

Aus dem Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft (IMVR)

Gemeinsames Institut der Humanwissenschaftlichen und der
Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln

Direktor: Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff

Der Kohärenzsinn in der psychoonkologischen Versorgung

Inauguraldissertation

zur Erlangung des Doktorgrades

der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln

nach der Promotionsordnung vom 18.12.2018

vorgelegt von

Natalia Maria Cecon-Stabel (geb. Cecon)

aus Köln

09/2024

Erstgutachter: Prof. Dr. Holger Pfaff

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Lena Ansmann

Diese Dissertation wurde von der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln im September 2024 angenommen.

Erklärung über den Eigenanteil

Die vorliegende kumulative Dissertation basiert auf vier Artikeln, die von mir, Natalia Cecon-Stabel, als Erstautorin angefertigt wurden.

Die für den ersten Artikel verwendeten Daten stammen aus der routinemäßigen Befragung von erstdiagnostizierten Brustkrebspatient:innen im Rahmen des Projekts EMMA NRW (*Evaluation und Befragung von PatientInnen mit Mammakarzinom in den NRW Brustzentren*). Die wissenschaftliche Leitung des Projekts oblag zum Zeitpunkt der Publikation Herrn Prof. Dr. Holger Pfaff, die operative Projektleitung Frau Dr. Susan Lee und die administrative Projektleitung Herrn Markus Alich.

Die verwendeten Daten für den zweiten, dritten und vierten Artikel stammen aus dem Projekt isPO (integrierte sektorenübergreifende Psychoonkologie) und dessen externen Evaluation, die zwischen 2018 - 2022 stattfand. Die wissenschaftliche Leitung des Projekts oblag Herrn Prof. Dr. Holger Pfaff und Dr. Antje Dresen. Die operative Leitung hielt Frau Dr. Theresia Krieger inne. Die operative Projektdurchführung oblag Sandra Salm und mir.

Die zu den einzelnen Publikationen dazugehörigen Literaturrecherchen, die Aufbereitung des Forschungsstandes, die Datenaufbereitung und -analyse, die Interpretation, die Konzeption und Revision der Manuskripte sowie die Kommunikation mit den Journals erfolgten durch mich. Hinsichtlich der Herstellung der Manuskripte habe ich Unterstützungsleistungen von den in den Originalarbeiten als Co-Autor:innen genannten Personen erhalten. Weitere Personen waren an der geistigen Herstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt.

Danksagung

Mit Einreichung der Dissertationsschrift kann ich auf ca. 6 Jahre zurückschauen, in denen ich unglaublich viel gelernt habe: methodisch, inhaltlich und menschlich.

Zunächst möchte ich mich bei den Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen bedanken, die mich im Promotionsprozess begleitet haben - sei es durch Anleitung, Impulse, Austausch oder Empathie und Zuhören. Mein Dank gilt hier Herrn Prof. Dr. Pfaff für die fachlichen Beratungen und die Freiheiten in der Publikationserstellung. Ebenfalls möchte ich mich ganz herzlich bei Frau Dr. Antje Dresen für die langjährige Begleitung und das allzeit offene Ohr bedanken. Danke an Frau Dr. Theresia Krieger, von der ich unglaublich viel zur partizipativen Forschung, Projektmanagement und komplexen Interventionen gelernt habe. Danke an Dr. Isabell Schellartz und Sara Söling, meine ehemaligen Bürokolleginnen, die ebenfalls immer ein offenes Ohr hatten und für einen Austausch bereit waren. Danke an Prof. Freia De Bock, bei welcher ich viel zu komplexen Interventionen und Gesundheitsförderung lernen durfte.

Danke an meine Eltern, die meine akademische und berufliche Laufbahn immer mit den Ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln gefördert und priorisiert haben. Danke an meine Freund:innen, die immer motivierende Worte für mich hatten.

Und zuletzt ein großer Dank an meinen Ehemann Moritz, der mir die gesamte Zeit zur Seite stand, mich wenn notwendig entlastet hat, damit ich neben anderweitigen beruflichen Entwicklungen Zeit für die Promotion hatte und der für den ein oder anderen Lesetest zur Verfügung stand.

Zusammenfassung

Hintergrund

In der psychoonkologischen Versorgung erfahren Krebspatient:innen Unterstützung bei der Bewältigung und Reduktion psychologischer und sozialer Probleme, die im Zusammenhang mit ihrer Krebserkrankung entstehen (Mehnert, 2014; Weis et al., 2007). Der Behandlungsansatz fokussiert sich nicht nur auf die Reduktion von Symptomatik, sondern auch darauf psychische Gesundheit, Lebensqualität und Ressourcen aufzubauen (Graves, 2003; Osborn et al., 2006; Schumacher, 2004; Weis et al., 2007) und weist damit eine salutogene Orientierung auf. Die Theorie der Salutogenese (Antonovsky, 1987) ist vielfältig nutzbar für die Erforschung und Verbesserung gesundheitsrelevanter Outcomes. Jedoch sind die Wirkwege salutogener Prozesse nicht ausreichend untersucht, um Salutogenese nachhaltig besser fördern zu können (Hochwälder, 2022; Suominen & Lindstrom, 2008). Als Kernkomponente der Salutogenese Theorie wurde der Kohärenzsinn von Krebspatient:innen in einigen Studien untersucht (z.B. Eriksson & Lindström, 2007; Gerasimčik-Pulko et al., 2009; Kenne Sarenmalm et al., 2013). Es fehlt jedoch Evidenz über konkrete salutogene Wirkwege in der psychoonkologischen Versorgung.

Hier setzt die vorliegende Dissertationsschrift an. Auf Patient:innenebene wird untersucht, inwiefern individuelle salutogene Prozesse den Bedarf und die Inanspruchnahme psychoonkologischer Versorgungsleistungen beeinflussen und, ob bedarfsgerechte psychoonkologische Versorgung die Salutogenese von Krebspatient:innen fördert. Auf Ebene psychoonkologisch Versorgender soll die arbeitsbezogene Salutogenese genauer betrachtet werden. Ziel ist Erkenntnisse darüber zu erhalten, welche Arbeitsressourcen bzw. -anforderungen den arbeitsbezogenen Kohärenzsinn während der Implementierung einer komplexen psychoonkologischen Intervention zur Verbesserung psychoonkologischer Versorgungsstrukturen beeinflussen und wie sich dies auf die Akzeptanz und Durchführbarkeit der Intervention auswirkt. Zuletzt wird beispielhaft die COVID-19 Pandemie als Kontextfaktor für psychoonkologische Versorgung untersucht, um zu erfahren, ob kontextuelle pandemische Veränderungen die psychoonkologische Versorgung und den Kohärenzsinn von Krebspatient:innen beeinflussen.

Die Ergebnisse der Forschungsarbeiten

- 1) Die Befragung von Brustkrebspatient:innen zeigt, dass der Kohärenzsinn als salutogener Schutzfaktor fungiert. In Abhängigkeit von seiner Ausprägung und dem Vorhandensein generalisierter Widerstandsressourcen, ist die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass ein Bedarf für psychoonkologische Unterstützung besteht und diese in Anspruch genommen wird.

- 2) Die Evaluation von Befragungs- und Versorgungsdokumentationsdaten erstdiagnostizierter Krebspatient:innen, die im Rahmen der neuen Versorgungsform *isPO* psychoonkologische Unterstützung erhielten, zeigt, dass eine gute therapeutische Bindung und die Anzahl der in Anspruch genommenen psychoonkologischen Konsultationen sich positiv auf den Kohärenzsinn der Patient:innen auswirkt und damit salutogen wirken.
- 3) Die Inhaltsanalyse von Interviews und Fokusgruppen psychoonkologischen Personals der neuen Versorgungsform *isPO* weist darauf hin, dass der arbeitsbezogene Kohärenzsinn des Personals die Bewältigung des Implementierungsprozesses erleichtert, sofern ausreichend Ressourcen zur Verfügung stehen. Vier übergeordnete Themen ließen sich verdichten: (1) Kommunikation und Information, (2) organisationale und soziale Ressourcen, (3) die Programmentwicklung und partizipative Elemente und (4) die ambivalente Funktion der arbeitsbezogenen Sinnhaftigkeit.
- 4) Die unter 2) genannten Evaluationsdaten zur neuen Versorgungsform *isPO* zeigen, dass während der COVID-19 Pandemie weder die therapeutische Allianz, die Zufriedenheit mit der Versorgung, noch der Kohärenzsinn der Krebspatient:innen durch den Versorgungsmodus (face-to-face, telefonische oder videobasierte Konsultationen) beeinflusst wurden.

Schlussfolgerungen

Der Kohärenzsinn und generalisierte Widerstandsressourcen können bewirken, dass Krebspatient:innen sich weniger belastet fühlen und ihre Lebenssituation besser bewältigen können. Psychoonkologische Versorgung kann dazu beitragen, dass Patient:innen salutogene Veränderungsprozesse erfahren. Auch auf Ebene des psychoonkologischen Personals wirkt sich der arbeitsbezogene Kohärenzsinn und arbeitsbezogene Ressourcen bzw. Anforderungen auf deren Gesundheit aus. Für beide Zielgruppen ist für eine bedarfsorientierte Gesundheitsförderung zu empfehlen, den (arbeitsbezogenen) Kohärenzsinn und generalisierte / arbeitsbezogene Widerstandsressourcen systematisch zu erheben, um passfähige salutogene Interventionen einleiten zu können. Aus implementierungswissenschaftlicher Perspektive scheint der arbeitsbezogene Kohärenzsinn ein förderlicher Indikator dafür zu sein, wie bereit ein Implementierungssetting für eine neue komplexe Intervention bzw. Innovation ist. Ebenfalls könnte er herangezogen werden, um arbeitsbezogene salutogene Implementierungsstrategien abzuleiten.

Pandemiebedingte Schutzmaßnahmen führten zu Veränderungen im psychoonkologischen Versorgungsmodus, was jedoch keinen negativen Einfluss auf die Versorgungsqualität hatte, sodass Telefon- oder Videosprechstunden als eine sinnvolle Ergänzung für die psychoonkologische Versorgung zu bewerten sind.

Inhaltsverzeichnis

Erklärung über den Eigenanteil	II
Danksagung	III
Zusammenfassung	IV
Abbildungsverzeichnis	VIII
Abkürzungsverzeichnis	VIII
1 Einleitung	1
2 Psychoonkologische Versorgung	4
2.1 Psychoonkologische Versorgungsstrukturen in Deutschland	4
2.2 Psychoonkologische Versorgung unter pandemischen Bedingungen	6
3 Das Modell der Salutogenese nach Antonovsky	8
3.1 Zentrale Konstrukte und Mechanismen des salutogenen Modells der Gesundheit	9
3.1.1 Der Kohärenzsinn als zentrale Komponente	10
3.1.2 Generalisierte Widerstandsressourcen	11
3.1.3 Spannung und Spannungsmanagement	12
3.1.4 Der Kohärenzsinn von Krebspatient:innen	12
3.2 Salutogenese am Arbeitsplatz	14
3.2.1 Der Kohärenzsinn im Arbeitskontext	14
3.2.2 Der arbeitsbezogene Kohärenzsinn	15
3.2.2 Implementierung komplexer Interventionen und der arbeitsbezogene Kohärenzsinn	16
4 Ziele und Forschungsfragen der eigenen Forschungsarbeiten	17
5 Publierte eigene Forschungsarbeiten	20
5.1 Artikel 1 - A salutogenic model predicting the need for psycho-oncological care and its utilisation—The role of generalised resistance resources and sense of coherence	20
5.2 Artikel 2 - Cancer Patients' Sense of Coherence – Psycho-Oncological Consultations and Therapeutic Alliance as Salutogenic Factors	22
5.3 Artikel 3 - Salutogenesis at Work as a Facilitator for Implementation? An Explorative Study on the Relationship of Job Demands, Job Resources and the Work-Related Sense of Coherence within a Complex Healthcare Programme	24

5.4 Artikel 4 - Does the mode of care delivery affect therapeutic alliance, patient care satisfaction or patient reported outcomes? Psycho-oncological care evaluation data collected during the COVID-19 pandemic	26
6 Diskussion.....	28
6.1 Erkenntnisse aus dem 1. Artikel.....	28
6.2 Erkenntnisse aus dem 2. Artikel.....	30
6.3 Erkenntnisse aus dem 3. Artikel.....	32
6.4 Erkenntnisse aus dem 4. Artikel.....	36
6.5 Limitationen	38
6.5.1 Limitationen des 1. Artikel.....	38
6.5.2 Limitationen des 2. Artikel.....	39
6.5.3 Limitationen des 3. Artikel.....	40
6.5.4 Limitationen des 4. Artikel.....	40
6.5.5 Limitationen des Dissertationsvorhabens	41
7 Schlussfolgerungen für Wissenschaft und Praxis	43
Literaturverzeichnis	45

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Antonovsky's Modell der Salutogenese (Antonovsky, 1979, S. 184–185).....	9
Abbildung 2. Patient:innen-, Versorgenden-, und Kontextebene in der psychoonkologischen Versorgung im Kontext der Theorie der Salutogenese.....	18
Abbildung 3. Visual Abstract zu Artikel 1	21
Abbildung 4. Visual Abstract zu Artikel 2	23
Abbildung 5. Visual Abstract zu Artikel 3	25
Abbildung 6. Visual Abstract zu Artikel 4	27

Abkürzungsverzeichnis

CICI-Framework	The Context and Implementation of Complex Interventions framework
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
EMMA NRW	Evaluation und Befragung von PatientInnen mit Mamma- karzinom in den NRW Brustzentren
GWR	Generalisierte Widerstandsressourcen
ICD-10	10. Version der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
isPO	integrierte, sektorenübergreifende Psychoonkologie
MRC-Framework	Medical Research Council Framework
UICC	Union Internationale Contre le Cancer (International Union Against Cancer)
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)

1 Einleitung

Salutogenese bezieht sich auf das gleichnamige Modell von Antonovsky (1987b), welches postuliert, dass Lebenserfahrungen dazu beitragen, den Kohärenzsinn eines Menschen zu formen, d. h. das Leben als verständlich, handhabbar und sinnhaft zu betrachten (Mittelmark & Bauer, 2022). Ein starker Kohärenzsinn hilft, Ressourcen zu mobilisieren, um Lebensstressoren zu bewältigen und dadurch die eigene Gesundheit zu stärken (Antonovsky, 1987b; Mittelmark & Bauer, 2022). Salutogenese zeichnet sich ebenfalls durch eine salutogene Orientierung aus, d.h. dass gesundheitsfördernde Faktoren und Entstehungsfaktoren von Gesundheit näher beleuchtet werden (Mittelmark & Bauer, 2022). Wenn auch ein salutogener Ansatz vielfältig nutzbar ist für die Erforschung und Verbesserung gesundheitsrelevanter Outcomes, fehlt es an ausreichend Evidenzen dazu, was salutogene Interventionen ausmacht und wie sie konkret salutogen wirken (Hochwälder, 2022; Langeland et al., 2022).

In der psychoonkologischer Versorgung, erfahren Krebspatient:innen Unterstützung bei der Bewältigung und Minimierung psychologischer und sozialer Probleme, die im Zusammenhang mit ihrer Krebserkrankung entstehen (Mehnert, 2014; Weis et al., 2007). Der psychoonkologische Behandlungsansatz ist in der Regel als patient:innenzentriert und ressourcenorientiert charakterisierbar (Leitlinienprogramm Onkologie, 2023; Sperner-Unterweger, 2011; Weis et al., 2007), bei welchem es darum geht Bewältigungsstrategien zu entwickeln und anzupassen, um nicht nur psychische Belastung zu minimieren, sondern auch psychische Gesundheit, Lebensqualität und Ressourcen aufzubauen (Graves, 2003; Osborn et al., 2006; Schumacher, 2004; Weis et al., 2007). Somit fördert psychoonkologische Versorgung salutogene Prozesse, um mit der eigenen Erkrankung umzugehen und sich psychisch zu stabilisieren.

Antonovsky ging davon aus, dass ein starker Kohärenzsinn die Krankheits- und Behandlungsakzeptanz als auch die Funktionsfähigkeit von Betroffenen verbessert (Antonovsky, 1987b). Zahlreiche Studien untermauern dies und weisen auf einen Zusammenhang zwischen dem Kohärenzsinn, der Lebensqualität und dem selbst eingeschätzten Gesundheitszustand von Krebspatient:innen hin (Eriksson & Lindström, 2007; Gerasimčik-Pulko et al., 2009; Kenne Sarenmalm et al., 2013; Lindblad et al., 2018; Rohani, Abedi, Omranipour & Langius-Eklöf, 2015). Zudem hängt ein hoher Kohärenzsinn mit einer besseren Lebensqualität nach der Behandlung (Kenne Sarenmalm et al., 2013; Rohani, Abedi, Sundberg & Langius-Eklöf, 2015; Shapiro et al., 2001), einer geringeren Symptombelastung (Kenne Sarenmalm et al., 2014) und einem besseren psychischen Wohlbefinden nach einer

Kapitel 1 Einleitung

Operation oder während einer Chemotherapie zusammen (Black & White, 2005; Boman et al., 1999; Hiensch et al., 2020). Wenn auch solche Forschungsergebnisse bereits Erkenntnisse zur Relevanz des Kohärenzsinn von Krebspatient:innen liefern, so fehlen für die psychoonkologische Versorgung Evidenzen über konkrete salutogene Wirkwege. Hier setzte die vorliegende Dissertationsschrift an.

Gesundheitsleistungen finden nicht nur auf der individuellen Ebene (Mikroebene), z.B. zwischen der psychoonkologischen Fachkraft und Patient:in, statt, sondern sind immer Teil eines Systems, d.h. sie befinden sich im Kontext einer Gesundheitseinrichtung (Mesoebene) und eines Gesundheitssystems (Makroebene) (Nellessen-Martens & Hoffmann, 2017). Diese Ebenen (Mikro-, Meso- und Makroebene) sollen in der vorliegenden Dissertationsschrift vor dem Hintergrund psychoonkologischer Versorgungsstrukturen berücksichtigt werden. Auf Mikroebene, wird das Ziel verfolgt zu untersuchen, inwiefern individuelle salutogene Prozesse von Krebspatient:innen, deren Bedarf und die Inanspruchnahme psychoonkologischer Versorgungsleistungen beeinflussen und, ob bedarfsgerechte psychoonkologische Versorgung die Salutogenese – in Form einer Veränderung im Kohärenzsinn – von Krebspatient:innen fördert. Da die psychoonkologische Versorgungslandschaft mit diversen strukturellen Herausforderungen konfrontiert ist und damit die Implementierung neuer oder optimierter Strukturen notwendig ist (siehe Kapitel 2.1), soll im nächsten Schritt, die Mikro- und Mesoebene genauer betrachtet werden. Untersucht wird, welche förderlichen und hemmenden Faktoren den arbeitsbezogenen salutogenen Prozess von psychoonkologischen Fachkräften beeinflussen und inwiefern dies Einfluss auf die Akzeptanz und Machbarkeit einer neuen komplexen psychoonkologischen Intervention zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen hat. Zuletzt soll der Einfluss der Makroebene auf salutogene Prozesse auf der Mikro- bzw. Mesoebene beispielhaft anhand der COVID-19 Pandemie untersucht werden.

Die Forschungsergebnisse der vorliegenden kumulativen Dissertationsschrift sollen einerseits dazu beitragen Erkenntnisse für potenzielle salutogene Wirkwege in der psychoonkologischen Versorgung zu erhalten und andererseits empirische Erkenntnisse für die Theorie der Salutogenese nach Antonovsky zu produzieren, d.h. zur Verifizierung oder Falsifizierung der Theoriekomponenten beitragen.

Die Dissertationsschrift ist in sieben übergeordnete Kapitel gegliedert. Im Anschluss an die vorrangegangene Einleitung werden in Kapitel 2 und 3 der Stand der Forschung und der theoretische Hintergrund zur psychoonkologischen Versorgung und der Salutogenese näher beleuchtet. In Kapitel 4 werden das Forschungsvorhaben und die Forschungsfragen beschrieben. Nachfolgend sind in Kapitel 5 die vier Forschungsarbeiten mittels visueller

Kapitel 1 Einleitung

Abstracts zusammenfassend dargestellt und in Kapitel 6 werden ihre zentralen Erkenntnisse und Limitationen diskutiert. Zuletzt werden in Kapitel 7 Schlussfolgerungen und Implikationen für Forschung und Praxis abgeleitet.

2 Psychoonkologische Versorgung

Die Psychoonkologie befasst sich „mit dem Erleben und Verhalten sowie den sozialen Ressourcen von Krebspatienten im Zusammenhang mit ihrer Krebserkrankung, deren Behandlung sowie damit verbundenen Problemlagen“ (Leitlinienprogramm Onkologie, 2023, S. 24). Die Psychoonkologie weist hierbei ein breites Spektrum an Einsatzgebieten auf („Prävention, Früherkennung, Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation, ambulante Versorgung und Palliativbetreuung“ (Leitlinienprogramm Onkologie, 2023, S. 24)) und soll supportiv und bedarfsorientiert angeboten werden. Neben Krebspatient:innen, können auch deren Angehörige psychoonkologische Leistungen in Anspruch nehmen.

Psychoonkologische Versorgung soll als integraler Bestandteil der onkologischen Versorgung in den jeweiligen Versorgungseinrichtungen angeboten werden (Leitlinienprogramm Onkologie, 2023; Herschbach & Mandel, 2011; Mehnert et al., 2003), d.h. in allen deutschen zertifizierten Krebszentren ist eine bedarfsgerechte psychoonkologische Versorgung zu ermöglichen (Schumacher, 2004). Hierfür ist die interdisziplinäre Kooperation durch alle an der Behandlung von Krebspatient:innen beteiligten Berufsgruppen notwendig (Mehnert et al., 2003) und eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit als Qualitätsmerkmal der Psychoonkologie anzusehen (Weis et al., 2007). Üblicherweise wird die psychoonkologische Versorgung durch das ärztliche Personal und Pflegekräfte mit dem psychoonkologischen Fachpersonal mittels Konsiliar-/ Liasondiensten oder integrierten Fachabteilungen umgesetzt (Leitlinienprogramm Onkologie, 2023). Über die Primärversorgung im Akutkrankenhaus hinaus, bieten ebenso ambulante und stationäre Rehabilitationen sowie ambulante Versorgende psychoonkologische Leistungen an (Leitlinienprogramm Onkologie, 2023). Psychoonkologie kann demnach in allen Phasen der medizinischen Krebsversorgung Anwendung finden.

2.1 Psychoonkologische Versorgungsstrukturen in Deutschland

Die psychoonkologische Versorgung in Deutschland findet in der ambulanten und stationären Versorgung als auch dem Rehabilitationsbereich statt (Leitlinienprogramm Onkologie, 2023). In diesen drei Bereichen des Gesundheitssystems sind die psychoonkologischen Versorgungsangebote höchst divers aufgestellt. Sie unterscheiden sich insbesondere hinsichtlich Strukturierungsgrad, Interventionsform und Häufigkeit der Unterstützungsmaßnahmen (Weis & Giesler, 2017). Expert:innen der psychoonkologischen Versorgungsforschung weisen darauf hin, dass die leitliniengerechte Umsetzung psychoonkologischer Versorgung sich weiterhin herausfordernd gestaltet (Mehnert & Koranyi,

Kapitel 2 Psychoonkologische Versorgung

2018). Dies ist vorwiegend in regionalen Versorgungslücken, Finanzierungsproblemen sowie Qualifikations- und Informationsdefiziten begründet (Herschbach & Mandel, 2011).

Zum einen mangelt es aktuell an einer gesetzlichen Grundlage für eine kostendeckende Finanzierung psychoonkologischer Leistungen (Herschbach, 2019; Lehmann-Laue, 2019). Während zum Beispiel in Rehabilitationskliniken die Kostenträger eine Finanzierung der Leistungen sicherstellen, werden in den Kliniken der zertifizierten Krebszentren diese in der Regel von den gesetzlichen Krankenversicherungen nicht übernommen. Besteht bei Patient:innen eine psychiatrische Diagnose nach ICD-10, werden die Leistungen wiederum im Rahmen einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung übernommen. Diese Bedingungen werden jedoch als „*inadäquat für die Onkologie*“ (Herschbach, 2019, S. 98) beschrieben, da es viele Krebspatient:innen gebe, die diese Kriterien nicht erfüllen können und dennoch an „*schwerwiegenden psychotherapiebedürftigen psychosozialen Störung[en]*“ (Herschbach, 2019, S. 98) leiden.

Zum anderen besteht eine Unterversorgung ländlicher (ambulanter) Versorgungsgebiete (Bühning, 2014), was ebenso auf eine uneinheitliche Finanzierung rückführbar ist (Deutsche Krebshilfe & Deutsche Krebsgesellschaft, 2017), jedoch auch auf eine deutliche sektorale Trennung der psychoonkologischen Versorgungsstrukturen innerhalb und zwischen dem Gesundheits- und Sozialwesen (Kusch et al., 2013; Robert Koch-Institut, 2023; Singer et al., 2016; Weis & Brähler, 2012). Zunächst wird der Versorgungsbedarf nicht adäquat erkannt (Mehnert & Hartung, 2015), in den Tumorboards nicht ausreichend thematisiert und in Entlassungsberichten oft nicht benannt (Book et al., 2013; Grosse-Thie, 2021; Herschbach, 2019). Ebenso fehle es an niederschweligen Angeboten im ambulanten Sektor, insbesondere dem flächendeckenden Ausbau der Krebsberatungsstellen und an qualifizierten Versorgenden, die auch regelfinanziert werden müssten (Bühning, 2014; Haun et al., 2018). Hinzukommt, dass die Selbsthilfe nur geringfügig in den psychoonkologischen Versorgungsprozess integriert ist, was die Deutsche Krebsgesellschaft und Deutsche Krebshilfe (Bundesgesundheitsministerium Selbsthilfeförderung, 2024; Deutsche Krebshilfe & Deutsche Krebsgesellschaft, 2017) als ungenutztes Potential deklarieren.

Häufig wird der Übergang vom stationären in den ambulanten Versorgungsbereich als herausfordernd erlebt, da es bei dieser Schnittstelle an adäquaten psychoonkologischen Behandlungspfaden fehlt (Lehmann-Laue, 2019). Hinzu kommen kurze Verweildauern der Patient:innen auf den behandelnden Stationen, was zu psychoonkologischen Versorgungsabbrüchen oder einem erschwerten Zugang zu Leistungen führen kann (Singer et al., 2016).

Kapitel 2 Psychoonkologische Versorgung

Neben strukturellen Herausforderungen spielen auch individuelle Faktoren eine Rolle in der Inanspruchnahme psychoonkologischer Leistungen. So nutzt nur ca. die Hälfte der Patient:innen, für die Bedarf angemeldet wird, letztlich auch psychoonkologische Unterstützungsleistungen (Dilworth et al., 2014; Faller, Weis et al., 2016). Barrieren können z.B. sein, dass Patient:innen durch die behandelnden Ärzt:innen wegen Zeitmangels nicht auf ihr emotionales Befinden angesprochen werden oder, dass sie das Gefühl haben im sozialen Umfeld oder auch alleine die Krankheit bewältigen zu können (Brandes et al., 2015; Clover et al., 2015; Dilworth et al., 2014). Ebenfalls können Informationsdefizite in Bezug auf die Aufgaben und Organisation psychosozialer Versorgungsangebote Einfluss nehmen (Dilworth et al., 2014; Faller, Koch et al., 2016).

2.2 Psychoonkologische Versorgung unter pandemischen Bedingungen

Die COVID-19-Pandemie hat weltweit zu einer umfassenden Reorganisation der psychoonkologischen Versorgung geführt und umfasste viele strukturelle und personelle Herausforderungen (Archer et al., 2020; Dinkel et al., 2021; Sormanti & Davis, 2021). In Deutschland musste psychoonkologisches Personal umfangreiche Hygienestandards und Kontaktbeschränkungen mit der Nutzung von Home-Office und telemedizinischen Alternativen, wie Tele- und Videokonferenzen, in Einklang bringen (Dinkel et al., 2021; Sormanti & Davis, 2021). Die notwendigen technischen Ressourcen waren hierbei nicht immer verfügbar (Archer et al., 2020; Dinkel et al., 2021). Gleichzeitig wurde Patient:innen, die mit einer potenziell lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert waren, geraten sich sozial zu isolieren, was bei einigen Patient:innen die Relevanz für psychoonkologische Versorgung erhöhte (Archer et al., 2020; Cecon-Stabel et al., 2023; Cecon-Stabel, Salm et al., 2024; Götz & Ihrig, 2021). Psychoonkologisch Versorgende äußerten Sorgen und Bedenken über die Kommunikationsqualität und Patient:innenbetreuung mittels telemedizinischer Alternativen, insbesondere, da sie eine verminderte oder fehlende nonverbale Kommunikation bemerkten (Archer et al., 2020; van der Lee & Schellekens, 2020). Jedoch auch im persönlichen Kontakt habe aufgrund des Tragens von Masken mimische nonverbale Kommunikation gefehlt (Götz & Ihrig, 2021).

Das Vorherrschen und die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die psychoonkologische Versorgung von Krebspatient:innen kann als Kontextfaktor eingeordnet werden. Vor dem Hintergrund der Implementierung komplexer Interventionen besteht laut Definition des CICI-(the context and implementation of complex interventions)Frameworks Kontext aus einer Reihe von aktiven und einzigartigen Faktoren, die die Interventionsumsetzung (hier psychoonkologische Versorgung) beeinflussen, modifizieren,

Kapitel 2 Psychoonkologische Versorgung

interagieren, erleichtern oder auch behindern (Pfadenhauer et al., 2017). Kontext umfasst neben dem physischen Ort, auch Rollen, Interaktionen und Beziehungen auf multiplen Ebenen (Pfadenhauer et al., 2017). Pfadenhauer et al. (2017) konzeptualisieren sieben Kontextdomänen: geografischer, epidemiologischer, sozio-kultureller, sozio-ökonomischer, ethischer, legaler und politischer Kontext. Die COVID-19-Pandemie scheint in mehreren dieser Domänen gewirkt zu haben, z.B. epidemiologisch, politisch, legal und sozio-ökonomisch und damit einen spezifischen Versorgungskontext erschaffen zu haben – auch für die Psychoonkologie. Inwiefern dieser Versorgungskontext Einfluss auf Patient:innenoutcomes psychoonkologischer Versorgung nahm, wird noch retrospektiv aufgearbeitet.

3 Das Modell der Salutogenese nach Antonovsky

Der Medizinsoziologie Aaron Antonovsky nahm Menschen als Teil eines größeren Kontextes wahr, was sich in seiner Forschung und Theorie zur Salutogenese widerspiegelte (Antonovsky, 1993a; Eriksson, 2022). Er betonte, dass die Salutogenese Theorie sowohl auf individueller als auch kollektiver, d.h. systemischer, Ebene angewandt werden kann. Er beschäftigte sich hierbei auch damit, wie Komplexität von Systemen wirken und bewältigt werden können (Antonovsky, 1993a; Eriksson, 2022). Komplexität bezieht er hierbei darauf wie organisiert ein System ist. In Bezug auf den Begriff Gesundheit erklärt Antonovsky es folgendermaßen:

„This [organisational] level both sets the problems and provides the potential, interacting with sub and suprasystem, for the system to maintain a dynamic steady state. Such a steady state is one way of defining health.” (Antonovsky, 1993a, S. 969)

Komplexität bietet diverse Möglichkeiten Systeme zu verändern oder sich anzupassen (Antonovsky, 1993a; Eriksson, 2022). Je komplexer ein System, so Antonovsky, desto tiefergehender, aber auch potenzieller sind Konflikte:

„Conflict refers to internal tensions of the human being, to tensions between persons, to tensions between the individual and the suprasystems of which she or he is a part, and to tensions between or among such suprasystems.” (Antonovsky, 1993a, S. 970)

Entstehen solche Konflikte, ist es für Individuen, aber auch Gemeinschaften, wichtig mit diesen Stressoren umzugehen. Antonovsky führt den Begriff der Kohärenz, genauer des „sense of coherence“ – Kohärenzsinn, ein (Antonovsky, 1993a). Der Kohärenzsinn, als ein Hauptkonstrukt des Modells der Salutogenese (Abb. 1), befähigt Menschen Lebensstressoren zu handhaben und sich anzupassen. Antonovsky ging davon aus, dass Menschen andauernd mit Lebensereignissen und Veränderungen konfrontiert sind, die als Stressor wahrgenommen werden können, aber nicht müssen:

„... life is inherently full of stressors, with life-situation stressor complexes by far deserving most of our attention if we wish to understand either health or disease. Focusing on health, I expressly rejected the implicit assumption that stressors are inherently pathogenic. Their health consequences can only be understood, if we understand the coping process.” (Antonovsky, 1992, S. 48)

Kapitel 3 Das Modell der Salutogenese nach Antonovsky

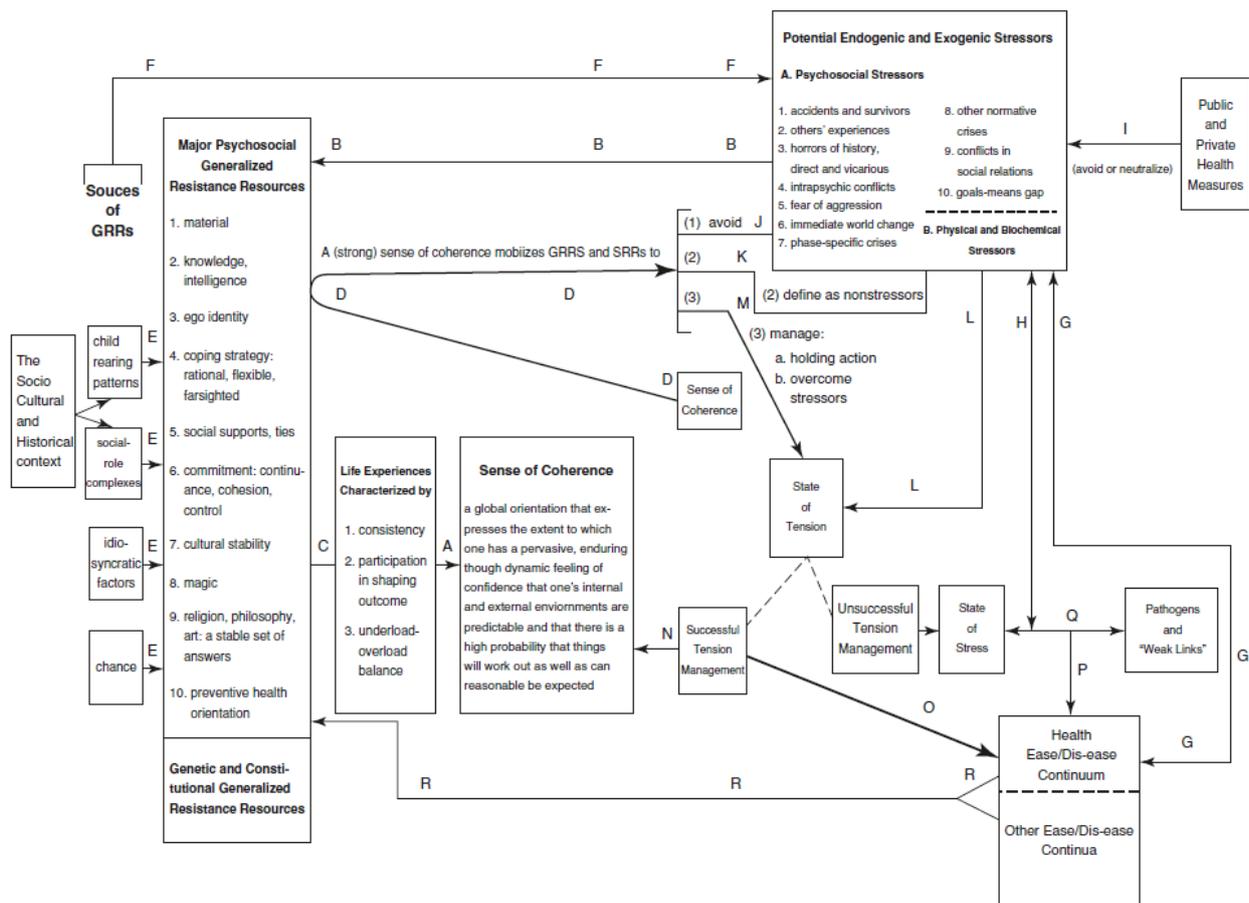


Abbildung 1. Antonovsky's Modell der Salutogenese (Antonovsky, 1979, S. 184–185)

Nach dem Modell der Salutogenese gibt es drei Varianten auf Stress zu reagieren (Antonovsky, 1987b). Entweder man verhält sich gegenüber den Stressoren neutral, oder der Stressor kann bewältigt werden und man „bewegt“ sich damit in Richtung Gesundheit, oder es ist einem nicht möglich den Stressor zu bewältigen und man „bewegt“ sich damit in Richtung Krankheit (Antonovsky, 1987b). Der Gesundheitszustand wird hierbei auf einem Kontinuum mit den Polen Gesundheit („Health-Ease“) und Krankheit („Dis-Ease) erfasst (Antonovsky, 1993b). Je nach Ausprägung der Fähigkeit eine Situation zu erfassen, verfügbare Ressourcen zur Bewältigung zu nutzen und einen Sinn zu finden (Dimensionen des Kohärenzsinn), bewegen Menschen sich auf dem Kontinuum in die eine oder andere Richtung (Antonovsky, 1987b, 1993b).

3.1 Zentrale Konstrukte und Mechanismen des salutogenen Modells der Gesundheit

Zu den zentralen Konstrukten des Modells der Salutogenese gehören die sogenannten generalisierten Widerstandsressourcen (GWR; *generalised resistance resources - GRR*) und

der Kohärenzsinn (*sense of coherence* – SOC). Im Wirkmechanismus des Modells kommt diesen Konstrukten eine besondere Bedeutung bei, sodass sie in den folgenden Unterkapiteln genauer dargelegt werden. Ebenfalls wird die bestehende Evidenz zur Rolle des Kohärenzsinn bei Krebspatient:innen dargestellt.

3.1.1 Der Kohärenzsinn als zentrale Komponente

Der Kohärenzsinn spiegelt die Lebensauffassung einer Person wider, d.h. als wie strukturiert, bewältigbar und sinnhaft das eigene Leben begriffen wird (Antonovsky, 1987b). Antonovsky definiert den Kohärenzsinn wie folgt:

“The sense of coherence is a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that (1) the stimuli deriving from one's internal and external environments in the course of living are structured, predictable, and explicable; (2) the resources are available to one to meet the demands posed by these stimuli; and (3) these demands are challenges, worthy of investment and engagement.” (Antonovsky, 1987b, S. 19)

Unterschieden werden demnach die Dimensionen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit. Eriksson & Lindström (2006) spezifizieren diese Definition als eine hochgradig persönliche Art zu sein, zu denken und zu handeln, während man zugleich ein Grundvertrauen in die eigenen Ressourcen hat, um diese, wenn notwendig, auch einsetzen zu können. Damit stellt der Kohärenzsinn eine Fähigkeit dar auf stressige Lebenssituationen reagieren und Gesundheit und Wohlbefinden fördern zu können (Eriksson & Lindström, 2006).

Übersichtsarbeiten und Studien vom Einfluss des Kohärenzsinn auf die Gesundheit zeigen vor allem Zusammenhänge zur psychischen Gesundheit (Eriksson, 2022; Eriksson & Lindström, 2006, 2007; Galletta et al., 2019): ein starker Kohärenzsinn wirkt protektiv gegen Ängste, Depressionen, Burnout, Hoffnungslosigkeit und eine niedrige Lebensqualität (insbesondere psychisch /emotionale Komponente). Auch fördert der Kohärenzsinn Optimismus, Hardiness, Kontrolle und Bewältigungsprozesse (Eriksson & Lindström, 2006, 2007). Zudem konnte gezeigt werden, dass der Kohärenzsinn als Bewältigungsressource im Zusammenhang mit arbeitsbedingtem Stress (Palm & Eriksson, 2018) und schwerwiegenden Lebensereignissen (Richardson & Ratner, 2005; Ristkari et al., 2008) dient, wie z.B. sexueller Missbrauch (Nilsson et al., 2015; Priebe et al., 2010), Mobbing (Nielsen et al., 2008), politische Gewalt (Abu-Kaf & Braun-Lewensohn, 2019; Abu-Kaf et al., 2017), und Krieg (Braun-Lewensohn & Al-Sayed, 2018; Veronese & Pepe, 2017).

Langeland und Kolleg:innen (Langeland et al., 2022) geben als erste einen Überblick darüber, inwieweit Interventionen auf Grundlage der Theorie der Salutogenese wirksam den Kohärenzsinn verändern können. Sie fanden hierbei nur 41 Interventionsstudien, von welchen die meisten kurzfristige Effekte evaluierten und nur einige wenige Betrachtungszeiträume von mehreren Monaten oder Jahren aufwiesen. Sie stellten fest, dass die wirksamen Interventionen insbesondere drei Eigenschaften aufwiesen: Sie erleichterten den Zugang zu GWR, förderten aktive Partizipation und ordneten die Entwicklung bzw. Veränderung des Kohärenzsinn als Lernprozess ein. Das Autorenteam schlussfolgerte zudem, dass es mehr Interventionsstudien mit stärkeren Forschungsdesigns, Stichprobengrößen und Nachbeobachtungszeiträumen brauche.

3.1.2 Generalisierte Widerstandsressourcen

Generalisierte Widerstandsressourcen (GWR) werden im Rahmen des Salutogenesemodells als Ressourcen definiert, die eine Person, Gruppe oder Gemeinschaft innehat und helfen Stressoren zu bewältigen und zur Entwicklung des individuellen Kohärenzsinn beitragen (Antonovsky, 1987b; Idan et al., 2022). Diese Ressourcen können vielfältig sein: materielle Ressourcen (z.B. Geld), Wissen und Intelligenz, die eigene Identität (Ich-Stärke), Bewältigungsstrategien, soziale Unterstützung, Engagement und Verbundenheit mit den eigenen kulturellen Wurzeln, kulturelle Stabilität, rituelle Aktivitäten, Religion und Philosophie, präventive Gesundheitsorientierung, genetische und konstitutionelle Ressourcen und psychische Verfassung (Antonovsky, 1987b; Idan et al., 2022). Je ausgeprägter die GWR, desto konsistenter und ausgewogener gestalten sich die eigenen Lebenserfahrungen, desto höher die Partizipation an Entscheidungsfindungsprozessen im Leben und desto höher die emotionale Bindung zu anderen. Die Ausprägung der GWR und die Art der Lebenserfahrungen wirken sich auf die Ausprägung des individuellen Kohärenzsinn aus (Antonovsky, 1987b, 1991). Konsistenz bezieht sich hierbei auf das Ausmaß an Ordnung und Struktur im Leben, sowie das Erhalten von klaren Botschaften in der individuellen Entwicklung (Antonovsky, 1991; Idan et al., 2022). Erlebt man demnach ein hohes Maß an Konsistenz im Leben, wirkt sich das positiv auf den Kohärenzsinn aus, insbesondere die Komponente der „Verstehbarkeit“ (Antonovsky, 1991; Sagy & Antonovsky, 1996). Das Ausmaß der individuellen Belastungsbalance bezieht sich auf das Gleichgewicht zwischen gestellten Anforderungen und den zur Verfügung stehenden Ressourcen (Antonovsky, 1991; Sagy & Antonovsky, 1996). Dieses Gleichgewicht wirkt sich auf die Komponente des Kohärenzsinn „Handhabbarkeit“ aus. Die Partizipation an der Gestaltung von Lebensereignissen mündet in einem hohen Anteil an Entscheidungen über das eigene Leben statt durch andere gesteuert zu werden

(Antonovsky, 1991; Sagy & Antonovsky, 1996). Dies bildet neben emotionaler Bindung und dem einhergehenden Gefühl der Zugehörigkeit zu sozialen Gruppen, die Basis für die Komponente „Sinnhaftigkeit“ des Kohärenzsinn (Sagy & Antonovsky, 2000). Während sich GWR und diesbezügliche Lebenserfahrungen auf die Ausprägung des Kohärenzsinn auswirken, so kann auch der Kohärenzsinn sich auf die GWR wirken, indem er diese zur Bewältigung der Stressoren mobilisiert (Antonovsky, 1987b).

3.1.3 Spannung und Spannungsmanagement

Ist eine Person einem Lebensstressor ausgesetzt, wird die Reaktion und der Umgang mit diesem Stressor insbesondere von den bestehenden GWR und Kohärenzsinn abhängen (Antonovsky, 1987b). Je nach individueller Ausprägung des Stressors, der GWR und des Kohärenzsinn kann es zu einem sogenannten Spannungszustand kommen (*state of tension*), der körperlich und/oder psychischer Art sein kann. Die Spannungsbewältigung (*tension management*) sorgt schließlich dafür, dass der Stressor erfolgreich bewältigt werden kann und wirkt sich als Folge auf den Stresszustand, die Gesundheit und auch den Kohärenzsinn aus. Ein guter Gesundheitszustand wiederum fördert den Erwerb weiterer GWR und stärkt den Kohärenzsinn (Antonovsky, 1987b).

Mit Ausnahme des Kohärenzsinn, gibt es keine validierten Skalen zur Messung der GWR, des Spannungszustands und der Spannungsbewältigung im Sinne des Modells der Salutogenese, obwohl sie zentrale Funktionen einnehmen (Hochwälder, 2022). Insbesondere die Konzepte des Spannungszustands und -bewältigung erscheinen höchst individuelle Prozesse zu sein, die vermutlich von der individuellen Lebenssituation abhängen.

3.1.4 Der Kohärenzsinn von Krebspatient:innen

Forschungsergebnisse von Kupcewicz und Toloczko (2017) geben Hinweise darauf, dass Krebspatient:innen einen niedrigeren Kohärenzsinn aufweisen als gesunde Frauen. Antonovsky nahm an, dass ein starker Kohärenzsinn die Krankheits- und Behandlungsakzeptanz Betroffener sowie die Funktionsfähigkeit während der Erkrankung fördere (Antonovsky, 1987b). Zahlreiche Studien konnten von einem Zusammenhang zwischen dem Kohärenzsinn, der Lebensqualität und dem selbst eingeschätzten Gesundheitszustand von Krebspatient:innen berichten (Eriksson & Lindström, 2007; Gerasimčik-Pulko et al., 2009; Kenne Sarenmalm et al., 2013; Lindblad et al., 2018; Rohani, Abedi, Omranipour & Langius-Eklöf, 2015). Weiterhin steht ein starker Kohärenzsinn mit einer geringeren Symptombelastung (Kenne Sarenmalm et al., 2014) und einem besseren psychischen Wohlbefinden nach einer Operation oder während einer Chemotherapie (Black &

Kapitel 3 Das Modell der Salutogenese nach Antonovsky

White, 2005; Boman et al., 1999; Hiensch et al., 2020) in Verbindung und damit auch einer besseren Lebensqualität nach Behandlung (Kenne Sarenmalm et al., 2013; Rohani, Abedi, Sundberg & Langius-Eklöf, 2015; Shapiro et al., 2001). Umgekehrt ist ein niedriger Kohärenzsinn mit mehr Leidensdruck, niedrigerer Lebensqualität und Gesundheitszustand verbunden (Kenne Sarenmalm et al., 2013). Kenne Sarenmalm et al. (2013) konnten zeigen, dass der Zusammenhang zwischen Kohärenzsinn und dem Gesundheitszustand unabhängig vom Krankheitsstadium oder der Behandlungsart war. Wie auch bereits von Antonovsky hypothetisiert, zeigen sich Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Krankheitsstadium und Zeit seit der Diagnose als keine signifikanten Moderatoren für den Zusammenhang von Kohärenzsinn und dem Ausmaß der Belastung von Krebspatient:innen (Winger et al., 2016). Ebenso konnten mediierende Wirkungen des Kohärenzsinns nachgewiesen werden: innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten mediiert der Kohärenzsinn partiell zwischen der globalen Lebensqualität, kognitiven sowie sozialen und emotionalen Funktionen, dem Wohlbefinden, der psychischen Gesundheit, Fatigue und finanziellen Schwierigkeiten (Rohani, Abedi, Omranipour & Langius-Eklöf, 2015; Rohani, Abedi, Sundberg & Langius-Eklöf, 2015).

Psychoonkologische Interventionsstudien, die speziell auf die Stärkung des Kohärenzsinns ausgerichtet sind, sind kaum vorhanden. Eine randomisierte kontrollierte Studie von Kenne Sarenmalm und Kolleg:innen (2017) konnte positive Effekte einer achtsamkeitsbasierten Stressreduktionsintervention auf den Kohärenzsinn von Brustkrebspatient:innen nachweisen. Daneben gibt es etwas mehr, wenn auch weiterhin nur wenig Studien, die spezifisch den Einfluss psychotherapeutischer Interventionen auf den Kohärenzsinn untersucht haben. Menschen mit psychischen Problemen und welche, die vulnerablen Gruppen zugehören, wie etwa Arbeitslose oder ältere Erwachsene, wiesen nach Erhalt psychotherapeutischer Interventionen einen Anstieg im Kohärenzsinn auf (Humboldt & Leal, 2013; Langeland et al., 2006; Schäfer et al., 2020; Skärsäter et al., 2009; Szymona, 2005; Vastamäki et al., 2009). Es besteht zudem eine vielversprechende Gruppentherapieintervention zur u.a. Steigerung des Kohärenzsinns, die salutogene Prinzipien verfolgt und sich darauf konzentriert Patient:innen bei der Bewältigung und Minimierung psychologischer und sozialer Probleme im Zusammenhang mit ihrer (psychischen) Krankheit zu unterstützen (Langeland et al., 2007). Damit erscheint die Schnittmenge zur psychoonkologischen Versorgung hoch und eine Anschlussfähigkeit gegeben. Insgesamt fehlen jedoch Studien, die den Wirkungspfad psychoonkologischer Interventionen auf den Kohärenzsinn von (Krebs-)Patient:innen evaluieren. Salutogeneseforschende betonen die Notwendigkeit mehr Forschung zu initiieren und zu publizieren, wie und in welchem Ausmaß der Kohärenzsinn positiv beeinflusst werden kann (Hochwälder, 2022; Suominen & Lindstrom, 2008).

Vorschläge zur Verbesserung des Kohärenzsinn von Patient:innen in versorgungsrelevanten Strukturen werden insbesondere durch Pelikan (2022) beschrieben und erscheinen ebenso anschlussfähig für die Psychoonkologie. So könnten verständlichere Gesundheitsinformationen unter Berücksichtigung der Gesundheitskompetenz die Kohärenzsinn-Dimension Verstehbarkeit fördern (Pelikan, 2022; Sørensen et al., 2015). Handhabbarkeit könne gesteigert werden, indem Patient:innen befähigt werden sich um ihre Erkrankung zu kümmern und, dass ihnen bei Bedarf spezifische Unterstützungsmöglichkeiten, z.B. zur Förderung des Selbstmanagements, angeboten werden (Case Management, psychosoziale Betreuung, usw.) (Pelikan, 2022). Sinnhaftigkeit könne insbesondere durch persönliche menschliche Interaktionen gefördert werden, z.B. durch psychologische Unterstützung, die helfe die eigene Situation vor dem Hintergrund eigener Lebenserfahrungen und Werte zu verstehen (Diegelmann, 2016).

3.2 Salutogenese am Arbeitsplatz

Um passfähige Versorgung zu ermöglichen, ist, neben dem Bedarf und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch jeweilige Zielgruppen, ebenso relevant die Ebene der Versorgenden und einhergehenden Strukturen zu betrachten. Daher wird im Folgenden das Konstrukt des arbeitsbezogenen Kohärenzsinn vorgestellt, insbesondere vor dem Hintergrund der Implementierung komplexer Interventionen.

3.2.1 Der Kohärenzsinn im Arbeitskontext

Forschungsarbeiten der letzten 25 Jahre verdeutlichen, dass der Kohärenzsinn eine wichtige Rolle bei gesundheitlichen Auswirkungen von Arbeitsbedingungen spielt. Ein gut ausgeprägter Kohärenzsinn ist mit weniger psychosomatischen und Stresssymptomen bzw. besserer psychischer Gesundheit, weniger emotionaler Erschöpfung und funktionaleren Bewältigungsmechanismen assoziiert (Albertsen et al., 2001; Feldt, 1997; van der Colff & Rothmann, 2009). Auch langfristig (10 Jahre) reduziert der Kohärenzsinn das Risiko für die Entwicklung von Burn-Out Symptomen (Kalimo et al., 2003). Ebenso wirke der Kohärenzsinn protektiv vor den negativen Auswirkungen einiger arbeitsplatzbezogener Stressfaktoren, u.a. organisationale Veränderungen (Kinman, 2008; Pahkin et al., 2011) und fördere das Arbeitsengagement (van der Colff & Rothmann, 2009).

Antonovsky suggeriert, dass auch Arbeitsbedingungen Einfluss auf den Kohärenzsinn nehmen können (Antonovsky, 1987a). Forschungsaktivitäten im Kontext von Arbeitsbedingungen und -kultur zeigten, dass Veränderungen im Organisationsklima und der Führung mit Veränderungen im Kohärenzsinn einhergehen und, dass der Kohärenzsinn den

Zusammenhang zwischen einem guten Organisationsklima und Wohlbefinden, als auch zwischen geringer Arbeitsplatzsicherheit und Wohlbefinden (Feldt et al., 2000) und ebenfalls den Zusammenhang zwischen dem Arbeitsumfeld und Stresssymptomen teil-mediiert (Albertsen et al., 2001; Hogh & Mikkelsen, 2005).

Wenn auch ursprünglich der Kohärenzsinn als eine Lebensorientierung definiert wurde, die nur durch extreme Veränderungen veränderbar sei (Antonovsky, 1997), so konnten empirische Befunden zeigen, dass dies eher nur für Personen mit einem hohen Kohärenzsinn zutrifft (Eriksson, 2007). Vor dem Hintergrund der Annahme, dass der Kohärenzsinn für manche Menschen durch spezifische Lebenssituationen verändert werden kann, begannen Forschende situationale Konzepte und Skalen des Kohärenzsinn zu entwickeln, z.B. für den Kontext der Schule und Universität (Bowen et al., 1998; Nash, 2002), der Gemeinde (Sarason, 1974), der Familie (Antonovsky & Sourani, 1988) und von Krankenhäusern (Artinian, 1997). So schlugen Bauer & Jenny (2007) vor den Kohärenzsinn für den Arbeitskontext zu übertragen.

3.2.2 Der arbeitsbezogene Kohärenzsinn

Der arbeitsbezogene Kohärenzsinn (*work-related sense of coherence*) wurde als kontextspezifischer Kohärenzsinn definiert und er besteht aus der wahrgenommenen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit der aktuellen Arbeitssituation einer Person (Bauer & Jenny, 2007; Vogt et al., 2013). Vogt et al. (2013) definieren die drei Komponenten des arbeitsbezogenen Kohärenzsinn wie folgt: arbeitsbezogene Verständlichkeit umfasst das Ausmaß, in dem eine Arbeitssituation als strukturiert, konsistent und klar wahrgenommen wird; arbeitsbezogene Handhabbarkeit beschreibt wie sehr Mitarbeitende wahrnehmen, dass angemessene Ressourcen zur Verfügung stehen, um Arbeitsanforderungen zu bewältigen; und arbeitsbezogene Sinnhaftigkeit steht für das Ausmaß, in dem eine Arbeitssituation als würdig für Engagement und Beteiligung angesehen wird.

Sowohl individuelle Merkmale wie z.B. die Persönlichkeit oder individuelle Ressourcen einer Person, als auch arbeitsbezogene Merkmale, d.h. Strukturen und Prozesse, beeinflussen den arbeitsbezogenen Kohärenzsinn und stehen in Wechselwirkung mit diesem (Vogt et al., 2013). Der arbeitsbezogenen Kohärenzsinn ist als Indikator für die Wahrnehmung der Ressourcen Einzelner in ihrer Arbeitssituation konzeptualisiert (Broetje et al., 2020; van der Westhuizen, 2018; Vogt et al., 2013). Hierbei erschafft der arbeitsbezogene Kohärenzsinn Arbeitsressourcen und umgekehrt steigt auch die Wahrscheinlichkeit ausreichend Arbeitsressourcen zu besitzen, wenn eine Person einen stark ausgeprägten arbeitsbezogenen

Kohärenzsinn hat (Broetje et al., 2020), was ihr ermöglicht Arbeitsanforderungen besser zu bewältigen. Außerdem fanden Vogt und Kollegen (2013) heraus, dass kohärente Arbeitserfahrungen eine Rolle bei positiven und negativen Gesundheitspfaden spielen. Sie vermitteln teilweise die Beziehung zwischen Arbeitsressourcen und Arbeitsengagement, aber auch zwischen Arbeitsanforderungen und Erschöpfung. In ähnlicher Weise wiesen Vinje und Mittelmark (2007) in einer Studie mit Pflegekräften nach, dass berufliches Engagement nicht nur zu positiven Outcomes wie Wohlbefinden oder guter Gesundheit führt, sondern auch zu Erschöpfung und Burnout beiträgt. Die Studienteilnehmenden tendierten dazu, an arbeitsbezogener Sinnhaftigkeit festzuhalten und als Folge die eingeschränkte Handhabbarkeit der eigenen Arbeit nicht ausreichend anzuerkennen.

3.2.2 Implementierung komplexer Interventionen und der arbeitsbezogene Kohärenzsinn

Bei der Umsetzung von neuen Maßnahmen im Gesundheitswesen, insbesondere von komplexen Interventionen, können Herausforderungen auf verschiedenen Ebenen auftreten, darunter auf der Ebene der Zielgruppe (z. B. Patient:innen), der Leistungserbringenden (z. B. medizinisch Versorgende) sowie auf organisatorischer und politischer Ebene (Ferlie & Shortell, 2001). Es besteht ein erhebliches Risiko einer schlechten Implementierung, wenn die komplexe Intervention nicht an die Bedürfnisse des Implementierungssettings und der wichtigsten Beteiligten angepasst wird (Damschroder et al., 2022; Levati et al., 2016). Daher erfordert ein komplexes Interventionsprogramm kontinuierliche flexible Anpassungsprozesse und Veränderungen sowohl auf der individuellen als auch auf der strukturellen Ebene (Damschroder et al., 2022; Moore et al., 2021; Sermeus, 2015).

Versorgende sind in besonderem Maße an der Umsetzung neuer Versorgungsstrukturen bzw. komplexer Interventionen beteiligt, welche mit Unterbrechungen bestehender Arbeitsläufe sowie der Anpassung an neue Arbeitsstrukturen einhergehen können. Dementsprechend können Innovationen im Gesundheitswesen zunächst auch als Herausforderungen im Arbeitskontext angesehen werden, die von Versorgenden bewältigt werden müssen, um eine gute Versorgungsqualität aufrechtzuerhalten bzw. zu verbessern. Gleichzeitig sind Versorgende im Gesundheitssystem selbst mit Stressoren konfrontiert, die sich negativ auf ihre Gesundheit auswirken können, wie z.B. hohe und komplexe Arbeitsbelastung, Schichtarbeit, Konfrontation mit Leiden und Tod oder interprofessionelle Kommunikation in hierarchischen Strukturen (Eurofound, 2012). Entsprechend ist es relevant, dass Interventionsentwickelnde Arbeitsressourcen und -herausforderungen im Entwicklungs- und Implementierungsprozess der Intervention berücksichtigen (Damschroder et al., 2022; Levati

Kapitel 3 Das Modell der Salutogenese nach Antonovsky

et al., 2016). Der arbeitsbezogene Kohärenzsinn könnte sich in seiner Funktion als Indikator dafür, wie ressourcenvoll die Arbeitssituation ist, auch als Implementierungstool anbieten. Hierfür fehlt jedoch umfangreiches Wissen darüber, welche Arbeitsressourcen und -belastungen den arbeitsbezogenen Kohärenzsinn beeinflussen und den damit einhergehenden Erfolg einer komplexen Intervention. Implementierungsstrategien könnten darauf abzielen den arbeitsbezogenen Kohärenzsinn durch Förderung von Arbeitsressourcen und Verringerung von Arbeitsbelastungen zu stärken.

4 Ziele und Forschungsfragen der eigenen Forschungsarbeiten

Die Theorie der Salutogenese ist vielfältig nutzbar für die Erforschung und Verbesserung gesundheitsrelevanter Outcomes. Aus den Forschungsarbeiten der letzten Jahrzehnte wird jedoch deutlich, dass weiterhin die Wirkwege salutogener Prozesse nicht ausreichend untersucht sind, um Salutogenese nachhaltig besser fördern zu können (Hochwälder, 2022; Suominen & Lindstrom, 2008). Wenn auch der Kohärenzsinn von Krebspatient:innen (siehe Kapitel 3.1.4) in einigen Studien untersucht wurde, so fehlen auch für die psychoonkologische Versorgung Evidenzen über konkrete salutogene Wirkwege. Hier setzt die vorliegende Dissertationsschrift an.

Begonnen mit der Patient:innen- und damit der Mikroebene soll untersucht werden, 1) inwiefern individuelle salutogene Prozesse (GWR und der Kohärenzsinn) den Bedarf (Spannung) und die Inanspruchnahme psychoonkologischer Leistungen (Spannungsmanagement) beeinflussen und 2) ob bedarfsgerechte psychoonkologische Versorgung (Spannungsmanagement) die Salutogenese (Veränderungen im Kohärenzsinn) von Krebspatient:innen fördert.

Auf Ebene psychoonkologischer Versorgender (Mikro- und Mesoebene) soll die arbeitsbezogene Salutogenese genauer betrachtet werden, um zu verstehen welche Arbeitsressourcen bzw. -anforderungen (GWR) den arbeitsbezogenen Kohärenzsinn während der Implementierung einer komplexen psychoonkologischen Intervention (Stressor) beeinflussen und wie sich dies auf die Akzeptanz und Durchführbarkeit der Intervention auswirkt.

Zuletzt soll beispielhaft die COVID-19 Pandemie als Kontextfaktor für psychoonkologische Versorgung untersucht werden mit dem Ziel zu erfahren, ob kontextuelle pandemische Veränderungen die psychoonkologische Versorgung (Spannungsmanagement und Implementierungskontext) und den Kohärenzsinn von Krebspatient:innen beeinflussen.

Diese Ebenen (Patient:innen, Versorgenden und Kontext) werden in dieser Dissertationsschrift im Sinne der Theorie der Salutogenese als maßgeblich für die Förderung von psychischer Gesundheit von Krebspatient:innen angesehen und stehen in Wechselwirkung zueinander (Abbildung 2). Die folgenden vier Forschungsfragen wurden untersucht und in internationalen peer-reviewten Fachzeitschriften veröffentlicht.

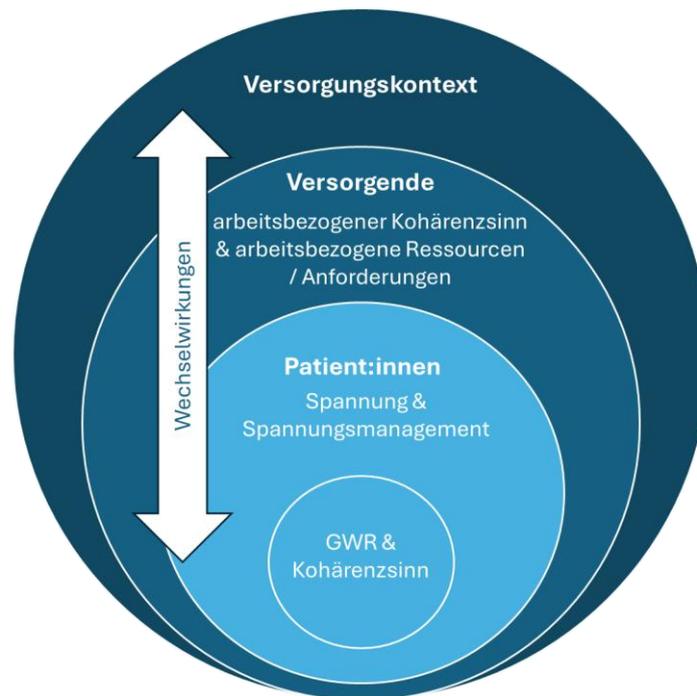


Abbildung 2. Patient:innen-, Versorgenden-, und Kontextebene in der psychoonkologischen Versorgung im Kontext der Theorie der Salutogenese

Forschungsfrage 1

Inwiefern beeinflussen die GWR und der Kohärenzsinn von Krebspatient:innen deren Bedarf (= Spannung) und die Inanspruchnahme (= Spannungsmanagement) psychoonkologischer Versorgung?

Zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage wurde basierend auf Längsschnittbefragungsdaten von ersterkrankten Krebspatientinnen ein Strukturgleichungsmodell modelliert und statistisch geprüft. Diese Analyse wurde mit dem Titel „A salutogenic model predicting the need for psycho-oncological care and its utilisation—The role of generalised resistance resources and sense of coherence“ im Journal European Journal of Cancer Care publiziert (siehe Kapitel 5.1).

Forschungsfrage 2

Inwiefern beeinflusst bedarfsgerechte psychoonkologische Versorgung (= Spannungsmanagement) die Salutogenese (= Veränderung im Kohärenzsinn) von Krebspatient:innen?

Zur Beantwortung der zweiten Forschungsfrage wurden Längsschnittbefragungsdaten aus der Evaluation einer komplexen psychoonkologischen Interventionsstudie herangezogen.

Kapitel 4 Ziele und Forschungsfragen der eigenen Forschungsarbeiten

Schrittweise, lineare multiple Regressionsanalysen wurden durchgeführt, um den Einfluss psychoonkologischer Versorgung – operationalisiert über die bedarfsgerechte Anzahl an Sitzungen und der therapeutischen Allianz – auf den Kohärenzsinn zu untersuchen. Die Ergebnisse werden mit dem Titel „*Cancer Patients’ Sense of Coherence – Psycho-Oncological Consultations and Therapeutic Alliance as Salutogenic Factors*” in Health Psychology Report publiziert (siehe Kapitel 5.2).

Forschungsfragen 3a und 3b

a) Welche Arbeitsressourcen und -belastungen beeinflussen den arbeitsbezogenen Kohärenzsinn psychoonkologisch Versorgender in der Implementierung einer komplexen psychoonkologischen Intervention?

b) Wie beeinflusst der arbeitsbezogene Kohärenzsinn psychoonkologisch Versorgender die Bewertung einer komplexen psychoonkologischen Intervention und deren Implementierung?

Für die Beantwortung der Forschungsfragen 3a und 3b wurden ebenfalls Daten (Interviews und Fokusgruppen) aus der Evaluation der oben genannten komplexen psychoonkologischen Interventionsstudie herangezogen. Eine inhaltsanalytische Auswertung unter Berücksichtigung der Inter-Intra-Rater-Reliabilität wurde durchgeführt. Die Ergebnisse wurden mit dem Titel „*Salutogenesis at Work as a Facilitator for Implementation? An Explorative Study on the Relationship of Job Demands, Job Resources and the Work-Related Sense of Coherence within a Complex Healthcare Programme*“ im International Journal of Environmental Research and Public Health publiziert (siehe Kapitel 5.3).

Forschungsfragen 4a und 4b

a) Welchen Einfluss haben kontextuelle Veränderungen auf die psychoonkologische Versorgung (= Spannungsmanagement) von Krebspatient:innen?

b) Welchen Einfluss haben kontextuelle Veränderungen auf den Kohärenzsinn psychoonkologisch versorgter Krebspatient:innen?

Zur Beantwortung der Forschungsfragen 4a und 4b wurden ebenfalls Daten (Befragungs- und Dokumentationsdaten) aus der Evaluation der oben genannten komplexen psychoonkologischen Interventionsstudie herangezogen. Deskriptive Analysen sowie multiple Regressionsanalysen geben Aufschluss darüber, wie die Pandemie die Form der psychoonkologischen Versorgung (face-to-face, telefonische oder videobasierte Versorgung) beeinflusste und, ob die jeweiligen Formen den Kohärenzsinn, die therapeutische Allianz und

Kapitel 4 Ziele und Forschungsfragen der eigenen Forschungsarbeiten

Zufriedenheit mit der Versorgung beeinflusste. Die Ergebnisse wurden mit dem Titel „*Does the mode of care delivery affect therapeutic alliance, patient care satisfaction or patient reported outcomes? Psycho-oncological care evaluation data collected during the COVID-19 pandemic*“ im Journal of Psychosocial Oncology publiziert (siehe Kapitel 5.4).

5 Publierte eigene Forschungsarbeiten

In den folgenden Unterkapiteln werden vier publizierten Forschungsarbeiten, welche die in Kapitel 4 dargestellten Forschungsfragen abhandeln, zusammenfassend vorgestellt. Hierfür wird eine Kurzübersicht zu der Autorenschaft, dem Titel, Journal, Impact Factor zum Zeitpunkt der Veröffentlichung und der Link zur Veröffentlichung gegeben. Im Anschluss an jede Kurzübersicht folgt eine visuelle Zusammenfassung (*visual Abstract*) der jeweiligen Veröffentlichung.

5.1 Artikel 1 - A salutogenic model predicting the need for psycho-oncological care and its utilisation—The role of generalised resistance resources and sense of coherence

Zitation: Cecon N, Pfaff H, Lee S, Dresen A. A salutogenic model predicting the need for psycho-oncological care and its utilisation—The role of generalised resistance resources and sense of coherence. Eur J Cancer Care. 2021; 30:e13335. <https://doi.org/10.1111/ecc.13335>

Journal: European Journal of Cancer Care

Impact Factor zum Zeitpunkt der Veröffentlichung: 2.3

Link zur Veröffentlichung: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ecc.13335>



Inwiefern beeinflussen generalisierte Widerstandsressourcen und der Kohärenzsinn von Krebspatient:innen deren Bedarf für psychoonkologische Versorgung und die Inanspruchnahme?

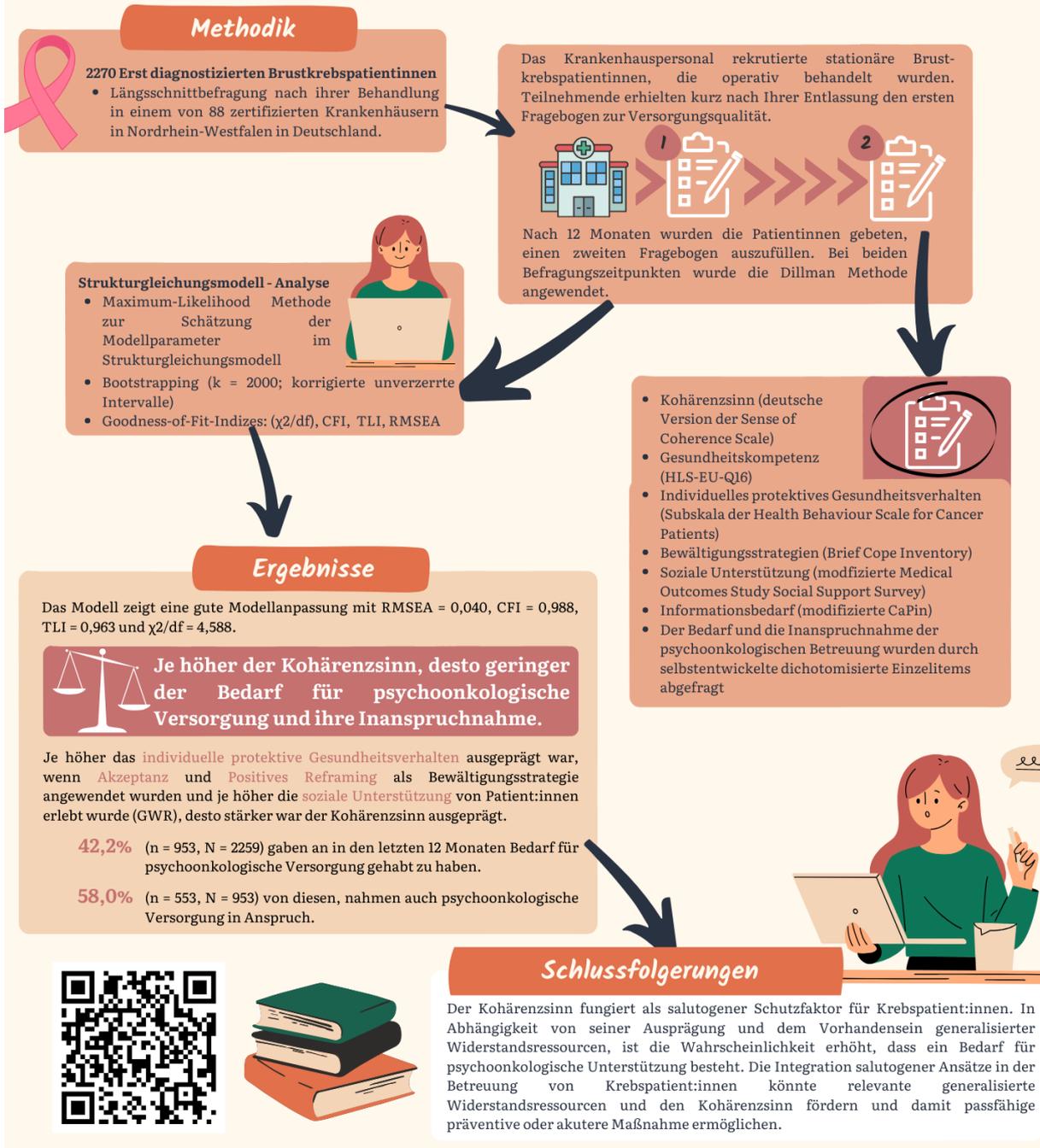


Abbildung 3. Visual Abstract zu Artikel 1

5.2 Artikel 2 - Cancer Patients' Sense of Coherence – Psycho-Oncological Consultations and Therapeutic Alliance as Salutogenic Factors

Zitation: Cecon N, Demirer, I, Pfaff H, Dresen A. Cancer Patients' Sense of Coherence – Psycho-Oncological Consultations and Therapeutic Alliance as Salutogenic Factors. Health Psychology Report. 2024 (*accepted, in production*)

Journal: Health Psychology Report

Impact Factor zum Zeitpunkt der Veröffentlichung: 2.0

Link zur Veröffentlichung: noch nicht vorhanden, da zum Zeitpunkt der Einreichung noch *in production* im editorial office des Journals (Journal Website: <https://hpr.termedia.pl/>).



Inwiefern beeinflusst bedarfsgerechte psychoonkologische Versorgung die Salutogenese von Krebspatient:innen?

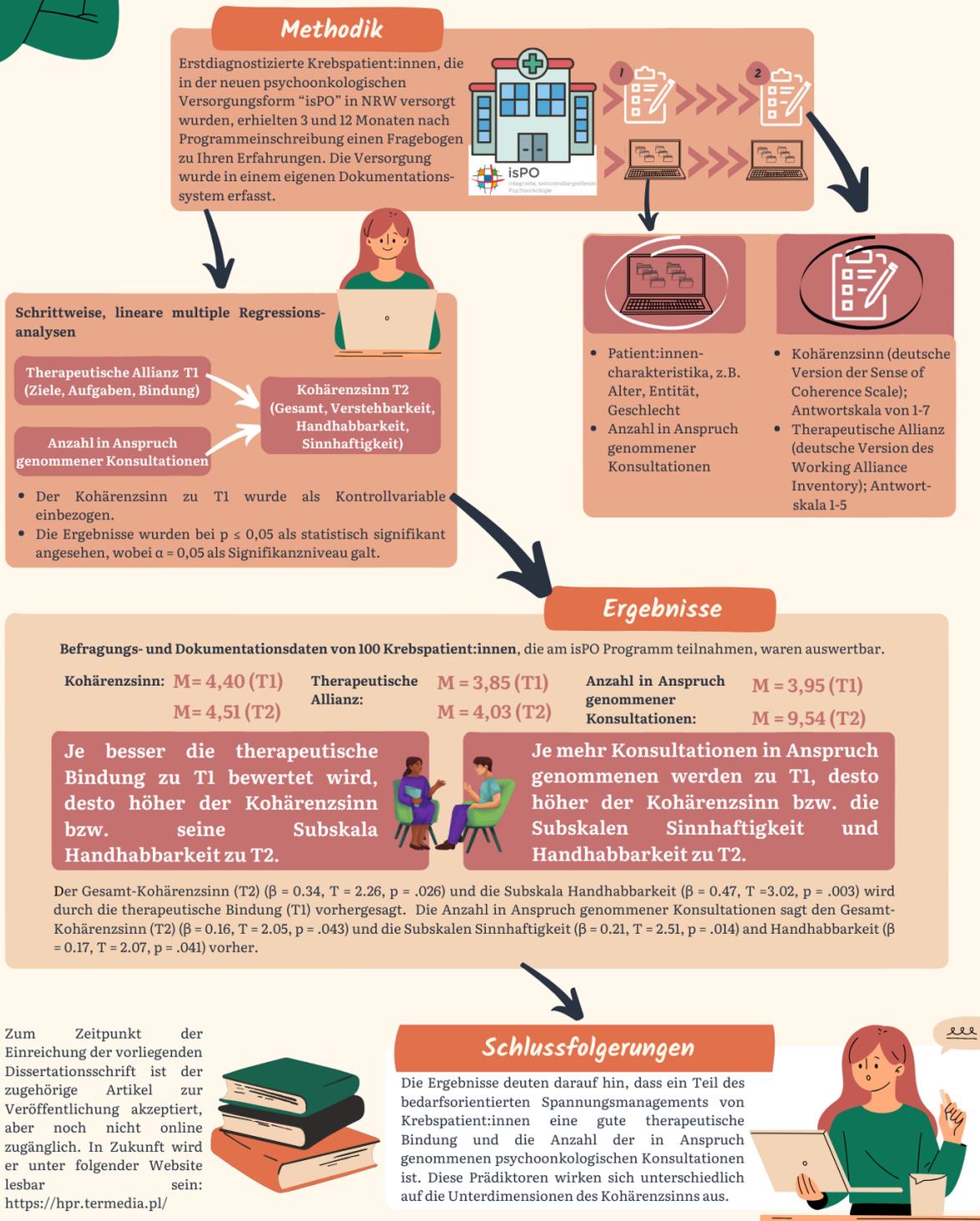


Abbildung 4. Visual Abstract zu Artikel 2

**5.3 Artikel 3 - Salutogenesis at Work as a Facilitator for Implementation?
An Explorative Study on the Relationship of Job Demands, Job
Resources and the Work-Related Sense of Coherence within a Complex
Healthcare Programme**

Zitation: Cecon, N.; Krieger, T.; Salm, S.; Pfaff, H.; Dresen, A. Salutogenesis at Work as a Facilitator for Implementation? An Explorative Study on the Relationship of Job Demands, Job Resources and the Work-Related Sense of Coherence within a Complex Healthcare Programme. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 1842. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031842>

Journal: International Journal of Environmental Research and Public Health

Impact Factor zum Zeitpunkt der Veröffentlichung: 4.6

Link zur Veröffentlichung: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/3/1842>

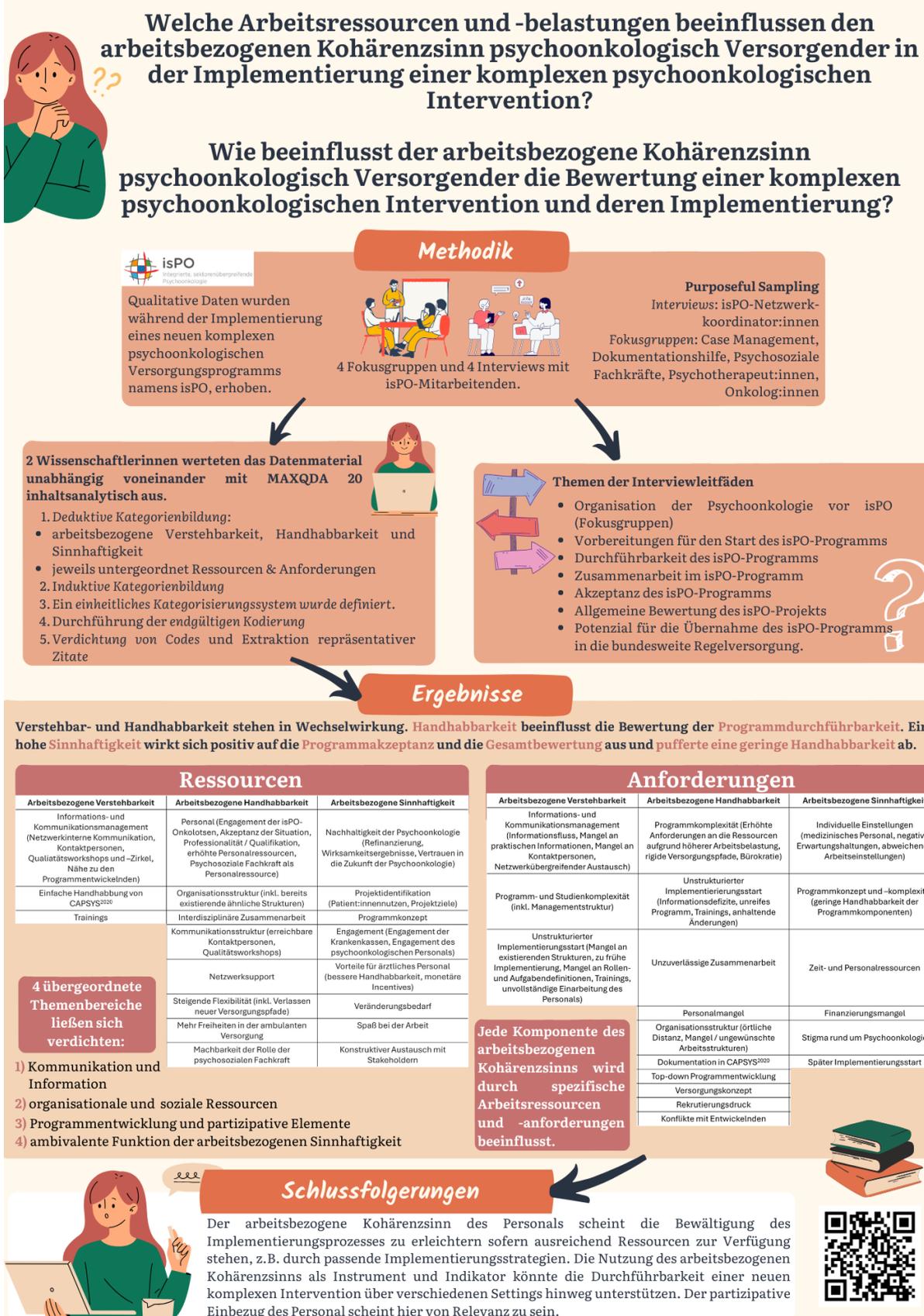


Abbildung 5. Visual Abstract zu Artikel 3

5.4 Artikel 4 - Does the mode of care delivery affect therapeutic alliance, patient care satisfaction or patient reported outcomes? Psycho-oncological care evaluation data collected during the COVID-19 pandemic

Zitation: Cecon-Stabel, N., Omairat, M., Salm, S., Hagemeyer, A., Dresen, A., & Krieger, T. (2024). Does the mode of care delivery affect therapeutic alliance, patient care satisfaction or patient reported outcomes? Psycho-oncological care evaluation data collected during the COVID-19 pandemic. *Journal of Psychosocial Oncology*, 1–21. <https://doi.org/10.1080/07347332.2024.2318224>

Journal: Journal of Psychosocial Oncology

Impact Factor zum Zeitpunkt der Veröffentlichung: 2.1

Link zur Veröffentlichung:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07347332.2024.2318224?src=>



Welchen Einfluss haben kontextuelle Veränderungen auf die psychoonkologische Versorgung von Krebspatient:innen?

Welchen Einfluss haben kontextuelle Veränderungen auf den Kohärenzsinn psychonkologisch versorgter Krebspatient:innen?

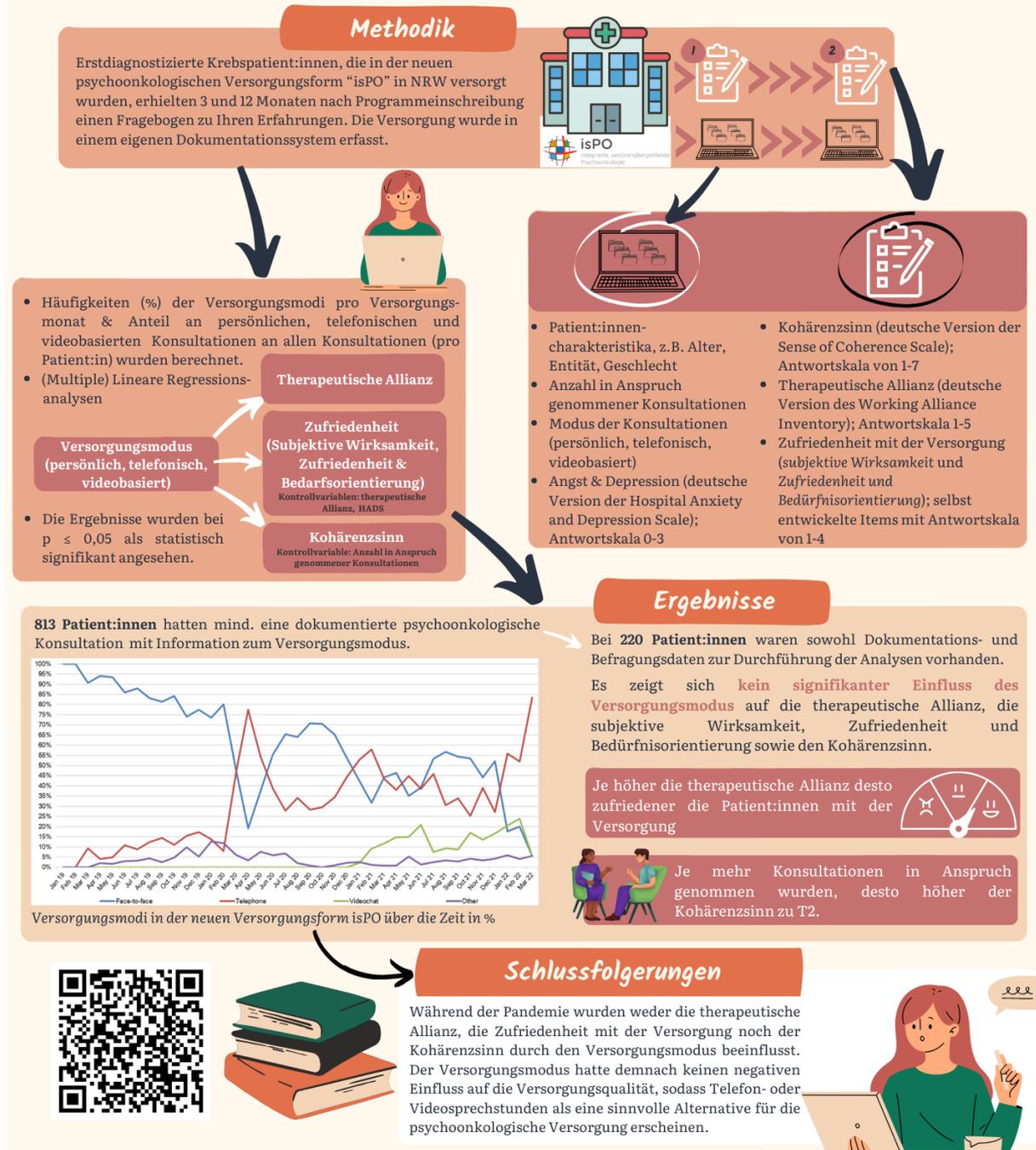


Abbildung 6. Visual Abstract zu Artikel 4

6 Diskussion

Die vier publizierten Forschungsarbeiten untersuchten auf Mikro-, Meso- und Kontextebene salutogene Wirkwege im Kontext der psychoonkologischen Versorgung von Krebspatient:innen. Nachfolgend werden die Erkenntnisse der einzelnen Forschungsarbeiten zusammengefasst und diskutiert.

6.1 Erkenntnisse aus dem 1. Artikel

In der publizierten Forschungsarbeit *“A salutogenic model predicting the need for psycho-oncological care and its utilisation —The role of generalised resistance resources and sense of coherence”* (Cecon et al., 2021) wurde untersucht, inwiefern GWR und der Kohärenzsinn von Krebspatient:innen deren Bedarf für psychoonkologische Versorgung und die Inanspruchnahme beeinflussen. Hierbei ist im Sinne der Salutogenese Theorie der Bedarf der Theoriekomponente *Spannung* und die Inanspruchnahme der Komponente *Spannungsmanagement* zuzuordnen. Mit Hilfe von Längsschnitt-Befragungsdaten von 2270 erstdiagnostizierten Brustkrebspatient:innen wurde ein salutogenes Modell zur Vorhersage des Bedarfs und der Inanspruchnahme psychoonkologischer Versorgung statistisch geprüft (Strukturgleichungsmodell-Analyse). Die Ergebnisse zeigen, dass der Kohärenzsinn den Bedarf für psychoonkologischer Versorgung direkt und die Inanspruchnahme der Versorgung indirekt vorhersagt. Hierbei wirkt der Kohärenzsinn protektiv, da er die Wahrscheinlichkeit der Bedarfsentwicklung und damit auch der Inanspruchnahme verringert – Je höher der Kohärenzsinn ausgeprägt, desto geringer der Bedarf für Unterstützung. Dies deckt sich mit Forschungsarbeiten, die den Zusammenhang zwischen dem Kohärenzsinn und stressigen Lebensereignissen von Brustkrebspatient:innen untersuchten (Kenne Sarenmalm et al., 2013). Patient:innen mit einem starken Kohärenzsinn erlebten weniger belastende Ereignisse und wendeten mehr für sie hilfreiche Bewältigungsstrategien an (Kenne Sarenmalm et al., 2013). Dies entspricht meta-analytischen Auswertungen von Winger et al. (2016), die signifikant negative Zusammenhänge zwischen dem Kohärenzsinn und Distress von Krebspatient:innen nachweisen konnten, welche über verschiedene demografische und medizinische Subgruppenanalysen stabil blieben. Der Kohärenzsinn befähigt Menschen demnach die für sie am geeignetsten Bewältigungsstrategien zu wählen, um mit dem jeweiligen Lebensstressor umzugehen. Im Artikel 1 spielen hier folgende GWR eine Rolle: Gesundheitskompetenz, Individuelles protektives Gesundheitsverhalten, Bewältigungsstrategien (Akzeptanz, Positives Reframing, Planen, Ablenkung), Soziale Unterstützung und Informationsbedürfnisse (Cecon et al., 2021). Je höher das individuelle protektive Gesundheitsverhalten ausgeprägt war, wenn Akzeptanz und Positives Reframing

Kapitel 6 Diskussion

als Bewältigungsstrategie angewendet wurden und je höher die soziale Unterstützung von Patient:innen erlebt wurde, desto stärker war der Kohärenzsinn ausgeprägt. Diese emotionalen, kognitiven und sozialen Ressourcen wirken demnach salutogen – direkt und indirekt – auf den Bedarf für psychoonkologische Versorgung. Die Stärke des Zusammenhangs zwischen dem Kohärenzsinn und erlebter Belastung verdeutlicht die Relevanz der Integration psychoonkologischer Interventionen, die auf die Stärkung des Kohärenzsinns (Winger et al., 2016) und der beeinflussbaren salutogen wirkenden GWR abzielen. Insbesondere, da Befragungsergebnisse von Krebspatient:innen (Aderhold et al., 2019) darauf hinweisen, dass der Kohärenzsinn sowohl kurz- als auch langfristig nach einer Krebsdiagnose einen Schutzfaktor für die psychische Gesundheit der Patient:innen darstellt.

Die vorliegende Forschungsarbeit zeigt auch, dass nach einem Jahr Krebsbehandlung etwa 60% derjenigen, die Bedarf berichteten, psychoonkologische Unterstützung in Anspruch nahmen, d.h. 40% nahmen keine solche Unterstützung in Anspruch. Möglich ist, dass in der Forschungsarbeit nicht gemessene Maße (weitere GWR oder anderweitige Lebensstressoren) hier Einfluss nehmen. Studien, die sich mit der Inanspruchnahme psychoonkologischer Versorgung auseinandersetzten, zeigen, dass neben dem Bedarf auch Patient:innencharakteristika, wie jüngeres Alter (Steginga et al., 2008; Zeissig et al., 2015) oder ein höherer Bildungsabschluss (Mehnert & Koch, 2008; Zeissig et al., 2015) die Inanspruchnahme fördern und behandlungsassoziierte Faktoren eine Rolle spielen (Admiraal et al., 2016; Zeissig et al., 2015). Auch die Interaktion mit Versorgenden scheint Einfluss auf die Inanspruchnahme zu nehmen, z.B. steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Krebspatient:innen psychoonkologische Versorgung in Anspruch nehmen, wenn onkologisch behandelnde Ärzt:innen diese empfehlen (Frey Nascimento et al., 2019). Auch Versorgungsmodelle, bei denen psychoonkologisches Personal aktiv Patient:innen aufsucht, erhöhen die Wahrscheinlichkeit mehr Patient:innengruppen anzusprechen als Versorgungsmodelle, die darauf beruhen, dass Patient:innen von sich aus psychoonkologische Betreuung aufsuchen (Zeissig et al., 2015). Hinzu kommen strukturelle Faktoren, die als Barriere in der Inanspruchnahme von psychoonkologischer Versorgung wirken, beispielsweise weist die Deutsche Krebshilfe und Krebsgesellschaft darauf hin, dass essenzielle Strukturen, Prozesse und auch die Finanzierung psychoonkologischer Versorgung nicht ausreichend etabliert oder vorhanden sind und damit den Zugang erschweren (Deutsche Krebshilfe & Deutsche Krebsgesellschaft, 2015).

Die Forschungsergebnisse unterstreichen das komplexe Wirken von GWR und des Kohärenzsinns auf die Entwicklung des Unterstützungsbedarfes (*Spannung*) und der Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung (*Spannungsmanagement*). Hierbei

scheinen sowohl individuelle als auch Kontextfaktoren Einfluss zu nehmen. Gleichzeitig wird die emotionale Belastung von Krebspatient:innen von Kliniken und Pflegepersonal in der Regel anhand pathogener Ansätze untersucht, z.B. Screening-Instrumente, die Belastungssymptome messen, wie die häufig eingesetzte Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Herrmann-Lingen et al., 2011). Solche Screening-Instrumente liefern jedoch keine Informationen über die individuelle Verfügbarkeit und das Ausmaß von GWR oder des Kohärenzsinn. Ein Screening-Instrument mit salutogener Orientierung könnte Fachpersonal Informationen über vorhandene GWR oder über einen Mangel dieser liefern, als auch über die Ausprägung des Kohärenzsinn. Ein solches Instrument könnte somit auf individuelle Vulnerabilitäten hinweisen und psychosoziale Unterstützungsbedarfe aufdecken. Ressourcenorientierte und salutogen wirkende psychoonkologische Interventionen könnten zudem passfähig eingesetzt werden. Dies steht im Einklang mit den Empfehlungen von Antonovsky, wonach Gesundheitsförderung sich nicht nur auf die Krankheit der Person, sondern die gesamte Person, auf salutogene Faktoren und auf die Entwicklung von Gesundheitsförderungsprogrammen, die das soziale Netzwerk der Patient:innen stärken, konzentrieren sollte (Antonovsky, 1996).

Insgesamt zeigt die Forschungsarbeit (Artikel 1), dass der Kohärenzsinn als Schutzfaktor fungiert und in Abhängigkeit von der Ausprägung als auch dem Vorhandensein von GWR die Wahrscheinlichkeit erhöht ist, dass ein Bedarf für psychoonkologische Unterstützung besteht. Die Integration salutogener Ansätze in die Betreuung von Krebspatient:innen könnte relevante GWR und den Kohärenzsinn fördern und damit passfähige präventive oder akutere Maßnahmen ermöglichen.

6.2 Erkenntnisse aus dem 2. Artikel

In der zweiten Forschungsarbeit "*Cancer Patients' Sense of Coherence – Psycho-Oncological Consultations and Therapeutic Alliance as Salutogenic Factors*" (Cecon-Stabel, Demirer et al., 2024) wurde evaluiert, inwiefern bedarfsgerechte psychoonkologische Versorgung die Salutogenese von Krebspatient:innen beeinflusst. Psychoonkologische Versorgung ist hier der Theoriekomponente *Spannungsmanagement* zuzuordnen und wurde über die Anzahl in Anspruch genommener psychoonkologischer Konsultationen und die therapeutische Allianz operationalisiert. Die therapeutische Allianz spiegelt die Qualität der emotionalen Bindung und der kooperativen Beziehung zwischen Therapeut:in und Patient:in im Rahmen einer Psychotherapie wider (Bordin, 1979; Flückiger et al., 2018; Horvath & Symonds, 1991; Mack et al., 2009; Orlinski et al., 1994; Wilmers et al., 2008) und wird in diesem Kontext als wichtiger Wirkfaktor anerkannt (Crits-Christoph & Connolly, 1999; Horvath et al., 2011; Horvath & Symonds, 1991; Malin & Pos, 2015; Martin et al., 2000; Norcross & Lambert, 2011; Sammet

Kapitel 6 Diskussion

& Staats, H.: Schauenburg, H., 2004; Vitinius et al., 2018; Waddington, 2002). Eine mögliche Veränderung des Kohärenzsinn durch die psychoonkologische Versorgung wurde als salutogener Endpunkt herangezogen. Mit Hilfe vier schrittweiser Regressionsanalysen konnten Längsschnitt-Befragungsdaten von 100 Krebspatient:innen, die psychoonkologisch versorgt wurden, analysiert werden. Die Ergebnisse zeigen, dass die therapeutische Allianz teilweise Veränderungen im Kohärenzsinn vorhersagt. Patient:innen, die die therapeutische Bindung besser beurteilten, wiesen nach einem Versorgungsjahr einen signifikant höheren Kohärenzsinn auf. Dieser Zusammenhang ist jedoch nur für die Subskala *Handhabbarkeit* nachweisbar, d.h. die therapeutische Bindung beeinflusste das Erleben, dass Lebensstressoren – wie eine Krebsdiagnose – aufgrund ausreichender Bewältigungsressourcen bewältigt werden können, positiv. Die Anzahl in Anspruch genommener Konsultationen, welche in Abhängigkeit individueller Bedürfnisse wahrgenommen wurden, wies ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang mit dem Kohärenzsinn auf. Eine höhere Anzahl an Konsultationen steigerte das Gefühl mit Lebensstressoren umgehen zu können (*Handhabbarkeit*) und förderte die Wahrnehmung, dass es sich lohnt dies auch zu tun (*Sinnhaftigkeit*).

Nur wenige Studien haben den Einfluss psychotherapeutischer Interventionen speziell auf den Kohärenzsinn untersucht. Diese haben sich mit Patient:innen, die psychische Probleme aufwiesen oder vulnerablen Gruppen (z.B. Arbeitslose und ältere Erwachsene) befasst (Humboldt & Leal, 2013; Langeland et al., 2006; Schäfer et al., 2020; Skärsäter et al., 2009; Szymona, 2005; Vastamäki et al., 2009). Untersuchungen im Kontext psychoonkologischer Versorgung fehlten, sodass die Forschungsergebnisse des zweiten Artikels dazu beitragen diese Forschungslücke zu verringern. Für den Kontext der Psychoonkologie ist ableitbar, dass zu einem erfolgreichen *Spannungsmangement* eine positive therapeutische Bindung und die Anzahl in Anspruch genommenen Konsultationen gehören. Damit leisten die Forschungsergebnisse einen Beitrag zu Forschungsaktivitäten, die Komponenten der Salutogenese-Theorie empirisch evaluieren wollen. Wie von anderen Wissenschaftlern vorgeschlagen (Hochwälder, 2022; Pfaff & Schmitt, 2023), ist die empirische Untersuchung einer Theorie unerlässlich, um ihre Qualität und die vorgeschlagenen kausalen Auswirkungen zu verstehen.

Dennoch ist weiterführende Forschung erforderlich, um die Wirksamkeitspfade zur Verbesserung der psychischen Gesundheit und des Kohärenzsinn von Krebspatient:innen zu verstehen. Andere Studiendesigns, z.B. Dismantling Designs, die typischerweise in der Psychotherapieforschung eingesetzt werden, könnten Verwendung finden, um detaillierte Einblicke zu gewinnen. Dies entspricht den Empfehlungen von Salutogeneseforschenden, die

die Notwendigkeit betonen mehr Forschung darüber zu betreiben, wie und in welchem Maße der Kohärenzsinn positiv beeinflusst werden kann (Hochwälder, 2022; Suominen & Lindstrom, 2008).

6.3 Erkenntnisse aus dem 3. Artikel

In der dritten Forschungsarbeit „*Salutogenesis at Work as a Facilitator for Implementation? An Explorative Study on the Relationship of Job Demands, Job Resources and the Work-Related Sense of Coherence within a Complex Healthcare Programme*“ (Cecon et al., 2022) ist zwei übergeordneten Forschungsfragen nachgegangen worden: A) Welche Arbeitsressourcen und -belastungen beeinflussen den arbeitsbezogenen Kohärenzsinn psychoonkologisch Versorgender in der Implementierung einer komplexen psychoonkologischen Intervention? B) Wie beeinflusst der arbeitsbezogene Kohärenzsinn psychoonkologisch Versorgender die Bewertung einer komplexen psychoonkologischen Intervention und deren Implementierung? Hierfür wurden semi-strukturierte Interview- und Fokusgruppendedaten aus der frühen Implementierungsphase der neuen Versorgungsform *isPO* herangezogen. Es handelte sich um eine Sekundäranalyse. Während der Implementierung der neuen Versorgungsform *isPO* wurde das psychoonkologische Personal (Psychoonkolog:innen, psychosoziale Fachkräfte, Case Management, Dokumentationshilfen, Onkolog:innen, Qualitätsmanagement / Netzwerkkoordinator:innen) mit neuen beruflichen Anforderungen konfrontiert. Verschiedene Arbeitsressourcen, die entweder bereits vorhanden waren oder durch das Programm gefördert wurden, halfen bei der Bewältigung dieser Anforderungen. Die Analyse ermöglichte die Identifikation von Arbeitsressourcen und -anforderungen, welche den arbeitsbezogenen Kohärenzsinn des psychoonkologischen Personals beeinflussten. Hierbei ließen sich vier übergeordneten Themenbereiche verdichten, die aus implementierungswissenschaftlicher Perspektive als auch salutogener Sicht relevant sind: (1) Kommunikation und Information, (2) organisationale und soziale Ressourcen, (3) Programmentwicklung und partizipative Elemente und (4) die ambivalente Funktion der arbeitsbezogenen Sinnhaftigkeit.

Kommunikation und Information: Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass die arbeitsbezogene Verstehbarkeit durch eine Vereinfachung der Programmkomplexität verbessert werden kann. Dies könnte erreicht werden, indem sich in den Informationsflüssen auf praktische Relevanz konzentriert wird und klare Kommunikationsstrukturen geschaffen werden. Dies bedeutet, dass die Arbeit des psychoonkologischen Personals als strukturierter konsistenter und klarer wahrgenommen werden kann, wenn die Programmkomplexität in verständliche und zielgerichtete Informationen aufbereitet wird. Darüber hinaus scheint ein effektives und unterstützendes Kommunikationsmanagement entscheidend dafür zu sein, dass die Arbeit des psychoonkologischen Personals verständlich ist, was sich wiederum

Kapitel 6 Diskussion

positiv auf die arbeitsbezogene Handhabbarkeit auswirkt. Wie von Luig et al. (2018) erläutert, findet das Verständnis und die Sinngebung einer Intervention sowohl auf individueller als auch kollektiver Ebene statt, sodass Informationen mit Erfahrungswerten, dem klinischen Kontext und bereits bestehenden Ansätzen in der Praxis kombiniert bzw. integriert werden können. Die Entwicklung und Nutzung der Qualitätszirkel und -workshops als Kommunikationsplattformen in isPO erleichterten diesen Prozess und stärkten, wie auch von Luig et al (2018) beschrieben, das Vertrauen in die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die Beziehungen zwischen den Teams, die Selbstwirksamkeit (individuell und kollektiv) und gemeinsame Entscheidungsfindungsprozesse. Da es relevant ist Kommunikationsprozesse in der Implementierung einer neuen Versorgungsform zu unterstützen (Damschroder et al., 2022), ist eine Analyse der Informations- und Kommunikationsstrukturen als Teil einer Stakeholderanalyse vor Entwicklung einer neuen Versorgungsform zu empfehlen. Die Ergebnisse sollten in die Entwicklung der Versorgungsform und in die Implementierungsstrategien einfließen und damit letztlich die arbeitsbezogene Verstehbarkeit des Personals, welches für die Umsetzung einer Innovation verantwortlich ist, stärken.

Organisationale und soziale Ressourcen: Insbesondere die arbeitsbezogene Handhabbarkeit scheint stark von individuellen und organisatorischen Ressourcen und Anforderungen beeinflusst zu werden. Unsere Ergebnisse verdeutlichen, dass die Sicherstellung ausreichender Ressourcen die Durchführbarkeit erhöht, indem eine angemessene Bewältigung zusätzlicher Arbeit, welche sich aus der Komplexität der neuen Versorgungsform ergibt, ermöglicht wird. Dies wird auch von anderen Forschenden postuliert, die die Wichtigkeit betonen, dass für die Einführung komplexer Interventionen ausreichend Ressourcen bereitgestellt werden (Damschroder et al., 2022), um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass die Intervention angenommen (Greenhalgh et al., 2004) und die Programmtreue gewährleistet wird (Eboreime et al., 2019). Insbesondere vor dem Hintergrund, dass Gesundheitssysteme mit schwerwiegenden Ressourcenknappheiten konfrontiert sind, wie z.B. mit dem sich verschärfenden Arbeitskräftemangel (Scheffler & Arnold, 2019; WHO, 2016), ist es wichtig Ressourcen und Bedürfnisse der Implementierungssettings vor der Programmdurchführung zu analysieren und zu berücksichtigen.

Die Ergebnisse der Forschungsarbeit zeigen zudem, dass soziale Ressourcen und Anforderungen ebenfalls einen starken Einfluss auf die arbeitsbezogene Handhabbarkeit hatten. Dies deckt sich mit Forschungsergebnissen, die aufzeigen, dass soziale Netzwerke und Kommunikation eine komplexe Rolle in Implementierungsprozessen spielen (Damschroder et al., 2022; Fitzgerald & van Eijnatten, 2002; Plsek & Wilson, 2001). Daher kann der Aufbau sozialer Beziehungen, wie er z.B. durch die Qualitätssicherungsaktivitäten in

Kapitel 6 Diskussion

isPO unterstützt wurde, die Umsetzung und Effektivität einer komplexen Intervention beeinflussen und ggf. erleichtern (Edmondson et al., 2001; Safran et al., 2006).

Programmentwicklung und partizipative Elemente: das psychoonkologische Personal betonte die Relevanz Programmoptimierungen vornehmen zu können, was in der Regel zu einer besseren Handhabbarkeit und Zufriedenheit mit der programmbezogenen Arbeit führte. Dies entspricht Expert:innenempfehlungen zur Entwicklung und Implementierung komplexer Interventionen, dass Programmoptimierungen erforderlich sind, um die Wirksamkeit, Akzeptanz und Durchführbarkeit einer Intervention zu verbessern (O'Cathain et al., 2019; Sermeus, 2015). Hier wird die Beteiligung und Einbindung von Interessengruppen als hilfreich erachtet (Abraham et al., 2015; Bleijenberg et al., 2018; O'Cathain et al., 2019) und auch im Rahmen der vorliegenden Erhebungen vom psychoonkologischen Personal gefordert. Sie waren der Meinung, dass partizipative Elemente bereits in der Entwicklungsphase des Programms hätten enthalten sein sollen. Partizipation in der Entwicklungsphase eines Programms könnte daher hilfreich sein, um konzeptionelle Stärken und Schwächen frühzeitig zu erkennen (Levati et al., 2016) und dadurch die arbeitsbezogene Verständlichkeit und Handhabbarkeit und damit den Implementierungsprozess zu erleichtern. Um dieses interne Wissen und Verständnis über Umsetzungshindernisse und -fördernisse aufzubauen, ist der Einbezug aller betreffender Akteur:innen erforderlich (Campbell et al., 2007; Caron, 2014; Rychetnik et al., 2002), wofür ausreichend Zeit- und Personalressourcen in der Programmentwicklung vorgesehen sein sollten (Krieger, Floren et al., 2021; Young, 2006).

Ambivalente Funktion der arbeitsbezogenen Sinnhaftigkeit: die Ergebnisse der dritten Forschungsarbeit zeigen, dass eine hohe Projektidentifikation die arbeitsbezogene Sinnhaftigkeit förderte und damit das individuelle Engagement und die Motivation zur Bewältigung arbeitsbezogener Herausforderungen. Arbeitsbezogene Sinnhaftigkeit pufferte eine geringe arbeitsbezogene Handhabbarkeit ab. Für eine erfolgreiche Implementierung ist es somit hilfreich die arbeitsbezogene Sinnhaftigkeit bestmöglich zu stärken. Wenn jedoch die Arbeitsanforderungen zu lange andauern und belasten, kann der Wunsch des psychoonkologischen Personals die Sinnhaftigkeit aufrechtzuerhalten zu einem starken Pflichtgefühl und Selbstanspruch an die eigene Arbeit beitragen, wodurch Stress, Überlastung und Müdigkeit verstärkt werden können. Diese Rolle der Sinnhaftigkeit wurde auch von anderen identifiziert (Bakibinga et al., 2012; Vinje & Ausland, 2013; Vinje & Mittelmark, 2006), z.B. zeigt eine Studie über den Kohärenzsinn und Burnout bei Gesundheitsberufen während der COVID-19 Pandemie, dass die Dimension der Sinnhaftigkeit den höchsten Vorhersagewert für berufliches Burnout hatte (Stoyanova & Stoyanov, 2021). Jenny und Kollegen (Brauchli et al., 2015; Jenny et al., 2022) beschreiben ähnliche salutogene und pathogene Pfade, wie sie teilweise in den Daten der vorliegenden Forschungsarbeit zu finden

Kapitel 6 Diskussion

sind. Im Rahmen des salutogenen Pfades können berufliche Ressourcen zu Wachstum und Entwicklung und damit zu positiver Gesundheit (körperliche, geistige und soziale Selbstverwirklichung) führen (Brauchli et al., 2015; Jenny et al., 2022). Die negative Gesundheit wird durch berufliche Anforderungen bestimmt, die zu Verlust und Verschlechterung des Gesundheitszustands führen können (beeinträchtigte körperliche, geistige und soziale Selbstreproduktion) (Brauchli et al., 2015; Jenny et al., 2022). In der vorliegenden Forschungsarbeit konnten wir berufliche Ressourcen identifizieren, die stark mit Selbstverwirklichung verbunden sind, z. B. Engagement, Motivation, Projektidentifikation oder Spaß an der Arbeit. Arbeitsanforderungen umfassten hauptsächlich Aspekte, die mit der Verringerung der arbeitsbezogenen Verstehbarkeit und Handhabbarkeit verbunden sind, z.B. fehlende personelle Ressourcen oder kohärente Arbeitsstrukturen. Allerdings zeigten sich auch negative emotionale Folgen, z.B. Unsicherheiten, Hilflosigkeit oder Erschöpfung. Dies bedeutet, dass Arbeitsanforderungen an Ressourcen zehren und schließlich zu Burnout führen können, während Arbeitsressourcen das Engagement fördern und gleichzeitig die negativen Auswirkungen der Arbeitsanforderungen abfedern können (Schaufeli & Bakker, 2004). Somit sollten Arbeitsressourcen und -anforderungen in einem angemessenen Belastungsgleichgewicht stehen, damit das psychoonkologische Personal die Arbeit auf gesunde Weise bewältigen kann.

Darüber hinaus konnte festgestellt werden, dass eine hohe Sinnhaftigkeit zu einer positiven Bewertung des isPO-Programms führte, z.B. dass es eine gute Gesamtidee ist oder ein wichtiges Ziel hat. Eine geringe Handhabbarkeit wiederum führte zu einer negativen Bewertung der Durchführbarkeit des Programms und teilweise sogar zu einer geringeren Programmadhärenz.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit (Artikel 3), dass der arbeitsbezogene Kohärenzsinn des psychoonkologischen Personals durch Arbeitsanforderungen und -ressourcen beeinflusst wird und die Bewältigung des Implementierungsprozesses erleichtern kann. Ebenfalls können Implementierungsstrategien diesen Bewältigungsprozess beeinflussen, indem sie zu salutogenen Pfaden beitragen. Die Nutzung des arbeitsbezogenen Kohärenzsinn als Instrument und Indikator ist empfehlenswert, um 1) die Arbeitsumgebung durch die Arbeitnehmer:innen – in diesem Fall das psychoonkologische Personal – bewerten zu lassen und mit diesem Wissen den Implementierungsprozess neuer Versorgungsstrukturen erleichtern zu können und 2) die Durchführbarkeit einer neuen komplexen Intervention über verschiedenen Settings hinweg untersuchen zu können. Bei der Entwicklung und Implementierung neuer komplexer psychoonkologischer Interventionsprogramme wäre die Messung des arbeitsbezogenen Kohärenzsinn des psychoonkologischen Personals vor, während und nach der

Programmimplementierung von Vorteil, da dies die Exploration von Optimierungsbedürfnissen erleichtern und folglich den Implementierungsprozess und die Qualität der Versorgung positiv beeinflussen könnte.

6.4 Erkenntnisse aus dem 4. Artikel

In Teilen der vierten publizierten Forschungsarbeit „*Does the mode of care delivery affect therapeutic alliance, patient care satisfaction or patient reported outcomes? Psycho-oncological care evaluation data collected during the COVID-19 pandemic*“ (Cecon-Stabel, Omairat et al., 2024) wurde der Einfluss kontextueller Veränderungen auf die psychoonkologische Versorgung (*Spannungsmanagement*) von Krebspatient:innen als auch der Einfluss auf deren Kohärenzsinn untersucht. Mit Hilfe von Befragungs- und Versorgungsdokumentationsdaten erstdiagnostizierter Krebspatient:innen, die in der neuen psychoonkologischen Versorgungsform *isPO* in Deutschland betreut wurden, konnte der Einfluss der COVID-19 Pandemie (Kontextuelle Veränderung) auf die psychoonkologische Versorgung analysiert werden. Kontextuelle Veränderungen zeigten sich vor allem im Kontakt zwischen psychoonkologischem Fachpersonal und den Patient:innen. Hier konnte man zwischen persönlichem, telefonischem und videobasiertem Modus der Versorgung unterscheiden. Es wurden Regressionsanalysen durchgeführt, um einen möglichen Zusammenhang zwischen dem Versorgungsmodus und therapeutischer Allianz (*Spannungsmanagement*), der Zufriedenheit der Patient:innen mit der Versorgung ("subjektive Wirksamkeit" und "Zufriedenheit und Bedürfnisorientierung" - *Spannungsmanagement*) und dem Kohärenzsinn zu ermitteln. Je nach Zeitpunkt in der Pandemie und der pandemiebedingten Maßnahmen, zeigten sich Schwankungen im Versorgungsmodus. Die telefonische Versorgung war die am häufigsten genutzte Kontaktalternative zu persönlichen Konsultationen, insbesondere während strikter Pandemiemaßnahmen. Im zweiten Jahr der Pandemie nahm die Nutzung videobasierter Konsultationen zu, übertraf jedoch nicht die telefonischen Konsultationen. Die Gründe für die Präferenzen der jeweiligen Versorgungsmodi können basierend auf den vorliegenden Daten nicht dargestellt werden, jedoch ist aus anderen Forschungsarbeiten bekannt, dass Patient:innncharakteristika und -bedürfnisse, Internetzugang und die Vertrautheit der Patient:innen mit elektronischen Geräten und Anwendungen bei Alternativen zu persönlichen Beratungsgesprächen sorgfältig berücksichtigt werden sollten (Backhaus et al., 2012; Simpson & Reid, 2014).

Die Forschungsergebnisse zeigen, dass im Schnitt eine starke therapeutische Allianz aufgebaut werden konnte. Hierbei konnte kein signifikanter Einfluss des Versorgungsmodus auf das therapeutische Bündnis festgestellt werden. Dies deckt sich mit Erkenntnissen aus Forschungsarbeiten, die aufzeigen, dass therapeutische Allianz ebenso gut über alternative

Kapitel 6 Diskussion

Versorgungsmodi (Telefon oder Videokonferenzen) aufgebaut werden kann, wie bei persönlichen (face-to-face) Kontakten (Backhaus et al., 2012; Simpson & Reid, 2014; Stiles-Shields et al., 2014). Außerdem zeigt es, dass die in isPO tätigen Psychoonkolog:innen trotz der erwarteten Herausforderungen in der Pandemie ein solides therapeutisches Bündnis entwickelten und aufrechterhielten, was für die Widerstandsfähigkeit der Psychoonkolog:innen und neuen Versorgungsform isPO spricht. Somit waren diese Versorgungsmodi wertvolle Alternativen für die Patient:innen in der Zeit der COVID-19 Pandemie, um psychoonkologische Versorgung in Anspruch nehmen zu können – unter Beibehaltung einer guten Versorgungsqualität. Das gute therapeutische Bündnis spiegelt sich zudem in der Zufriedenheit der Patient:innen mit ihrer Versorgung wieder. Denn je besser das therapeutische Bündnis ausgeprägt war, desto zufriedener waren die Patient:innen mit ihrer Versorgung, werteten die Versorgung als bedarfsorientiert ein und werteten die (subjektive) Wirksamkeit der Versorgung höher ein. Der Versorgungsmodus zeigte hier ebenfalls keinen signifikanten Einfluss. Eine gute therapeutische Allianz ermöglicht somit eine bedarfsgerechte Versorgung, die in der entsprechenden deutschen S3-Leitlinie als wesentliches Element der psychoonkologischen Versorgung hervorgehoben wird (Leitlinienprogramm Onkologie, 2023). Die Ergebnisse decken sich zudem mit Forschungsergebnissen, die zeigen, dass das therapeutische Bündnis einen starken Einfluss auf die Patient:innenzufriedenheit hat (McLeod, 2011; Scherer et al., 2016).

Weiterhin war kein signifikanter Einfluss des Versorgungsmodus auf den Kohärenzsinn der Patient:innen nachweisbar. Allerdings konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl in Anspruch genommener Konsultationen und dem Kohärenzsinn festgestellt werden. Je niedriger der Kohärenzsinn ausgeprägt war, desto mehr Konsultationen wurden in Anspruch genommen. Dies unterstreicht die Bedarfsorientierung der neuen Versorgungsform *isPO*.

Insgesamt zeigen unsere Ergebnisse, dass der Versorgungsmodus, welcher sich in Folge der COVID-19 Pandemie veränderte, keinen Einfluss auf das *Spannungsmanagement* (therapeutische Allianz, Zufriedenheit mit der Versorgung) und den Kohärenzsinn der Krebspatient:innen nahm. Vielmehr scheinen die therapeutische Allianz und die bedarfsorientiert angebotenen Konsultationen eine zentrale Rolle im *Spannungsmanagement* darzustellen. Daher könnten face-to-face Konsultationen, insbesondere in unterversorgten ländlichen Gebieten (Singer S. & Schumacher, 2010), systematisch um Telefon- oder Videokonsultationen ergänzt werden, um psychoonkologische Versorgungslücken in Deutschland zu schließen.

Die Patient:innenorientierung hat für die Evaluation, die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement der medizinischen Versorgung zunehmend an Bedeutung gewonnen

(Nübling et al., 2007). Daher sollte eine strukturierte und kontinuierliche Messung der Patient:innenerfahrungen und -ergebnisse in der psychoonkologischen Versorgung, wie auch von anderen vorgeschlagen (Breidenbach et al., 2022; Leitlinienprogramm Onkologie, 2023), umgesetzt werden. Die therapeutische Allianz sollte hier als wichtiger Qualitätsindikator für die Prozessqualität herangezogen werden, insbesondere vor dem Hintergrund des Einbezugs salutogener Wirkfaktoren in der Psychoonkologie.

6.5 Limitationen

Die Limitationen der vorliegenden Dissertationsschrift, sollen im Folgenden reflektiert werden. Detailliert wurden die Limitationen und Stärken der einzelnen Forschungsarbeiten (Artikel 1-4) bereits in ihrer publizierten Form diskutiert. Folglich, wird hier zusammenfassend auf diese Aspekte eingegangen und schließlich das Gesamtvorhaben der Dissertationsschrift kritisch diskutiert.

6.5.1 Limitationen des 1. Artikel

Da die primären Forschungsfragen der Brustkrebspatient:innenbefragung nicht der im Artikel und der vorliegenden Dissertation Forschungsfrage 1 entspricht, sondern im engeren Sinne die Daten sekundär für die Forschungsfrage 1 analysiert wurden, ist es möglich, dass weitere wichtige GWR nicht gemessen wurden, die Einfluss auf den Kohärenzsinn, den Bedarf oder die Inanspruchnahme psychoonkologischer Versorgung haben. Die Forschungsergebnisse zeigen, dass die GWR und der Kohärenzsinn etwa 21,1 % der Varianz des Bedarfs für psychoonkologische Versorgung aufklären, d.h. es sind weitere Einflussfaktoren auf die Bedarfsbildung anzunehmen. Diese Schlussfolgerung deckt sich mit den Annahmen des Behavioural Model of Health Services Use (Andersen, 1995, 2008), in welchem sowohl kontextuelle und individuelle Charakteristika Einfluss auf den Prozess der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen nehmen.

Darüber hinaus wurde der Bedarf für psychoonkologische Versorgung durch eine subjektive Patient:inneneinschätzung operationalisiert. Zusätzliche objektivere Maße, z.B. zum emotionalen Zustand der Patient:innen, konnten nicht herangezogen werden. Jedoch nehmen wir entsprechend des Thomas-Theorem (Thomas & Thomas, 1928) an, dass subjektive Einschätzungen der Patient:innen zu Ihrer Lebenssituation und emotionalen Befinden sehr relevant für ihre Entscheidungsprozesse sind.

Für die Strukturgleichungsmodellanalyse wurden Fälle mit fehlenden (Teil-)Daten zu GWR und dem Kohärenzsinn konservativ ausgeschlossen. Wenn auch die Stichprobe durch Ihre Größe reichhaltige Daten hervorbrachte, kann eine Verzerrung durch die Ausschlüsse nicht

ausgeschlossen werden. Weiterhin befanden sich meist Patient:innen mit einem UICC Staging zwischen 0-2 in der Stichprobe. Ob die Ergebnisse auf Patient:innen mit höheren Staging übertragen werden können, ist mit den vorliegenden Daten nicht ausreichend zu beantworten.

Eine weitere Limitation ist das potenzielle Risiko für Verzerrungen, die mit Patient-Reported-Outcomes einhergehen, z.B. Erinnerungsverzerrungen oder soziale Erwünschtheit.

6.5.2 Limitationen des 2. Artikel

Nur ein Teil der psychoonkologisch versorgten Patient:innen nahm an beiden Befragungen teil, sodass nach Zusammenführung der Datensätze (T1 und T2) ein kleiner Datensatz zur Verfügung stand. Wir können nicht ausschließen, dass Patient:innen, die an beiden Erhebungen teilgenommen haben, motivierter waren oder einen höheren Kohärenzsinn oder höhere therapeutische Allianz aufwiesen als Nichtteilnehmende.

Aufgrund des Befragungsdesigns für die externe Evaluation der neuen Versorgungsform isPO, gab es keinen T0-Wert, d.h. keine Befragung vor Beginn der psychoonkologischen Versorgung. Infolgedessen konnten mögliche Veränderungen zwischen T0 und T1 in unserer Analyse nicht berücksichtigt werden. Wir interpretieren diese Verzerrungen als konservativ, da sie wahrscheinlich zu einer Unterschätzung unserer Ergebnisse führten. So könnten Personen mit einem niedrigeren Kohärenzsinn durch die psychoonkologische Versorgung sich vermehrt gebessert haben als Personen mit einem mittleren bis hohen Kohärenzsinn. Eriksson & Lindström (2005) und Hakanen et al. (2007), konnten bereits zeigen, dass Personen mit einem niedrigen Kohärenzsinn mehr von salutogenen Interventionen profitieren zu scheinen als Personen mit einem mittlerem bis hohen Kohärenzsinn. Weiterhin kann nicht ausgeschlossen werden, dass eine Selektivität der Stichprobe möglicherweise mit einer Nicht-Teilnahme an den Befragungen verbunden ist.

Die Ergebnisse der Forschungsarbeit weisen darauf hin, dass die Anzahl an in Anspruch genommener Konsultationen den Kohärenzsinn positiv vorhersagt. Allerdings können die statistischen Auswertungen keine Informationen darüber liefern, warum dieser Zusammenhang besteht. So könnten beispielsweise bestimmte Themen, die in den Beratungen behandelt wurden, oder therapeutische Interventionen, die die Psychotherapeut:innen anwandten, zu diesem Ergebnis beigetragen haben. Ein Mixed-Methods-Design, beginnend mit qualitativen Methoden, gefolgt von einer quantitativen Auswertung, könnte helfen Einblicke in mögliche Einflussfaktoren zu gewinnen, die salutogen wirken.

6.5.3 Limitationen des 3. Artikel

Der dritte Artikel umfasst die erste Forschungsarbeit, die sich mit dem arbeitsbezogenen Kohärenzsinn im Kontext der Implementierung einer komplexen Intervention beschäftigte und damit eine salutogene Perspektive zur bestehenden Literatur und zu den Empfehlungen zur Implementierung komplexer Gesundheitsinterventionen beiträgt. Hierdurch können Akteur:innen, die neue Versorgungsstrukturen implementieren wollen, den Implementierungsprozess erleichtern, indem Veränderungen im Versorgungssetting im Hinblick auf und angepasst an dessen Bedürfnisse eingeführt werden. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Versorgungengruppen und -settings könnte von umfassenderen Studien im Sinne eines sequenziellen, explorativen Designs unter Verwendung quantitativer Methoden profitieren.

Obwohl verschiedene qualitative Datenerhebungsmethoden dazu beitrugen einen detaillierten Einblick in die Erfahrungen der Versorgenden mit der Programmumsetzung zu gewinnen, und eine gezielte Stichprobenziehung zur Berücksichtigung aller isPO-Versorgungsnetzwerke und -Rollen führte, war es nicht möglich die umfassenden Einstellungen des medizinischen Personals qualitativ zu erfassen, da diese unterrepräsentiert waren. Zudem fokussierten sich die Interviewleitfäden auf die Erhebung von Daten zum Implementierungsprozess im Rahmen der externen formativen Evaluation der neuen Versorgungsform isPO. Möglicherweise hätten noch detaillierte Daten erhoben werden können, hätten die Leitfäden sich spezifisch auf den arbeitsbezogenen Kohärenzsinn fokussiert. Dennoch konnte reichhaltiges qualitatives Datenmaterial für die Analyse gewonnen werden.

6.5.4 Limitationen des 4. Artikel

Zur Beantwortung der Forschungsfragen 4 wurden Befragungs- und Versorgungsdokumentationsdaten, die im Rahmen der externen Evaluation der neuen Versorgungsform isPO hinsichtlich Versorgungsqualität und Wirksamkeit erhoben wurden, herangezogen. Es ist davon auszugehen, dass andere Studiendesigns, wie randomisierte oder quasi-randomisierte kontrollierte Interventionsstudien, die für den Versorgungsmodus kontrollieren, stärkere kausale Interpretationen zulassen würden. Zudem erhielten die meisten isPO-Patient:innen ihre psychoonkologische Versorgung unter Pandemiebedingungen. Es ist nicht auszuschließen, dass es Unterschiede in den Bewertungen der Variablen zwischen einer Kohorte vor der Pandemie und einer Kohorte während der Pandemie gibt. Nichtsdestotrotz stützen qualitative Evaluationsdaten der neuen Versorgungsform isPO die vorliegenden quantitativen Ergebnisse (Krieger, Salm et al., 2021). Patient:innen, welche die Möglichkeit erhielten, während der Pandemie weiterhin per Telefon oder Video betreut zu werden,

empfanden dies als sehr hilfreich und berichteten nicht, dass ihre therapeutische Allianz dadurch beeinträchtigt wurde (Krieger, Salm et al., 2021).

Da nur ein Teil der psychoonkologisch versorgten Patient:innen an beiden Befragungen teilnahmen, stand für die Regressionsanalyse nur ein kleiner Datensatz zur Verfügung. Es ist nicht auszuschließen, dass diejenigen, die an beiden Befragungen teilnahmen, eine höhere therapeutische Allianz aufwiesen, als diejenigen, die nicht teilnahmen.

Wie auch bei Artikel 1 beschrieben, können mögliche Verzerrungen bei der Erhebung von Patient-Reported-Outcomes entstehen, z.B. Erinnerungsverzerrungen oder soziale Erwünschtheit.

6.5.5 Limitationen des Dissertationsvorhabens

Die vorliegende Dissertationsschrift prüfte verschiedene Theoriekomponenten und Zusammenhänge der Salutogenese Theorie nach Antonovsky (Antonovsky, 1987b) im Kontext der psychoonkologischen Versorgung von Krebspatient:innen. Hier war immer nur möglich Ausschnitte der Theorie zu explorieren und statistisch zu prüfen. Eine beispielhafte Prüfung der Gesamtheorie scheint aktuell nicht realistisch umsetzbar aufgrund ihrer Komplexität und gleichzeitigen Unspezifität mancher Theoriekomponenten, z.B. der Komponente „Spannung“ oder „Spannungsmanagement“, jedoch auch aufgrund der individuellen patient:innenbezogenen Definition davon, was das Ziel der psychoonkologischen Versorgung darstellt. Somit können zwar salutogene Einflussfaktoren identifiziert werden, wie die therapeutische Allianz, und ihr Einfluss auf den Kohärenzsinn, allerdings sind gesundheitsbezogene Outcomes meist individualisiert in den Konsultationen als Ziel für die Versorgung festgehalten. Um also die Theoriekomponente des Gesundheitszustandes (*Health Ease / Dis-Ease Continuum* (Antonovsky, 1993b)) empirisch prüfen zu können, muss zuvor Wissen darüber bestehen, welche gesundheitsbezogenen Outcomes die Patient:innen als veränderungsbedürftige Outcomes für sich definieren. Qualitative Forschungsmethoden in Kombination mit Reviews (z.B. systematische) könnten hierzu mehr Aufschluss bieten.

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden zudem Datensätze herangezogen, die primär zu anderen Zwecken und Forschungsfragen erhoben wurden, d.h. es handelt sich um Sekundäranalysen. Dies bringt methodische und inhaltliche Limitationen mit sich, die in den vorherigen Kapiteln bereits aufgeführt wurden. Insgesamt ist nicht auszuschließen, dass dadurch bestimmte salutogen wirkende Faktoren nicht erhoben wurden.

Für drei von vier Forschungsarbeiten wurden Datensätze aus der Evaluation der neuen Versorgungsform isPO herangezogen. Aufgrund der Struktur der Evaluationsdaten und des

Kapitel 6 Diskussion

dazugehörigen Datenschutzkonzepts des Projekts, konnten die Versorgendendaten nicht mit den Patient:innendaten verknüpft werden. Somit konnten salutogene Einflüsse immer nur im jeweiligen Kontext der jeweiligen Zielgruppen analysiert werden (Arbeit im Kontext einer neuen komplexen Intervention und psychoonkologische Versorgung / Kontext der Krebserkrankung). Zusammenhänge der Versorgungsebene, einschl. organisationaler Faktoren des jeweiligen Versorgungsnetzwerks, und der Versorgungsqualität bzw. der Salutogenese der Patient:innen konnten damit nicht geprüft werden. Allerdings bieten die qualitativen Interviews und Fokusgruppen aus der Forschungsarbeit 3 bereits einen differenzierten Einblick zu psychoonkologisch relevanten Arbeitsressourcen und -anforderungen, die auf organisationaler Ebene in der Psychoonkologie und der Verbesserung ihrer Strukturen berücksichtigt werden können.

7 Schlussfolgerungen für Wissenschaft und Praxis

Die Theorie der Salutogenese und insbesondere eins der zentralen Konstrukte, der Kohärenzsinn, können in der psychoonkologischen Versorgung auf unterschiedlichen Ebenen Einfluss nehmen. Auf individueller Ebene kann der Kohärenzsinn zusammen mit den GWR dafür sorgen, dass die Krebspatient:innen sich weniger belastet fühlen, bzw. das Gefühl haben ihre Lebenssituation besser bewältigen zu können. Während psychoonkologische Versorgung im Sinne des Spannungsmangements dafür sorgt, dass Patient:innen salutogene Veränderungsprozesse erfahren. Die therapeutische Allianz und in Anspruch genommene Konsultationen, welche bedarfsorientiert wahrgenommen werden, spielen hier eine wichtige Rolle. Auch auf Versorgungsebene wirkt sich der arbeitsbezogene Kohärenzsinn und arbeitsbezogene Ressourcen oder Anforderungen auf die Gesundheit aus. Bei beiden Zielgruppen ist für eine bedarfsorientierte Gesundheitsförderung zu empfehlen, den Kohärenzsinn und GWR bzw. den arbeitsbezogenen Kohärenzsinn und arbeitsbezogene Ressourcen systematisch zu erheben, um passfähige salutogene Interventionen einleiten zu können. Dies könnte für Krebspatient:innen z.B. auf sozialarbeiterischer, psychoonkologisch / psychotherapeutischer oder auch niederschwelliger Selbsthilfe-Ebene erfolgen. Bei Versorgenden könnte dies auf den arbeitsbezogenen Kontext angewendet werden, z.B. Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, Qualitätszirkel, Prozess- und Strukturveränderungen zur Verbesserung der Verstehbarkeit und Handhabbarkeit der Arbeit. Letztlich ist in der Gesundheitsförderung wichtig nicht nur im jeweiligen Setting (Behandlungssetting für Krebspatient:innen, Arbeitssetting für Versorgende) Gesundheitsförderung anzubieten, sondern im Sinne des Lebensweltansatzes gesundheitsfördernde Settings zu gestalten (Rosenbrock, 2004; Rosenbrock & Michel, 2007), wie auch in der WHO Ottawa Chart hervorgehoben (WHO, 1986). Im Zusammenhang mit der Theorie der Salutogenese und Psychoonkologie könnte dies bedeuten, dass mit den Methoden des Lebensweltansatzes (insb. Organisationsentwicklung (Barić & Conrad, 1999; Grossmann & Scala, 2011) und der Public Health Action Cycle (Rosenbrock & Gerlinger, 2022), salutogene Lebenswelten für Krebspatient:innen und Versorgenden gestaltet werden. Für die stärkere Anwendung der Salutogenese in der Gesundheitsversorgung bedeutet dies daher, die vorherrschende pathogene Orientierung in der Gesundheitsversorgungspraxis durch eine salutogene Orientierung im Praxis- und Forschungsalltag zu ergänzen bzw. zu verändern (Pelikan, 2022). Hierfür braucht die Salutogenese jedoch einen stärkeren evidenzbasierten Charakter (Pelikan, 2022) und damit ein differenzierteres Verständnis welche Faktoren in welchem Setting salutogen wirken. Hier leistet die vorliegende Dissertationsschrift einen Beitrag.

Kapitel 7 Schlussfolgerungen für Wissenschaft und Praxis

Aus implementierungswissenschaftlicher Perspektive scheint der arbeitsbezogene Kohärenzsinn ein förderlicher Indikator dafür zu sein, wie bereit ein Implementierungssetting für eine neue komplexe Intervention bzw. Innovation ist. Ebenfalls könnte er genutzt werden, um arbeitsbezogene salutogene Implementierungsstrategien abzuleiten, die die arbeitsbezogene Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit erhöhen und damit den Implementierungsprozess unterstützen und wiederum die Adoption der Intervention und Interventionsadhärenz positiv beeinflussen. Somit wäre bereits im Entwicklungsprozess bzw. der Implementierungsvorbereitung einer neuen Intervention eine salutogene Orientierung förderlich. Die Integration einer solchen salutogenen Orientierung in bereits publizierte Frameworks, z.B. das MRC-Framework (Skivington et al., 2021), und Empfehlungen zur Entwicklung komplexer Interventionen, z.B. Empfehlungen von O’Caithain et al. (2019), sind denkbar.

Seit Einführung des Nationalen Krebsplans 2008 konnten bereits erste Erfolge in der Verbesserung psychoonkologischer Versorgungsstrukturen erreicht werden, jedoch bestehen weiterhin Herausforderungen im effektiven Screening der Patient:innen und der niederschweligen, bedarfsgerechten Zuweisung zu passfähigen evidenzbasierten psychoonkologischen Unterstützungsangeboten (Mehnert-Theuerkauf & Springer, 2024). Hier ist basierend auf den Erkenntnissen der vorliegenden Dissertationsschrift die Integration einer salutogenen Orientierung von hoher Relevanz.

Literaturverzeichnis

- Abraham, C., Denford, S., Smith, J., Dean, S., Greaves, C., Lloyd, J., Tarrant, M., White, M. & Wyatt, K. (2015). Designing Interventions to Change Health-related Behaviour. In D. A. Richards & I. Rahm Hallberg (Hrsg.), *Complex interventions in health: An overview of research methods* (S. 104–110). Routledge.
- Abu-Kaf, S. & Braun-Lewensohn, O. (2019). Coping resources and stress reactions among Bedouin Arab adolescents during three military operations. *Psychiatry research*, 273, 559–566. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.088>
- Abu-Kaf, S., Braun-Lewensohn, O. & Kalagy, T. (2017). Youth in the midst of escalated political violence: sense of coherence and hope among Jewish and Bedouin Arab adolescents. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 11, 42. <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0178-Z>
- Aderhold, C., Morawa, E., Paslakis, G. & Erim, Y. (2019). Protective factors of depressive symptoms in adult cancer patients: The role of sense of coherence and posttraumatic growth in different time spans since diagnosis. *Journal of psychosocial oncology*, 37(5), 616–635. <https://doi.org/10.1080/07347332.2019.1631931>
- Admiraal, J. M., van Nuenen, F. M., Burgerhof, J. G. M., Reyners, A. K. L. & Hoekstra-Weebers, J. E. H. M. (2016). Cancer patients' referral wish: effects of distress, problems, socio-demographic and illness-related variables and social support sufficiency. *Psycho-oncology*, 25(11), 1363–1370. <https://doi.org/10.1002/pon.4067>
- Albertsen, K., Nielsen, M. L. & Borg, V. (2001). The Danish psychosocial work environment and symptoms of stress: The main, mediating and moderating role of sense of coherence. *Work & Stress*, 15(3), 241–253. <https://doi.org/10.1080/02678370110066562>
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1. <https://doi.org/10.2307/2137284>
- Andersen, R. M. (2008). National health surveys and the behavioral model of health services use. *Medical care*, 46(7), 647–653. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31817a835d>
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987a). Health promoting factors at work: The sense of coherence. In R. Kalimo, M. A. El-Batawi & C. L. Cooper (Hrsg.), *Psychosocial factors at work and their relation to health* (S. 153–167). World Health Organization.
- Antonovsky, A. (1987b). *Unraveling the Mystery of Health. How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.

Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A. (1991). The structural resources of salutogenic strengths. In C. L. Cooper & R. Payne (Hrsg.), *Personality and stress: Individual differences in the stress process* (S. 67–104). John Wiley & Sons.
- Antonovsky, A. (1992). Can attitudes contribute to health?, *Advances, The Journal of Mind-Body Health*(8(4), 33–49.
- Antonovsky, A. (1993a). Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. *Social Science & Medicine*(37(8), 969–981.
- Antonovsky, A. (1993b). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*(36(6), 725–733.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11–18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Antonovsky, A. (1997). *Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis: Band 36. Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (N. Schulte, Übers.) (A. Franke, Hg.). dgvt Verlag.
- Antonovsky, A. & Sourani, T. (1988). Family Sense of Coherence and Family Adaptation. *Journal of Marriage and the Family*, 50(1), 79. <https://doi.org/10.2307/352429>
- Archer, S., Holch, P., Armes, J., Calman, L., Foster, C., Gelcich, S., MacLennan, S. J. & Absolom, K. (2020). "No turning back" Psycho-oncology in the time of COVID-19: Insights from a survey of UK professionals. *Psycho-oncology*, 29(9), 1430–1435. <https://doi.org/10.1002/pon.5486>
- Artinian, B. M. (Hrsg.). (1997). *The intersystem model: Integrating theory and practice*. Sage.
- Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, M. L., Repp, A., Ross, B., Zuest, D., Rice-Thorp, N. M., Lohr, J. & Thorp, S. R. (2012). Videoconferencing psychotherapy: a systematic review. *Psychological services*, 9(2), 111–131. <https://doi.org/10.1037/a0027924>
- Bakibinga, P., Vinje, H. F. & Mittelmark, M. B [M. B.] (2012). Self-tuning for job engagement: Ugandan nurses' self-care strategies in coping with work stress. *International Journal of Mental Health Promotion*, 14(1), 3–12. <https://doi.org/10.1080/14623730.2012.682754>
- Barić, L. & Conrad, G. (1999). *Gesundheitsförderung in Settings: Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Settingsansatzes der Gesundheitsförderung*. Verlag für Gesundheitsförderung.
- Bauer, G. F. & Jenny, G. (2007). Development, implementation and dissemination of occupational health management (OHM): Putting salutogenesis into practice. In J. Houdmont (Hrsg.), *Occupational health psychology: European perspectives on research, education and practice* (S. 219–251). Nottingham University Press.

Literaturverzeichnis

- Black, E. K. & White, C. A. (2005). Fear of recurrence, sense of coherence and posttraumatic stress disorder in haematological cancer survivors. *Psycho-oncology*, 14(6), 510–515. <https://doi.org/10.1002/pon.894>
- Bleijenberg, N., Man-van Ginkel, J. M. de, Trappenburg, J. C. A., Ettema, R. G. A., Sino, C. G., Heim, N., Hafsteindóttir, T. B., Richards, D. A. & Schuurmans, M. J. (2018). Increasing value and reducing waste by optimizing the development of complex interventions: Enriching the development phase of the Medical Research Council (MRC) Framework. *International journal of nursing studies*, 79, 86–93. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.12.001>
- Boman, L., Björvell, H., Langius, A. & Cedermark, B. (1999). Two models of care as evaluated by a group of women operated on for breast cancer with regard to their perceived well-being. *European journal of cancer care*, 8(2), 87–96. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2354.1999.00139.x>
- Book, K., Dinkel, A., Henrich, G., Stuhr, C., Peuker, M., Härtl, K., Brähler, E. & Herschbach, P. (2013). The effect of including a 'psychooncological statement' in the discharge summary on patient-physician communication: a randomized controlled trial. *Psycho-oncology*, 22(12), 2789–2796. <https://doi.org/10.1002/pon.3347>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/H0085885>
- Bowen, G. L., Richman, J. M., Brewster, A. & Bowen, N. (1998). Sense of school coherence, perceptions of danger at school, and teacher support among youth at risk of school failure. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 15(4), 273–286. <https://doi.org/10.1023/A:1025159811181>
- Brandes, K., Linn, A. J., Smit, E. G. & van Weert, J. C. M. (2015). Patients' reports of barriers to expressing concerns during cancer consultations. *Patient education and counseling*, 98(3), 317–322. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.11.021>
- Brauchli, R., Jenny, G. J., Füllemann, D. & Bauer, G. F. (2015). Towards a Job Demands-Resources Health Model: Empirical Testing with Generalizable Indicators of Job Demands, Job Resources, and Comprehensive Health Outcomes. *BioMed research international*, 2015, 959621. <https://doi.org/10.1155/2015/959621>
- Braun-Lewensohn, O. & Al-Sayed, K. (2018). Syrian Adolescent Refugees: How Do They Cope During Their Stay in Refugee Camps? *Frontiers in psychology*, 9, 1258. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01258>
- Breidenbach, C., Kowalski, C., Ansmann, L., Schult, S., Sibert, N. T., Neupert, I., Zimmermann, T. & Wesselmann, S. (2022). Incorporating psychosocial care into

Literaturverzeichnis

- routine oncological care: Insights into challenges and strategies from certified cancer centers' audit data. *Psycho-oncology*, 31(8), 1331–1339.
<https://doi.org/10.1002/pon.5933>
- Broetje, S., Bauer, G. F. & Jenny, G. J. (2020). The relationship between resourceful working conditions, work-related and general sense of coherence. *Health promotion international*, 35(5), 1168–1179. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz112>
- Bühning, P. (2014). Ambulant große Defizite. *Deutsches Ärzteblatt*, 111(10), 401.
- Bundesgesundheitsministerium Selbsthilfeförderung. (2024). *Förderung der gesundheitlichen Selbsthilfe in Deutschland*.
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/s/selbsthilfefoerderung.html>
- Campbell, N. C., Murray, E., Darbyshire, J., Emery, J., Farmer, A., Griffiths, F., Guthrie, B., Lester, H., Wilson, P. & Kinmonth, A. L. (2007). Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *BMJ (Clinical research ed.)*, 334(7591), 455–459. <https://doi.org/10.1136/bmj.39108.379965.BE>
- Caron, F. (2014). Project planning and control: Early engagement of project stakeholders. *Journal of Modern Project Management*(2), 84–97.
- Cecon, N., Krieger, T., Salm, S., Pfaff, H. & Dresen, A. (2022). Salutogenesis at Work as a Facilitator for Implementation? An Explorative Study on the Relationship of Job Demands, Job Resources and the Work-Related Sense of Coherence within a Complex Healthcare Programme. *International journal of environmental research and public health*, 19(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph19031842>
- Cecon, N., Pfaff, H., Lee, S. & Dresen, A. (2021). A salutogenic model predicting the need for psycho-oncological care and its utilisation-The role of generalised resistance resources and sense of coherence. *European journal of cancer care*, 30(1), e13335. <https://doi.org/10.1111/ecc.13335>
- Cecon-Stabel, N., Demirer, I., Pfaff, H. & Dresen, A. (2024). Cancer Patients' Sense of Coherence – Psycho-Oncological Consultations and Therapeutic Alliance as Salutogenic Factors. *Health Psychology Report*, (accepted, in production).
- Cecon-Stabel, N., Omairat, M., Salm, S., Hagemeyer, A., Dresen, A. & Krieger, T. (2024). Does the mode of care delivery affect therapeutic alliance, patient care satisfaction or patient reported outcomes? Psycho-oncological care evaluation data collected during the COVID-19 pandemic. *Journal of psychosocial oncology*, 1–21.
<https://doi.org/10.1080/07347332.2024.2318224>
- Cecon-Stabel, N., Salm, S., Pfaff, H., Dresen, A. & Krieger, T. (2023). Patients' perspectives on the quality of care of a new complex psycho-oncological care programme in

Literaturverzeichnis

- Germany - external mixed methods evaluation results. *BMC health services research*, 23(1), 759. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09714-y>
- Cecon-Stabel, N., Salm, S., Pfaff, H., Krieger, T. & Dresen, A. (2024). Service providers' perspectives on the quality of care of a new complex psycho-oncological care programme in Germany – external mixed methods evaluation results. *BMC health services research*(under review).
- Clover, K. A., Mitchell, A. J., Britton, B. & Carter, G. (2015). Why do oncology outpatients who report emotional distress decline help? *Psycho-oncology*, 24(7), 812–818. <https://doi.org/10.1002/pon.3729>
- Crits-Christoph, P. & Connolly, M. B. (1999). Alliance and technique in short-term dynamic therapy. *Clinical psychology review*, 19(6), 687–704. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00079-8](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00079-8)
- Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O. & Lowery, J. (2022). The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation science : IS*, 17(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0>
- Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF. (2023). *Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatient*innen: Langversion 2.1*. <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/psychoonkologie/>
- Deutsche Krebshilfe & Deutsche Krebsgesellschaft. (2015). *Positionspapier der Deutschen Krebshilfe und der Deutschen Krebsgesellschaft zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten ambulanten psychosozialen Versorgung in Krebsberatungsstellen in Deutschland*. https://pso-ag.org/share/KBS_Positionspapier_2015.pdf
- Deutsche Krebshilfe & Deutsche Krebsgesellschaft (2017). Sicherstellung einer bedarfsgerechten ambulanten psychosozialen Versorgung in Krebsberatungsstellen in Deutschland. *Forum*, 32(1), 12–16. <https://doi.org/10.1007/s12312-016-0175-9>
- Diegelmann, C. (2016). TRUST: Impulse für einen Behandlungsansatz – Salutogenese, Resilienz und Positive Psychologie als Fundament. In C. Diegelmann & M. Isermann (Hrsg.), *Ressourcenorientierte Psychoonkologie: Psyche und Körper ermutigen* (3., überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 85–102). Verlag W. Kohlhammer.
- Dilworth, S., Higgins, I., Parker, V., Kelly, B. & Turner, J. (2014). Patient and health professional's perceived barriers to the delivery of psychosocial care to adults with cancer: a systematic review. *Psycho-oncology*, 23(6), 601–612. <https://doi.org/10.1002/pon.3474>
- Dinkel, A., Goerling, U., Hönig, K., Karger, A., Maatouk, I., Petermann-Meyer, A [Andrea], Senf, B., Woellert, K., Wünsch, A., Zimmermann, T. & Schulz-Kindermann, F. (2021).

Literaturverzeichnis

- Psychooncological care for patients with cancer during 12 months of the Covid-19 pandemic: Views and experiences of senior psychooncologists at German Comprehensive Cancer Centers. *Psycho-oncology*, 30(11), 1982–1985.
<https://doi.org/10.1002/pon.5759>
- Eboreime, E. A., Eyles, J., Nxumalo, N., Eboreime, O. L. & Ramaswamy, R. (2019). Implementation process and quality of a primary health care system improvement initiative in a decentralized context: A retrospective appraisal using the quality implementation framework. *The International journal of health planning and management*, 34(1), e369-e386. <https://doi.org/10.1002/hpm.2655>
- Edmondson, A. C., Bohmer, R. M. & Pisano, G. P. (2001). Disrupted Routines: Team Learning and New Technology Implementation in Hospitals. *Administrative Science Quarterly*, 46(4), 685–716. <https://doi.org/10.2307/3094828>
- Eriksson, M. (2007). *Unravelling the mystery of salutogenesis. The evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky's Sense of Coherence scale* [Doctoral Thesis]. Abo Akademi University Vasa.
- Eriksson, M. (2022). The Sense of Coherence: The Concept and Its Relationship to Health. In M. B. Mittelmark (Hrsg.), *The Handbook of Salutogenesis* (2nd ed., S. 61–68). Springer International Publishing AG.
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health*, 59(6), 460–466. <https://doi.org/10.1136/jech.2003.018085>
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health*, 60(5), 376–381. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.041616>
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health*, 61(11), 938–944. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.056028>
- Eurofound. (2012). *Fifth European Working Conditions Survey*. Publications Office of the European Union.
- Faller, H., Koch, U., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Boehncke, A., Hund, B., Reuter, K., Richard, M., Sehner, S., Szalai, C., Wittchen, H.-U. & Mehnert, A. (2016). Satisfaction with information and unmet information needs in men and women with cancer. *Journal of cancer survivorship : research and practice*, 10(1), 62–70. <https://doi.org/10.1007/s11764-015-0451-1>
- Faller, H., Weis, J., Koch, U., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Boehncke, A., Hund, B., Reuter, K., Richard, M., Sehner, S., Szalai, C.,

Literaturverzeichnis

- Wittchen, H.-U. & Mehnert, A. (2016). Perceived need for psychosocial support depending on emotional distress and mental comorbidity in men and women with cancer. *Journal of psychosomatic research*, 81, 24–30.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.12.004>
- Feldt, T. (1997). The role of sense of coherence in well-being at work: Analysis of main and moderator effects. *Work & Stress*, 11(2), 134–147.
<https://doi.org/10.1080/02678379708256830>
- Feldt, T., Kinnunen, U. & Mauno, S. (2000). A mediational model of sense of coherence in the work context: a one-year follow-up study. *Journal of Organizational Behavior*, 21(4), 461–476. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1379\(200006\)21:4%3C461::AID-JOB11%3E3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1379(200006)21:4%3C461::AID-JOB11%3E3.0.CO;2-T)
- Ferlie, E. B. & Shortell, S. M. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *The Milbank quarterly*, 79(2), 281–315. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00206>
- Fitzgerald, L. A. & van Eijnatten, F. M. (2002). Reflections: Chaos in organizational change. *Journal of Organizational Change Management*, 15(4), 402–411.
<https://doi.org/10.1108/09534810210433700>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Frey Nascimento, A., Tondorf, T., Rothschild, S. I., Koller, M. T., Rochlitz, C., Kiss, A., Schaefer, R. M., Meinschmidt, G. P., Hunziker, S., Gaab, J. & Zwahlen, D. (2019). Oncologist recommendation matters!-Predictors of psycho-oncological service uptake in oncology outpatients. *Psycho-oncology*, 28(2), 351–357.
<https://doi.org/10.1002/pon.4948>
- Galletta, M., Cherchi, M., Cocco, A., Lai, G., Manca, V., Pau, M., Tatti, F., Zambon, G., Deidda, S., Origa, P., Massa, E., Cossu, E., Boi, F. & Contu, P. (2019). Sense of coherence and physical health-related quality of life in Italian chronic patients: the mediating role of the mental component. *BMJ open*, 9(9), e030001.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030001>
- Gerasimčik-Pulko, V., Pileckaitė-Markovienė, M., Bulotienė, G. & Ostapenko, V. (2009). Relationship between sense of coherence and quality of life in early stage breast cancer patients. *Acta medica Lituanica*, 16(3), 139–144.
<https://doi.org/10.2478/v10140-009-0020-x>

Literaturverzeichnis

- Götz, S. & Ihrig, A. (2021). Psychoonkologie während der Zeit der ersten restriktiven Corona-Beschränkungen. *Forum*, 36(2), 167–170. <https://doi.org/10.1007/s12312-021-00903-6>
- Graves, K. D. (2003). Social cognitive theory and cancer patients' quality of life: A meta-analysis of psychosocial intervention components. *Health Psychology*, 22(2), 210–219. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.22.2.210>
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P. & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *The Milbank quarterly*, 82(4), 581–629. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>
- Grosse-Thie, C. (2021). Psychoonkologische Versorgung von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren. *Der MKG-Chirurg*, 14(1), 23–28. <https://doi.org/10.1007/s12285-020-00278-y>
- Grossmann, R. & Scala, K. (2011). *Gesundheit durch Projekte fördern: ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement*. Juventa-Verlag.
- Hakanen, J. J., Feldt, T. & Leskinen, E. (2007). Change and stability of sense of coherence in adulthood: Longitudinal evidence from the Healthy Child study. *Journal of Research in Personality*, 41(3), 602–617. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.07.001>
- Haun, M. W., Sklenarova, H., Zimmermann-Schlegel, V., Herzog, W. & Hartmann, M. (2018). Psychoonkologische Versorgung im ländlichen Raum : Ergebnisse einer Querschnittsbefragung zur Inanspruchnahme ambulanter Unterstützungsangebote [Psycho-oncology care in rural areas : Results from a cross-sectional survey on the utilisation of community-based psychosocial support services]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 61(1), 89–97. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2656-0>
- Herrmann-Lingen, C., Buss, U. & Snaith, R. P. (2011). *Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version (HADS-D)* (3rd ed.). Verlag für Psychotherapie.
- Herschbach, P [P.] (2019). Psychoonkologie. *Der Onkologe*, 25(S1), 96–101. <https://doi.org/10.1007/s00761-019-0597-y>
- Herschbach, P [P.] & Mandel, T. (2011). Psychoonkologische Versorgung im Nationalen Krebsplan. *Der Onkologe*, 17(12), 1107–1114. <https://doi.org/10.1007/s00761-011-2149-y>
- Hiensch, A. E., Bolam, K. A., Mijwel, S., May, A. M. & Wengström, Y. (2020). Sense of coherence and its relationship to participation, cancer-related fatigue, symptom burden, and quality of life in women with breast cancer participating in the OptiTrain exercise trial. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational*

Literaturverzeichnis

- Association of Supportive Care in Cancer*, 28(11), 5371–5379.
<https://doi.org/10.1007/s00520-020-05378-0>
- Hochwalder, J. (2022). Theoretical Issues in the Further Development of the Sense of Coherence Construct. In M. B. Mittelmark (Hrsg.), *The Handbook of Salutogenesis* (2nd ed., S. 569–579). Springer International Publishing AG.
- Hogh, A. & Mikkelsen, E. G. (2005). Is sense of coherence a mediator or moderator of relationships between violence at work and stress reactions? *Scandinavian journal of psychology*, 46(5), 429–437. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2005.00474.x>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Fluckiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48(1), 9–16.
<https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139–149.
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>
- Humboldt, S. von & Leal, I. (2013). The promotion of older adults' sense of coherence through Person-Centered Therapy: A randomized controlled pilot study. *Interdisciplinaria: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 30(2).
<https://doi.org/10.16888/interd.2013.30.2.4>
- Idan, O., Eriksson, M. & Al-Yagon, M. (2022). Generalized Resistance Resources in the Salutogenic Model of Health. In M. B. Mittelmark (Hrsg.), *The Handbook of Salutogenesis* (2nd ed., S. 93–106). Springer International Publishing AG.
- Jenny, G., Bauer, G. & Vinje, H. F. (2022). Applying Salutogenesis in the Workplace. In M. B. Mittelmark (Hrsg.), *The Handbook of Salutogenesis* (2nd ed., S. 321–335). Springer International Publishing AG.
- Kalimo, R., Pahkin, K., Mutanen, P. & Topipinen-Tanner, S. (2003). Staying well or burning out at work: Work characteristics and personal resources as long-term predictors. *Work & Stress*, 17(2), 109–122. <https://doi.org/10.1080/0267837031000149919>
- Kenne Sarenmalm, E., Browall, M. & Gaston-Johansson, F. (2014). Symptom burden clusters: a challenge for targeted symptom management. A longitudinal study examining symptom burden clusters in breast cancer. *Journal of pain and symptom management*, 47(4), 731–741. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.05.012>
- Kenne Sarenmalm, E., Browall, M., Persson, L.-O., Fall-Dickson, J. & Gaston-Johansson, F. (2013). Relationship of sense of coherence to stressful events, coping strategies, health status, and quality of life in women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 22(1), 20–27. <https://doi.org/10.1002/pon.2053>

Literaturverzeichnis

- Kenne Sarenmalm, E., Mårtensson, L. B., Andersson, B. A., Karlsson, P. & Bergh, I. (2017). Mindfulness and its efficacy for psychological and biological responses in women with breast cancer. *Cancer medicine*, 6(5), 1108–1122. <https://doi.org/10.1002/cam4.1052>
- Kinman, G. (2008). Work stressors, health and sense of coherence in UK academic employees. *Educational Psychology*, 28(7), 823–835. <https://doi.org/10.1080/01443410802366298>
- Krieger, T., Floren, M., Feron, F. & Dorant, E. (2021). Optimising a complex stroke caregiver support programme in practice: a participatory action research study. *Educational Action Research*, 29(1), 37–59. <https://doi.org/10.1080/09650792.2019.1699131>
- Krieger, T., Salm, S., Cecon, N., Pfaff, H. & Dresen, A. (2021). *Vorläufige summative Evaluation des Projekts isPO (SE 1.0): Forschungsbericht 3–2021*. Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaften.
- Kupcewicz, E. & Toloczko, A. (2017). Sense of coherence in women diagnosed with breast cancer as key to health. *Hygeia Public Health*(52(1), 64–70.
- Kusch, M., Labouvie, H. & Hein-Nau, B. (2013). *Klinische Psychoonkologie*. Springer.
- Langeland, E., Riise, T., Hanestad, B. R., Nortvedt, M. W., Kristoffersen, K. & Wahl, A. K. (2006). The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems A randomised controlled trial. *Patient education and counseling*, 62(2), 212–219. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.07.004>
- Langeland, E., Vaandrager, L., Nilsen, A. B. V., Schraner, M. & Meier Magistretti, C. (2022). Effectiveness of Interventions to Enhance the Sense of Coherence in the Life Course. In M. B. Mittelmark (Hrsg.), *The Handbook of Salutogenesis* (2nd ed., S. 201–219). Springer International Publishing AG.
- Langeland, E., Wahl, A. K., Kristoffersen, K. & Hanestad, B. R. (2007). Promoting coping: salutogenesis among people with mental health problems. *Issues in mental health nursing*, 28(3), 275–295. <https://doi.org/10.1080/01612840601172627>
- Lehmann-Laue, A. (2019). (Un)sicherheiten in der Psychoonkologie. *Der Onkologe*, 25(11), 1009–1013. <https://doi.org/10.1007/s00761-019-0643-9>
- Levati, S., Campbell, P., Frost, R., Dougall, N., Wells, M., Donaldson, C. & Hagen, S. (2016). Optimisation of complex health interventions prior to a randomised controlled trial: a scoping review of strategies used. *Pilot and feasibility studies*, 2, 17. <https://doi.org/10.1186/s40814-016-0058-y>
- Lindblad, C., Langius-Eklöf, A., Petersson, L.-M., Sackey, H., Bottai, M. & Sandelin, K. (2018). Sense of coherence is a predictor of survival: A prospective study in women treated for breast cancer. *Psycho-oncology*, 27(6), 1615–1621. <https://doi.org/10.1002/pon.4702>

Literaturverzeichnis

- Luig, T., Asselin, J., Sharma, A. M. & Campbell-Scherer, D. L. (2018). Understanding Implementation of Complex Interventions in Primary Care Teams. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*, 31(3), 431–444.
<https://doi.org/10.3122/jabfm.2018.03.170273>
- Mack, J. W., Block, S. D., Nilsson, M., Wright, A., Trice, E., Friedlander, R., Paulk, E. & Prigerson, H. G. (2009). Measuring therapeutic alliance between oncologists and patients with advanced cancer: the Human Connection Scale. *Cancer*, 115(14), 3302–3311. <https://doi.org/10.1002/cncr.24360>
- Malin, A. J. & Pos, A. E. (2015). The impact of early empathy on alliance building, emotional processing, and outcome during experiential treatment of depression. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 25(4), 445–459.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2014.901572>
- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438–450. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>
- McLeod, B. D. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 31(4), 603–616.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.02.001>
- Mehnert, A. (2014). Psychoonkologie. *Der Gynäkologe*, 47(6), 427–434.
<https://doi.org/10.1007/s00129-014-3388-y>
- Mehnert, A. & Hartung, T. J. (2015). Psychoonkologische Versorgungsforschung [Health services research in psycho-oncology]. *Der Nervenarzt*, 86(3), 258, 260-2, 264-5.
<https://doi.org/10.1007/s00115-014-4151-2>
- Mehnert, A. & Koch, U. (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *Journal of psychosomatic research*, 64(4), 383–391.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.12.005>
- Mehnert, A. & Koranyi, S. (2018). Psychoonkologische Versorgung: eine Herausforderung [Psychooncological Care: A Challenge]. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*, 143(5), 316–323. <https://doi.org/10.1055/s-0043-107631>
- Mehnert, A., Petersen, C. & Koch, U. (2003). Empfehlungen zur psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus. *Z Med Psychol*(12), 77–84.
- Mehnert-Theuerkauf, A. & Springer, F. (2024). Psychoonkologie – psychosoziale Belastungen und Versorgungsbedarfe [Psycho-oncology-psychosocial distress and

Literaturverzeichnis

- supportive care needs]. *Urologie (Heidelberg, Germany)*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1007/s00120-024-02395-3>
- Mittelmark, M. B. & Bauer, G. F. (2022). Salutogenesis as a Theory, as an Orientation and as the Sense of Coherence. In M. B. Mittelmark (Hrsg.), *The Handbook of Salutogenesis* (2nd ed., S. 11–17). Springer International Publishing AG.
- Moore, G., Campbell, M., Copeland, L., Craig, P., Movsisyan, A., Hoddinott, P., Littlecott, H., O’Cathain, A., Pfadenhauer, L., Rehfuess, E., Segrott, J., Hawe, P., Kee, F., Couturiaux, D., Hallingberg, B. & Evans, R. (2021). Adapting interventions to new contexts-the ADAPT guidance. *BMJ (Clinical research ed.)*, *374*, n1679. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1679>
- Nash, J. K. (2002). Neighborhood Effects on Sense of School Coherence and Educational Behavior in Students at Risk of School Failure. *Children & Schools*, *24*(2), 73–89. <https://doi.org/10.1093/cs/24.2.73>
- Nellessen-Martens, G. & Hoffmann, W. (2017). Versorgungsforschung – eine Disziplin im Aufschwung. *GGW*(1 (Januar), 7–15.
- Nielsen, M. B., Matthiesen, S. B. & Einarsen, S. (2008). Sense of coherence as a protective mechanism among targets of workplace bullying. *Journal of occupational health psychology*, *13*(2), 128–136. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.13.2.128>
- Nilsson, D., Nordenstam, C., Green, S., Wetterhall, A., Lundin, T. & Svedin, C. G. (2015). Acute stress among adolescents and female rape victims measured by ASC-Kids: a pilot study. *Nordic journal of psychiatry*, *69*(7), 539–545. <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1013056>
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, *48*(1), 4–8. <https://doi.org/10.1037/a0022180>
- Nübling, R., Steffanowski, A., Körner, M., Rundel, M., Kohl, C., Löschmann, C. & Schmidt, J. (2007). Kontinuierliche Patientenbefragung als Instrument für das interne Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, *12*(1), 44–50. <https://doi.org/10.1055/s-2006-926819>
- O’Cathain, A., Croot, L., Duncan, E., Rousseau, N., Sworn, K., Turner, K. M., Yardley, L. & Hoddinott, P. (2019). Guidance on how to develop complex interventions to improve health and healthcare. *BMJ open*, *9*(8). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029954>
- Orlinski, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In A. Bergin & J. S. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4th edition, S. 270–378). Wiley.

Literaturverzeichnis

- Osborn, R. L., Demoncada, A. C. & Feuerstein, M. (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *International journal of psychiatry in medicine*, 36(1), 13–34.
<https://doi.org/10.2190/EUFN-RV1K-Y3TR-FK0L>
- Pahkin, K [Krista], Väänänen, A., Koskinen, A., Bergbom, B. & Kouvonen, A. (2011). Organizational change and employees' mental health: the protective role of sense of coherence. *Journal of occupational and environmental medicine*, 53(2), 118–123.
<https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e318206f0cb>
- Palm, K. & Eriksson, A. (2018). Understanding salutogenic approaches to managing intensive work: Experiences from three Swedish companies. *Work (Reading, Mass.)*, 61(4), 627–637. <https://doi.org/10.3233/WOR-182830>
- Pelikan, J. M. (2022). Applying Salutogenesis in Healthcare Settings. In M. B. Mittelmark (Hrsg.), *The Handbook of Salutogenesis* (2nd ed., S. 389–395). Springer International Publishing AG.
- Pfadenhauer, L. M., Gerhardus, A., Mozygemba, K., Lysdahl, K. B., Booth, A., Hofmann, B., Wahlster, P., Polus, S., Burns, J., Brereton, L. & Rehfuss, E. (2017). Making sense of complexity in context and implementation: the Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework. *Implementation science : IS*, 12(1), 21.
<https://doi.org/10.1186/s13012-017-0552-5>
- Pfaff, H. & Schmitt, J. (2023). Reducing uncertainty in evidence-based health policy by integrating empirical and theoretical evidence: An EbM+theory approach. *Journal of evaluation in clinical practice*, 29(8), 1279–1293. <https://doi.org/10.1111/jep.13890>
- Plsek, P. E. & Wilson, T. (2001). Complexity, leadership, and management in healthcare organisations. *BMJ (Clinical research ed.)*, 323(7315), 746–749.
<https://doi.org/10.1136/bmj.323.7315.746>
- Priebe, G., Hansson, K. & Svedin, C. G. (2010). Sexual abuse and associations with psychosocial aspects of health. A population-based study with Swedish adolescents. *Nordic journal of psychiatry*, 64(1), 40–48.
<https://doi.org/10.3109/08039480903265769>
- Richardson, C. G. & Ratner, P. A. (2005). Sense of coherence as a moderator of the effects of stressful life events on health. *Journal of epidemiology and community health*, 59(11), 979–984. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.036756>
- Ristkari, T., Sourander, A., Rønning, J. A., Nikolakaros, G. & Helenius, H. (2008). Life events, self-reported psychopathology and sense of coherence among young men--a population-based study. *Nordic journal of psychiatry*, 62(6), 464–471.
<https://doi.org/10.1080/08039480801984313>

Literaturverzeichnis

- Robert Koch-Institut. (2023). *Krebs in Deutschland für 2019/2020*.
<https://doi.org/10.25646/11357>
- Rohani, C., Abedi, H.-A., Omranipour, R. & Langius-Eklöf, A. (2015). Health-related quality of life and the predictive role of sense of coherence, spirituality and religious coping in a sample of Iranian women with breast cancer: a prospective study with comparative design. *Health and quality of life outcomes*, 13, 40. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0229-1>
- Rohani, C., Abedi, H.-A., Sundberg, K. & Langius-Eklöf, A. (2015). Sense of coherence as a mediator of health-related quality of life dimensions in patients with breast cancer: a longitudinal study with prospective design. *Health and quality of life outcomes*, 13, 195. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0392-4>
- Rosenbrock, R. (2004). Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – Problemskizze und ein Politikvorschlag zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 SGB V durch die GKV. In R. Rosenbrock, M. Bellwinkel & A. Schröer (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Selbsthilfe: Bd. 8. Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit: Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm "Mehr Gesundheit für alle"* (1. Aufl., S. 7–149). Wirtschaftsverl. NW Verl. für neue Wiss.
- Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2022). *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. Huber.
- Rosenbrock, R. & Michel, C. (2007). *Primäre Prävention: Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung*. Med.-Wiss. Verlag-Ges.
- Rychetnik, L., Frommer, M., Hawe, P. & Shiell, A. (2002). Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *Journal of epidemiology and community health*, 56(2), 119–127. <https://doi.org/10.1136/jech.56.2.119>
- Safran, D. G., Miller, W. & Beckman, H. (2006). Organizational dimensions of relationship-centered care. Theory, evidence, and practice. *Journal of general internal medicine*, 21 Suppl 1(Suppl 1), S9-15. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00303.x>
- Sagy, S. & Antonovsky, H. (1996). Structural sources of the sense of coherence. Two life stories of Holocaust survivors in Israel. *Israel journal of medical sciences*, 32(3-4), 200–205.
- Sagy, S. & Antonovsky, H. (2000). The development of the sense of coherence: a retrospective study of early life experiences in the family. *International journal of aging & human development*, 51(2), 155–166. <https://doi.org/10.2190/765L-K6NV-JK52-UFKT>

Literaturverzeichnis

- Sammet, I. & Staats, H.: Schauenburg, H. (2004). Beziehungserleben und Therapieergebnis in stationärer Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*(50 (4), 376–393.
- Sarason, S. B. (1974). *The psychological sense of community*. Jossey-Bass Publishers.
- Schäfer, S. K., Schanz, C. G., Sopp, M. R., Lass-Hennemann, J., Käfer, M. & Michael, T. (2020). Pre-rehabilitation sense of coherence as a predictor of symptom change after rehabilitation. *Stress and health : journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 36(4), 546–554. <https://doi.org/10.1002/smi.2949>
- Schaufeli, W. B. & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293–315. <https://doi.org/10.1002/job.248>
- Scheffler, R. M. & Arnold, D. R. (2019). Projecting shortages and surpluses of doctors and nurses in the OECD: what looms ahead. *Health economics, policy, and law*, 14(2), 274–290. <https://doi.org/10.1017/S174413311700055X>
- Scherer, S., Alder, J., Gaab, J., Berger, T., Ihde, K. & Urech, C. (2016). Patient satisfaction and psychological well-being after internet-based cognitive behavioral stress management (IB-CBSM) for women with preterm labor: A randomized controlled trial. *Journal of psychosomatic research*, 80, 37–43. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.10.011>
- Schumacher, A. (2004). Stellenwert der Psychoonkologie im neuen deutschen Gesundheitssystem. *Der Onkologe*, 10(S02), S98-S102. <https://doi.org/10.1007/s00761-004-0692-5>
- Sermeus, W. (2015). Modelling Process and Outcomes in Complex Interventions. In I. Hallberg & D. A. Richards (Hrsg.), *Complex interventions in health: An overview of research methods* (S. 116–191). Routledge.
- Shapiro, S. L., Lopez, A. M., Schwartz, G. E., Bootzin, R., Figueredo, A. J., Braden, C. J. & Kurker, S. F. (2001). Quality of life and breast cancer: relationship to psychosocial variables. *Journal of clinical psychology*, 57(4), 501–519. <https://doi.org/10.1002/jclp.1026>
- Simpson, S. G. & Reid, C. L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: a review. *The Australian journal of rural health*, 22(6), 280–299. <https://doi.org/10.1111/ajr.12149>
- Singer, S., Hornemann, B., Bruns, G. & Petermann-Meyer, A. (2016). Organisation der psychoonkologischen Versorgung. *Forum*, 31(2), 124–129. <https://doi.org/10.1007/s12312-015-0032-2>

Literaturverzeichnis

- Singer S. & Schumacher, A. (2010). Anerkennung Psychoonkologischer Fort- Und Weiterbildungsangebote Durch Die Deutsche Krebsgesellschaft. *Forum DKG(04)*, 60–61.
- Skärsäter, I., Rayens, M. K., Peden, A., Hall, L., Zhang, M., Agren, H. & Prochazka, H. (2009). Sense of coherence and recovery from major depression: a 4-year follow-up. *Archives of psychiatric nursing*, 23(2), 119–127.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2008.04.007>
- Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd, K. A., Craig, N., French, D. P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M. & Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ (Clinical research ed.)*, 374, n2061. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2061>
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S. & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Sormanti, M. & Davis, C. (2021). COVID-19 and psychosocial cancer care. *Journal of psychosocial oncology*, 39(3), 295–297.
<https://doi.org/10.1080/07347332.2021.1922568>
- Sperner-Unterweger, B. (2011). Psychoonkologie - psychosoziale Onkologie : Integration in ein onkologisches Behandlungskonzept [Psycho-oncology - psychosocial oncology: integration in a concept of oncological treatment]. *Der Nervenarzt*, 82(3), 371-8; quiz 379-380. <https://doi.org/10.1007/s00115-010-3163-9>
- Steginga, S. K., Campbell, A., Ferguson, M., Beeden, A., Walls, M., Cairns, W. & Dunn, J. (2008). Socio-demographic, psychosocial and attitudinal predictors of help seeking after cancer diagnosis. *Psycho-oncology*, 17(10), 997–1005.
<https://doi.org/10.1002/pon.1317>
- Stiles-Shields, C., Kwasny, M. J., Cai, X. & Mohr, D. C. (2014). Therapeutic alliance in face-to-face and telephone-administered cognitive behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 349–354.
<https://doi.org/10.1037/a0035554>
- Stoyanova, K. & Stoyanov, D. S. (2021). Sense of Coherence and Burnout in Healthcare Professionals in the COVID-19 Era. *Frontiers in psychiatry*, 12, 709587.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.709587>

Literaturverzeichnis

- Suominen, S. & Lindstrom, B. (2008). Salutogenesis. *Scandinavian journal of public health*, 36(4), 337–339. <https://doi.org/10.1177/1403494808093268>
- Szymona, K. (2005). Zmiany poczucia koherencji (SOC) po psychoterapii u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi: [Changes of sense of coherence (SOC) after psychotherapy in neurotic patients]. *Psychiatria polska*(39(4), 659–668.
- Thomas, W. I. & Thomas, D. S. (1928). *The Child in America: Behavior Problems and Programs*. A. A. Knopf.
- van der Colff, J. J. & Rothmann, S. (2009). Occupational stress, sense of coherence, coping, burnout and work engagement of registered nurses in South Africa. *SA Journal of Industrial Psychology*, 35(1). <https://doi.org/10.4102/sajip.v35i1.423>
- van der Lee, M. L. & Schellekens, M. P. J. (2020). Bridging the distance: Continuing psycho-oncological care via video-consults during the COVID-19 pandemic. *Psycho-oncology*, 29(9), 1421–1423. <https://doi.org/10.1002/pon.5468>
- van der Westhuizen, S. C. (2018). Incremental validity of work-related sense of coherence in predicting work wellness. *SA Journal of Industrial Psychology*, 44. <https://doi.org/10.4102/sajip.v44i0.1467>
- Vastamäki, J., Moser, K. & Paul, K. I. (2009). How stable is sense of coherence? Changes following an intervention for unemployed individuals. *Scandinavian journal of psychology*, 50(2), 161–171. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2008.00695.x>
- Veronese, G. & Pepe, A. (2017). Sense of Coherence as a Determinant of Psychological Well-Being Across Professional Groups of Aid Workers Exposed to War Trauma. *Journal of interpersonal violence*, 32(13), 1899–1920. <https://doi.org/10.1177/0886260515590125>
- Vinje, H. F. & Ausland, L. H. (2013). Salutogenic presence supports a health-promoting work life. *Soc. Tidsskr*(90), 890–901.
- Vinje, H. F. & Mittelmark, M. B. (2006). Deflecting the Path to Burn-out among Community Health Nurses: How the Effective Practice of Self-Tuning Renews Job Engagement. *International Journal of Mental Health Promotion*, 8(4), 36–47. <https://doi.org/10.1080/14623730.2006.9721750>
- Vinje, H. F. & Mittelmark, M. B. (2007). Job engagement's paradoxical role in nurse burnout. *Nursing & health sciences*, 9(2), 107–111. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2007.00310.x>
- Vitinius, F., Tieden, S., Hellmich, M., Pfaff, H., Albus, C. & Ommen, O. (2018). Perceived Psychotherapist's Empathy and Therapy Motivation as Determinants of Long-Term Therapy Success-Results of a Cohort Study of Short Term Psychodynamic Inpatient

Literaturverzeichnis

- Psychotherapy. *Frontiers in psychiatry*, 9, 660.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00660>
- Vogt, K., Jenny, G. J. & Bauer, G. F. (2013). Comprehensibility, manageability and meaningfulness at work: Construct validity of a scale measuring work-related sense of coherence. *SA Journal of Industrial Psychology*, 39(1).
<https://doi.org/10.4102/sajip.v39i1.1111>
- Waddington, L. (2002). The therapy relationship in cognitive therapy: a review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30(2), 179–191.
<https://doi.org/10.1017/S1352465802002059>
- Weis, J. & Brähler, E. (2012). *Psychoonkologie in Forschung und Praxis* (1. Aufl.). Onkologie. Schattauer GmbH Verlag für Medizin und Naturwissenschaften.
http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783794582563
- Weis, J. & Giesler, J. M. (2017). Versorgungsforschung in der Psychoonkologie. *Der Onkologe*, 23(11), 893–899. <https://doi.org/10.1007/s00761-017-0278-7>
- Weis, J., Schumacher, A., Blettner, G., Determann, M., Reinert, E., Ruffer, J. U., Werner, A. & Weyland, P. (2007). Psychoonkologie. *Der Onkologe*, 13(2), 185–194.
<https://doi.org/10.1007/s00761-006-1165-9>
- WHO. (1986). *Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung*.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349654/WHO-EURO-1986-4044-43803-61669-ger.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- WHO. (2016). *Global strategy on human resources for health: workforce 2030*. WHO Document Production Services.
- Wilmers, F., Munder, T., Leonhart, R., Herzog, T., Plassmann, R., Barth, J. & Linster, H. W. (2008). *Die deutschsprachige Version des Working Alliance Inventory - short revised (WAI-SR) - Ein schulübergreifendes, ökonomisches und empirisch validiertes Instrument zur Erfassung der therapeutischen Allianz*.
<https://doi.org/10.7892/BORIS.27962>
- Winger, J. G., Adams, R. N. & Mosher, C. E. (2016). Relations of meaning in life and sense of coherence to distress in cancer patients: a meta-analysis. *Psycho-oncology*, 25(1), 2–10. <https://doi.org/10.1002/pon.3798>
- Young, L. (2006). Participatory action research (PAR): a research strategy for nursing? *Western journal of nursing research*, 28(5), 499–504.
<https://doi.org/10.1177/0193945906288597>
- Zeissig, S. R., Singer, S., Koch, L., Blettner, M. & Arndt, V. (2015). Inanspruchnahme psychoonkologischer Versorgung im Krankenhaus und in Krebsberatungsstellen durch Brust-, Darm- und Prostatakrebsüberlebende [Utilisation of Psycho-oncological

Literaturverzeichnis

Services in Hospitals and Outpatient Counselling Centres by Survivors of Breast, Colon and Prostate Cancer]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 65(5), 177–182. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1395627>