und erneutem Teilnahmewunsch achten und ggf. nachfragen, z.B.: „Ihre Beurteilung fiel ja insgesamt gut aus, trotzdem geben Sie an, nicht noch einmal an einer Chatgruppe teilnehmen zu wollen. Mich interessiert sehr, warum das so ist?“

„Ihrer Antwort kann ich entnehmen, dass sie ____ teilnehmen würden. Trifft diese Antwort aktuell noch zu?“

C11

Wären Sie bereit gewesen, für die Teilnahme an der Chatgruppe zu bezahlen?
- Fragestellung: wie sehr wertschätzen die Patienten die Chatgruppe
- Warum wären Sie nicht bereit gewesen?

C12

Anregungen, Vorschläge, Kommentare, Was hat Ihnen am meisten geholfen, was am meisten gestört, gab es wichtige Unterschiede zu einer „normalen“ Gruppe.
- Gibt es noch etwas was Sie zu Schluss noch anmerken wollen? Anregungen, Vorschläge, Kommentare....

Abschluss

► „Vielen Dank, dass Sie sich Zeit für das Interview genommen haben. Sie konnten uns bei der Beantwortung unserer Fragestellung sehr weiterhelfen. Meine Forschungsgruppe und ich sind Ihnen dafür sehr dankbar.

Ich wünsche Ihnen alles Gute für die Zukunft!“.
# 12.2 Anhang B: Einverständniserklärung zum Telefoninterview

Im Rahmen der Studie interessieren wir uns für Ihre Erfahrungen mit der Internetchatgruppe.

Wir würden Ihnen gerne in einem Telefonat (ca.20-30 Minuten) einige ergänzende Fragen hierzu stellen, um ein genaueres Bild Ihrer Eindrücke zu erhalten und Ihre Angaben aus dem Fragebogen zu vertiefen.

Dürfen wir Sie zu diesem Zweck einmal anrufen?

Falls ja, füllen Sie bitten den unteren Abschnitt aus und schicken ihn mit den Fragebögen zurück. (Sie können natürlich jederzeit dieses Einverständnis ohne Angabe von Gründen wieder zurückziehen).

**Vielen Dank!**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Name:</th>
<th>…………………………………</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Telefonnummer:</td>
<td>………………/…………………...</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Vorwahl Rufnummer

Diese Angaben werden selbstverständlich unter Einhaltung der Bestimmungen des Datenschutzes behandelt.
12.3 Anhang C: Interview-Leitfaden zur Akzeptanz des E-Nachsorge-Angebotes

Interview-Leitfaden zur Akzeptanz des E-Nachsorge-Angebotes

Zusammenfassung Ablauf des Interviews:

Einleitung

Bedarf an psychosozialer Unterstützung

Bedarf an Informationen

Einstellung zur Chatintervention

Allgemeine Nutzung des Internets

A) EINLEITUNG

Zur Einleitung des Interviews

stellen sich die Interviewerinnen vor und erklären

das Ziel (Verbesserung der Versorgungssituation/ von Nachsorgeangeboten im Anschluss an einen Reha-Aufenthalt) und den Zeitrahmen des Interviews (ca. 15 Min.)

warum das Interview aufgezeichnet wird (Hilfsmittel/Erinnerungsstütze)

die datenschutzrechtlichen Bedingungen (ggf. auch, warum man zum Schutz der Anonymität auf die persönliche Anrede während der Aufnahme verzichtet)

B) BEDARF: Psychosoziale Unterstützung

Wie fühlen Sie sich, wenn Sie über Ihre Erkrankung nachdenken?

Würden Sie sich Unterstützung bei der Verarbeitung Ihrer Krankheitserlebnisse und möglicher Krankheitsfolgen bzw. bei der Wiederaufnahme Ihres Alltagslebens wünschen?

[Wenn „ja“:] Von wem (professionell, Familie, Freunde, Betroffene)? [Falls nur Freunde/Familie genannt werden:] Könnten Sie sich vorstellen, sich an jmd. zu wenden, der einen professionellen/neutralen Blick hätte?

In welcher Form (Therapie z.B. Einzel/Gruppe, Selbsthilfe-Gruppe, Beratung usw.)

Falls Bedarf an psychosozialer Unterstützung besteht: Planen Sie die Inanspruchnahme?

[Falls „nein“] Welches könnten (bisher) Gründe (gewesen) sein, die dagegen sprechen (sprachen), obwohl Sie selbst den persönlichen Wunsch nach Unterstützung für sich erkennen?

Mich würde Ihre Einstellung zur psychosozialen Nachsorge allgemein interessieren? Was halten Sie z.B. davon, nach Ihrer Reha-Behandlung eine Unterstützung beim Übergang in den Alltag zu erhalten? Wie sollte das dann aussehen?

Gibt es etwas, dass Sie bei Ihrer Behandlung/Versorgung bisher vermisst haben?

Wie würde für Sie persönlich eine optimale Nachsorge nach Ihrer Reha-Behandlung aussehen.

D) BEDARF: Informationen

Neben der psychosozialen Unterstützung, höre ich von einigen Patientinnen, dass Sie sich mehr Informationen über Ihre Erkrankung wünschen. Geht es Ihnen auch so?

Antwort „Nein“ --> weiter mit Frage 8

Antwort „Ja“ --> weiter mit Frage 7 (Frage 8 und 9 entfallen)

In welchen Bereichen würden Sie sich mehr Informationen wünschen (z.B. über die Erkrankung an sich, die Folgen, den Umgang mit diesen?) In welcher Form (z.B. mündlich, schriftlich, elektronisch, interaktiv)?

Das ist toll, dann fühlen Sie sich gut informiert! Wo haben Sie Ihre Informationen gefunden?
Nach welchen Informationen haben Sie dabei in erster Linie gesucht?

Wo haben Sie bisher nach hilfreichen Informationen gefragt/gesucht? oder Wo planen Sie sich in Zukunft über Ihre Erkrankung zu informieren?

Gibt es Internetseiten, welche Sie regelmäßig/häufig besuchen/besucht haben, die Ihnen hilfreich erscheinen/erschienen? Würden sie diese auch anderen Patientinnen empfehlen?

C) EINSTELLUNG ZUR CHATINTERVENTION

„Sie haben ja gerade erzählt, dass Sie [...] und Ihrem Kurz-Fragebogen kann ich entnehmen, dass sie das Internet nutzen, für sich die Teilnahme an einer Chatgruppenintervention aber eher ausschließen. Mich würde nun sehr interessieren, was Ihre Entscheidung beeinflusst hat, weil wir mit Ihrer Hilfe die Chat-Intervention verbessern und so einer größeren Gruppe von Patienten zugänglich machen können.

ODER

„Sie haben ja gerade erzählt, dass Sie [...] und Ihrem Kurz-Fragebogen kann ich entnehmen, dass sie das Internet nutzen und sich für die Teilnahme an der Chatgruppenintervention entschieden haben. Mich würde nun sehr interessieren, was Ihre Entscheidung beeinflusst hat, weil wir mit Ihrer Hilfe die Chat-Intervention verbessern und so einer größeren Gruppe von Patienten zugänglich machen können.

Welche persönlichen Gründe haben gegen/für eine Teilnahme gesprochen? Welche Bedenken haben Sie in Bezug auf eine Studienteilnahme?

Gibt/gab es organisatorische Gründe oder Bedenken hinsichtlich des technischen Zugangs (welche Sie an einer Teilnahme gehindert haben)?

Welche Art von technischer Unterstützung würden sie sich wünschen (, um an der Studie teilnehmen zu können)?

Konnten durch die Patientenschulung in der Rehabilitationsklinik alle Ihre Fragen bezüglich der Chatintervention zufriedenstellend beantwortet werden? Welche Informationen haben sie
vermisst? Wie könnten wir Ihrer Meinung nach die Informationsveranstaltung und auch unser Angebot verbessern?

Welche Nachteile sehen Sie an einer internetbasierten Nachsorge, insbesondere bei Chatgruppensitzungen? Welche Bedenken/Befürchtungen hätten/haben Sie einer Teilnahme gegenüber?

Sehen Sie auch positive Aspekte einer solchen (therapeutischen) Chatgruppe? [bzw. für Teilnehmer:] Welche positive Aspekte einer solchen (therapeutischen) Chatgruppe? Welche Erwartungen haben Sie bezogen auf die Chatintervention?

Wie würden Sie sich eine optimale internetbasierte Nachsorge vorstellen?

E) EINSTELLUNG ZUM INTERNET ALLGEMEIN

„Vielen Dank, dass sie mir so offen über Ihre Meinung zur Chatgruppenintervention und psychosozialen Nachsorge allgemein gesprochen haben. Zum Abschluss würden mich jetzt noch ihre allgemeinen Erfahrungen mit dem Internet und mit Computern interessieren. “

E.1) BISHERIGE ERFAHRUNGEN

Ggf. entfallen die Fragen, wenn im Verlauf klar wird, dass der Patient/ die Patientin kein Internet nutzt.

Haben Sie bisher schon Erfahrungen mit dem Internet sammeln können?

[Wenn „ja“:] Wie häufig nutzen sie das Internet?

E.2) TECHNISCHE VORAUSSETZUNGEN

Haben Sie Zugang zu einem Computer mit einer Internetverbindung? Wo?

[Falls „nein“ oder nur im privaten Umfeld oder beruflich:] Denken Sie darüber nach, sich einen eigenen Computer anzuschaffen?

E.3) NUTZEN/AKZEPTANZ

Benutzen Sie das Internet? (Antwort „Nein“ --> weiter mit Frage 27)
[wenn „Ja“:] Warum benutzen sie das Internet (Mit welcher Zielsetzung benutzen sie das Internet?) / Welche Funktionen des Internets nutzen Sie für sich?

Welche Bedeutung hat das Internet für Sie?

Welche Gefahren der Internetnutzung sehen Sie? Was sind Ihrer Meinung nach Nachteile und Schwierigkeiten beim Gebrauch des Internets? Welche Befürchtungen haben Sie in Bezug auf die Nutzung des Internets?

Welche Vorteile bietet ein Internetzugang?

( ggf. redundant, je nach Interviewverlauf) Sagt Ihnen der Begriff „Forum-Diskussion“ etwas? Haben Sie vorher schon einmal etwas von den sog. „Chatrooms“ gehört? Haben Sie vielleicht selbst schon einmal aktiv an einem Forum oder einem Chat teilgenommen?
12.4 Anhang D: Interviewleitfäden

12.4.1 Anhang D.1 Interviewleitfäden Projektbeteiligte

Interviewleitfäden Projektbeteiligte

Ablauf des Interviews:

1) Einleitung (Vorstellung, Ziel des Interviews)

2) Themen

2.1 Vorbereitungen in der Klinik

2.2 Rekrutierung der PatientInnen

2.2 Infoveranstaltung

2.3 Abschließende Fragen

3) Abschluss

Wie war Ihr erster Eindruck vom Studienkonzept?

Mit welchen Erwartungen und Befürchtungen sind Sie in die Studie gestartet?

Vorbereitungen in der Klinik

Wie viel Personal wurde für die Implementierung benötigt?

Technische Voraussetzungen

Wöchentlicher zeitlicher Aufwand / Kosten

Waren Sie mit dem Ablauf in der Klinik zufrieden?

Wie könnte man die Rekrutierung und Organisation noch verbessern? Was war hilfreich und was war hinderlich für die Implementierung der Intervention?
Haben Sie weitere Rekrutierungsidee bzw. sehen Sie eine Zielgruppe unter den Patienten, für die es eher in Frage kommen würde?

**Infoveranstaltung**

Wie kamen die Patienten mit dem Medium Internet (Patientenschulung) zurecht?

Wie viele Patienten wurden pro Woche zur Patienteninfoveranstaltung eingeladen?

Organisation/Durchführung der Schulung/Infoveranstaltung

Wie häufig kamen technische Probleme bei den Teilnehmern auf? Hatten technische Probleme einen Einfluss auf die Teilnahmebereitschaft?

Haben sie Verbesserungsvorschläge bzgl. der Infoveranstaltung?

Sollte man den Chat vielleicht an Anfang stellen?

Akzeptanz und Kritik seitens der Patienten bezogen auf die Infoveranstaltung?

**Abschließende Fragen**

Wie würden Sie sich eine optimale internetbasierte Nachsorge für die Klinik vorstellen?

Für wie praxistauglich schätzen Sie die Intervention ein?

Was muss der optimale Therapeut mitbringen?

Haben die Patienten in der Klinik offen Kritik über das Angebot geäußert?

Haben Sie von den Patienten ein Feedback über die Gründe ihrer Nichtteilnahme bekommen?

Haben einige Patienten auch Gründe genannt, warum sie an dem Angebot teilnehmen möchten. Was Ihnen besonders gut daran gefällt?
12.4.2 Anhang D.2 Interviewleitfaden Therapeuten

Interviewleitfaden Therapeuten

Ablauf des Interviews:

1) Einleitung (Vorstellung, Ziel des Interviews, Motivation, Erwartungen/Befürchtungen)

Wie war Ihr erster Eindruck vom Studienkonzept?

Mit welchen Erwartungen und Befürchtungen sind Sie in Ihre Chatintervention gestartet?

Wie waren Ihre Vorerfahrungen mit dem Internet? Nutzen Sie es privat viel oder haben Sie vielleicht schon Email-Kontakt mit Patienten?

Was hat Sie motiviert, als Therapeut an der Studie mitzuwirken?

Können Sie noch einmal kurz Ihre Vorerfahrungen im therapeutischen Bereich, speziell mit Gruppen und KrebspatientInnen und eventuell auch schon früheren internetbasierten Interventionen schildern?

2) Themen

2.1 Vorbereitungen auf den Chat/Zeitaufwand

2.2 Technische Durchführung

2.3 Struktur des Chats

2.4 Zusammensetzung der Gruppe

2.5 Abschließende Fragen

3) Abschluss

Vorbereitung auf den Chat

Wie wichtig empfanden Sie den telefonischen Vorkontakt?

Hat der telefonische Vorkontakt eine gewisse Verbindlichkeit/Bindung geschaffen?
(Konnten Sie aus dem telefonischen Kontakt raushören, ob Sie den Patienten eventuell schon aus der Klinik kannten?)

(Haben Sie im Chat gemerkt, ob Sie einen Patienten bereits kannten?)

Wäre es für Sie vom Vorteil gewesen, wenn Sie von den Patienten, vorab Informationen gehabt hätten?

Wie lange hat das Telefonat im Durchschnitt gedauert?

Wurde der technische/telefonische Bereitschaftsdienst genutzt?

Wie lange haben Sie sich auf den Chat vorbereitet?

Wie viel Zeit kam für die Nachbereitung auf?

Haben Sie das Protokoll den Patienten per Email geschickt?

Fühlten Sie sich durch ihre Ausbildung/bisherigen Erfahrungen gut auf das Chatgespräch vorbereitet? Was hätten Sie sich anders gewünscht?

Hätten Sie sich von unserer Seite mehr Input gewünscht?

Wie empfanden Sie Dauer und Häufigkeit der Chatsitzungen?

Wenn Patienten später in die Chatsitzungen mit rein genommen wurden, haben Sie dann die Dauer der Chatsitzungen verlängert?

**Technische Durchführung**

Wie kamen Sie mit der Chatoberfläche zurecht? Hatten Sie technische Probleme?

Wie hat der Support auf technische Probleme reagiert?

Wie kamen die Teilnehmer mit dem Medium Internet zurecht?

Wie häufig kamen technische Probleme (z.B. Zugangsprobleme oder Ausfüllen des Online FB) bei den Teilnehmern auf? Hatten technische Probleme einen Einfluss auf das Chatgespräch?

Haben sie Verbesserungsvorschläge bzgl. der Chatoberfläche, Chateingabefenster etc.?

**Struktur des Chats**

Gab es etwas, dass Sie als hilfreich bzw. als hinderlich für die Chatmoderation empfunden haben?
Nach wie vielen Sitzungen hatten Sie das Gefühl, dass sich alles eingespielt hat?

Gab es Schwierigkeiten während des Gesprächs einen roten Faden einzuhalten?

Konnten Sie die Themenwünsche der Teilnehmer berücksichtigen?

Welches waren dominante/sich wiederholende Themen?

Haben Sie eine Idee, für welche Patienten in Ihrer Gruppe die Chatsitzungen wirklich hilfreich waren?

Kritik seitens der Teilnehmer?

**Zusammensetzung der Gruppe**

Wie empfanden Sie die Zusammensetzung der Gruppe?

Akzeptanz seitens der Patienten: aktive Teilnahme der Patienten? --
Zugehörigkeitsgefühl/tragfähige Gruppenkohäsion (= innerer Zusammenhalt)/?
Teilnehmerzufriedenheit?

Hatten Sie das Gefühl, dass Gefühle gut ausgedrückt werden konnten?

Abbrecherquote? /Haben sich Abbrüche vorher angekündigt? Könnte man Abbrüchen vorbeugen?

Haben Sie sich von den Chatteilnehmern akzeptiert gefühlt?

War die Anonymität eher ein Vor- oder Nachteil?

**Abschließende Fragen**

Wie schätzen Sie die Praxistauglichkeit der Internetchatgruppe ein?

Welche positiven Aspekte hat eine therapeutische Chatgruppe Ihrer Meinung nach im Gegensatz zu einer face to face Gruppe?

Wie würden Sie sich eine optimale internetbasierte Nachsorge vorstellen?

Würden Sie noch einmal als Therapeut an einer Chatintervention teilnehmen?

Glauben Sie, dass die Patienten von den Chatsitzungen profitiert haben?

Haben Sie noch Verbesserungsvorschläge, Kritiken etc.?