

## 14. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

---

**Datum/Ort:**

28. September–1. Oktober 2022, Bremen

**Kongresspräsidenten:**

Prof. Dr. Anne Letsch, Prof. Dr. Christian Junghanß,

Prof. Dr. Henrikje Stanze

- 
- |   |   |
|---|---|
| <b>e2 Allgemeine Palliativversorgung und Integration</b>        | <b>e40 Weiterentwicklung durch Ausbildung, Studium und Weiterbildung – Pflege, Therapieberufe, Facharzt</b> |
| <b>e7 Strukturentwicklung und Netzwerkarbeit</b>                | <b>e42 Projekte zur Umsetzung der Charta zur Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen</b>            |
| <b>e10 Schnittstellenmanagement</b>                             | <b>e43 Kinder und Jugendliche</b>   |
| <b>e12 Qualitätsaspekte und -sicherung</b>                      | <b>e46 Diversität</b>   |
| <b>e16 Outcome-Parameter</b>                                    | <b>e48 Sorgeskultur</b>   |
| <b>e18 Innovationen in der Palliativversorgung</b>              | <b>e48 Bürgerschaftliches Engagement &amp; Ehrenamt</b>   |
| <b>e26 Forschungsmethoden</b>                                   | <b>e49 Freie Themen</b>   |
| <b>e28 Individualethische und organisationsethische Aspekte</b> | <b>e57 Namenverzeichnis/Authors' Index</b>  |
| <b>e30 Ambulante Versorgung</b>                                 |   |
| <b>e35 Stationäre Versorgung</b>                                |   |

## Allgemeine Palliativversorgung und Integration

### V163 Erfahrungen von Palliative Care-Pflegekräften in der SAPV mit der Zusammenarbeit mit Hausärzt\*innen bei der Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen: Ergebnisse der qualitativen Evaluation der KOPAL-Studie

**Autoren** Schade F<sup>1</sup>, Lohrmann D<sup>1</sup>, Marx G<sup>2</sup>, Pohontsch N<sup>2</sup>, Weber JP<sup>3</sup>, Müller C<sup>4</sup>, Scherer M<sup>2</sup>, Nauck F<sup>1</sup>

**Institute** 1 Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, Deutschland; 2 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, Hamburg, Deutschland; 3 Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin, Hannover, Deutschland; 4 Universitätsmedizin Göttingen, Institut für Allgemeinmedizin, Göttingen, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754013

**Hintergrund** Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Herzinsuffizienz (HI) und Demenz (D) gehören zu den häufigsten chronischen Erkrankungen in Deutschland. Sie weisen meist einen schwer vorhersehbaren Krankheitsverlauf mit häufiger Hospitalisierung auf. Die multizentrische randomisierte kontrollierte KOPAL-Studie testet eine Intervention zur frühzeitigen gemeinsamen Versorgungsplanung von Hausärzt\*innen und SAPV für Patient\*innen mit COPD, HI oder D: Palliative Care-Pflegekräfte führen mit den Patient\*innen ein Vorgespräch mithilfe des speziell entwickelten KOPAL-Gesprächsleitfadens. Anschließend findet eine telefonische Fallbesprechung zwischen SAPV-Team und Hausärzt\* in statt. Die Intervention wird qualitativ evaluiert mit der Forschungsfrage: Wie erleben Palliative Care-Pflegekräfte die Zusammenarbeit mit Hausärzt\*innen vor und nach der KOPAL-Intervention?

**Methode** Thematisch fokussierte narrative Telefoninterviews mit 16 Palliative Care-Pflegekräften aus 14 SAPV-Teams. Analyse der Transkripte mittels Grounded Theory.

**Ergebnisse** In der ersten Analyse konnten vier Kategorien zum generellen Erleben der Zusammenarbeit mit Hausärzt\*innen entwickelt werden. Palliative Care-Pflegekräfte erfahren demnach *strukturelle Hürden durch das Gesundheitssystem* bei der Versorgung von Patient\*innen mit COPD, HI und D während sie ihre Tätigkeit in der *SAPV als Berufung* erleben. Sie sehen es als ihren Auftrag an, einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung dieser Patient\*innen zu leisten und sind überzeugt, dass sie gezielt unterstützen können. Der Wunsch, dass dabei die *Versorgungskompetenz der SAPV wahrgenommen* wird (z.B. durch Kostenträger oder Hausärzt\*innen), ist groß. Hierfür wünschen sie sich eine *Zusammenarbeit mit Hausärzt\*innen auf Team-Ebene*. Besonders wichtig sind dabei ein stetiger Austausch sowie die Kommunikation auf Augenhöhe.

**Schlussfolgerung** Es zeigt sich das Zusammenspiel der Wahrnehmung der eigenen Arbeit als Berufung bei gleichzeitigem Gefühl von Nicht-Anerkennung der geleisteten Arbeit, z.B. durch strukturelle Hürden (wie Schwierigkeiten der Finanzierbarkeit von SAPV für Personen mit chronisch fortschreitenden nicht-onkologischen Erkrankungen). Ein frühzeitiger Einbezug der SAPV könnte u.a. zu einer Entlastung von Hausärzt\*innen als auch einer größeren Anerkennung der SAPV-Tätigkeit führen.

Förderung: Die KOPAL-Studie wird vom Innovationsfond beim Gemeinsamen Bundesausschuss gefördert (Förderkennzeichen: 01VVF18024, Laufzeit: 06/2019-05/2022).

### V184 Erfassung existenzieller und spiritueller Bedürfnisse bei Patient\*innen in der Palliativsprechstunde mit dem Spiritual Needs Screener – Implementierung, Dokumentation und Unterstützungsplanung

**Autoren** Scheer K<sup>1</sup>, Büntzel J<sup>2</sup>, Rentschler J<sup>3</sup>, Niesert W<sup>4</sup>, Tewes M<sup>5</sup>, Büssing A<sup>6</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Essen Westdeutsches Tumorzentrum / Palliativstation, Hospizarbeit, Essen, Deutschland; 2 Südharz-Klinikum Nordhausen, Klinik für Palliativmedizin, Nordhausen, Deutschland; 3 Ortenau Klinikum Offenburg-Kehl, Abteilung Hämatologie, und internistische Onkologie, Palliativmedizin, Offenburg-Kehl, Deutschland; 4 Evang. Huysens-Stiftung Essen-Huttrop, Abteilung für Palliativmedizin, Evang. Kliniken Essen-Mitte gGmbH, Essen, Deutschland; 5 Universitätsklinikum Essen, Essen, Innere Klinik (Tumorforschung), Westdeutsches Tumorzentrum, Essen, Deutschland; 6 Universität Witten/Herdecke, Professur für Lebensqualität, Spiritualität und Coping, Witten/Herdecke, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754014

**Hintergrund** Spiritual Care hat sich im deutschen Sprachraum als Bezeichnung für die gemeinsame Sorge aller Gesundheitsberufe um existentielle und spirituelle Ressourcen, Bedürfnisse und Probleme kranker Menschen eingebürgert. Die entsprechenden Bedürfnisse und Bedarfe müssen jedoch auch erfasst und nachvollziehbar dokumentiert werden, um auf diese kompetent und verlässlich interdisziplinär eingehen zu können. Ziel ist die Implementierung des SpNSc-10 in einer palliativmedizinischen Beratung / Sprechstunde, um die Unterstützung der spirituellen Bedürfnisse alter und schwerstkranker Menschen in der Palliativversorgung verbessern zu können.

**Methode** Im Rahmen eines nun startenden Kooperationsprojektes wird die Implementierung des Screeners in unterschiedlichen Einrichtungen evaluiert (DRKS00026703). Die Studie gliedert sich in drei Teilbereiche: 1) Querschnittliche Erfassung und Analyse der spirituellen Bedürfnisse von Patient\*innen, die palliativmedizinisch beraten werden, sowie deren Wunsch nach psychologischer / seelsorgerlicher Begleitung. Hierzu wird die 10-Item Screener-Version (SpNSc-10) des Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ) verwendet. 2) Dokumentation der Unterstützungsempfehlungen / Entscheidungswege seitens des Palliativ-Teams als Reaktion auf die erfassten Bedürfnisse und Unterstützungsbedarfe; 3) Fokusgruppen mit den Palliativteams zu ihren Erfahrungen mit dem Screener (Praktikabilität, Zeitaufwand, Nutzen) und ihren Reaktionen auf die geäußerten Bedürfnisse (Handlungskonsequenzen, Nachhaltigkeit) nach 6 Monaten. Darauf aufbauend sollen Unterstützungsempfehlungen konsentiert werden.

**Ergebnisse** 1. Spiritualität ist in der Teambesprechung und im Arzt-Patient\*innen-Gespräch mehr zum Thema geworden. 2. Bei 2/5 Patient\*innen sind Bedürfnisse anzunehmen. 3. Ein isoliertes Screening lässt sich im Alltag nur schwer umsetzen. 4. Ein kombiniertes Screening mit bereits etablierten Strukturen wie z. B. das Psychoonkologische-palliativmedizinische Screening ist anzustreben.

**Schlussfolgerung** Das Beantworten des Screeners ermöglicht die leichte Dokumentation eines spezifischen Bedarfes, auf den im Rahmen der palliativen Versorgung gezielt eingegangen werden kann. Bei der assistierten Beantwortung können sich schon frühzeitig Gespräche ergeben, die im Sinne des Spiritual Care-Ansatzes zu verstehen sind. Der Screener soll somit als Teil der Routine-Erhebung etabliert werden, wodurch die Dokumentation erleichtert wird und konkrete Unterstützungsangebote in multiprofessionellen Teams erörtert werden können.

## V226 Terminologische Probleme mit Sedierung in der Palliativmedizin. Ergebnisse einer vignettenbasierten Onlineumfrage unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)

**Autoren** Kremling A<sup>1</sup>, Bausewein C<sup>2</sup>, Klein C<sup>3</sup>, Nadolny S<sup>1</sup>, Ostgathe C<sup>3</sup>, Schildmann E<sup>2, 4</sup>, Ziegler K<sup>5</sup>, Schildmann J<sup>1</sup>

**Institute** 1 Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Halle (Saale), Deutschland; 2 LMU Klinikum, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München, Deutschland; 3 Universitätsklinikum Erlangen, Palliativmedizinische Abteilung, Erlangen, Deutschland; 4 Charité – Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Hämatologie, Onkologie und Tumorummunologie, Berlin, Deutschland; 5 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht, Wirtschafts- und Medizinstrafrecht, Erlangen, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754015

**Hintergrund** In der Literatur werden terminologische Schwierigkeiten im Umgang mit Sedierung in der Palliativmedizin berichtet. In internationalen Leitlinien finden sich verschiedene Definitionen, die sich in Form und Inhalt unterscheiden. Es gibt Hinweise, dass terminologische Unsicherheit bzw. definitorische Heterogenität die Kommunikation in Klinik und Forschung sowie die Interpretierbarkeit von Studienergebnissen zur Sedierung behindert. Die Anwendung von Definitionen zur Sedierung auf klinische Fälle wurde bisher nicht systematisch untersucht.

**Methode** Es wurde eine vignettenbasierte Onlineumfrage unter DGP-Mitgliedern via Gelegenheitsstichprobe durchgeführt. Der Fragebogen bestand aus 4 Definitionen (aus Japan, Norwegen, die der EAPC und eine im Forschungsprojekt SedPall entwickelte Definition), die auf 4 Fallvignetten angewendet werden sollten, also bzgl. der Fragestellung, ob in dem jeweiligen Fall eine Sedierung gemäß Definition vorlag. Ein Expertenpanel erstellte im Sinne der Definitionen entscheidbare Vignetten und legte jeweils die korrekte Antwort fest, so dass jede Definition 4 mal korrekt angewandt werden konnte. Die Auswertung erfolgte mit Methoden der deskriptiven Statistik.

**Ergebnisse** 360 Teilnehmende haben die Befragung vollständig beendet. Die Definition aus Japan wurde im Mittelwert auf 1,68 (SD:1,12) der 4 Fälle richtig angewandt, die EAPC-Definition auf 1,97 (SD:0,90), die Definition aus Norwegen auf 2,01 (SD:0,99) und die SedPall-Definition auf 2,32 (SD:1,08). Die Ergebnisse unterscheiden sich bezüglich verschiedener soziodemografischer Daten nur geringfügig. Der größte Unterschied besteht bei Personen mit Forschungserfahrung. Hier ist die Zahl korrekter Antworten im Mittelwert um 0,56 von 16 Punkten (4 Fälle à 4 Definitionen) niedriger als bei Menschen ohne Forschungserfahrung. Einzelne Fall-Definition-Kombinationen zeigen höhere Anteile korrekter Antworten (bis zu 77 %), andere niedrigere (bis zu 24 %).

**Schlussfolgerung** Die Teilnehmenden haben Schwierigkeiten, Definitionen zur Sedierung in der Palliativmedizin auf Fälle anzuwenden, auch wenn die Fälle Informationen beinhalten, die korrekte Anwendung erlauben. Unterschiede zwischen Fällen lassen sich durch einzelne Definitionselemente erklären. Um Missverständnisse in Klinik und Forschung zu vermeiden, sollte für begriffliche Schwierigkeiten sensibilisiert werden. Ergänzend zu klaren Definitionen sollten weitere Maßnahmen (z.B. Schulungen) erwogen werden, um Fälle von Sedierung in der medizinischen Praxis korrekt einzuordnen.

## P127 Ergotherapie in der deutschen Palliativmedizin- Ergebnisse der Querschnittsstudie „Ergo\_Pall“ zum Einsatz von Ergotherapie in Hospizen, auf Palliativstationen und in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in Deutschland

**Autoren** Pape AE<sup>1</sup>, Maul J<sup>2</sup>, Gschnell M<sup>3</sup>, Volberg C<sup>2, 4</sup>

**Institute** 1 Klinikum Bremen-Ost, Klinik für Geriatrie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Bremen, Deutschland; 2 Universitätsklinikum Marburg,

Philipps-Universität Marburg, Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie, Marburg, Deutschland; 3 Universitätsklinikum Marburg, Philipps-Universität Marburg, Klinik für Dermatologie und Allergologie, Hauttumorzentrum, Marburg, Deutschland; 4 Philipps-Universität Marburg, AG Ethik in der Medizin, Fachbereich 20, Dekanat Humanmedizin, Marburg, Deutschland  
DOI 10.1055/s-0042-1754016

**Hintergrund** Die Ergotherapie als supportive Behandlungsform kann in der Palliativmedizin eine Teilhabe der schwerstkranken Patient:innen in Form eines möglichst autonomen Lebens bis zum Lebensende schaffen. Oftmals fehlt es aber an dem gezielten Einsatz, da die Physiotherapie einen größeren Bekanntheitsgrad hat und die beiden Therapieformen, aufgrund restriktiver Abrechnungsmodalitäten, selten in Kombination angeboten werden können. Mit Hilfe dieser Querschnittserhebung soll ein Ist-Zustand erhoben werden, um eine generelle Übersicht über Vorhaltung und Nutzung von Ergotherapie in Bereichen der palliativmedizinischen Versorgung in Deutschland zu bekommen. Da es bislang keine dementsprechende Erhebung gibt, ist unklar inwieweit Ergotherapie angeboten wird, welche Aufgaben von Ergotherapeut:innen übernommen werden und wie der Kenntnisstand der Versorgenden über diese Berufsgruppe aussieht.

**Methode** Ein 9 Fragen umfassender Fragebogen wurde an insgesamt 260 Hospize, 323 Palliativstationen und 304 spezialisierte ambulante Palliativversorgungs-Dienste (SAPV) versendet. Insgesamt wurden 439 Fragebögen (49,5 %) ausgefüllt zurücksendet und konnten deskriptiv ausgewertet werden.

**Ergebnisse** Es zeigt sich eine heterogene Verteilung zwischen der ambulanten, stationären und hospizlichen Versorgung, wobei der ambulante Bereich deutlich unterversorgt zu sein scheint. Knapp ein Drittel der SAPV-Teams kann weder Ergo- noch Physiotherapie anbieten. Meist wird dies durch Fachkräftemangel oder fehlenden Finanzierungsmöglichkeiten begründet. Die unterschiedlichen Aufgabenfelder von Ergo- und Physiotherapeut:innen sind hingegen bei dem Großteil der Befragten bekannt und dies spiegelt sich auch in der Aufgabenverteilung der beiden Berufsgruppen wider. Insbesondere Palliativstationen und SAPV-Teams würden zum überwiegenden Anteil gerne mehr Ergo- und Physiotherapiemöglichkeiten anbieten.

**Schlussfolgerung** Um die Einbindung von Ergotherapie in die Versorgung palliativer Patient:innen zu stärken bedarf es eines breiteren Angebotes und besserer Finanzierungsmöglichkeiten. Darüber hinaus sollte durch Forschungs- und Informationsarbeit über die Einsatzmöglichkeiten von Ergotherapie in der Palliativmedizin eine bessere Wissensgrundlage geschaffen werden.

## P159 Early Integration von Palliative Care -Entwicklung eines neuen Betreuungskonzeptes für die palliativen Gyn-Patientinnen des onkologischen Day Hospitals Brixen – laufende Interventionsstudie: Bewertung zum Frühsommer 2022

**Autoren** Schnapper G<sup>1</sup>, Völkl M<sup>2</sup>

**Institute** 1 Südtiroler Sanitätsbetrieb – Krankenhaus Brixen, Gynäkologie, Brixen, Italien; 2 Südtiroler Sanitätsbetrieb, Palliative Care Team – Krankenhaus Brixen, Brixen, Italien

DOI 10.1055/s-0042-1754017

**Hintergrund** Die frühe Integration von Palliative Care in die Betreuung von onkologischen Patient:innen, die aufgrund der Progression ihrer Krankheit nicht mehr kurativ behandelt werden können, ist immer noch ein Problem, da Palliativ Care allzu oft mit "End of Life Care" gleichgesetzt wird. Die Zuweisung an des Palliativteam erfolgt daher erst spät im Krankheitsverlauf. Die organisatorischen und kommunikativen Herausforderungen der palliativen Betreuung könnten besser gelöst werden, wenn das Palliativteam in die Betreuung dieser Patientinnen früher integriert würde.

**Methode** Aus diesem Grund wurde von der Autorin ein Interventionsmodell für die onkologischen Patientinnen ihrer Abteilung entwickelt: Der „runde Tisch“; über den durch eine regelmäßige Vorstellung der palliativen Patientinnen versucht werden soll, einen Erstkontakt mit dem Palliativteam früher im

Krankheitsverlauf herzustellen. In monatlichen Treffen werden die Patientinnen vorgestellt, die folgenden Kriterien entsprechen:

- erstmals metastasierte Patientinnen (Switch von kurativ auf palliativ)
- primär metastasierte Patientinnen
- Progression von schon bekannten metastasierten Patientinnen
- Patientinnen für die kein Punkt zutrifft, die aber Bedarf haben (könnten)

Am runden Tisch nehmen das Pflege- und Ärzte\*innenteam des onkologischen Day Hospitals, das Palliativteam und die Psychoonkologen\*innen des Krankenhauses teil.

**Ergebnisse** Dieses Interventionsmodell wird einerseits quantitativ bewertet werden, um die Veränderung in der Arbeit des Palliativteams durch eine frühere Integration dieser Patientinnen in Zahlen erfassen zu können. Dabei werden die Anzahl der palliativen Erstgespräche, der palliativen Weiterbetreuungen, der psychologischen Weiterbetreuungen und der Übergabe- bzw. Brückengespräche im Verhältnis zur Anzahl der am „runden Tisch“ besprochenen Patientinnen erfasst werden.

Die Erfahrungen aller Teilnehmenden werden nach 6 Treffen über eine Delphi-Befragung evaluiert werden, um damit Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung des Projektes ableiten zu können.

**Schlussfolgerung** Die objektiven Kriterien erlaubten einerseits einen niederschweligen Zugang für alle Patientinnen, andererseits wird über die Möglichkeit einer subjektiven Zuweisung trotzdem einer ärztlichen oder pflegerischen Einschätzung des Gesundheitszustandes der jeweiligen Patientin Rechnung getragen. Der "runde Tisch" könnte eine Methode sein, um mit wenigen Maßnahmen, eine effektive frühe Integration von Palliativ Care im onkologischen Setting zu erreichen.

## P170 „Was könnte ich denn brauchen?“ – pflegende Nahestehende von der Schwierigkeit, eigene Bedürfnisse zu erkennen und zu kommunizieren.

**Autoren** Kasdorf A<sup>1</sup>, Voltz R<sup>1,2,3,4</sup>, Strupp J<sup>1</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Köln (AöR), Zentrum für Palliativmedizin, Köln, Deutschland; 2 Universität zu Köln, Centrum für Integrierte Onkologie Aachen, Bonn, Köln, Düsseldorf (CIO ABCD), Köln, Deutschland; 3 Universität zu Köln, Zentrum für klinische Studien (ZKS), Köln, Deutschland; 4 Universität zu Köln, Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK), Köln, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754018

**Hintergrund** Die Bedürfnisse und Unterstützungsbedarfe von Menschen am Lebensende und ihren pflegenden Nahestehenden sind komplex. Vor allem im häuslichen Umfeld ist eine professionelle und medizinische Versorgung als grundlegende Unterstützung wichtig, wobei es Familien oft schwerfällt, diese Hilfe anzunehmen. Ziel dieser Untersuchung ist es, die Gründe hierfür zu explorieren.

**Methode** Die Analyse basiert auf individuellen semi-strukturierten Interviews mit Nahestehenden von Verstorbenen, pflegenden Nahestehenden sowie aktuell schwer und unheilbar erkrankten Personen (n = 17). Die qualitative Inhaltsanalyse der verbatim transkribierten Interviews erfolgte mithilfe von MAXQDA. Die Ergebnisse entstanden im Rahmen der BMFSFJ-geförderten Studie „Sterben zu Hause“.

**Ergebnisse** Drei aufeinander aufbauende Gründe für die Nicht-Nutzung von Hilfsangeboten konnten identifiziert werden. Die **Schwierigkeit, eigene Bedürfnisse zu erkennen**, bildet dabei den Kernpunkt, welche an das *fehlende Wissen und Informationen* über die zustehenden Leistungen geknüpft ist. Dies ist insbesondere im Zusammenhang mit der Palliativversorgung wichtig. Der zweite Grund geht mit unbewussten oder nicht verbalisierten Bedürfnissen einher: die **Schwierigkeit, eigene Bedürfnisse zu kommunizieren**. Hierbei spielen latente Einflüsse wie *Gender* (z.B. Patient lehnt Versorgung durch weibliche Versorgungskraft ab), *interpersonelle* (z.B. Beziehung zu gepflegter Per-

son), aber auch *intrapersonelle* (z.B. mental, das Selbstbild betreffend oder kulturell) Einflüsse eine Rolle. Der dritte Grund umfasst alle **externen Einflüsse**, die das Annehmen oder Erkennen von Hilfsangeboten erschwert, wie beispielsweise die COVID-19 Pandemie oder akute Verfügbarkeit eines Hilfsangebots.

**Schlussfolgerung** Pflegende Nahestehende sind sehr intensiv in die Betreuung von Menschen am Lebensende involviert und insbesondere die Versorgung zu Hause stellt eine emotionale, koordinative und pflegerische Herausforderung dar. Die Schwierigkeit, eigene Bedürfnisse zu erkennen, zu kommunizieren und Hilfsangebote anzunehmen, ist erkennbar. Hier wäre eine koordinative Kraft („Buddy“, „Lotse“, „Coach“) hilfreich, um die verschiedenen Angebote zu empfehlen und zu signalisieren, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen. Weitere Arbeiten sind erforderlich, um herauszustellen, welche Strategien genau wirksam sind, die Betroffenen für eine frühzeitige Nutzung existierender Unterstützungsangebote, insbesondere Angebote der palliativmedizinischen Versorgung, zu sensibilisieren.

## P191 Zum Erleben des Therapieprozesses mit geriatrischen Palliativpatient/inn/en im häuslichen Umfeld aus der Perspektive von Physiotherapeut/inn/en

**Autor** Reiprich T

**Institut** HAWK Hildesheim, Hildesheim, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754019

**Hintergrund** Die häusliche Versorgung hochaltriger Pflegebedürftiger wird ein bedeutsames zukünftiges Handlungsfeld für Physiotherapeut/inn/en darstellen. Geriatrische Patient/inn/en am Lebensende bedürfen einer Versorgung, welche die Expertise der Altersmedizin und der Palliative Care einschließt. Internationale Empirie sowie Befunde aus den Pflegewissenschaften deuten darauf hin, dass die Tätigkeit in der häuslichen Palliativversorgung von multidimensionalen Herausforderungen geprägt ist. Derzeit ist jedoch noch unklar, wie Physiotherapeut/inn/en in Deutschland die allgemeine palliative Versorgung geriatrischer Patient/inn/en im Hausbesuch erleben. Ziel der vorliegenden Arbeit ist dementsprechend, das subjektive Erleben des Therapieprozesses mit geriatrischen Palliativpatient/inn/en im häuslichen Umfeld aus der Perspektive von Physiotherapeut/inn/en zu explorieren. Es soll dargelegt werden, wie Therapeut/inn/en die Tätigkeit im interessierenden Handlungsfeld erleben und welche Bedingungen dieses Erleben beeinflussen.

**Methode** Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden sieben episodische Interviews mit nicht-spezialisierten Physiotherapeut/inn/en geführt. Die Auswertung der Transkripte erfolgte in Anlehnung an die qualitative psychologische Phänomenologie nach Creswell und wurde mit der Software MAXQDA 2020 unterstützt.

**Ergebnisse** Im Sample werden Ambivalenzen im Erleben der Spannungsfelder Angehörigenarbeit, Verantwortlichkeit und Anforderungen sowie professionelle Beziehung, Konfrontation mit dem Tod und häusliche Umgebung deutlich. Es zeigt sich das Phänomen, dass Fähigkeiten abseits physiotherapeutischer Techniken sowie eine angemessene therapeutische Haltung und die Besonderheiten des Settings Hausbesuch (das „wie“) das Erleben wesentlicher beeinflussen als die direkte physiotherapeutische Intervention (das „was“).

**Schlussfolgerung** Es zeigen sich berufspolitische Regelungslücken im Hinblick auf die Konzeption der physiotherapeutischen Berufsausbildung sowie die strukturelle Verankerung der Physiotherapie im häuslichen Umfeld. Therapeut/inn/en müssen professionell unter Unsicherheit handeln, was ein hohes Belastungserleben nach sich zieht. Die Besonderheiten des Hausbesuchs, der Trauerthematik sowie der Interaktion im Handlungsfeld finden in der beruflichen Sozialisation von Physiotherapeut/inn/en derzeit zu wenig Berücksichtigung, um eine angemessene Vorbereitung auf die Anforderungen der häuslichen Palliativversorgung zu gewährleisten.

## P193 Evaluation eines Kommunikationstrainings zur Förderung des frühzeitigen Ansprechens palliativmedizinischer Themen bei fortgeschritten erkrankten Krebspatient:innen: Eine randomisiert-kontrollierte Studie (PALLI-KOM)

**Autoren** Harnischfeger N<sup>1</sup>, Rath HM<sup>2</sup>, Brand H<sup>3</sup>, Haller K<sup>4</sup>, Rieder N<sup>5,6</sup>, Alt-Epping B<sup>5,6</sup>, Letsch A<sup>3</sup>, Thuss-Patience P<sup>4</sup>, Bokemeyer C<sup>1</sup>, Bergelt C<sup>2</sup>, Oechsle K<sup>1</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 2. Medizinische Klinik und Poliklinik, Palliativmedizin, Hamburg, Deutschland; 2 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Hamburg, Deutschland; 3 Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Klinik für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie, Kiel, Deutschland; 4 Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Hämatologie, Onkologie und Tumorummunologie, Berlin, Deutschland; 5 Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, Deutschland; 6 Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Palliativmedizin, Heidelberg, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754020

**Hintergrund** Eine frühzeitige Kommunikation palliativmedizinischer und das Lebensende betreffender Themen in der Versorgung fortgeschritten onkologisch erkrankter Patient:innen hat viele positive Auswirkungen. Kommunikative Unsicherheiten auf ärztlicher Seite erschweren jedoch häufig das rechtzeitige Ansprechen. Daher wurde ein Kommunikationstraining entwickelt, um Ärzt:innen in frühzeitiger und konstruktiver Kommunikation der Themen zu stärken.

**Methode** Zur Evaluation des Trainings (2x 90 Min. bestehend aus Theorie, Beispielvideos und praktischen Übungen) wurde eine prospektive, randomisiert-kontrollierte Studie an fünf Standorten in Deutschland durchgeführt. Zielgruppe waren (organ-)onkologisch tätige Ärzt:innen, die in Interventions-(IG) oder Wartekontrollgruppe (KG) randomisiert wurden. Die Datenerhebung und erfolgte zu zwei Messzeitpunkten (prä-post), zwischen denen nur die IG das Training erhielt. Primäres Outcome war die extern beurteilte Gesprächskompetenz bzgl. palliativmedizinischer Themen. Hierfür wurden videobasierte Simulationsgespräche beider Gruppen anhand eines Ratingsystems durch gegenüber der Gruppenzugehörigkeit verblindete Rater beurteilt. Sekundäre Outcomes wurden durch Selbst- und Fremdauskunftsbögen (Ärzt:innen und Schauspielpatient:innen) erfasst. Die Auswertung der Längsschnittdaten erfolgte durch Kovarianzanalysen mit Baseline-Adjustierung.

**Ergebnisse** Insgesamt nahmen 141 Ärzt:innen (Alter: M(SD) = 32.7(6.3), 59.8% weiblich) an der Studie teil ( $n_{IG} = 73$ ,  $n_{KG} = 68$ ). Die IG weist im Vergleich zur KG in 4 von 5 Ratingskalen eine signifikant größere Verbesserung der Gesprächsleistung auf: „Emotionen und Empathie“ ( $F(1,134) = 6.47$ ,  $p = .012$ , partielles  $\eta^2 = .045$ ), „Möglichkeiten und Hoffnung“ ( $F(1,136) = 7.74$ ,  $p = .006$ , partielles  $\eta^2 = .054$ ), „Thematisierung Lebensende“ ( $F(1,135) = 5.64$ ,  $p = .019$ , partielles  $\eta^2 = .040$ ), „Erläuterung Konzept Palliativmedizin“ ( $F(1,138) = 15.63$ ,  $p < .001$ , partielles  $\eta^2 = .102$ ), „Weitere tumorspezifische Behandlung“ ( $F(1,138) = 0.14$ ,  $p = .705$ ). Auch bzgl. der sekundären Outcomes, z.B. der Selbstwirksamkeit, zeigen sich signifikante Interventionseffekte.

**Schlussfolgerung** Die Ergebnisse zeigen, dass ein kompaktes Training bereits zu Verbesserungen der frühzeitigen ärztlichen Kommunikation über palliativmedizinische Themen führen kann. Eine zukünftige Implementierung – z.B. durch die Aufnahme in Fortbildungscurricula – könnte ein rechtzeitigeres Ansprechen fördern und damit die Versorgung der Erkrankten optimieren. Die Studie wurde gefördert durch die DKH.

## P214 Screening oder Assessment? Erfassungsstrategien von Symptomen und Belastungen bei Patient\*innen mit Kopf-Hals-Tumoren im kontrollierten Vergleich

**Autoren** Demuth S<sup>1</sup>, Solar S<sup>2</sup>, Asendorf T<sup>3</sup>, Wieditz J<sup>3</sup>, Alt-Epping B<sup>4</sup>

**Institute** 1 Medizinische Fakultät, Georg-August-Universität Göttingen, Göttingen, Deutschland; 2 Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, Deutschland; 3 Institut für Medizinische Statistik, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland; 4 Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754021

**Hintergrund** Die vielfältigen positiven Auswirkungen eines frühzeitigen Mitdenkens palliativmedizinischer Unterstützung auf die Lebensqualität von inkurabel erkrankten (Krebs-)Pat. dürfen inzwischen als evidenzbasiert gelten. Wie jedoch ermittelt werden kann, welche Pat. dabei besonderer Aufmerksamkeit bedürfen, ist weiterhin kontrovers; stadienbezogene Konzepte, red-flags-Strategien, Screeningkonzepte oder kombinierte Vorgehensweisen stehen zur Diskussion. Pat. mit inkurablen Tumorerkrankungen wiesen in einer multizentrischen, longitudinalen Symptomprävalenzstudie der APM/DKG bereits zum Diagnosezeitpunkt der Inkurabilität ein variables, teils hohes Belastungsniveau auf, das am ehesten durch direkte Belastungserfassung (Screening bzw. Assessment) erkannt werden kann. Pat. mit Kopf-Hals-Tumoren wiesen dabei eine paradigmatische Komplexität an Belastungen auf.

**Methode** Daher führte das Studienetzwerk der APM/DKG eine kontrollierte, randomisierte, longitudinale, multizentrische Studie durch (SCREBEL), um zwei Strategien zur Belastungserfassung und deren Einfluss auf die Lebensqualität im weiteren Krankheitsverlauf bei Pat. mit inkurablen soliden Tumoren zu untersuchen: ein niederschwelliges, wiederholtes Screening (iPOS und NCCN Distress Thermometer) versus ein multidimensionales, einmaliges Assessment (iPOS, NCCN Distress Thermometer, FACT-H&N, PHQ-4 und SCNS-SF-34G). Primärer Studienendpunkt war die Lebensqualität nach 6 Monaten im FACT-H&N. Sekundäre Endpunkte waren die Anzahl der Krankenhaustage und die Häufigkeit des Einbezugs notfallbezogener, palliativmedizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen. Im vorliegenden Teilprojekt wird die Subgruppe der Pat. mit Kopf-Hals-Tumoren beschrieben.

**Ergebnisse** Vom 01.10.2019 bis 19.08.2021 wurden 48 Patient\*innen mit Kopf-Hals-Tumoren (11 Frauen, 37 Männer, 36-87 Jahre) von 6 Studienzentren eingeschlossen (9,5% von insgesamt 504 Patient\*innen aus 34 Studienzentren der Gesamtstudie). Die vergleichende Auswertung der longitudinalen QoL- und Versorgungsdaten wird im Sommer 2022 abgeschlossen sein.

**Schlussfolgerung** Der Vergleich zweier unterschiedlicher Belastungserfassungsstrategien im Rahmen dieser klinischen Studie wird einen weiteren Beitrag für einen bedarfsangepassten, strukturierten Einbezug von Palliativversorgung leisten, möglicherweise auch mit Auswirkungen auf zukünftige palliativmedizinische Strukturanforderungen in Onkologischen Zentren.

## P245 Auswirkung der Covid-19-Pandemie auf die Palliativversorgung

**Autoren** Trianti SM, Soßalla L, Panhofer-Wolfgramm M, Schmitzer I

**Institut** LE Leipziger Palliativgesellschaft GmbH, Leipzig, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754022

**Hintergrund** Die Covid-19-Pandemie hat dramatische Auswirkungen über das gesamte Spektrum der Patientenversorgung. Respektive Daten über die Situation in der palliativen Patientenversorgung während dieser Zeit sind rar. Unser Ziel war es, Diagnosen und Krankheitsstadien bei Aufnahme und deren Entwicklung in der ambulanten Palliativversorgung vor und während der Pandemie zu vergleichen.

**Methode** Wir verglichen eine Gruppe von Patienten, welche von einem SAPV-Team in Sachsen, Deutschland vor der Pandemie von März 2018 bis November

2019 über einen Zeitraum von 21 Monaten versorgt wurden, mit einer Gruppe von Patienten, welche in einem vergleichbaren Zeitraum von März 2020 bis November 2021 während der Pandemie versorgt wurden. Untersucht wurden die Aufnahmezahlen in die Versorgung, Diagnosen (onkologische/nicht-onkologische Hauptdiagnosen), und die Verweildauer der Versorgung und Todeszeitpunkt.

**Ergebnisse** Die Zahlen der in die SAPV aufgenommenen Patienten war während der verglichenen Zeiträume gleich: insgesamt wurden prä-pandemisch 1.335 Patienten und 1.345 Patienten während der Pandemie aufgenommen. Die Diagnosen unterschieden sich nicht: prä-pandemisch hatten 1.096 Patienten (82.1 %) Malignome als Hauptdiagnose, verglichen mit 1.117 Patienten (83.0 %) während der Pandemie ( $p = 0.52$ ). Die Verweildauer der Versorgung war während der Pandemie etwas länger: Prä-pandemisch verblieben 722 Patienten (53.7 %) bis zu 28 Tage und 623 Patienten (46.3 %) mehr als 29 Tage in der Versorgung, verglichen mit 688 Patienten (49.9 %) und 691 Patienten (50.1 %) während der Pandemie ( $p = 0,048$ ).

Es gab statistisch signifikante Unterschiede im Sterbeort: 246 Patienten (12.2 %) verstarben prä-pandemisch in einem Pflegeheim, verglichen mit 205 Patienten (15.0 %) während der Pandemie.

**Schlussfolgerung** Malignome stellten vor und während der Pandemie mehrheitlich die Hauptdiagnosen bei Patienten, welche in die SAPV aufgenommen wurden. Der prozentuale Anteil der Patienten, welche länger als vier Wochen in der SAPV verblieben, war während der Pandemie höher, während die Anzahl der Patienten, welche in dieser Zeit in einem Pflegeheim verstarben, abnahm. Trotz statistischer Signifikanz waren die Unterschiede moderat.

## P253 Sensitivität und Spezifität der Integrated Palliative Care Outcome Scale als Screening auf Bedarf an spezialisierter Palliativversorgung bei onkologischen Patient\*innen: preliminary results

**Autoren** Müller EA<sup>1</sup>, Müller MJ<sup>1</sup>, Opitz S<sup>1</sup>, Schütte-Nütgen K<sup>1</sup>, Klein C<sup>2</sup>, Simon ST<sup>3</sup>, Schäfer H<sup>4</sup>, Böhlke C<sup>5</sup>, Ostgathe C<sup>2</sup>, Bausewein C<sup>6</sup>, Becker G<sup>1</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Palliativmedizin, Freiburg, Deutschland; 2 Universitätsklinikum Erlangen, Palliativmedizinische Abteilung, Erlangen, Deutschland; 3 Universitätsklinikum Köln, Palliativzentrum, Köln, Deutschland; 4 Universitätsklinik Freiburg, Klinik für Strahlentherapie, Freiburg, Deutschland; 5 Universitätsspital Basel, Palliative Care, Basel, Schweiz; 6 Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinik für Palliativmedizin, München, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754023

**Hintergrund** Das u.a. auch im Rahmen von Zertifizierungen in der Onkologie geforderte Screening auf Bedarf an spezialisierter Palliativmedizin (SPV) ist aktuell in Praxis und Forschung ein relevantes Thema mit hoher Dynamik. Die Integrated Palliative Care Outcome Scale (IPOS) ist eines der dafür vorgesehenen Assessments. Ziel der Studie ScreeningPall ist es u.a., das Screening auf SPV-Bedarf mittels des IPOS zu validieren.

**Methode** In einer Querschnittsstudie am Universitätsklinikum Freiburg beantworteten onkologische Patient\*innen, die eine geringe Wahrscheinlichkeit einer langfristigen Kontrolle oder Heilung der Tumorerkrankung haben, u.a. den IPOS. Unabhängig davon beurteilt ein palliativmedizinischer Dienst (PMD) mittels Anamnese und Fallbesprechung den SPV-Bedarf (Referenzstandard). Statistisch wird geprüft, inwieweit das Urteil des PMDs mit den Kriterien für eine „komplexe Problemlage im IPOS“ (2 Werte von 4 oder 3 Werte  $\geq 3$ ) übereinstimmt (Sensitivität, Spezifität).

**Ergebnisse** Wir berichten vorläufige Ergebnisse zu 72 Patient\*innen (stationäre Radioonkologie). Für 28 der 72 Patient\*innen (39 %) hat der PMD einen SPV-Bedarf festgestellt.

*Patient\*innen, die den IPOS bearbeiten (n = 66):* Der IPOS identifiziert bei 20 von 23 Patient\*innen (87 %), bei denen der PMD SPV-Bedarf feststellt, ebenfalls

SPV-Bedarf (Sensitivität). Von den Patient\*innen, bei denen der PMD keine SPV-Bedarf sieht, werden 15 von 43 (35 %) falsch positiv über den IPOS klassifiziert (Spezifität = 65 %).

*Patient\*innen, die den IPOS aufgrund kognitiver und / oder körperlicher Einschränkung nicht bearbeiten (n = 6):* Bei 5 von 6 (83 %) dieser Patient\*innen wird vom PMD SPV-Bedarf festgestellt.

Bei Kombination der Kriterien „komplexe Problemlage im IPOS“ und „Nicht-Bearbeitung IPOS“ als „Red Flags“, werden insgesamt 25 von 28 der Patient\*innen, bei denen der PMD SPV-Bedarf sieht, korrekt identifiziert (89 %).

**Schlussfolgerung** Die Aussagekraft ist durch die geringe Fallzahl noch eingeschränkt. Dennoch ist festzustellen: Der IPOS eignet sich zur Identifikation von Patient\*innen mit SPV-Bedarf. Die Nutzung von patient-reported Outcome Measures wird jedoch immer auch nicht SPV-relevante Belastungen (z.B. temporäre Symptome, Nebenwirkungen) abbilden und so zu „Falsch Positiven“ führen, was eine zusätzliche Beurteilung des SPV-Bedarf durch Behandler\*innen notwendig macht. Durch eine elektronische Erfassung und Auswertung kann die Implementierung und Nutzung des IPOS als Screening trotz relativ komplexer Auswertung forciert werden.

## P271 Identifikation von spezialisiertem Palliativbedarf durch Arzt- und Patienteneinschätzung

**Autoren** Roch C, Pagels M, van Oorschot B

**Institut** Universitätsklinikum Würzburg, Interdisziplinäres Zentrum Palliativmedizin, Würzburg, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754024

**Hintergrund** In der S3 Leitlinie Palliativmedizin wird für Patienten mit nicht heilbaren Krebserkrankungen eine Symptom-/Belastungserfassung z.B. mit IPOS (Integrated Palliative Outcome Scale) empfohlen. Anhand der von Glare et.al 2014 vorgeschlagenen Kriterien (unter anderem Einbezug des Funktionsstatus, erkrankungsspezifischer Komplikationen wie auch Belastungen des Patienten und dessen Familie) kann arztseitig Palliativbedarf (allgemeine Palliativversorgung = APV und spezialisierte Palliativversorgung = SPV) identifiziert werden.

**Methode** Identifikation der Subgruppe stationärer nicht heilbarer Krebspatienten mit arztgeschätztem Palliativbedarf (cut-off  $\geq 5$  Punkte) und Patientenselbsteinschätzung mit IPOS zeitnah nach Aufnahme. Ein palliativmedizinisches Assessment ist erforderlich, wenn mindestens ein IPOS-Item ( $\geq 3$ ) eingeschätzt wird. Vor diesem Hintergrund analysierten wir die Zuweisung zum Palliativdienst (SPV) und die Rate der mitbetreuten Patienten.

**Ergebnisse** Einschluss von 121 onkologischen Patienten in den Tumorstadien UICC III und IV. Die Mehrheit war männlich (63,6 %), mittleres Alter 66,1 Jahre (Spannweite 28-87). 85/121 Patienten (70,3 %) erreichten in der Arzteinschätzung einen Punktwert  $\geq 5$ . 77/85 Patienten (90,6 %) berichteten mindestens 1 IPOS-Item  $\geq 3$ . Die am häufigsten berichteten Belastungen fanden sich im Bereich der körperlichen Belastungen (76,5 %), gefolgt von emotionalen Belastungen (60,0 %) und kommunikativ-praktischen Belastungen (23,5 %). 35/85 Patienten (41,2 %) wurden dem Palliativdienst vorgestellt, darunter 31/38 IPOS-positiv (88,6 %). 32/35 Patienten wurden palliativmedizinisch mitbetreut, bei 3 ( %) Patienten wurde ein Palliativassessment ohne anschließende Mitbetreuung durchgeführt.

**Schlussfolgerung** Arzteinschätzung und Selbsteinschätzung der Patienten stimmten häufig überein, jedoch erhielt nur eine Minderzahl der Patienten mit Palliativbedarf ein SPV-Assessment. Angesichts der hohen Bedarfszahlen sollte die Durchführung des Palliativassessments in ein belastbares Gesamtkonzept eingebettet sein, so dass eine Umsetzung auch vor dem Hintergrund der Strukturen der spezialisierten Palliativversorgung gewährleistet ist.

## Strukturentwicklung und Netzwerkarbeit

### V172 Bestands- und Bedarfserhebung zur Umsetzung und Vernetzung von Gesundheitlicher Versorgungsplanung (GVP) in Niedersachsen – Ergebnisse einer Online-Befragung von Gesprächsbegleitenden

**Autoren** Schnakenberg R<sup>1</sup>, Fischer R<sup>2</sup>, Kreutzberg U<sup>1</sup>, Gerdes V<sup>1,3</sup>, Schwabe S<sup>2,4</sup>

**Institute** 1 Hospiz- und Palliativverband Niedersachsen (HPVN), Celle, Deutschland; 2 Landesstützpunkt Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen (LSHPN), Celle, Deutschland; 3 Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Institut für Pädagogik, Oldenburg, Deutschland; 4 Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin, Hannover, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754025

**Hintergrund** Die GKV-finanzierte Gesundheitliche Versorgungsplanung (GVP) nach §132g SGB V findet seit Anfang 2018 immer mehr Umsetzung in deutschen Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie Altenpflegeeinrichtungen. Die Vernetzung zwischen Gesprächsbegleitenden und anderen Versorgenden ist von zentraler Bedeutung für die abgestimmte Implementierung in einer Region (Landkreis/kreisfreie Stadt), die Qualitätssicherung der Leistung sowie die Umsetzung der Behandlungswünsche. Welche Erfahrungen machen die Gesprächsbegleitenden in der Vernetzungsarbeit und welche Herausforderungen und Verbesserungspotenziale sehen sie?

**Methode** Im November und Dezember 2021 wurde via SoSciSurvey eine anonyme Online-Befragung von GVP-Gesprächsbegleitenden in Niedersachsen durchgeführt. Der Befragungslink wurde durch die AOK Niedersachsen an alle 194 Einrichtungen mit Versorgungsvertrag und einschlägige E-Mail-Verteiler versandt. Es wurden soziodemografische Daten der Gesprächsbegleitenden, Art und Umfang der GVP-Tätigkeit sowie Herausforderungen und Verbesserungswünsche bei der Umsetzung und Vernetzung von GVP erfragt. Die Daten wurden deskriptiv mittels Excel und SPSS ausgewertet.

**Ergebnisse** Nach Datenplausibilisierung kamen 63 Datensätze aus 32 der 45 Regionen Niedersachsens zur Auswertung. Die teilnehmenden Gesprächsbegleitenden waren überwiegend weiblich (81 %), im Mittel 50,1 Jahre alt und haben ihre Ausbildung bei 13 verschiedenen Instituten absolviert. 41,3 % sind im Bereich der Eingliederungshilfe tätig und 50,8 % in Pflegeeinrichtungen. Die externe, regionale Vernetzung wird von 84 % der Befragten als wichtig/ sehr wichtig bewertet und nimmt ca. 25 % der Arbeitszeit ein. Die Gesprächsbegleitenden weisen u.a. auf Herausforderungen bezüglich der quali- sowie quantitativ hinreichenden Ausbildung, einer breiten Aufklärung zu GVP, der schwierigen Finanzierung sowie einer landesweiten Interessenvertretung hin. Der größte Verbesserungsbedarf zur Vernetzung wird mit den regionalen Krankenhäusern sowie Rettungsdiensten gesehen.

**Schlussfolgerung** Die externe Vernetzung ist ein wichtiger Bestandteil bei der Umsetzung von GVP, wird aber durch einige Herausforderungen erschwert. Während genannte Finanzierungs- und Ausbildungsaspekte auf Bundesebene gestaltet werden, könnte eine landesweite GVP-Koordinierung die regionale Vernetzung der Versorgenden sowie der Gesprächsbegleitenden unterstützen und so einen Beitrag zur Qualitätssicherung der GVP-Praxis leisten.

### P140 Donnerstags-Café auf der Palliativstation einer Universitätsklinik – Best Practice Modell einer niedrigschwelligen psychosozialen Unterstützung für Erkrankte und Angehörige, sektorenübergreifenden Vernetzung und interprofessionellen Teamentwicklung

**Autoren** Behzadi A<sup>1,2</sup>, Ahn J<sup>1</sup>, Blietz C<sup>1</sup>, Böhm I<sup>3</sup>

**Institute** 1 Charité Universitätsmedizin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Hämatologie, Onkologie und Tumorummunologie, Campus

Virchow-Klinikum, Berlin, Deutschland; 2 Arbeitsgemeinschaft Palliativversorgung für Menschen mit Migrationshintergrund, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Berlin, Göttingen, München, Deutschland; 3 Charité Universitätsmedizin, Sozialdienst, Campus Virchow-Klinikum, Berlin, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754026

**Hintergrund** Angehörigen und/oder Patient:innen-Cafés sind etablierte psychosoziale Angebote. Auch im Palliativ- und Hospizbereich existieren diverse Formate der Begegnung, meist mit einem thematischen Fokus z.B. Trauer-Cafés, Entlastungs- und Begegnungs-Orte für pflegende Angehörige oder Orte der Beratung und hospizlichen Begleitung. Im Kontext einer Universitätsklinik mit einem Fokus auf Akuität und mit kurzen Verweildauern – auch auf einer Palliativstation – sowie mit Patient:innen in heterogenen Krankheits-, Aufklärungs- und Behandlungssituation und Angehörigen mit ebenfalls unterschiedlichen Bedürfnissen, lässt sich schwer für jede:n ein passendes Unterstützungsangebot etablieren. Aufgrund dieser Erfahrungen war die Überlegung des Teams der Palliativstation ein möglichst offenes, niedrigschwelliges, weder thematisch noch auf spezifische Adressat:innen begrenztes supportives Angebot zu entwickeln.

**Methode** Das Donnerstags-Café für Patient:innen und Angehörige der Palliativstation wurde 2018 initiiert und findet seitdem wöchentlich statt. Unterstützt wird das Café von Anbeginn durch Berliner Hospizdienste und den Verein zur Förderung der Palliativmedizin am Campus Virchow-Klinikum. Im Zentrum steht die Begegnung bei Kaffee, Tee und Kuchen, bei der immer ein Teammitglied anwesend ist. Gesprächsthemen sind nicht vorab gesetzt, lediglich auf die Möglichkeit einer Beratung durch eine anwesende Mitarbeiter:innen des ambulanten Hospizdienstes wird hingewiesen. Alle Teammitglieder der Palliativstation laden im Verlauf der Woche stationäre Patient:innen und ihre Angehörigen zum Café ein.

**Ergebnisse** In den vergangenen 4 Jahren ist das Donnerstags-Café zu einer verbindlichen Struktur der Station geworden. Neben dem Angebot von Kaffee, Kuchen und saisonalen Spezialitäten wird in 1:1 Konstellation, in mehreren Parallel-Gesprächen oder in großer Runde erzählt oder spontane Aktivitäten geteilt. Patient:innen kommen zu Fuß, im Rollstuhl, im Pflegebett, mit Besucher:innen oder Angehörige kommen allein. Um den Rahmen verlässlich zu halten, sind immer eine Mitarbeiter:in des Palliativvereins sowie eine Mitarbeiter:in der Station anwesend.

**Schlussfolgerung** Das Donnerstags-Café als „Kontakt-Raum“ ist ein fruchtbares Modell einer niedrigschwelligen psychosozialen Unterstützung für Patient:innen und Angehörige. Es führt zudem zur Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit im Stationsteam sowie zur Entwicklung sektorenübergreifender Netzwerke. Das Konzept lässt sich daher für alle Stationen im Akutkrankenhaus empfehlen.

### P156 Eine bundesweite Fragebogenerhebung zur Palliativ- und Hospizversorgung von Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung – Erfahrungen, Ressourcen und Barrieren

**Autoren** Jennessen S, Fellbaum K

**Institut** Humboldt-Universität zu Berlin, Berlin, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754027

**Hintergrund** Mit dem „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ hat sich die Bundesrepublik Deutschland verpflichtet, in sämtlichen Lebensbereichen Vorkehrungen für die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zu treffen. Um eine adäquate Versorgung in der letzten Lebensphase gewährleisten zu können, bedarf es jedoch empirischer Erkenntnisse zur Situation sterbender Menschen mit Behinderungen, ihrer Inanspruchnahme von palliativen und hospizlichen Versorgungsleistungen und etwaiger spezifischer Bedarfe und Bedürfnisse.

**Methode** In einer ersten Förderphase fand eine Fragebogenerhebung in den Bundesländern Berlin, Nordrhein-Westfalen und Sachsen statt. Diese Befragung

wurde in einer zweiten Förderphase auf die gesamte Bundesrepublik Deutschland ausgeweitet. Berücksichtigt wurden Leitungskräfte (bzw. Koordinator\*innen) aller recherchierten ambulanten Hospizdienste, stationären Hospize, SAPV-Teams und Palliativstationen im Kinder- und Jugendbereich sowie Einrichtungen und Dienste für Erwachsene. Die Teilergebnisse aus der ersten und zweiten Erhebung wurden miteinander abgeglichen und zusammengefasst.

**Ergebnisse** Die quantitative Erhebung zeigt, dass über die Hälfte der Befragten bereits Erfahrungen in der Begleitung und Versorgung von Menschen mit Behinderungen gesammelt hat. Die Ergebnisse zeigen jedoch auch, dass prozentual die meisten und kontinuierlichen Erfahrungen in den Einrichtungen des Kinder- und Jugendbereiches vorliegen. Hospizliche und palliative Begleitungen von erwachsenen Menschen mit Behinderungen finden hingegen eher unregelmäßig statt. Besondere Bedarfe der Personengruppe bestünden vor allem im Bereich der Kommunikation und der An- und Zugehörigenarbeit.

**Schlussfolgerung** Die Daten weisen darauf hin, dass sich die palliative und hospizliche Begleitung von Menschen mit und ohne Behinderungen nicht grundsätzlich voneinander unterscheiden. Auch Menschen mit Behinderungen möchten überwiegend in ihrem gewohnten Umfeld sterben und dort gut versorgt werden. Spezifische Bedarfe und Bedürfnisse zeigen sich allerdings in konkreten Sterbe- und Abschiedssituationen.

Zudem wurde seitens der palliativen und hospizlichen Fachkräfte ein deutlicher Bedarf an verstärkter Vernetzung mit Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe formuliert. Wie eine bestmögliche Zusammenarbeit angebahnt bzw. weiterentwickelt werden kann, möchten wir auf dem Poster als Empfehlungen darstellen.

## P162 Modell „Palliativbeauftragte“ in Krankenhäusern – Ergebnisse des Pilotprojekts der Johannesstift Diakonie

**Autoren** Barnard K<sup>1</sup>, Kranz S<sup>1</sup>, Repsch A<sup>1</sup>, Liebau S<sup>1</sup>, Trusch B<sup>2</sup>, Feldhaus-Plumin E<sup>3</sup>

**Institute** 1 Johannesstift Diakonie, Stabsstelle Palliativ- und Supportivmedizin, Berlin, Deutschland; 2 vormals Johannesstift Diakonie gAG, Stabsstelle Palliativ- und Supportivmedizin, Berlin, Deutschland; 3 Evangelische Hochschule Berlin, Professur für Gesundheits- und Sozialwissenschaften, Berlin, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754028

**Hintergrund** Von 2016 bis 2021 wurden in einem Pilotprojekt in vier der neun Krankenhäuser der Johannesstift Diakonie (JSD) Palliativbeauftragte (PB) eingeführt. Ihre Rolle bei dem Auf- und Ausbau sowie der Verstärkung der Palliativversorgung (PV) wurde in einer Begleitstudie untersucht. Besonders berücksichtigt wurde der Einfluss der PB auf die Strukturentwicklung, Netzwerkarbeit, geriatrische PV und die vorausschauende Versorgungsplanung.

**Methode** Im Rahmen der Begleitstudie im Mixed-Method-Design wurde zu Beginn und am Ende des Projektes die Wirkung der PB auf die PV untersucht. Qualitativ wurden leitfadengestützte Expert\*inneninterviews mit PB, Mitarbeitenden und Netzwerkpartner\*innen geführt und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Quantitativ wurden Ergebnisse sowohl aus Fragebogenerhebungen unter Mitarbeitenden als auch datenschutzgesicherte Patient\*innendaten der JSD Krankenhäuser, die PV anwenden, mittels deskriptiver und inferenzstatistischer Verfahren ausgewertet.

**Ergebnisse** Die qualitativen Daten zeigten unterschiedliche Einschätzungen zur Entwicklung der PV im Projektverlauf. Verbesserungen wurden u. a. beim Wissen, bei der Kommunikation mit Patient\*innen, der interprofessionellen und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit sowie bei der Identifikation und bedarfsgerechten Versorgung von Palliativpatient\*innen dargestellt. Negativ wurden z. B. eine fehlende Kontinuität in der Besetzung der PB und eine fehlende Unterstützung der Leitungsebene genannt. Seitens der Mitarbeitenden

wurden den PB vor allem die Aufgaben Strukturaufbau und -entwicklung, Netzwerkarbeit sowie Wissensvermittlung zugeschrieben.

Die quantitativen Daten bekräftigten die qualitativen Ergebnisse in Teilen. Fortbildungen stellten einen Schlüsseleinfluss auf die Entwicklung der PV dar. Palliativmedizinische Komplexbehandlungen wurden krankenhausbahngig zunehmend und auch bei Nicht-Tumorpatient\*innen angewandt.

Als wesentliche Limitation für das Projekt und die Studie muss die Covid-19-Pandemie und die damit bedingten Organisationsveränderungen, auch in der PV, genannt werden.

**Schlussfolgerung** Die PV konnte in den Krankenhäusern des Pilotprojektes in unterschiedlicher Ausprägung ausgebaut werden. Trotz des nicht exakt quantifizierbaren Einflusses der PB kommen die Forscher\*innen zum Schluss, dass PB einen wesentlichen Faktor bei der Entwicklung, Etablierung und Anwendung der PV darstellen. PB sollten mit einem definierten Aufgabenportfolio in Krankenhäusern etabliert werden, um quantitativ und qualitativ die PV zu stärken.

## P164 Regionale Hospiz- und Palliativnetzwerke in Niedersachsen: Ergebnisse einer Online-Bestandserhebung und -analyse

**Autoren** Schwabe S<sup>1,2</sup>, Fischer R<sup>1</sup>, Schneider N<sup>2</sup>

**Institute** 1 Landesstützpunkt Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen, Celle, Deutschland; 2 Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754029

**Hintergrund** Regionale Hospiz- und Palliativnetzwerke (RHPN) koordinieren die lokale Zusammenarbeit von Versorgungsakteuren zur Verbesserung der Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen und ihren Angehörigen. Im Jahr 2021 wurden die Förderung von RHPN durch die gesetzliche Krankenversicherung beschlossen; eine entsprechende Förderrichtlinie soll im März 2022 erscheinen. Wie sind RHPN in Niedersachsen organisiert, womit beschäftigen sie sich und welche Herausforderungen und Unterstützungsbedarfe gibt es?

**Methode** Im Februar 2022 wurde via SoSciSurvey eine Online-Befragung von RHPN in Niedersachsen durchgeführt. Inhalt der Befragung waren a) Netzwerkorganisation und -struktur, b) Inhalte und Tätigkeitsfelder der Netzwerkarbeit und c) Herausforderungen und Unterstützungsbedarfe. Der Befragungslink wurde über zwei landesweite E-Mail-Verteiler an Palliativstützpunkte und SAPV-Teams versendet. Die Daten wurden deskriptiv mit Microsoft Excel ausgewertet.

**Ergebnisse** Es wurden 34 RHPN aus 33 (von 46) Landkreisen und kreisfreien Städten Niedersachsens identifiziert. Die RHPN wurden zum Großteil vor 2011 gegründet (59 % der RHPN) und sind mehrheitlich als gGmbH und GmbH (44 %) oder als Verein (35 %) organisiert; der überwiegende Teil ist Träger eines SAPV-Teams (88 %). Zentrale Aufgaben sind der Erfahrungsaustausch (88 %) und die Verbesserung der Kooperation der Mitglieder (85 %) sowie gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit (70 %). Häufigste Netzwerkmitglieder sind Palliativmediziner (97 %), SAPV-Pflegedienste (91 %) und ambulante Hospizdienste (91 %); eine bessere Vernetzung wird gewünscht mit therapeutischen Diensten (45 %), Hausärzten (42 %) und Pflegeeinrichtungen (39 %). Zentrale Herausforderungen sind der Ausfall persönlicher Treffen (75 %), unzureichende Finanzierung der Netzwerkarbeit (52 %) und die Darstellung der Hospiz- und Palliativarbeit in der Öffentlichkeit (46 %). Als Unterstützung wünschen sich die Netzwerke Informationen zur Netzwerkarbeit (88 %), Fort- und Weiterbildungen für Netzwerkkoordinatoren (80 %) und bessere strukturelle Rahmenbedingungen (72 %).

**Schlussfolgerung** RHPN existieren in zahlreichen Landkreisen und kreisfreien Städten Niedersachsens. Sie sind eng mit ambulanten hospizlich-palliativen Strukturen verbunden und oft selber Träger von SAPV-Teams. Die erwartbaren Fördermöglichkeiten für RHPN könnten die strukturellen Rahmenbedingungen der Netzwerkarbeit zu verbessern. Außerdem sollten Informationen zur Netzwerkarbeit bereitgestellt und Qualifikationsmöglichkeiten für Koordinatoren angeboten werden.



## P166 Integration von palliativmedizinischen Tageskliniken und Tageshospizen in regionale Versorgungsnetze in Deutschland – eine qualitative Untersuchung von Innen- und Außenperspektiven

**Autoren** Huperz C, Apolinarski B, Röwer HAA, Schneider N, Stiel S, Herbst FA

**Institut** Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin, Hannover, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754030

**Hintergrund** Internationale Erfahrungen zeigen, dass Vernetzung zwischen palliativ-hospizischen Tageseinrichtungen und anderen Versorgenden der Hospizarbeit und Palliativversorgung wichtig für die Sicherung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung ist. In diesem Beitrag werden die Innenperspektive von Einrichtungsleitungen und die Außenperspektive von Versorgenden (z.B. niedergelassenen Palliativmediziner\*innen) auf die Einbindung von Tageshospizen und palliativmedizinischen Tageskliniken in regionale Versorgungsnetze in Deutschland untersucht.

**Methode** Mit Einrichtungsleitungen aus Tageshospizen und palliativmedizinischen Tageskliniken wurden im Rahmen des vom Innovationsfonds beim G-BA geförderten Projekts ABPATITE (Förderkennzeichen: 01VSF19034) semistrukturierte Telefoninterviews geführt (01–02/2021). Zusätzlich wurden Fokusgruppen mit Versorgenden aus der regionalen hospizlich-palliativen Versorgungslandschaft dieser Tageseinrichtungen durchgeführt (09–10/2021). Telefoninterviews und Fokusgruppen wurden auditiv aufgezeichnet, wortwörtlich transkribiert und inhaltsanalytisch in Anlehnung an Mayring ausgewertet.

**Ergebnisse** Mit jeweils 2 Leitungspersonen aus 2 Tageshospizen und 2 palliativmedizinischen Tageskliniken wurden insgesamt 8 Interviews geführt (Ø Dauer: 48 Min.). Fokusgruppen (n = 4) wurden mit jeweils 3–7 Versorgenden (Ø n = 6) durchgeführt (Ø Dauer: 100 Min.).

Sowohl Einrichtungsleitungen als auch Versorgende in der Region sehen eine Intensivierung der Zusammenarbeit untereinander als erforderlich an für eine umfassende Patientenversorgung. Der Aufbau einer guten Vernetzung sei langwierig und der Erhalt ein fortlaufend aktiv zu fördernder Prozess. Laut Einrichtungsleitungen sei für die Zusammenarbeit herausfordernd, wenn andere Versorgende, z.B. SAPV-Teams, das Tagesangebot als Konkurrenz betrachten. Teilnehmende der Fokusgruppen hingegen betonen, dass Tageseinrichtungen ergänzende Angebote darstellen können. Einige Versorgende aus der Region beschreiben einen engen und niederschweligen Austausch mit Tageseinrichtungen. Andere Versorgende kritisieren die Zusammenarbeit mit Tageseinrichtungen etwa hinsichtlich mehrfach notwendiger Anrufe zur Kontaktaufnahme mit einer Ansprechperson.

**Schlussfolgerung** Tagesangebote scheinen noch nicht hinreichend in die hospizlich-palliative Versorgungslandschaft integriert zu sein. Mehr gegenseitige Aufklärung und Information zwischen den Angeboten und den Regelversorgern könnte die regionale Vernetzung fördern.

## P173 Palliativversorgung in Zeiten der COVID-19-Pandemie: Wandelt sich die öffentliche Wahrnehmung?

**Autoren** Peters J<sup>1</sup>, Rabenstein U<sup>2</sup>, Heckel M<sup>3</sup>, Breindl E<sup>4</sup>, Ostgathe C<sup>3</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Erlangen, Palliativmedizin, Erlangen, Deutschland; 2 BASF SE, Mannheim, Deutschland; 3 Palliativmedizinische Abteilung, Universitätsklinikum Erlangen, Comprehensive Cancer Center Erlangen – EMN, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Erlangen, Deutschland; 4 Lehrstuhl für Germanistische Sprachwissenschaft, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Erlangen, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754031

**Hintergrund** Seit Beginn der COVID-19-Pandemie wird auch die (mögliche) Rolle der Palliativversorgung zumindest in Fachkreisen intensiv diskutiert. Dies

hat möglicherweise auch Auswirkungen auf die öffentliche Wahrnehmung des Feldes. Solche Veränderungen könnten u.a. die Ausrichtung und das Tätigkeitspektrum der Disziplin selbst, die Bedeutung der Palliativversorgung im Vergleich zu anderen medizinischen Aufgaben und Zielsetzungen im Kontext der Pandemie sowie die Gründe für die Entwicklung von Fehlvorstellungen in Bezug auf das Thema betreffen.

**Methode** Aus Daten des CommonCrawl-Korpus wurde ein Korpus deutschsprachiger Webtexte (D/A/CH, Februar 2020 – Februar 2022) mit den Strings *\*palliat\** und *\*sterbebegleit\** erstellt. Anschließend wurde eine empirische Analyse der Semantik von Wort- und Satzumgebungen durchgeführt. Kollokationsberechnungen, semantische Netzwerke und Wortfeldanalysen ermöglichten Rückschlüsse auf Veränderungen in der Darstellung und Wahrnehmung der Palliativmedizin während der Pandemie. Zudem wurden anhand der Webtexte mögliche Veränderungen in der emotionalen Konzeptualisierung der Palliativmedizin und ihrer Kerninhalte herausgearbeitet (z.B. *Sterben, Lebensende, Trauer, Umgang mit Tod und Sterben*). Die Berechnung der Kollokationen erfolgte mit dem Effektstärkemaß *log ratio confidence interval* (LRC), das in der Analysesoftware CQPweb (v 3.1.7; Evert, Dykes & Peters 2018) implementiert ist.

**Ergebnisse** Auf Basis eines Korpus von  $3,3 \times 10^{12}$  Webseiten wurden 18.887 deutschsprachige Online-Artikel mit Bezug zu Palliativversorgung gefunden und ausgewertet. Verschiebungen zeigten sich im Hinblick auf die Wahrnehmung des Tätigkeitsspektrums palliativer Versorgungsangebote, die allgemeine Bedeutsamkeit von Palliativversorgung in der Öffentlichkeit und bestehende Fehlvorstellungen bei Online-Kommentierenden.

**Schlussfolgerung** Die Analyse von Onlinediskursen über palliative Versorgungsangebote auf großer Datenbasis ermöglicht nicht nur Rückschlüsse auf die öffentliche Wahrnehmung in Deutschland, Österreich und der Schweiz, sondern zeigt auch Handlungsbedarfe in Bezug auf die (Selbst-)darstellung der Palliativversorgung angesichts der Pandemie auf.

## P190 Regionale Disparitäten in der spezialisierten Palliativversorgung in Deutschland

**Autoren** Gesell D<sup>1</sup>, Koller D<sup>2</sup>, Bausewein C<sup>1</sup>, Hodiamont F<sup>1</sup>

**Institute** 1 LMU Klinikum München, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Munich, Deutschland; 2 LMU Klinikum München, Institut für Medizinische Informationsverarbeitung Biometrie und Epidemiologie (IBE), Munich, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754032

**Hintergrund** Die Palliativversorgung in Deutschland wurde in den letzten 20 Jahren stark ausgebaut. Dadurch ist zwar das Angebot und die Inanspruchnahme der spezialisierten Palliativversorgung angestiegen, es stellt sich jedoch die Frage, inwiefern eine flächendeckende Versorgung besteht und welche infrastrukturellen Merkmale potentiell unterversorgte Landkreise aufweisen. Um mögliche regionale Disparitäten der spezialisierten Palliativversorgung genauer beschreiben zu können, ist das Ziel der Studie, die regionale Verteilung der spezialisierten Palliativversorgung zu quantifizieren und eine mögliche Unterversorgung in ländlichen Gebieten mit spezialisierten Palliativangeboten zu identifizieren.

**Methode** Retrospektive Querschnittsstudie mit regionaler Analyse von palliativmedizinischen Einrichtungen in Deutschland. Als Datengrundlage dienen Adressen der Einrichtungen, welche im Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung registriert sind. Die Adressdaten wurden mit geografischen Informationssystemen im Referenzsystem UTM32/ETRS89 geokodiert, auf Kreisebene aggregiert und unter Berücksichtigung von infrastrukturellen Indikatoren analysiert.

**Ergebnisse** Insgesamt konnten 673 spezialisierte palliativmedizinische Einrichtungen (317 Palliativstationen, 289 spezialisierte ambulante Teams und 67 Palliativdienste in Krankenhäusern) in die Analysen eingeschlossen werden. In 110 der insgesamt 401 Kreise und kreisfreien Städte gibt es keine palliativmedizinische Einrichtung. Der Großteil dieser Gebiete ist ländlich geprägt und

weist eine mittlere bis geringe Bevölkerungsdichte auf. 142 (65 %) der Palliativstationen, 127 (56 %) der ambulanten Teams und 39 (72 %) der Kliniken mit Palliativdiensten befinden sich in urbanen Gebieten. 51 Kreise haben mehr als eine stationäre und/oder ambulante Einrichtung und 12/401 Kreise und kreisfreien Städte haben mehr als einen Palliativdienst pro 100.000 Einwohner.

**Schlussfolgerung** Mehr als jeder vierte Kreis hat keine Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung. Die Palliativversorgung ist insgesamt heterogen verteilt. Es gibt jedoch Hinweise auf eine lokale Unterversorgung mit Palliativdiensten in ländlichen Gebieten. Die rein regionale Betrachtung der unterversorgten Gebiete lässt jedoch keine Rückschlüsse auf die Bedarfsdeckung zu. Es sind weitere Analysen nötig, welche die räumliche Verteilung der Einrichtungen um deren tatsächlichen Bedarf und Inanspruchnahme ergänzen.

## P246 Advance Care Planning – die Umsetzung der Behandlungswünsche gelingt nur mit guter Vernetzung

**Autor** Wachter A

**Institut** Zentrum für Angewandte Ethik, Advance Care Planning, Erfurt, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754033

**Hintergrund** Die vorausschauende Versorgungsplanung oder auch Advance Care Planning (ACP) ist immanenter Bestandteil palliativer Versorgung. Als Teil des Hospiz- und Palliativstärkungsgesetzes hat die Bundesregierung mit dem § 132g SGB V im Jahr 2015 die gesetzliche Grundlage für ACP unabhängig von einer palliativen Erkrankungssituation oder palliativem Versorgungsbedarf geschaffen. ACP-Beratungen wurden damit Kassenleistung, allerdings aktuell nur für Bewohner\*innen stationärer Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe.

**Methode** Praxisbericht und Diskussion

**Ergebnisse** Durch die in den Einrichtungen stattfindenden Beratungen werden die Präferenzen zur Versorgung und die Behandlungswünsche oft erst bekannt. Damit wird in den Einrichtungen ein Wandel hin zu einer palliativen Kultur angestoßen: gerade in Einrichtungen der Altenhilfe möchten viele Bewohner\*innen am Lebensende dort versorgt werden, wo sie auch leben<sup>1</sup>. Dies kann nur mit einer guten palliativen Versorgung vor Ort in den Einrichtungen gelingen. Entscheidend für eine dem Willen entsprechende Versorgung ist die konkrete Umsetzung der Behandlungswünsche, die Weichenstellung im Vorfeld einer akuten medizinischen Krise, das vorausschauende Planen der Behandlung. Dies gelingt nur mit einem guten Netzwerk aus regionalen Akteuren, das u.a. Palliativteams, Rettungsdienst, Hausärzte, Pflegedienste und Betreuungsvereine umfasst. Leider kennen bisher nur wenige Palliativversorger die konkrete Ausgestaltung des ACP-Konzeptes im § 132g SGB V und die sich daraus für die Palliativversorgung ergebenden Konsequenzen. Die Umsetzung der Behandlungswünsche scheitert mitunter an mangelnder Information.

**Schlussfolgerung** Wir begleiten die Entwicklung des Konzeptes ACP und seiner Umsetzung in Deutschland auf verschiedenen praxisrelevanten Ebenen sehr eng und koordinieren u.a. das regionale ACP-Netzwerk „Runder Tisch ACP Thüringen“. Aus dieser Praxiserfahrung heraus möchte ich das Konzept vorstellen, über die konkreten Erfahrungen in unserem Netzwerk berichten und mit den Teilnehmenden darüber ins Gespräch kommen [1].

[1] van Oorschot B, Mücke K, Cirak A, Henking T, Neuderth S. Gewünschter Sterbeort, Patientenverfügungen und Versorgungswünsche am Lebensende: erste Ergebnisse einer Befragung von Pflegeheimbewohnern. *Z Für Gerontol Geriatr* 2019; 52 (6): 582–588. doi:10.1007/s00391-018-1432-6

## Schnittstellenmanagement

### V111 Identifikation palliativer Patient\*innen auf Intensivstationen durch Pflegende

**Autoren** Schallenburg M<sup>1</sup>, Icks A<sup>2</sup>, in der Schmitt J<sup>3</sup>, Schwartz J<sup>1</sup>, Neukirchen M<sup>1</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinik Düsseldorf, Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Düsseldorf, Deutschland; 2 Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie, Düsseldorf, Deutschland; 3 Universität Duisburg-Essen, Institut für Allgemeinmedizin, Essen, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754034

**Hintergrund** Im Intensivbereich werden Patient\*innen behandelt, die von einer palliativen Begleitung profitieren könnten. Um diese zu identifizieren, wurden international Triggerfaktoren entwickelt und teilweise validiert, die das Hinzuziehen des palliativmedizinischen Dienstes auslösen könnten. In Deutschland wurde die Akzeptanz solcher Triggerfaktoren bisher lediglich unter Intensivmediziner\*innen überprüft.

Pflegende arbeiten nah an Patient\*innen und können sie daher intensiver kennenlernen. Ihre Perspektive sollte daher in die Entscheidungen, ob eine palliative Mitbetreuung sinnvoll sein kann, einbezogen werden.

Ziel ist die Entwicklung eines Fragebogens, um Triggerfaktoren aus der Perspektive von Intensivpflegenden zu identifizieren.

**Methode** Es fanden Fokusgruppen mit Intensivpflegenden statt, die mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet wurden. Aus den hier identifizierten Triggerfaktoren wurde ein Fragebogen entwickelt, der einem Pretest mit kognitiven Interviews und einer ersten Pilotierung in der Zielgruppe unterzogen wurde.

**Ergebnisse** Nach sechs Fokusgruppen mit insgesamt 28 Intensivpflegenden verschiedener Fachbereiche und Universitätskliniken konnten vier Hauptkategorien (Prognose, Beziehungsebene, Angehörige, Patienten) mit jeweils drei bis 15 Subkategorien gebildet werden. Daraus wurde ein Fragebogen mit 32 Items plus einer offenen Frage entwickelt. In sechs kognitiven Einzelinterviews konnten vier Items gefiltert werden, die zum besseren Verständnis umformuliert wurden. Die Pilotierung (Rücklauf: 23 von 30) zeigt, dass der Fragebogen für die Identifizierung der Triggerfaktoren genutzt werden kann. Eine erste Auswertung war möglich, in der 30 Items eine Zustimmung von über 50 % erhielten.

**Schlussfolgerung** Pflegende sehen bestimmte Triggerfaktoren als Auslöser für das Hinzuziehen des palliativmedizinischen Dienstes. Mit dem entwickelten Fragebogen können diese auf Zustimmung hin überprüft werden.

### P142 Multiprofessionelle Fallbesprechungen als Referenzkriterium zur Ermittlung des Bedarfs an spezialisierter palliativmedizinischer Versorgung: Beurteiler-Übereinstimmung und Argumentationslinien

**Autoren** Müller MJ<sup>1</sup>, Müller E<sup>1</sup>, Jäger H<sup>1</sup>, Klein C<sup>2</sup>, Ostgathe C<sup>2</sup>, Simon ST<sup>3</sup>, Schäfer H<sup>4</sup>, Böhlke C<sup>5</sup>, Becker G<sup>1</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Palliativmedizin, Freiburg, Deutschland; 2 Universitätsklinikum Erlangen, Palliativmedizinische Abteilung, Erlangen, Deutschland; 3 Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin, Köln, Deutschland; 4 Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Strahlenheilkunde, Freiburg, Deutschland; 5 Universitätsspital Basel, Abteilung für Palliative Care, Basel, Schweiz

**DOI** 10.1055/s-0042-1754035

**Hintergrund** Ziel der Studie „ScreeningPall“ ist die Entwicklung eines Screenings auf Bedarf an spezialisierter palliativmedizinischer Versorgung (SPV) bei onkologischen unheilbaren Patient\*innen. In Phase 1 wird überprüft, inwieweit drei unabhängige palliativmedizinische Dienste (PMD) bei 20 Patient\*innenfällen

zu identen Urteilen bezüglich des SPV-Bedarfs kommen; dieses multiprofessionelle Urteil wird als Referenzkriterium verwendet, dem in der 2. Studienphase patient\*innenseitige Fragebögen und Routinedaten als potentiell praxistaugliche Screeningkriterien gegenübergestellt werden.

**Methode** Bei 32 onkologischen Patient\*innen wurden am Universitätsklinikum Freiburg standardisiert Anamnesen erhoben und in multiprofessionellen Fallbesprechungen beurteilt. 20 dieser Fälle wurden zusätzlich durch die PMDs der Universitätsklinik Köln und Erlangen bewertet (Kriterien für Fallauswahl: 1:1-Verteilung von Patient\*innen mit/ohne SPV-Bedarf; hohe Varianz an Tumorentitäten, Alter, Geschlecht; Einschluss Fälle mit besonderem Interesse). An allen drei Standorten folgten die Fallbesprechungen einem einheitlichen Ablauf: (1) Fallvorstellung, (2) Erstellung eines ganzheitlichen Bedarfsprofils über neun Dimensionen und (3) Entscheidung über SPV-Bedarf (ja/nein). Die Sitzungen wurden protokolliert und per Audiorecorder aufgezeichnet. Die Beurteiler-Übereinstimmung bezüglich des SPV-Bedarfs wurde mittels Fleiss Kappa ermittelt; zudem wurden die Bedarfsprofile und Transkripte analysiert.

**Ergebnisse** Zwischen den PMDs bestand bei 17 von 20 Fällen eine Übereinstimmung in der Beurteilung bezüglich des SPV-Bedarfs; dies entspricht einer substanzialen Übereinstimmung mit einem Fleiss Kappa von  $\kappa = 0,80$  (95 %-CI: 0,55-1,0;  $p < 0,001$ ).

Die Bedarfsprofile sind deutlich mit den Urteilen zu SPV-Bedarf assoziiert: In Fällen mit hoher Komplexität (mehrere unterschiedliche Bedarfe) wurde übereinstimmend SPV-Bedarf bescheinigt. In weiteren Analysen zeigen sich kontroverse Themen, z.B. ob bei keinem / geringem Bedarf in der somatischen Dimension und gleichzeitig hohem psychosozialen und / oder spirituellen Bedarf ein SPV-Bedarf postuliert werden sollte.

**Schlussfolgerung** Das multiprofessionelle Urteil der drei PMDs weist eine hohe Übereinstimmung auf und eignet sich sehr gut als Referenzkriterium für SPV-Bedarf. Die Ergebnisse der Studienphase 1 ermöglichen zudem Einblicke in Argumentationslinien von Expert\*innen zum Thema SPV-Bedarf und in die Bewertung patient\*innenseitiger Bedarfe bzw. Bedarfskonstellationen als Aufgabe der APV bzw. der SPV.

## P146 „Lass uns kurz und offen reden“ Schnittstellenkommunikation zwischen Praxis und Klinik bei Patient:innen mit metastasiertem Lungenkrebs aus der Perspektive von Hausärzt:innen

**Autoren** Siegle A, Korezelidou A, Deis N, Unsöld L, Thomas M, Villalobos M  
**Institut** Thoraxklinik am Universitätsklinikum, Heidelberg, Deutschland  
**DOI** 10.1055/s-0042-1754036

**Hintergrund** Über den Erkrankungsverlauf erleben Patient:innen mit metastasiertem Lungenkarzinom oft stationäre und ambulante Phasen im Wechsel. Hierdurch ergeben sich Uneindeutigkeiten welche ärztlichen Ansprechpartner:innen verantwortlich für die Initiierung und Durchführung von erkrankungsrelevanten Gesprächen über Prognose, Krankheitsverlauf, Vorausschauende Versorgung und Versorgung am Lebensende sind. Geprägt sind diese Gespräche durch bestehende Systembrüche in der Koordination, Dokumentation, Feedback und Zusammenarbeit zwischen Klinik und ambulanter Versorgung. Ziel der Studie ist die Exploration der Schnittstellenkommunikation zwischen stationärer und ambulanter Behandlung von Patient:innen mit metastasiertem Lungenkrebs.

**Methode** Qualitative semi-strukturierte Telefoninterviews mit 10 Hausärzt:innen wurden durchgeführt. Die Gespräche wurden als Audioaufnahme gespeichert, transkribiert und nach der thematischen Analyse (Braun und Clarke) mit folgenden Schritten ausgewertet: Einlesen, offenes Codieren, Themensuche, Themenvergleich, Definition der Themen, Beschreibung der Ergebnisse.

**Ergebnisse** Während für die meisten Hausärzt:innen das Prognosegespräch eine Aufgabe der Klinik darstellt, sehen sie Gespräche über Krankheitsverlauf, Vorausschauende Versorgung und Versorgung am Lebensende sowohl in ihrem als auch im Aufgabenbereich der Klinikärzt:innen. Hierbei wird besonders das

wiederholte Gesprächsangebot als relevant angesehen, da die Aufnahmekapazität und -bereitschaft der Patient:innen häufig eingeschränkt sei. Aus hausärztlicher Perspektive wird auf einen Hinweis zum Ende der tumorspezifischen Therapie bei zentrumsbasierter Betreuung in der Klinik gewartet, um weiterführende (spezialisierte-) Palliativversorgung zu initiieren. In diesen wie auch komplexeren Erkrankungssituationen der Patient:innen – wie geringe prognostic awareness oder abnehmendem Nutzen-Risiko-Verhältnis der Therapie – wäre ein kurzer, telefonischer Austausch mit verlässlicher Erreichbarkeit wünschenswert.

**Schlussfolgerung** Klar geregelte Strukturen für den direkten Informationsaustausch zwischen Praxis und Klinik sind notwendig, um eine abgestimmte Kommunikation und Versorgung für Patient:innen beim Übergang zu Best Supportive Care zu koordinieren. Diese kann z.B. über eine erweiterte Rubrik im Arztbrief für spezielle Gesprächsthemen und/oder bei weiteren Fragen und komplexen Patientensituationen über direkte telefonische Ansprechpartner:innen in der Klinik hergestellt werden.

## P149 Berliner Begleitmappe – Ein Projekt zur Unterstützung der frühzeitigen Integration der Palliativversorgung und des Advance Care Planning

**Autoren** Barnard K<sup>1</sup>, Repsch A<sup>1</sup>, von Trott P<sup>2</sup>, Reinecke A<sup>3</sup>  
**Institute** 1 Johannesstift Diakonie, Stabsstelle Palliativ- und Supportivmedizin, Berlin, Deutschland; 2 Palliativteam Hochtaunus, Bad Homburg, Deutschland; 3 Tumorzentrum Berlin e. V., Berlin, Deutschland  
**DOI** 10.1055/s-0042-1754037

**Hintergrund** Prävention mit dem Fokus auf Aufklärung, Autonomie und Erhalt der Lebensqualität ist für Patient\*innen mit chronischen, lebenslimitierenden Erkrankungen wichtig. Dafür stehen niederschwellige, unterstützende und beratende Angebote zur Verfügung, die besonders durch eine frühe Integration der Palliativversorgung (PV) und Umsetzung des Advance Care Planning (ACP) Prozesses systematisch erreichbar werden.

**Methode** Die Berliner Begleitmappe wurde in diesem Zusammenhang entwickelt, um besonders Patient\*innen im Leben mit ihrer Erkrankung von Beginn an zu unterstützen. Ein multiprofessionelles Team hat die Mappe in enger Zusammenarbeit mit dem Tumorzentrum Berlin e.V. und Patient\*innen 2020 entwickelt. Dabei wurde auf Erfahrungen mit sog. Tumor- und Notfallmappen zurückgegriffen.

In thematisch gegliederten Registern kann der persönliche Krankheits- und Versorgungsverlauf mit individuell nutzbaren Formularen und Unterlagen der Versorger\*innen dokumentiert werden, um z. B. Termine vor- und nachzubereiten. Zudem werden Beratungsangebote für finanzielle, familiäre und berufliche Hilfen sowie Informationen zu supportiven Therapien, Vorsorgemaßnahmen und Begleitungsangeboten dargestellt. Auch Informationen zu sensiblen Themen, wie Organspende, Bestattungswünsche und einem Testament sind in der Mappe zu finden. Die Mappe kann damit auch dazu beitragen, informierte Entscheidungen im Krankheitsverlauf und zum Ende des Lebens zu treffen. In einer Pilotstudie wurde die Handhabbarkeit und Nutzbarkeit der Mappe von Patient\*innen sowie Versorger\*innen mittels quantitativer und qualitativer Befragungen überprüft.

**Ergebnisse** Die Evaluationsergebnisse flossen in die gestalterische und inhaltliche Weiterentwicklung der zweiten Auflage ein. Seit Herbst 2021 werden 4000 dieser Mappen kostenfrei an alle interessierten Kliniken, Beratungsstellen der Bezirksamter und ärztlichen Praxen in Berlin verteilt, um diese systematisch in der Versorgung der Patient\*innen zu nutzen. Die ersten Rückmeldungen sind positiv.

Um den Effekt der Mappe aus Sicht der Patient\*innen und Versorger\*innen weiter zu evaluieren, wird zurzeit eine zweite Begleitstudie durchgeführt.

**Schlussfolgerung** Sollte die zweite Evaluation zeigen, dass die Mappe einen Zugewinn in der Versorgung von Betroffenen und Unterstützung für diese im Leben mit der Erkrankung bedeutet, sollte die Mappe allen interessierten

Patient\*innen angeboten werden. Dafür könnte ggf. eine Mischfinanzierung aus Mitteln der Krankenkasse und des Senates angestrebt werden

## P238 Spezialisierte Palliative Care nach kardiopulmonaler Reanimation: eine multiprofessionelle qualitative Interviewstudie

**Autoren** Tenge T<sup>1,2</sup>, Schallenburg M<sup>2</sup>, Schwartz J<sup>2</sup>, Meier S<sup>1</sup>, Neukirchen M<sup>1,2</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinik für Anästhesiologie, Düsseldorf, Deutschland; 2 Universitätsklinikum Düsseldorf, Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Düsseldorf, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754038

**Hintergrund** Eine kardiopulmonale Reanimation (CPR) stellt sowohl PatientInnen und deren Angehörige als auch BehandlerInnen im Krankenhaus vor belastende Herausforderungen. Laut Daten des deutschen Reanimationsregisters von 2020 beträgt das 24-Stunden Überleben nach erfolgreicher CPR rund 59 % und es können rund ein Drittel der PatientInnen das Krankenhaus lebend verlassen. Neben der hohen Letalität von PatientInnen nach CPR, ist oft auch die Lebensqualität in ihren verschiedenen Dimensionen eingeschränkt. Hier könnte die Integration von spezialisierter Palliative Care (sPC) hilfreich sein, um zusätzliche Symptomlast auf der physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Ebene zu detektieren und die Lebensqualität von PatientInnen mit lebensbedrohlichen Zuständen und deren Angehörigen zu verbessern. Auch bei schwierigen Gesprächen mit PatientInnen und Angehörigen, beispielsweise im Hinblick auf Therapiezieländerungen, könnte eine Integration von sPC unterstützen. Aktuell gibt es keine standardisierte Implementation von sPC nach CPR, ebenso sind Studien zu diesem Thema rar. Es stellt sich die Frage, inwieweit im klinischen Alltag ein Bedarf an sPC wahrgenommen wird.

**Methode** Es handelt es sich um eine qualitative Interviewstudie mit Fokusgruppen. Es sind jeweils Interviews mit Fach- und OberärztInnen, AssistenzärztInnen und Pflegefachkräften aus der Zentralen Notaufnahme und von Intensivstationen (operativ, internistisch) geplant. Der semi-strukturierte Interviewleitfaden gliedert sich in vier Blöcke zu bisherigen Erfahrungen, zum Bedarf an sPC nach CPR, möglichen Triggerfaktoren und einer möglichen Umsetzungsgestaltung. Die anonymisierte Auswertung erfolgt nach Transkription mittels inhaltlicher strukturierender Inhaltsanalyse nach Kuckartz.

**Ergebnisse** Das primäre Ziel der aktuell laufenden Studie liegt darin zu erfahren, wie ÄrztInnen und Pflegefachkräfte den Bedarf von sPC nach CPR wahrnehmen. Sekundäre Ziele befassen sich mit der Identifizierung von Patienten- und allgemeinen Settingfaktoren, die Trigger für sPC nach CPR darstellen könnten. Möglichkeiten einer bedarfsgerechten Umsetzung aus der Perspektive der Befragten sollen ebenfalls ermittelt werden.

**Schlussfolgerung** Durch die Einführung von sPC nach CPR im Krankenhaus könnte die Versorgung von PatientInnen verbessert und die Belastung von Angehörigen und BehandlerInnen vermindert werden. Um sich dem Thema bei aktuell spärlicher Datenlage zu nähern, erfolgt die vorliegende Studie.

## P275 "Das war zu erwarten" – über das Verstehen der Zuweiser nach dem Versterben gemeinsam begleiteter Menschen

**Autor** Mosich V

**Institut** CS Caritas Socialis, Wien, Österreich

**DOI** 10.1055/s-0042-1754039

**Hintergrund** Spezialisierte Palliative Institutionen sind auf die Zuweisung von Patient\*innen durch Fachpersonen der Grundversorgung angewiesen, um ihre Zielgruppe gut erreichen zu können. Manchmal bedeutet die Zuweisung ein „vorzeitiges“ Beenden der Behandlungsbeziehung, weil ja eine Übernahme angestrebt wird. Für die primär Begleitenden kann die Katamnese, „wie ist es weitergegangen“ von Interesse sein.

**Methode** Untersucht wurde eine Institution der Spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich, die eine Palliativstation und ein Mobiles Palliativteam umfasst. Über den Zeitraum von 3 Monaten sollte nach jedem Todesfall die zuweisende Institution telefonisch kontaktiert und über das Versterben informiert werden. Die telefonierende Person machte Notizen zu den Telefonaten. Es wurden Daten zu den Patient\*innen quantitativ analysiert wie auch die Gesprächsnotizen qualitativ.

**Ergebnisse** Im Zeitraum von 3 Monaten sind 83 Patient\*innen verstorben, 56 auf der Palliativstation, 40 nach mobiler Palliativbegleitung, 13 davon waren in beiden Bereichen begleitet worden. Bei 57 (69%) war die Anmeldung durch eine Institution erfolgt. Es kamen 48 (84%) Telefongespräche zustande, bei 9 Fällen wurde nicht telefoniert, der Zeitpunkt erschien als zu spät. Das Telefonat fand im Median 4 Tage nach dem Versterben statt. In der Mehrzahl der Fälle wurde beim ersten Versuch eine Ansprechperson erreicht, im Mittel nach 1,4 Versuchen (max.4).

Reaktionen auf die Todesfallnachricht waren folgenden Kategorien zuzuordnen: **Dank:** für die Information, die Zusammenarbeit, Plan, die Information weiter zu teilen

**Erinnerung:** detaillierte Nachfrage zur Katamnese, Austausch über Erlebtes mit de \* r Verstorbenen

**Gefühle:** Trost, dass das Sterben ruhig war, Staunen, Überraschung

**„unnötig“:** wusste schon bescheid, keine Erinnerung an Patient \* in, ratlos

**Austausch:** über andere Fälle bzw. palliative Themen abseits des konkreten Falls

**Schlussfolgerung** Eine neue Aufgabe bedarf eines Zeitbudgets: durch die Delegation an eine einzige Person kam es zu Zeitverzögerungen, die eine Todesfallinformation als unpassend spät erscheinen ließen, sodass diese unterblieb. Der kollegiale Austausch über Patient\*innen über Institutionsgrenzen hinweg wurde vorwiegend positiv aufgenommen. Auch wenn in einigen Fällen die angerufene Person mit der Information wenig anfangen konnte, scheint es vorwiegend ein Interesse der vorbetreuenden Institutionen an der Katamnese zu geben.

## Qualitätsaspekte und -sicherung

### V134 Die ‚Wicked Problems‘ der spezialisierten Palliativversorgung während der COVID-19 Pandemie

**Autoren** Wikert J, Bausewein C, Hodiament F

**Institut** Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, LMU Klinikum, München, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754040

**Hintergrund** Die Sicherstellung einer effektiven Palliativversorgung ist im Kontext der aktuellen COVID-19-Pandemie von großer Bedeutung, aber besonders herausfordernd. Einzelpersonen, Gesellschaft, Politik und auch die spezialisierte Palliativversorgung (SPV) sind von der schnellen Ausbreitung des Virus und den umfangreichen Gegenmaßnahmen betroffen. Das Konzept der ‚Wicked Problems‘ (vertrackten Probleme) bezieht sich auf komplexe Probleme ohne bewährte Lösungen und kann verwendet werden, um die Folgen der Pandemie auf die SPV zu analysieren. Ziel der Studie war die Entwicklung eines gegenstandsbezogenen Verständnisses von Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf spezialisierte palliativmedizinische Versorgungsstrukturen und -prozesse in Deutschland.

**Methode** Qualitative deutschlandweite Studie, in Anlehnung an die konstruktivistische Grounded Theory Methodologie, mit 11 semi-strukturierten Expert\*inneninterviews von Mai bis Juli 2020 und 23 episodischen Interviews mit Professionellen (Ärzt\*innen, Pflegenden, Therapeut\*innen, Seelsorger\*innen und Sozialarbeiter\*innen) aus verschiedenen Settings der SPV von Februar bis Juni 2021.

**Ergebnisse** Die Pandemie hat die Einrichtungen der spezialisierten Palliativversorgung vor einzigartige strukturelle und prozessuale Herausforderungen gestellt, die den Schlüsselcharakteristika der sog. ‚Wicked Problems‘ entsprechen. Dazu gehören komplexe Wechselbeziehungen, sich widersprechende Umstände und wechselnde Anforderungen. In Folge konnten Lösungsversuche möglicherweise in neuen Problemen und unbekanntem negativen Konsequenzen enden. Kreatives strategisches Herangehen und dynamisches Reagieren auf der Mikro- und Mesoebene haben zu innovativen Entwicklungen beigetragen und können zu einer langfristigen Verbesserung der spezialisierten Palliativversorgung führen. Verfügbarkeit von Informationen, transparente Kommunikation, verständliche Anweisungen und Einbeziehung bzw. Teilhabe bei der Entscheidungsfindung und Suche nach Lösungen haben positive Entwicklungen in den spezialisierten Palliativteams gefördert.

**Schlussfolgerung** Die Bewältigung der durch die COVID-19-Pandemie verursachten Probleme in der SPV erfordert Systemdenken und eine offene Haltung gegenüber Lernprozessen. Dies kann es den betroffenen Teams erleichtern, die Pandemie nicht nur zu überwinden und zum Normalzustand zurückzukehren, sondern an den aktuellen Herausforderungen zu wachsen indem Strukturen und Prozesse weiterentwickelt werden.

## V200 Review europäischer Leitlinien zur palliativen Sedierung: eine Grundlage für die Überarbeitung des Rahmenkonzepts der European Association for Palliative Care

**Autoren** Surges SM<sup>1</sup>, Garralda E<sup>2,3</sup>, Jaspers B<sup>1,4</sup>, Brunsch H<sup>1</sup>, Rijpstra M<sup>5</sup>, Hasselaar J<sup>5</sup>, Van der Elst M<sup>6</sup>, Menten J<sup>6</sup>, Csikós Á<sup>7</sup>, Mercadante S<sup>8</sup>, Mosoiu D<sup>9,10</sup>, Payne S<sup>11</sup>, Centeno C<sup>2,3</sup>, Radbruch L<sup>1,12</sup>

**Institute** 1 Universität Bonn, Universitätsklinikum Bonn, Klinik für Palliativmedizin, Bonn, Deutschland; 2 ATLANTES Global Palliative Care Observatory, Institute for Culture and Society, University of Navarra, Pamplona, Spanien; 3 IdISNA., Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra, Pamplona, Spanien; 4 Universität Göttingen, Universitätsmedizin, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, Deutschland; 5 Radboud University Medical Centre (Radboudumc), Nijmegen, Niederlande; 6 UH & KU Leuven, Laboratory of Experimental Radiotherapy, Leuven, Belgien; 7 University of Pecs Medical School, Department of Hospice-Palliative Care, Department of Primary Health Care, Pecs, Ungarn; 8 Main regional centre for pain relief and palliative/supportive care, La Maddalena Cancer Centre, Palermo, Italien; 9 Transilvania University, Brasov, Rumänien; 10 Hospice Casa Sperantei, Brasov, Rumänien; 11 Faculty of Health and Medicine, Lancaster University, International Observatory on End-of-Life Care, Lancaster, Vereinigtes Königreich; 12 Helios Klinikum Bonn/Rhein-Sieg, Bonn, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754041

**Hintergrund** Leitlinien (LL) zur palliativen Sedierung (PS) wurden in unterschiedlichen geografischen und kulturellen Kontexten entwickelt, welche aufgrund eines fehlenden Konsenses über Terminologie und Konzepte divergieren. Im Rahmen des Projekts PalliativeSedation (<https://palliativesedation.eu/>) soll die Analyse von LL für PS aus acht europäischen Ländern die geplante Überarbeitung des Rahmenkonzepts der European Association for Palliative Care (EAPC) unterstützen.

**Methode** Die drei am häufigsten verwendeten Dokumente pro Land (n = 8) wurden durch eine Online-Umfrage unter 124 klinischen Experten im Jahr 12/2019 ermittelt. Diejenigen, die die Kriterien einer LL erfüllen, wurden ausgewählt. Basierend auf der Arbeit von Abarshi et al. (2017) wurden Inhalt und Qualität vergleichend zum EAPC-Rahmenkonzept für PS mit dem Instrument Appraisal Guideline Research and Evaluation II evaluiert.

**Ergebnisse** Neun LL wurden für die Analyse herangezogen. Alle erkannten PS als letztes Mittel zur Behandlung refraktärer Symptome an, unterschieden sich jedoch darin, wie Refraktärität zu bestimmen sei. Die meisten erkannten psychische oder existenzielle Leiden als (Teil) einer Indikation an. Alle stimmten

darin überein, dass die Beurteilung multiprofessionell erfolgen sollte, waren sich aber uneins über die erforderliche Fachkompetenz des Behandlungsteams. Entscheidungen über Flüssigkeitszufuhr und Ernährung sollten unabhängig von denen für PS getroffen werden, aber es gibt keinen Konsens über den Entscheidungsprozess. Methodische Schwächen zeigen sich insbesondere in den Bereichen *Genauigkeit der Leitlinienentwicklung und Anwendbarkeit*.

**Schlussfolgerung** Bei Überarbeitungen der analysierten LL sollten die Punkte der anhaltenden Debatte über die PS diskutiert und die festgestellten methodischen Schwächen behoben werden, um die Qualität des Inhalts und die Anwendbarkeit der Empfehlungen zu verbessern.

Förderung: Forschungs- und Innovationsprogramm Horizont 2020 der Europäischen Union unter der Fördervereinbarung Nr. 825700

## V265 Deutschsprachige Selbsteinschätzungsinstrumente zur Bedarfserfassung bei Angehörigen von Patient: innen mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen- ein narratives Review

**Autoren** Oubaid N<sup>1</sup>, Ullrich A<sup>1</sup>, Schwenitzki L<sup>1</sup>, Berendt J<sup>2</sup>, Heckel M<sup>2</sup>, Hentschel L<sup>3</sup>, Hornemann B<sup>3</sup>, Jentschke E<sup>4</sup>, Pauli B<sup>5</sup>, Simon S<sup>5</sup>, Stiel S<sup>6</sup>, van Oorschot B<sup>4</sup>, Oechsle K<sup>1</sup>, Unter-AG „Angehörige“ der AG Palliativmedizin im Netzwerk der von der Deutschen Krebshilfe geförderten Onkologischen Spitzenzentren (CCCs)

**Institute** 1 Palliativmedizin, Klinik und Poliklinik für Onkologie, Hämatologie und KMT, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Hamburg, Deutschland; 2 Universitätsklinikum, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Deutschland; 3 Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Universitäts-Krebs-Centrum (UCC), Dresden, Deutschland; 4 Interdisziplinäres Zentrum Palliativmedizin, Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie, Universitätsklinikum Würzburg, Würzburg, Deutschland; 5 Zentrum für Palliativmedizin, Uniklinik Köln, Köln, Deutschland; 6 Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754042

**Hintergrund** Gemäß Leitlinien sollen nicht nur Bedarfe von Patient:innen mit onkologischer Erkrankung, sondern auch die deren Angehöriger systematisch erfasst werden. Allerdings besteht aktuell keine Übersichtsarbeit, die darlegt, welche Instrumente zur Bedarfserfassung durch Selbsteinschätzungsinstrumente für eine Nutzung im deutschsprachigen Versorgungsalltag vorliegen. Ziel dieser Arbeit war daher die Identifikation, Bewertung und Kurzbeschreibung von im klinischen Alltag einsetzbaren deutschsprachigen und validierten Selbsteinschätzungsinstrumenten zur Bedarfserfassung in Bezug auf unterschiedliche Aspekte von Bedarfen bei Angehörigen.

**Methode** Die narrative Übersichtsarbeit basiert auf einer syntaxbasierten, systematischen Literaturrecherche in PubMed (11/2021). Gemäß der Suchstrategie wurden Abstracts gesichtet und anschließend Volltexte bewertet. Für die aus diesem Prozess identifizierten und als relevant erachteten Instrumente wurden im Nachhinein Informationen wie Originalautor:innen, Autor:innen der deutschsprachigen Version, Messgegenstände, Skalen- und Auswertungsinformationen und Zielgruppe syntaxunabhängig recherchiert.

**Ergebnisse** Es wurden durch die Literaturrecherche 525 Fachartikel gefunden, die sich mit Instrumenten für Angehörige beschäftigen. In einem mehrstufigen, Kriterien-gebundenen Prozess wurden nach Auswertung der Fachartikel 12 Selbsteinschätzungsinstrumente identifiziert. Diese 12 Instrumente erfassen – aus ihrem primären Zweck heraus oder in Teilen – Bedarfe von Angehörigen bezüglich a) Gesamtbelastung, b) psychosoziale Belastung und psychopathologische Symptome, c) Lebensqualität und d) Unterstützungsbedürfnisse. Außerdem sind sie in deutscher Sprache verfügbar, validiert, praktikabel in der alltäglichen Anwendung sowie leicht zugänglich. Die Instrumente werden – zuzüglich ihrer Kurzversion – mit relevanten Informationen zu Einsatz, Zielparametern, Autorenverweisen, Verfügbarkeit und Auswertung übersichtlich vor- und dargestellt.

**Schlussfolgerung** Diese Übersicht kann im klinischen Alltag bedeutsam sein, da sie ein Repertoire an Instrumenten zur Selbsteinschätzung bei Angehörigen abbildet, dessen Einsatz eine leitliniengerechtere Versorgung im deutschsprachigen Raum ermöglicht. Letztendlich decken diese Instrumente jedoch nur einzelne Aspekte möglicher Bedarfe von Angehörigen ab und es bleibt zu klären, wie diese Instrumente für die Routineanwendung zusammengeführt oder eine Auswahl getroffen werden kann.

## P124 Versorgungsqualität der ambulanten Palliativversorgung in Westfalen-Lippe – initiale Ergebnisse einer Mixed-Methods-Studie

**Autoren** Giehl C, Suslow A, Lauer R, Chikhradze N, Rasche P, Vollmar HC, Otte I

**Institut** Ruhr-Universität Bochum, Abteilung für Allgemeinmedizin, Bochum, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754043

**Hintergrund** Die „Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld“ legt seit 2009 den Rahmen für die ambulante Palliativversorgung im Raum Westfalen-Lippe fest. Die Besonderheiten dieser Vereinbarung sehen vor, dass Hausärzt\*innen, Palliativmedizinische Konsiliardienste (PKD) und andere spezialisierte Berufsgruppen, gemeinsam an der ambulanten Palliativversorgung beteiligt sind. Wenngleich Richtlinien, Verträge und Vereinbarungen zur ambulanten Palliativversorgung bestehen, existieren aktuell nur begrenzt Daten zur erzielten Versorgungsqualität der ambulanten Palliativversorgung in Westfalen-Lippe. Darüber hinaus wurde auch die Patient\*innenperspektive bislang kaum untersucht. Im Rahmen der Studie werden initiale Ergebnisse einer Evaluation dieses Palliativversorgungsmodells aus Perspektive der Versorger\*innen, der Patient\*innen und Angehörigen dargestellt.

**Methode** Im Rahmen der Studie VESPAL (Versorgungsqualität in der ambulanten Palliativversorgung am Beispiel von Westfalen-Lippe), das im Februar 2022 startete, werden qualitative Daten anhand Nicht-Teilnehmender Beobachtungen von 5 ambulanten Versorger\*innen erhoben. Anschließend werden semi-strukturierte Leitfadenterviews mit 25 Patient\*innen und Angehörigen sowie mit 25 Versorger\*innen geführt. Die Auswertung der Interviews basiert auf der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz.

**Ergebnisse** Derzeit wird die Datenerhebung vorbereitet, die qualitativen Ergebnisse werden bis zum Kongress vorliegen. Diese werden empirische Erkenntnisse darüber liefern, welche Erfahrungen Patient\*innen und Angehörige sowie Versorger\*innen mit der ambulanten Palliativversorgung in Westfalen-Lippe gemacht haben und welche Bedürfnisse sowie Wünsche für diese Versorgung bestehen.

**Schlussfolgerung** Die Strukturen der ambulanten Palliativversorgung grenzen sich in Westfalen-Lippe von den restlichen Strukturen in Deutschland ab. Die Palliativversorgung in Westfalen-Lippe verfolgt einen deutschlandweit einmaligen Ansatz. Im Rahmen dieses Beitrags wird aufgezeigt werden, inwieweit dieser Ansatz Herausforderungen birgt und ob sich ggfs. Best-Practice-Beispiele für die generelle Palliativversorgung aus dieser Versorgungsform ableiten lassen. Ein Fokus liegt hierbei auf der Versorgungsqualität und der Perspektive von Patient\*innen und deren Angehörigen.

## P175 Entwicklung einer Handreichung zur Bewältigung pandemiebedingter Herausforderungen in der Pflege, Palliativ- und Hospizversorgung

**Autoren** Annac K<sup>1</sup>, Wahidie D<sup>1</sup>, Özer Erdogdu I<sup>1</sup>, Brauer K<sup>1</sup>, Ölcer S<sup>1</sup>, Idris M<sup>1</sup>, Altinok K<sup>1</sup>, Pacolli L<sup>1</sup>, Yilmaz-Aslan Y<sup>1,2,3</sup>, Brzoska P<sup>1</sup>

**Institute** 1 Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Department für Humanmedizin, Lehrstuhl für Versorgungsforschung, Witten, Deutschland; 2 Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG3 Epidemiologie und International Public Health, Bielefeld,

Deutschland; 3 Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG6 Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft, Bielefeld, Deutschland  
**DOI** 10.1055/s-0042-1754044

**Hintergrund** Durch die COVID-19-Pandemie sind Einrichtungen der Pflege, Palliativ- und Hospizversorgung besonderen Herausforderungen ausgesetzt. Gründe dafür sind u.a. das hohe Alter und bestehende Vorerkrankungen der Pflegebedürftigen, welche Risikofaktoren für einen schweren Verlauf von COVID-19 darstellen [1]. Zudem können durch notwendige Schutzmaßnahmen wie Besuchseinschränkungen rechtliche, soziale und ethische Dilemmata zwischen Infektionskontrolle und dem Schutz gefährdeter Personen einerseits und der Gewährleistung grundlegender Patientenrechte andererseits entstehen [2]. Ziel der Untersuchung war die Entwicklung einer Handreichung, um Pflege-, Palliativ- und Hospizeinrichtungen beim Umgang mit pandemiebedingten Herausforderungen zu unterstützen.

**Methode** Die Studie nutzte ein Mixed-Methods-Design, das einen Scoping Review bestehender Empfehlungen für Pflege-, Palliativ- und Hospizeinrichtungen (n = 51), eine Dokumentenanalyse von 138 Einrichtungswebseiten, zehn qualitative Telefoninterviews mit Angehörigen palliativversorgter Patient\*innen, eine bundesweite Online-Befragung von Pflege-, Palliativ- und Hospizeinrichtungen (n = 1.073) sowie Einzelinterviews mit sieben Mitarbeiter\*innen ausgewählter Einrichtungen umfasst. Die Daten aus den einzelnen Forschungsansätzen wurden trianguliert und zu einer Handreichung synthetisiert. Die Handreichung wurde in zwei Diskussionszirkeln mit Angehörigen und Expert\*innen aus dem Bereich Ethik und Recht diskutiert und konsentiert.

**Ergebnisse** Die Handreichung beinhaltet Empfehlungen zur Bewältigung pandemiebedingter Herausforderungen in der Pflege, Palliativ- und Hospizversorgung und ist in zwei Teile unterteilt. Im ersten Teil werden Maßnahmen zur Vorbereitung und Organisation, zur Hygiene- und Infektionskontrolle, zum Personalmanagement, zur Beschaffung von und Ausstattung mit Schutzmaterialien, zum Austausch mit externen Institutionen und zur psychosozialen Unterstützung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sowie von Mitarbeitenden vorgestellt. Im zweiten Teil werden mithilfe der Prinzipienethik von Beauchamp und Childress [3] einzelne Problemfelder von Pflegebedürftigen, der Besucherpolitik, des Personals und des Themas Impfung näher betrachtet.

**Schlussfolgerung** Die Handreichung kann durch evidenzbasierte, niedrigschwellige und praxisorientierte Empfehlungen Einrichtungen im Umgang mit der aktuellen Pandemie, aber auch zukünftigen Pandemien oder anderen Public-Health-Krisen, unterstützen, muss allerdings im Rahmen weiterer Evaluationsstudien geprüft werden.

### References

- [1] Wolf-Ostermann K, Schmidt A, Preuß B, Heinze F, Seibert K, Friedrich AC, Domhoff D, Stolle C, Rothgang H. 2020 Pflege in Zeiten von Corona: Ergebnisse einer deutschlandweiten Querschnittsbefragung von ambulanten Pflegediensten und teilstationären Einrichtungen, Pflege 277-288, 33/5
- [2] Berlinger N, Wynia M, Powell T, Hester DM, Guidry-Grimes LK, Watson JC, et al. 2020 Ethical framework for health care institutions responding to novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) guidelines for institutional ethics services responding to COVID-19. Managing uncertainty, safeguarding communities, guiding practice., The Hastings Center
- [3] Beauchamp TL, Childress JF. 2013 Principles of Biomedical Ethics, Oxford University Press

## P180 Positionspapier: Aufnahme von qualifizierter und professioneller Sprach- und Kulturmittlung ins SGB V als Voraussetzung für Chancengleichheit beim Zugang zur Hospiz- und Palliativversorgung

**Autoren** Behzadi A<sup>1,2</sup>, Banse C<sup>2,3</sup>, Bohnhoff F<sup>4</sup>, Günay Y<sup>2,5</sup>, Hopp S<sup>6</sup>, Jansky M<sup>2,3</sup>, Lenk-Neumann B<sup>4</sup>, Migala S<sup>2,7</sup>, Pakaki N<sup>2,8</sup>, Schmidt-Pabst E<sup>2,9</sup>  
**Institute** 1 Charité Universitätsmedizin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Hämatologie, Onkologie und Tumorummunologie, Campus Virchow-Klinikum, Berlin, Deutschland; 2 Arbeitsgemeinschaft Palliativver-

sorg für Menschen mit Migrationshintergrund, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Berlin, Göttingen, München, Deutschland; 3 Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, Deutschland; 4 Bayerisches Zentrum für Transkulturelle Medizin e.V., München, Deutschland; 5 Hospizdienst DaSein e.V., Fachstelle Kultursensible Begleitung / Migration, München, Deutschland; 6 Berliner Initiative für gutes Dolmetschen, Berlin, Deutschland; 7 Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, Deutschland; 8 Hausärztliche Praxis, Kornwestheim-Pattonville, Deutschland; 9 Hoffmannstaler Stiftung, Lobetal, Ambulanter Lazarus Hospizdienst, Berlin, Deutschland  
DOI 10.1055/s-0042-1754045

**Hintergrund** Laut Mikrozensus 2020 haben 27 % der Einwohner:innen der Bundesrepublik Deutschland einen Migrationshintergrund. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes macht deutlich, dass Menschen mit Migrationshintergrund häufiger medizinische Leistungen in Anspruch nehmen als Menschen ohne Migrationshintergrund. Gleichzeitig zeigen Studien, dass Menschen mit Migrationshintergrund am Lebensende im deutschen Gesundheitswesen unterrepräsentiert und schlecht versorgt sind. Sprachbarrieren liefern eine zentrale Begründung für dieses Phänomen.

**Methode** Auf Grundlage der Analyse der Versorgungssituation für Menschen mit Migrationshintergrund am Lebensende sowie der aktuellen Rechtsgrundlage für die Finanzierung von Sprachmittlung haben Mitglieder der AG Palliativversorgung für Menschen mit Migrationshintergrund der DGP gemeinsam mit Expert:innen der Sprachmittlung ein Positionspapier für die Sicherstellung einer qualifizierten und professionellen Kultur- und Sprachmittlung als Voraussetzung für Chancengleichheit beim Zugang zu Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung formuliert.

**Ergebnisse** Für die Behandlung am Lebensende lässt sich insgesamt eine Sprachlosigkeit über Tod und Sterben attestieren. Im Falle einer unzureichenden oder fehlenden Sprach- und Kulturmittlung muss daher von einer doppelten Sprachlosigkeit ausgegangen werden. Die häufig praktizierte Nutzung von Angehörigen und Laien als Dolmetscher:innen ist fachlich nicht vertretbar. Die Qualität der multiprofessionellen Hospiz- und Palliativversorgung hängt vor allem von einer gelingenden Kommunikation zwischen Betroffenen, ihren Angehörigen und Behandler:innen ab. Fehlen die sprachlichen Voraussetzungen für eine umfassende Aufklärung und prozessbegleitende Kommunikation, ist weder eine patient:innenorientierte Versorgung möglich noch können Fehlversorgungsketten mit deutlichen gesundheitsökonomischen Auswirkungen verhindert werden.

**Schlussfolgerung** Um a) die Chancengleichheit und das Selbstbestimmungsrecht von Patient:innen sicherzustellen, b) eine individuelle und systemische Fehlversorgung zu vermeiden und damit c) eine gesundheitsökonomische Effizienz im Versorgungssystem zu gewährleisten, ist der Rechtsanspruch auf eine Kostenerstattung für den prozessbegleitenden Einsatz von qualifizierten und professionellen Sprach- und Kulturmittler:innen in der Hospiz- und Palliativversorgung für das multiprofessionelle Angebotsspektrum verbindlich in SGB V zu regeln, so wie im aktuellen Koalitionsvertrag vom 24.11.2021 angekündigt.

## P195 Multiprofessionelle Kommunikationsseminare als Unterstützungsangebot in Pandemiezeiten

**Autoren** Schallenburg M<sup>1</sup>, Sammer T<sup>2</sup>, Batzler Y-N<sup>1</sup>, Meier S<sup>3</sup>, Neukirchen M<sup>1</sup>, Tenge T<sup>4</sup>, Stillger C-M<sup>1</sup>, Schwartz J<sup>1</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinik Düsseldorf, Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Düsseldorf, Deutschland; 2 Franziskus Krankenhaus Berlin, Klinik für Palliativmedizin, Berlin, Deutschland; 3 Universitätsklinik Düsseldorf, Klinik für Anästhesiologie, Düsseldorf, Deutschland; 4 Universitätsklinik Düsseldorf, Klinik für Anästhesiologie, Düsseldorf, Deutschland  
DOI 10.1055/s-0042-1754046

**Hintergrund** Die SARS-CoV-2 Pandemie hat die zuvor bestehende Belastung des Personals auf Intensivstationen verstärkt. Die Behandlung zahlreicher

schwerstkranker, nicht selten wacher IntensivpatientInnen mit ungewohnt hoher Letalität geht u.a. aufgrund der häufigen „Breaking Bad News“-Therapiezielgespräche mit einer extremen psychischen Belastung einher. Erschwerend kamen Besuchseinschränkungen und folgend reduzierte Kommunikation mit Angehörigen auf Seiten der MitarbeiterInnen, aber auch PatientInnen hinzu. Eine Möglichkeit der Unterstützung könnte in dem Angebot von multiprofessionellen Kommunikationsseminaren mit SchauspielpatientInnen liegen, um kommunikative und selbstreflexive Fertigkeiten zu trainieren. Im Austausch können Kommunikationsalternativen besprochen werden.

Die vorliegende Studie soll untersuchen, welchen Einfluss die Teilnahme von IntensivmedizinerInnen und -pflegenden an Kommunikationsseminaren mit Gesprächssimulationen auf subjektiv empfundenen moralischen Distress und angewendete Copingstrategien hat und den Lernzuwachs in Bezug auf kommunikative Fertigkeiten sichtbar machen.

**Methode** Aus dem Brief COPE-Inventar und der Moral Distress Scale wurden fünf Items zu moralischen Distress und vier Items zu Copingstrategien auf einer fünf-Punkt-Likertskala erhoben. Zusätzlich konnte eine offene Frage zur persönlichen Belastung beantwortet werden. Zur Berechnung des Lernzuwachses anhand des CSA Gains erfolgte eine spezifische Outcome-Evaluation.

**Ergebnisse** Insgesamt haben 21 ÄrztInnen und zehn Pflegenden an der Studie teilgenommen. ÄrztInnen zeigen einen hohen Grad an Belastung, ausgelöst durch Personalmangel und das Gefühl fehlender Erfolge. Copingstrategien liegen in Ablenkung und Neubewertung. Pflegenden sind durch Hoffnungslosigkeit und dem Gefühl der alleinigen Verantwortung belastet. Sie versuchen die Situation zu akzeptieren oder den semantischen Gehalt der Ereignisse zu ändern. Beide Gruppen erfahren einen Lernzuwachs hinsichtlich kommunikativer Fertigkeiten.

**Schlussfolgerung** Bei dem Angebot von Kommunikationsseminaren zur Entlastung sind vor allem der gemeinsame Austausch und das Trainieren von kommunikativen Fertigkeiten von Relevanz. In wie weit hier ein schon entwickeltes eLearning für MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen unterstützend sein kann, soll in einer begonnenen Anschlussstudie herausgefunden werden.

## P202 Überarbeitung des Rahmenkonzepts der EAPC zur palliativen Sedierung: Diskussionspunkte unter europäischen Experten trotz hohem Konsens

**Autoren** Surges SM<sup>1</sup>, Brunsch H<sup>1</sup>, Jaspers B<sup>1,2</sup>, Hasselaar J<sup>3</sup>, Radbruch L<sup>1,4</sup>  
**Institute** 1 Universität Bonn, Universitätsklinikum Bonn, Klinik für Palliativmedizin, Bonn, Deutschland; 2 Universität Göttingen, Universitätsmedizin, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, Deutschland; 3 Radboud University Medical Centre (Radboudumc), Nijmegen, Niederlande; 4 Helios Klinikum Bonn/Rhein-Sieg, Bonn, Deutschland  
DOI 10.1055/s-0042-1754047

**Hintergrund** Die European Association for Palliative Care (EAPC) hat 2009 ein Rahmenkonzept zur palliativen Sedierung (PS) veröffentlicht. Dieses Rahmenkonzept wird derzeit als Teil des Projekts Palliative Sedation (<https://palliative-sedation.eu/>) durch ein Konsensverfahren aktualisiert.

Nach zwei Delphi-Runden erreichten 10 von 42 Statements einen sehr hohen und 32 einen hohen Konsensgrad. Trotz dieses hohen Konsensniveaus zeigen die Freitexteinträge, dass eine Reihe von Themen immer noch eine kontroverse Debatte auslöst.

Ziel dieser Studie ist es, die ethischen, medizinischen und sonstigen Gründe für die in den Kommentaren geführte Debatte trotz des hohen Konsensniveaus zu analysieren.

**Methode** Qualitative Analyse mit Kategorisierung und Codierung der Expert\*innenkommentare (NVIVO).

**Ergebnisse** An der ersten (04-06/2021) und zweiten (11-12/2021) Delphi-Runde nahmen insgesamt 86 bzw. 71 Expert\*innen teil. Sie gaben 527 (zwischen 2 und 26 pro Statement/Bewertungsinstrument) bzw. 225 (zwischen 3 und 23 pro Statement/Bewertungsinstrument) Kommentare ab. Diese Kommentare reichten von allgemeinen Bemerkungen bis hin zu Bitten um Korrektur.

turen des Wortlauts, inhaltliche Änderungen oder Ergänzungen. Die qualitative Analyse dieser Einträge zeigt anhaltende Diskussionspunkte auf, wie z. B. zur Terminologie der intermittierenden Sedierung und zur Definition des finalen Lebensstadiums; zum Inhalt der Informationen und zum Zeitrahmen, innerhalb dessen sie den Patient\*innen übermittelt werden sollten; zur erforderlichen palliativmedizinischen Expertise des Behandlungsteams oder zur Rolle der gesetzlichen Vertreter\*innen im Entscheidungsfindungsprozess.

**Schlussfolgerung** Diese Diskussionspunkte zeigen, dass Ergebnisse eines Delphi-Verfahrens in einem europäischen Kontext, in welchem alle Statements einen hohen bzw. sehr hohen Zustimmungsgrad erzielt haben, z. T. auf einem Kompromiss beruhen.

Jedoch zeigen die Ergebnisse auch das hohe Interesse an der Konsentierung eines Rahmenkonzepts als Ausgangspunkt für die Formulierung gemeinsamer Werte und Verfahren. Dieses Rahmenkonzept soll dazu dienen, dass die verschiedenen Länder ggf. entsprechend ihrer eigenen Gesetzgebung und Kultur qualitativ hochwertige lokale Verfahrensleitlinien entwickeln, die bestenfalls den Aussagen des aktualisierten Rahmens folgen.

Förderung: Forschungs- und Innovationsprogramm Horizont 2020 der Europäischen Union unter der Fördervereinbarung Nr. 825700

## P258 Patientensicherheit aus Sicht von Patient:innen in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung: eine Querschnittsumfrage mit Follow-up-Analyse

**Autoren** Pedrosa Carrasco A<sup>1,2</sup>, Bezmenov A<sup>2</sup>, Berthold D<sup>2</sup>, Sibelius U<sup>2</sup>  
**Institute** 1 Philipps-Universität Marburg, AG Ethik in der Medizin, Marburg, Deutschland; 2 UKGM, Medizinische Klinik V, Gießen, Deutschland  
 DOI 10.1055/s-0042-1754048

**Hintergrund** Patientensicherheit stellt einen Grundpfeiler der Versorgungsqualität dar. Über Prävalenz, Einflussfaktoren und Auswirkungen eines kompromittierten Sicherheitsgefühls in der häuslichen Palliativversorgung ist jedoch wenig bekannt. Ziel des Forschungsprojektes war es, i) die Prävalenz eines beeinträchtigten Sicherheitsempfindens von SAPV-Patient:innen zu ermitteln, ii) Faktoren mit negativem Einfluss auf das Sicherheitsempfinden zu identifizieren und iii) potentielle Auswirkungen eines kompromittierten Sicherheitsempfindens auf die weitere Versorgung zu untersuchen (Versorgungslänge, Abschluss, Hospitalisationen, Kontakte mit SAPV-Team).

**Methode** Es wurde eine explorative Querschnittsumfrage mittels standardisiertem Fragebogen unter SAPV-Patient:innen durchgeführt. Anhand einer logistischen Regressionsanalyse wurde die Stärke des Zusammenhangs zwischen klinischen und soziodemographischen Merkmalen mit dem Sicherheitsempfinden – (eher) sicher vs. (eher) unsicher – untersucht. Darüber hinaus wurde unter Verwendung nicht-parametrischer Tests geprüft, ob es signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich definierter Versorgungsaspekte gibt.

**Ergebnisse** 100 Patient:innen willigten in die Studienteilnahme ein. 20% gaben an, sich in Anbetracht der Gesamtsituation in den vorangegangenen sieben Tagen „(eher) nicht sicher“ gefühlt zu haben. Eine isolierte Betrachtung einzelner Sicherheitsdomänen ergab ein beeinträchtigtes Sicherheitsgefühl aufgrund eingeschränkter Mobilität (60%), körperlicher Symptome (30%), psychischer Symptome (26%) und Folgen der Therapie (19%). Andere Ursachen z.B. aus sozialen Domänen fanden seltener Erwähnung. Mit steigendem IPOS-Score reduzierte sich das Sicherheitsgefühl (OR = 0.88, 95% CI [0.82, 0.94], p < .05). In einer Follow-up-Analyse zeigte sich eine signifikant kürzere Lebenszeit bei Patient:innen mit beeinträchtigtem Sicherheitsgefühl (Mdn = 61.5 vs. 34.5 Tage, p < .05).

**Schlussfolgerung** Die Ergebnisse legen relevante Einschränkungen des Sicherheitsempfindens von SAPV-Patient:innen nahe. Besonders die direkten gesundheitlichen Auswirkungen von Erkrankung und Behandlung scheinen vordergründig. Ein Routine-Einsatz des IPOS könnte indirekt genutzt werden, um über problemorientierte Behandlungsansätze auch positive Effekte auf das Sicher-

heitsempfinden zu erzielen. Weitere Studien sind notwendig, um Zusammenhänge eines kompromittierten Sicherheitsgefühls mit anderen Variablen, wie etwa der Überlebenszeit, eingehender zu untersuchen.

## P264 Das Stellenprofil der Sozialen Arbeit – Vision oder Realität?

**Autor** Herrmann S  
**Institut** Johannesstift Diakonie gAG, Berlin und Wittenberg, Deutschland  
 DOI 10.1055/s-0042-1754049

**Hintergrund** Die Arbeitsgruppe der Sektion Soziale Arbeit wollte durch ein deduktives Vorgehen die Fragestellung „Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Soziale Arbeit in der Hospiz- und Palliativversorgung“ bearbeiten. Im Rahmen dieser Umfrage wurden ebenfalls Abfragen vorgenommen, die Aussagen über das Stellenprofil Sozialer Arbeit zulassen.

**Ziel** Ziel der Umfrage war es – neben den konkreten Auswirkungen der Pandemie auf die Soziale Arbeit – Aussagen über das von der Sektion Soziale Arbeit erstellte Stellenprofil zu erhalten und mit den Tätigkeiten Sozialer Arbeit in der Alltagspraxis abzugleichen.

**Methode** Zu diesem Zweck wurde im Zeitraum 11/2020 bis 3/2021 eine quantitative Umfrage mittels des Umfrage-Tools „Survey-Monkey“ mit vorgegeben Antwortmöglichkeiten sowie offenen Fragen durchgeführt. An der Umfrage haben sich 167 Sozialarbeitende aus dem Hospiz- und Palliativbereich beteiligt. Als Grundlage für die Abfragen zu den Tätigkeitsfeldern diente das erstellte Stellenprofil der Sektion Sozialer Arbeit.

**Ergebnisse** Die Tätigkeitsbereiche Sozialer Arbeit in Hospiz und Palliative Care beziehen sich vorrangig auf die personenzentrierte, empathische, ressourcenorientierte Gesprächsführung und Netzwerkarbeit. Sozialarbeiter\*innen nehmen in einem hohen Maß an Fort- und Weiterbildungen und Supervisionen teil. Auffallend ist die Bedeutung der Dokumentation der Sozialen Arbeit. Die Befähigung/Stärkung/Unterstützung der Patient/-innen und Zugehörigen bei der Gestaltung des Lebensalltags und der Versorgung, bei der Entwicklung neuer Lebens- Verhaltens- und Bewältigungsstrategien nimmt einen großen Anteil im Tätigkeitsfeld der Sozialen Arbeit ein.

**Schlussfolgerung** Die Befragung zum Stellenprofil Sozialer Arbeit lässt die Schlussfolgerung zu, dass die ganzheitliche Betrachtungsweise des Klienten auch die An- und Zugehörigen einschließt und diese somit eine besondere Zielgruppe der Sozialen Arbeit darstellt.

Die Übernahme von Koordinationsaufgaben zwischen allen Mitwirkenden am Hilfeprozess und der Austausch mit zuständigen Behörden, Trägern und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens werden deutlich und zeigen die Vielschichtigkeit Sozialer Arbeit auf.

Auffallend niedrig ist der Anteil der Kolleg\*innen, die Interessenvertretung der Sozialen Arbeit, Beteiligung an Lehre und insbesondere an Forschung als ein Tätigkeitsfeld benennen.

Die Autor\*innen geben an, dass kein Interessenskonflikt besteht.

## Outcome-Parameter

### V205 Einführung eines (unterstützten) Selbst-Assessment mit Integrated Palliative Outcome Scale (IPOS) auf Palliativstationen? Pro und Contra

**Autoren** Müller EA<sup>1</sup>, Couné B<sup>1</sup>, Jäger H<sup>1</sup>, Elster L<sup>1</sup>, Gencer D<sup>2</sup>, Keßler J<sup>3</sup>, Mayer-Steinacker R<sup>4</sup>, Schönsteiner S<sup>4</sup>, Alt-Epping B<sup>5</sup>, Keser M<sup>2</sup>, Marquardt S<sup>3</sup>, Rauser J<sup>4</sup>, Becker G<sup>1</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinik Freiburg, Klinik für Palliativmedizin, Freiburg, Deutschland; 2 Universitätsklinik Mannheim, Innere Medizin, Hämatologie, Onkologie, Palliativmedizin, Mannheim, Deutschland; 3 Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Anästhesiologie, Heidelberg, Deutschland; 4 Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Innere Medizin III, Ulm, Deutschland;



**Hintergrund** Der Nutzen von Patient-Reported Outcome Measures ist vielfach gezeigt, aber für Palliativstationen mit ihren besonderen Rahmenbedingungen (hohe Beeinträchtigung der Patient\*innen, besserer Personalschlüssel) kaum untersucht. Ziel des Beitrages ist es, Daten zu Aufwand und Nutzen des Selbstassessments mittels Integrated Palliative Outcome Scale (IPOS) zur Diskussion zu stellen.

**Methode** In vier Palliativstationen an Universitätskliniken wurde der IPOS als (ggf. durch Fachpersonal unterstütztes) Selbstassessment implementiert und evaluiert. Es wurden Daten erfasst u.a. zur *Umsetzbarkeit im Alltag* (z.B. Anteil Patient\*innen, der Selbstassessment bearbeiten kann) und *Nutzen* (z.B. Markierung „unerwarteter Angaben“ in Patientenfragebögen durch Ärzt\*innen). Eine umfassende Evaluation der IPOS-Nutzung durch die Behandler\*innen erfolgte mittels anonymer Fragebögen und Interviews (qualitative Inhaltsanalyse).

**Ergebnisse** Bei 34 % der Patient\*innen (259 von 757) wurde vom Fachpersonal im Screening für die Projektteilnahme eingeschätzt, dass sie einen Fragebogen beantworten können; dabei unterscheiden sich die vier Stationen deutlich mit 23 – 58 % (Min-Max). Insgesamt haben 152 (der 259) Patient\*innen der Projektteilnahme zugestimmt und den IPOS beantwortet, davon 41 (27 %) ohne Unterstützung.

Auf 95 von 137 (69 %) überprüften IPOS-Bögen haben die Ärzt\*innen „unerwartete Angaben“ markiert (n = 15 keine Prüfung). In den Interviews (n = 28) beschreiben die Behandler\*innen vielfältigen Nutzen (z.B. strukturierte ganzheitliche Belastungserfassung, Mitteilungsmöglichkeit für Patient\*innen, gezieltere Arzt-Patienten-Kommunikation), aber auch Barrieren (z.B. Vorbehalte Patient\*innen, Aufwand).

In der schriftlichen Evaluation haben sich 34 von 42 Behandler\*innen (81 %) für eine Weiterführung der IPOS-Nutzung ausgesprochen. Eine Weiterführung über die Projektphase hinaus ist in keiner Station erfolgt.

**Schlussfolgerung** Dem PRO eines durch die Behandelnden beschriebenen Nutzens steht auf der CONTRA-Seite ein hoher Aufwand für einen vergleichsweise geringen Anteil der Patient\*innen, die den IPOS allein oder mit Unterstützung bearbeiten (können) entgegen. Nutzen und Aufwand sind dabei auch abhängig vom Case Mix und der Anbindung der Stationen an andere Bereiche (z.B. Onkologie). Um Nutzen zu erreichen, müssen eine Vielzahl von Prozessen implementiert und umgesetzt werden – gelingt dies nicht dauerhaft, ist fraglich, ob der Nutzen den Aufwand rechtfertigt.

## V269 Übereinstimmung von Behandlungsentscheidungen mit dem Behandlungswillen – Entwicklung eines Erhebungsinstruments

**Autoren** Götze K<sup>1</sup>, Riester T<sup>2</sup>, Enger S<sup>3</sup>, Marckmann G<sup>4</sup>, Pentzek M<sup>1</sup>, Reisinger C<sup>4</sup>, Thilo N<sup>5</sup>, in der Schmitt J<sup>2</sup>

**Institute** 1 Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland; 2 Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Essen, Essen, Deutschland; 3 Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität, Halle (Saale), Deutschland; 4 Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Deutschland; 5 Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754051

**Hintergrund** Die Übereinstimmung von Behandlungsentscheidungen mit dem Behandlungswillen ist ein Qualitätsmerkmal in der Patientenversorgung – auch und besonders in der Palliativmedizin. Dieses komplexe Outcome zu messen, erweist sich international als methodische Herausforderung. Im Rahmen der BEVOR-Studie mit Bewohnern von Pflegeeinrichtungen wurde ein Instrument zur retrospektiven Untersuchung der Behandlungskongruenz in lebensbedroh-

lichen Krisen sowie der Qualität der vorausgegangenen Entscheidungsprozesse entwickelt und auf seine Reliabilität untersucht.

**Methode** Eine Expertengruppe definierte häufige Behandlungsentscheidungen (BE) in potentiell lebensbedrohlichen Ereignissen von Bewohnern in Pflegeeinrichtungen sowie vier Qualitätskriterien des Entscheidungsprozesses im Sinne des Shared Decision Making (SDM). Mittels eines komplexen excel-gestützten Instruments werden BE retrospektiv hinsichtlich der Entscheidungsfähigkeit, Behandlungskongruenz sowie der vier SDM-Prozesskriterien ermittelt. Die Erhebung erfolgt mittels Aktenrecherche und Kurzbefragung der Bewohner, Vertreter und Pflegenden; die 4 Quellen werden für jede BE zu einer Fallakte zusammengeführt. Durch eine Synthese der gemäß Plausibilität gewichteten Informationen wird ein globales Urteil zur Frage der Behandlungskongruenz und Qualität des Entscheidungsprozesses gebildet. Die Reliabilität wurde zwischen 5 Ratern von insgesamt 27 BE überprüft. Für die statistische Auswertung der insgesamt 135 Urteile (5x27) wurde Randolph's  $\kappa$  berechnet.

**Ergebnisse** Bei der Beurteilung des Items „Behandlungskongruenz“ liegt eine gute Interrater-Reliabilität vor ( $\kappa = 0.71$  [KI:0.55-0.86]), bei den SDM-Items „Erläuterung der Entscheidungssituation“ und „Erläuterung der Handlungsmöglichkeiten“ eine akzeptable ( $\kappa = 0.45$  [0.28-0.62];  $\kappa = 0.43$  [0.25-0.62]) und bei den SDM-Items „Gelegenheit der Abwägung von Handlungsmöglichkeiten“ und „Unterstützung bei der letztendlichen Entscheidung“ eine unzureichende ( $\kappa = 0.37$  [KI:0.24-0.50];  $\kappa = 0.32$  [KI:0.19-0.45]).

**Schlussfolgerung** Auf der Basis von vordefinierten BE ist eine Einschätzung der vordergründigen Behandlungskongruenz möglich. Die Pilot-Untersuchung liefert wichtige Hinweise auf Potenzial und Schwierigkeiten bei der Bewertung der Entscheidungsqualität und auf Möglichkeiten, das Instrument zu optimieren. Eine erneute Reliabilitätstestung des weiterentwickelten Instruments anhand einer größeren Stichprobe ist geplant.

**Encore-Abstract:** Der Abstract wurde in ähnlicher Weise beim EBM-Kongress 2022 eingereicht und angenommen.

## P230 Standardisierte Dokumentation in der spezialisierten Palliativversorgung – Utopie, Illusion oder chancenreiche Notwendigkeit?

**Autoren** Wikert J., Burner-Fritsch I., Bausewein C., Hodiament F.  
**Institut** Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, LMU Klinikum, München, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754052

**Hintergrund** Eine systematische, standardisierte Dokumentation in der spezialisierten Palliativversorgung (SPV) wird derzeit in Deutschland nur bedingt realisiert. Der limitierte Einsatz validierter Assessments zur Symptomerfassung und Erhebung von Palliativbedürfnissen sowie das Fehlen bundesweiter Standards schränken nicht nur die kontinuierliche Informationsweitergabe ein, sondern begrenzen auch das übergeordnete Qualitätsmanagement und die Interoperabilität von SPV-Einrichtungen. Basierend auf Erfahrungen der nationalen Forschungsprojekte COMPANION und Palli-MONITOR stellen wir den Status quo der Assessmentnutzung dar und diskutieren, warum Interoperabilität für die Zukunftsfähigkeit von SPV Teams entscheidend ist.

**Methode** Explorative Auswertung der Dokumentationsstandards in deutschen SPV-Teams (13 Palliativstationen, 12 Palliativdienste, 13 SAPV-Teams), die bis dato in den beiden Projekten kontaktiert wurden.

**Ergebnisse** Bundeseinheitliche Mindeststandards für die SPV-Dokumentation existieren in Deutschland aktuell nicht. In den meisten Teams wird nach haus-eigenen Standards dokumentiert. Während zwar auch validierte Assessments zum Einsatz kommen, sind gleichwohl umfangreiche Freitext-Dokumentationen verbreitete Praxis. 26/37 Teams aus 9 Bundesländern verwenden routinemäßig mindestens zwei validierte Assessments, 3 Teams setzen derzeit noch keinerlei standardisierte Dokumentation ein. Die praktische Anwendung der Assessments hinsichtlich Frequenz, konkreter Umsetzung und Zuverlässigkeit der dokumentierten Daten variiert stark. Die größten Überschneidungen der verwendeten Assessments liegen bei den Palliativstationen und -diensten in

der Integrated Palliative Care Outcome sowie dem Barthel Index (je 7/13 bzw. 6/12 Teams) und in der SAPV im (Australia-modified) Karnofsky Performance Status (11/12 Teams).

**Schlussfolgerung** Der Einsatz standardisierter Assessments bietet zahlreiche Chancen für den Versorgungsalltag, wie einheitliche Messweisen und Referenzwerte sowie eine gemeinsame Sprache. Auch für kontinuierliche Verbesserungsprozesse im Sinne eines Benchmarks sind national einheitliche Dokumentationsstandards in der SPV die Grundvoraussetzung und könnten zukünftig abrechnungsrelevant werden. Insgesamt kann und sollte ein höheres Level der standardisierten Symptomerfassung und -dokumentation in spezialisierten palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen erreicht werden. Zu diskutieren bleibt, mit welchen Maßnahmen (z.B. Schulungen) dies bestmöglich umsetzbar ist [1–3].

#### References:

- [1] Murtagh FEM, Ramsenthaler C, Firth A, Groeneveld EI, Lovell N, Simon STet al. 2019; A brief, patient- and proxy-reported outcome measure in advanced illness: Validity, reliability and responsiveness of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS). *Palliative Medicine* 33 (8): 1045–57
- [2] Heuschmann PU, Kolominsky-Rabas PL, Nolte CH, Hunermund G, Ruf HU, Laumeier et al. 2005; The reliability of the german version of the barthel-index and the development of a postal and telephone version for the application on stroke patients. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 73 (2): 74–82
- [3] Abernethy AP, Shelby-James T, Fazekas BS, Woods D, Currow DC. 2005; The Australia-modified Karnofsky Performance Status (AKPS) scale: a revised scale for contemporary palliative care clinical practice. *BMC Palliative Care* 4 (7): 1–12

## Innovationen in der Palliativversorgung

### V174 Innen- und Außensicht auf den Bedarf an Tageshospizen und palliativmedizinischen Tageskliniken in Deutschland – Eine qualitative Studie

**Autoren** ApolinarSKI B, Huperz C, Röwer HAA, Schneider N, Stiel S, Herbst FA  
**Institut** Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin, Hannover, Deutschland  
**DOI** 10.1055/s-0042-1754053

**Hintergrund** Angesichts vermehrter Neugründungen von Tageshospizen und palliativmedizinischen Tageskliniken in Deutschland, wird der Bedarf an teilstationären Einrichtungen im Rahmen des vom Innovationsfonds beim G-BA geförderten Projekts ABPATITE (Förderkennzeichen: 01VVF19034) untersucht. Dabei werden die Perspektiven von Versorgenden sowohl innerhalb dieser Einrichtungen als auch von außerhalb (andere Versorgende in der Region) erfasst. Dieser Beitrag untersucht die Frage, inwiefern teilstationäre Angebote bereits vorhandene hospizlich-palliative Versorgungsstrukturen sinnvoll ergänzen können und wie sie gestaltet werden müssen, um Patient:innen- und Angehörigenbedürfnissen bestmöglich zu entsprechen.

**Methode** Vier Einrichtungen (Tageshospize: n = 2; palliativmedizinische Tageskliniken: n = 2) wurden aufgrund ihrer Unterschiede in den Kriterien Standort, Kapazität, Bestehenslänge und Finanzierung ausgewählt. Mit je zwei Leitungspersonen jeder Einrichtung wurden (1) halbstrukturierte Telefoninterviews geführt (01-02/2021). An den Standorten dieser Einrichtungen wurden (2) Fokusgruppen mit weiteren Versorgenden der regionalen Hospiz- und Palliativlandschaft durchgeführt (09-10/2021). Beide Erhebungen wurden auditiv aufgezeichnet, pseudonymisiert transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet.

**Ergebnisse** Einrichtungsleitende (n = 8) sehen einen zentralen Bedarf der Patient:innen nach einer Reduktion stationärer Aufenthalte und einem längeren Verbleib in der Häuslichkeit. Ihrer Meinung nach kann durch eine teilstationäre Versorgung diesem Wunsch eher entsprochen werden, da Patient:innen so an einem zentralen Ort zeitlich gebündelte, symptomlindernde Behandlung und psychosoziale Entlastung erhalten. Den Angehörigen bieten teilstationäre

Einrichtungen gemäß Einrichtungsleitenden einen festen Ansprechpartner, entlasten sie stundenweise und stärken durch diese Unterstützung die häusliche Versorgungssituation. In den Fokusgruppen (Ø n = 6) formulierten die externen Versorgenden als Optimierungsbedarf teilstationärer Angebote, neben einer Anpassung der Betreuungszeiten an die Arbeitszeiten der Angehörigen, Tagesangebote frühzeitiger in die Palliativversorgung einzubeziehen.

**Schlussfolgerung** Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass teilstationäre Versorgungsformen eine Ergänzung des hospizlich-palliativen Versorgungsangebots einer Region darstellen können. Tagesangebote sollten noch bedarfsgerechter gestaltet und die Zusammenarbeit mit anderen Versorgenden ausgebaut werden.

### V182 Angehörige:r sein – Ressourcen stärken. Quantitative Evaluation eines Schulungsprogramms für Angehörige schwerkranker Menschen als Pilotprojekt

**Autoren** Theißen T<sup>1</sup>, Ullrich A<sup>1</sup>, Wikert J<sup>1,2</sup>, Schieferdecker A<sup>1</sup>, Bokemeyer C<sup>1</sup>, Oechsle K<sup>1</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), 2. Medizinische Klinik, Palliativmedizin, Hamburg, Deutschland; 2 LMU Klinikum der Universität München, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754054

**Hintergrund** Angehörige von Menschen mit fortschreitenden, unheilbaren Erkrankungen sind oft stark belastet. Zur Unterstützung von Angehörigen wurde ein manualisiertes Schulungsprogramm entwickelt, in dem palliativmedizinische Expert:innen in 6 Modulen zu pflegerischen, medizinischen, psychosozialen und spirituellen Themen informieren und Kompetenzen vermitteln (*Empowerment*).

**Ziel:** Quantitative Evaluation des Programms unter Berücksichtigung proximaler sowie distaler Zielparame-ter auf Modul- und Programmebene.

**Methode** Interventionsstudie (Pilot) mit Fragebogenerhebung bei Studieneinschluss (t0, 31 Angehörige), 3 Monate später (t1, 25 Angehörige) sowie nach jedem Modul (M1-M6, 17-21 Angehörige). Erfasst wurden: Bewertung des Programms (heiQ-programm); proximale Ziele wie Wissenszuwachs und Selbstwirksamkeit in Bezug auf geschulte Inhalte (studien-spezifische Items); Pflegebelastung als distales Ziel (HPS-k); Prozessdaten (Teilnehmende/Module).

**Ergebnisse** Von 31 Angehörigen (M = 51,4 Jahre, 90% weiblich) nahmen 12 (39%) in Präsenz und 18 (58%) online teil (pandemiebedingter Formatwechsel), 14 (45%) komplettierten das Programm mit ≥ 5 Modulen. Im Mittel wurden M = 3,6 (SD = 2,0) Module besucht. Alle 9 Kriterien zur Bewertung des Programms wurden zu t1 überwiegend sehr gut (64-100% der Angehörigen) bewertet, insbesondere die Informationsvermittlung und das Vertrauen in den Informationsgehalt. Insgesamt gaben 24 (96%) Angehörige an, dass sie anderen Betroffenen das Programm empfehlen würden, dies zeigt sich auch für die einzelnen Module (M1-M6: 86-100%). Die meisten Angehörige berichteten zu t1 einen subjektiven Nutzen im Hinblick auf ihren Wissenszuwachs (71-75%) und erlebten, trotz sensibler Themen, keine zusätzliche emotionale Belastung durch das Programm (83%). Den geringsten subjektiven Nutzen spürten Angehörige in Bezug auf ihre Selbstwirksamkeit (38%) und die Sicherheit im Umgang mit der erkrankten Person (48%). Die 3 häufigsten Teilnahmemhürden waren: Zeit, Krankenbetreuung und technische Probleme (online). Die Pflegebelastung (HPS-k, Score 0-30, Cut-off 6: mittlere, 15: starke Belastung) verringerte sich im Zeitverlauf nicht signifikant (t0: M = 16,4, SD = 6,8; t1: M = 14,1, SD = 7,4; p = .115).

**Schlussfolgerung** Die Evaluation weist auf eine gute Bewertung sowie positive Auswirkungen des Programms auf proximale Ziele hin, in diesem Pilotprojekt nicht aber auf eine Verbesserung in Bezug auf distale Ziele. Diese ersten Daten zeigen Ansatzpunkte, das Programm zu optimieren.

## V229 Digitale Erfassung von patient\*innen-berichteten Outcomes in der SAPV: Die Perspektive der Professionellen. Ein Mixed-Methods-Sequential Explanatory Ansatz.

**Autoren** Burner-Fritsch I, Kolmhuber S, Hodiamont F, Bausewein C, Hriskova K

**Institut** LMU Klinikum, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754055

**Hintergrund** Die Verwendung von Patient-Reported Outcome Messinstrumenten (PROM) verbessert die Outcomes auf Patient\*innenebene, die Versorgungsqualität und die Kommunikation zwischen Patient\*innen und Versorgenden. Die digitale Umsetzung (ePROM) kann besonders in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) weitere Vorteile bringen. Im Rahmen einer Machbarkeitsstudie wurde die elektronische Version der Integrierten Palliative Outcome Skala (eIPOS) im Versorgungsalltag der SAPV genutzt. Als zentrale Stakeholder haben die SAPV-Mitarbeitenden großen Einfluss auf den Erfolg von Implementierungsmaßnahmen. Ziel dieser Teilstudie ist daher die Untersuchung der Perspektive der Professionellen auf die Nutzung des eIPOS im Versorgungsalltag.

**Methode** Mixed-Methods Sequential Explanatory Design. Online Survey mit Pflegekräfte & Ärzt\*innen der vier SAPV-Teams, die den eIPOS nutzen, gefolgt von Online-Fokusgruppen, in denen Mitarbeitende derselben Teams erklärungsbefähigende Survey-Ergebnisse diskutieren. Qualitative Analyse nach der Framework-Methode. Integrierte Analyse der Ergebnisse beider Studienteile durch Verwendung von Joint Displays.

**Ergebnisse** Rücklaufquote Online Survey 32/52; zwei Fokusgruppen (n = 3; n = 4). Der eIPOS wurde von allen Teilnehmenden genutzt, wenn auch nicht von allen regelmäßig. Es wurden Verbesserungen der Versorgung wahrgenommen. Die teilnehmenden Teams unterscheiden sich stark hinsichtlich Organisationsstruktur und Versorgungsprozessen. Für die Haltung der Teilnehmenden zum eIPOS war der individuell wahrgenommene Nutzungsaufwand ein großer Einflussfaktor. Hürden und Verbesserungsvorschläge wurden hinsichtlich technischer Aspekte, Setting, Implementierung in den Versorgungsalltag und Studienbedingungen identifiziert. Professionelle sehen Potenziale des eIPOS wie Unterstützung des Symptomassessments im psychosozialen Bereich und Förderung einer patient\*innenzentrierten Versorgung besonders bei Nutzung des eIPOS in frühen Stadien der ambulanten Palliativversorgung. Voraussetzung ist, dass der eIPOS in Arbeitsroutinen implementierbar ist und technisch eine bessere Wahrnehmbarkeit der Informationen unterstützt wird.

**Schlussfolgerung** Die neuartigen Einblicke in die Erfahrungen von Professionellen bei der Nutzung eines ePROM in der ambulanten Palliativversorgung zeigen, dass die erfolgreiche Nutzung des digitalen Tools im klinischen Arbeitsalltag von Organisationsstruktur, Versorgungsprozessen und Dokumentationspraktiken abhängig ist.

Förderung: Innovationsausschuss des GBA, 01VSF17014

## V272 Spezialisierte Palliative Care auf einer Stroke Unit in Österreich – Herausforderungen für Familien und Stroke Teams

**Autoren** Riesinger R<sup>1</sup>, Altmann K<sup>1</sup>, Lorenz S<sup>2,3,4</sup>

**Institute** 1 Krankenhaus Barmherzige Schwestern Ried, Ried im Innkreis, Österreich; 2 Krankenhaus Agatharied, Agatharied, Deutschland; 3 Institut für Pflegewissenschaft und -praxis PMU, Salzburg, Österreich; 4 Ludwig-Maximilians-Universität, München, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754056

**Hintergrund** Schwere Schlaganfälle sind eine häufige Ursache für Behinderung oder Tod; palliative Bedürfnisse bleiben nicht selten unerkannt. Oft unter zeitlichem Druck müssen Behandlungsteams und Familien individuelle Therapieentscheidungen treffen, erschwert durch unsichere Prognose und fehlende

oder eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit der Erkrankten. Amerikanische und kanadische Fachgesellschaften haben daher bereits Empfehlungen zu Palliative Care beim schweren Schlaganfall veröffentlicht.

Ziel unserer Untersuchung war, Entscheidungsprozesse und die Rolle von spezialisierter Palliative Care in der Akutphase des schweren ischämischen Infarkts darzustellen.

**Methode** In die prospektive Studie wurden 20 Erkrankte mit schwerem ischämischen Schlaganfall eingeschlossen, die auf der Stroke Unit Ried im Innkreis behandelt wurden.

Mittels Fragebogen wurden bei ihren Familien die Zufriedenheit mit Betreuung und Entscheidungsfindung erhoben, beim Behandlungsteam (ärztliches und pflegerisches Personal) Entscheidungsprozesse rund um lebensverlängernde Therapien.

Interventionen des spezialisierten Palliative Care Teams wurden retrospektiv untersucht.

**Ergebnisse** Beim schweren ischämischen Infarkt erhalten vor allem ältere ( $\bar{X} = 83 \pm 9$  Jahre) und vorerkrankte Betroffene frühzeitige spezialisierte Palliativbetreuung. Dieser Zugang führt zu individuellen Therapiezielen, häufig verbunden mit frühzeitigem Verzicht auf potentiell lebensverlängernde Therapien. Die Zufriedenheit der Familien mit der Versorgung der Erkrankten – einschließlich des Ausmaßes der Behandlung, mit Entscheidungsfindung und Unterstützung ist hoch.

Die Entscheidungen werden gemeinsam mit den Familien und überwiegend im Team der Ärzt\*innen getroffen. Herausforderungen für Behandlungsteams sind ethische und rechtliche Bedenken, sowie die Kommunikation mit Erkrankten und ihren Familien.

**Schlussfolgerung** Obwohl Palliative Care ein anerkannter Teil der Schlaganfallversorgung ist, ist dies die erste Erhebung aus Österreich, die einen Ansatz mit frühzeitiger und enger Zusammenarbeit mit spezialisierter Palliative Care auf einer Stroke Unit untersucht.

Eine Kooperation mit spezialisierten Palliative Care Teams kann Behandlungsteams und Familien in Kommunikation, bei Entscheidungsprozessen und Symptomtherapie bereits in der Akutphase des schweren ischämischen Infarkts unterstützen.

## P112 Systemisch fundierte Krisen-Intervention(en) im Kontext hospizlich-palliativer Grenzerfahrung(en)

**Autoren** Schütte-Bäumner C<sup>1</sup>, Kiepke-Ziemes S<sup>2</sup>

**Institute** 1 Hochschule RheinMain, Fachbereich Sozialwesen, Wiesbaden, Deutschland; 2 Caritasverband für die Region Kempen-Viersen e.V.,

Projektkoordinatorin, Viersen, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754057

**Hintergrund** Sterben, Tod und Trauer lassen sich zunächst sehr allgemein als existenziell bedeutsame Lebensphasen beschreiben. Dies gilt für je betroffene, sterbende Menschen wie auch für Nahestehende, Zugehörige und Angehörige. Nicht selten wird das Sterben, werden Situationen der Auseinandersetzung mit Endlichkeit als krisenhafte Ereignisse erlebt, so dass sich in diesem Zusammenhang ein Unterstützungsbedarf ergeben kann, wenn Krisen im Sinne von Grenzerfahrungen als Bedrohung, Verunsicherung und starke Belastung interpretiert und wahrgenommen werden.

**Methode** Aus einer systemischen Perspektive nimmt der Vortrag diese herausfordernde Lebenssituation zum Anlass, alternative Perspektiven zum Narrativ der Beeinträchtigung systematisch aufzuzeigen. Entlang einer *Fallvignette*, die eine Familienkrise vor dem Hintergrund eines sterbenden Kindes skizziert, wird das Potential systemtheoretisch inspirierter Deutungsmöglichkeiten herausgearbeitet. Insbesondere wird in diesem Zusammenhang dann auf die *Arbeit mit Wirklichkeitskonstruktionen* (Gregory Bateson; Arist von Schlippe), das *Hypothesenbilden* (durch Mara Selvini Palazzoli) sowie das *systemische Fragen* (Fritz Simon) eingegangen. Auf diese Weise ergeben sich *Möglichkeitsräume* durch *systemisch* unterstützte *Perspektivwechsel*, die einen anderen, resilienten Blick auf Formen der Beeinträchtigung zulassen.

**Ergebnisse** Im Vortrag werden zusammengefasst exemplarisch wichtige und zentrale systemische Denk- und Arbeitsformen vorgestellt und unter Bezugnahme auf eine konkrete, palliative Fallsituation anwendungsbezogen verdeutlicht.

**Schlussfolgerung** Die Erkenntnisse einer systemisch fundierten Krisen-Intervention im Kontext hospizlich-palliativer Grenzerfahrung(en) unterstützt eine professionelle hospizlich-palliative Haltung und macht konkrete methodologische wie auch methodische Vorschläge für komplexe Fragestellung im Rahmen einer sensitiven sowie reflexiven Begleitung Sterbender und ihrer Nahestehenden [1–2].

#### References

[1] Susanne Kiepke-Ziemes, (2020), Systemische Beratung und Therapie in der Hospizarbeit und Palliativversorgung, Tanja Kuhnert und Mathias Berg, 273–284, Systemische Therapie jenseits des Heilaufrags. Systemtherapeutische Perspektiven in der Sozialen Ar, Vandenhoeck & Ruprecht

[2] Christian Schütte-Bäumner gemeinsam mit Wiebke Nehls und Anja Siegle, (2022), Familiengespräche, Roman Rolke und Veronika Schönhofer-Nellessen, IM ERSCHEINEN Palliative Care multiprofessionell. Fallbasiertes Lernen, Kohlhammer

### P177 Studie „Digitale Früherkennung und Belastungsminimierung in der palliativen Pflege“ (DiPa) – eine laufende fragebogenbasierte Studie zur Stressdetektion

**Autoren** Seehausen A<sup>1</sup>, Schneider C<sup>1</sup>, Chodan W<sup>2</sup>, Höpfner F<sup>2</sup>, Haescher M<sup>2</sup>, Murua Escobar H<sup>1</sup>, Junghanß C<sup>1</sup>, Aehnelt M<sup>2</sup>

**Institute** 1 Universitätsmedizin Rostock, Zentrum für Innere Medizin, Klinik III – Hämatologie, Onkologie, Palliativmedizin, Rostock, Deutschland;

2 Fraunhofer-Institut für Graphische Datenverarbeitung, Rostock, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754058

**Hintergrund** Pflegekräfte in der Palliativmedizin sind neben konventionellen besonderen fachspezifischen Belastungsfaktoren ausgesetzt, welche u.a. zu psychischen Ermüdungssyndromen führen können. Stress ist ein zentraler Faktor, dessen Wahrnehmung bei den Betroffenen völlig unabhängig von der Präsenz physiologischer Stressindikatoren ausgeprägt sein kann. Biometrische und subjektive Stressoren wurden i.R. der DiPa-Studie erfasst und evaluiert.

**Methode** DiPa ist eine prospektive Studie, die Stresssituationen von Palliativpflegekräften im stationären Einsatz mit Fragebögen, Wearables und weiterer Sensorik erfasst und analysiert. Die Beobachtungszeit pro Proband umfasste die tgl. Arbeitszeit über 6 Wochen. Rekrutiert wurden 12 Pflegekräfte der universitären Palliativstation. Neben der technischen Erfassung objektiver biometrischer Faktoren erhielten die Probanden zu Beginn der Messperiode einen Fragebogen, der vom Studienteam für den Bereich der palliativen Pflege entwickelt wurde und dessen Datenanalyse hier dargestellt wird. Er bestand aus 137 Items mit 81 erreichbaren Punkten (maximaler Stress) und Subskalen mit Maximalwerten von je 9 Punkten. Zusätzlich wurde der Maslach Burnout Inventory (MBI) genutzt, welcher Folgeerscheinungen von chronischem Stress am Arbeitsplatz genauer charakterisiert.

**Ergebnisse** Die Selbsteinschätzung des Gesamtstresses ergab ein niedriges Stressniveau (Mittelwert (M) 17,9 / 81 Punkten (P)). In der Bewertung von Häufigkeit und Schwere zeigten sich im Mittel die Arbeitsstruktur (3,1 / 9 P) sowie Patienten-assoziierte Stressoren (2,6 / 9 P) als stärkste Faktoren. Persönliche Stressoren (gesundheitsbezogene Probleme und Stressoren außerhalb des Arbeitsplatzes) wurden subjektiv als wenig belastend empfunden (1,8 / 9 P), ebenso wie Stressoren innerhalb des Teams (1,2 / 9 P) oder im Zusammenhang mit der Arbeitsumgebung (1,6 / 9 P). Im MBI zeigten sich für berufliche/emotionale Erschöpfung (M = 12,6 P) und Depersonalisation/Zynismus/Empathieverlust (M = 3,5 P) überwiegend niedrige Werte. Bei der Bewertung von Leistung, Kraft und persönlicher Erfüllung (M = 27,6) wiesen jedoch 10/12 Personen eine kritische Bewertung auf.

**Schlussfolgerung** Alle Probanden hatten gemäß eigener Einschätzung ein moderates Gesamtstressniveau. Die Ausprägung der beruflichen Erschöpfung

sowie von Depersonalisation und Empathieverlust waren niedrig. Die eigene Leistungseinschätzung war jedoch im kritischen Bereich. Weitere Analysen zu Einflussfaktoren und longitudinalen Veränderungen werden gegenwärtig durchgeführt.

### P179 Zwischen Chancen und Risiken – Eine Expert\*innen-Perspektive auf den Resilienzbezug innerhalb der Palliativversorgung

**Autoren** Maus K<sup>1</sup>, Peusquens F<sup>1</sup>, Jaspers B<sup>1</sup>, Richter C<sup>2</sup>, Radbruch L<sup>1</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Bonn, Klinik für Palliativmedizin, Bonn, Deutschland; 2 Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Systematische Theologie und Hermeneutik, Bonn, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754059

**Hintergrund** Der Resilienzbezug ist im Zusammenhang mit krisenassoziierten Ereignissen sowohl in der Gesellschaft als auch in der Wissenschaft äußerst präsent, weshalb er auch innerhalb der Palliativversorgung nicht unberücksichtigt bleiben sollte. Das Pandemiegeschehen der letzten Jahre verleiht dem Begriff zusätzlichen Auftrieb. Insbesondere vor diesem Hintergrund wird Resilienz oftmals im Zusammenhang mit psychischen Belastungen, herausfordernden Lebenssituationen und Achtsamkeitsstrategien diskutiert.

**Methode** Als Teil einer interdisziplinären Forschungsgruppe zum Thema „Resilienz in Religion und Spiritualität“ ist es unsere Aufgabe, im Konsortium aufgestellte Theorien in der palliativmedizinischen Praxis zu prüfen. Die hier dargestellte Erhebungsphase beinhaltet 3 qualitative, leitfadengestützte Einzelinterviews sowie 2 Fokusgruppen mit Expert\*innen innerhalb der Palliativversorgung (Zeitraum 05/20 bis 10/21). Alle Interviews wurden transkribiert und mit Hilfe des Programms MAXQDA ausgewertet. Mit dem Anspruch, induktiv aus dem Forschungsgegenstand heraus eine Theorie zu generieren, erfolgt die Forschung im Projekt vor dem Hintergrund einer Grounded Theory, weshalb erarbeitete Hypothesen fortlaufend reflektiert und modifiziert werden.

**Ergebnisse** Es ergeben sich Hinweise auf mit Resilienz verknüpfte Begriffe, wie *Offenheit*, *Nicht-Wissen*, *Beobachten*, *Mut* oder *Freiraum*, welche überwiegend aus dem Bereich der Achtsamkeit stammen. Erkennbar ist zudem das vorherrschende Bewusstsein über Resilienz als einen Modebegriff und eine damit einhergehende Sorge, bereits etablierte Begriffe wie *Lebensqualität*, *Individualität*, (*kultur*-) *sensible Begleitung* oder die *Sinnhaftigkeit*, als eines von drei Elementen des von Antonovsky geprägten Kohärenzbegriffs, abzulösen.

**Schlussfolgerung** Etablierte Konzepte wie Lebensqualität oder Sinnhaftigkeit sollten sinnvoll in das Resilienzkonzept integriert und allenfalls als Dimensionen von – keinesfalls als Ergebnisgrößen für – Resilienz angesehen werden. Dem schließt sich an, Resilienz nicht als Eigenschaft oder Outcome, sondern als ein prozesshaftes Krisenphänomen zu verstehen. Eine gute Einführung in das derzeit im interdisziplinären Forschungskonsortium bearbeitete Resilienzkonzept sowie eine fortlaufende Reflexion der praktischen Anwendungsmöglichkeiten sind essenziell, damit es sowohl für Patient\*innen und Angehörige als auch für Mitarbeitende innerhalb der Palliativversorgung eine handhabbare Ressource darstellen könnte.

### P181 Digitalisierung am Lebensende: Potentiale und Akzeptanz von Informations- und Kommunikationstechnologie in der Palliativversorgung (DigiPall)

**Autoren** Mühlensiepen F<sup>1</sup>, Gehlhaar A<sup>2</sup>, Linderkamp F<sup>2</sup>, Stahlhut K<sup>3</sup>, Heinze M<sup>1,3</sup>, Bruch D<sup>1,4</sup>, May S<sup>1</sup>

**Institute** 1 Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Zentrum für Versorgungsforschung, Rüdersdorf, Deutschland; 2 Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Neuruppin, Deutschland; 3 Immanuel Klinik Rüdersdorf, Rüdersdorf, Deutschland; 4 Immanuel Klinikum Bernau, Herzzentrum Brandenburg, Bernau, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754060

**Hintergrund** Die Bedeutung von digitalen Technologien nimmt in allen Lebensbereichen rasant zu und führt zu grundlegenden Änderungen in der Kommunikation und im Informationstransfer. Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) werden als Möglichkeit gesehen, den Austausch in der Palliativversorgung (PV) zu unterstützen. Die Effektivität von IKT in der PV konnte bislang nur begrenzt nachgewiesen werden [1].

Ziel des Projektes ist es, den Einsatz von IKT in der PV anhand eines qualitativen Studiendesigns zu untersuchen und somit eine theoretische Basis für die Entwicklung einer Forschungsagenda zu schaffen.

- In welchen Bereichen der PV wird IKT durch die Versorger:innen bereits angewandt?
- Wie hoch ist die Akzeptanz von Versorger:innen gegenüber dem Einsatz von IKT in der PV?
- Welche potenziellen Anwendungsbereiche von IKT gibt es aus Sicht von Versorger:innen?

**Methode** Zur Exploration des Forschungsgegenstandes wurden telefongestützte Leitfadenterviews mit Akteur:innen (n = 19) der PV durchgeführt. Dabei wurde ein heterogenes Sample hinsichtlich des Versorgungssettings und der Berufsgruppen einbezogen. Die Interviews wurden anhand der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz [2], unterstützt von MAXQDA ausgewertet.

**Ergebnisse** IKT wird in der PV vielfältig, insb. in der Organisation, Koordination sowie in direkten Behandlung eingesetzt. Dies betrifft u.a. die Diagnostik, Schmerzinterventionen oder die Medikationskontrolle. Die Relevanz von IKT wurde je nach Setting der PV unterschiedlich bewertet: *„Also irgendwie ist bereits das Smartphone eine Bedingung für die SAPV (...). Im Hospiz, da kann man sagen, dass diese ganzen Mittel eine deutlich geringere Rolle spielen.“* (I4, Pflegerin, Hospiz) Versorger:innen schrieben dem Einsatz von IKT in der PV eine erhöhte Versorgungsqualität und Effektivität bei gleichzeitiger Überwindung räumlicher und zeitlicher Distanzen zu. Dem stehen jedoch erhebliche Risiken gegenüber: *„Also Risiken sehe ich in der Distanzierung, der Entwertung der Begegnung von Mensch zu Mensch auf eine andere Ebene, die eben digital verläuft, aber dadurch viele Ebenen aufgibt, nämlich die Berührung, die Wahrnehmung der Umgebung, des Patienten, die Wahrnehmung der nonverbalen Signale der Angehörigen.“* (I15, Pflegerin, SAPV)

**Schlussfolgerung** IKT wird von Versorger:innen als wichtige Unterstützung der PV wahrgenommen und daher vielfältig eingesetzt. IKT unterstützte PV ist eine Ergänzung zur Regelversorgung, muss maßvoll und nicht zum Selbstzweck entwickelt und eingesetzt werden.

#### References:

[1] Capurro D et al. 2014; Effectiveness of eHealth interventions and information needs in palliative care: a systematic literature review. J Med Internet Res 16 (3): e72

[2] Kuckartz U. 2018 Qualitative Inhaltsanalyse, Beltz Juventa, Weinheim, 4.ed

## P186 Kombinationen zielgerichteter Substanzen in der Therapie nicht-heilbarer hämatologischer Krebserkrankungen

**Autoren** Salimi A<sup>1,2</sup>, Maletzke S<sup>2</sup>, Vieri M<sup>2</sup>, Schemionek-Reinders M<sup>2</sup>, Brümmendorf TH<sup>2</sup>, Rolke R<sup>3</sup>, Appelman I<sup>2,3</sup>

**Institute** 1 Institut für Laboratoriumsmedizin, Universität Giessen / Marburg Lung Center (UGMLC), Marburg, Deutschland; 2 Medizinische Fakultät der RWTH Aachen, Klinik für Hämatologie, Onkologie, Hämostaseologie und Stammzelltransplantation, Aachen, Deutschland; 3 Medizinische Fakultät der RWTH Aachen, Klinik für Palliativmedizin, Aachen, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754061

**Hintergrund** Genetische Veränderungen wirken oft beschleunigend auf die Proliferation von Krebszellen. Gleichzeitig bedingen sie mit zunehmender

Kenntnis der individuellen molekularen Grundlagen der Malignisierung von Zellen mitunter auch eine spezifische Therapievulnerabilität. Für Patienten mit bösartigen hämatologischen Erkrankungen ergeben sich somit personalisierte Therapieoptionen, die bei tolerablem Nebenwirkungsspektrum zu einer Verlängerung des Überlebens und/oder Verbesserung der Lebensqualität führen können, auch wenn die Erkrankung entweder bislang nicht heilbar ist oder Komorbiditäten / Alter kurative Therapieansätze unmöglich machen. Für diese demographisch bedingt wachsende Patientengruppe ist im palliativmedizinischen Rahmen die Evaluation von verträglichen, lebensverlängernden Kombinationen zielgerichteter Substanzen relevant. Systematische Untersuchungen solcher Kombinationsmöglichkeiten bei nicht heilbaren malignen hämatologischen Erkrankungen sind bislang kaum vorhanden und Gegenstand der vorliegenden Arbeit.

**Methode** In hypothesenbasierten Ansätzen wurde die Effizienz von Kombinationen von Inhibitoren der BCR-ABL-Kinase, des Proteasoms und der sog. „Unfolded Protein Response (UPR)“ in verschiedenen, teils murinen, teils primär humanen Krankheitsmodellen für die BCR-ABL positive akute lymphatische Leukämie (ALL), die NRAS-mutierte ALL und das Multiple Myelom (MM) untersucht und mechanistisch aufgearbeitet.

**Ergebnisse** Für die ausgewählten Kombinationen von Inhibitoren der BCR-ABL-Kinase und des Proteasom bei der Ph+ ALL, von UPR-Inhibition und PI3K/mTOR-Inhibition bei der NRAS-mutierten ALL und von Proteasom-, UPR- und Autophagie-Inhibition beim MM konnte jeweils eine kontextspezifische synergistische Wirksamkeit nachgewiesen werden. Mechanistisch ließ sich eine zugrundeliegende Hochregulation der Apoptose und teilweise Induktion von Seneszenz in den malignen Zellen nachweisen.

**Schlussfolgerung** Die potentielle Erweiterung des therapeutischen Arsenal wird im Kontext der frühen Integration der Palliativmedizin in die Behandlung von Krebspatienten von zunehmender Bedeutung sein, so dass entsprechend der leitliniengemäßen Interaktion von Palliativmedizin und Onkologie bei Patienten mit nicht-heilbaren Krebserkrankungen eine enge Verbindung beider Fächer unterstützt wird. Medikationssynergismen können darüber hinaus bei Äquipotenz durch geringere Dosierung der Einzelsubstanzen im palliativmedizinischen Kontext im Sinne der Erhaltung der Lebensqualität Nebenwirkungen einsparen.

## P189 „Auf mich achten“ – Angehörigenschulung stärkt Ressourcen Angehöriger schwer kranker Menschen

**Autoren** Schieferdecker A<sup>1</sup>, Theißen T<sup>1</sup>, Oechsle K<sup>1</sup>, Wiertk J<sup>1,2</sup>, Bokemeyer C<sup>1</sup>, Ullrich A<sup>1</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, II. Medizinische Klinik, Palliativmedizin, Hamburg, Deutschland; 2 LMU Klinikum der Universität München, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754062

**Hintergrund** Angehörige schwerkranker Menschen sind Versorgende, Unterstützende, Trost- und Haltgebende und stellen häufig die wichtigste Ressource schwerkranker Menschen dar. Gleichzeitig sind sie selbst Betroffene mit eigenen Ängsten, Sorgen und Bedürfnissen. Hier besteht ein großer Informations- und Unterstützungsbedarf.

Das Schulungsprogramm „Angehörige:r sein – Ressourcen stärken“ (Präsenzveranstaltung, Online-Durchführung während der Pandemie) beinhaltet sechs Module zu pflegerischen, medizinischen, psychosozialen und spirituellen Themen. Neben der quantitativen Evaluation erfolgte eine vertiefende qualitative Evaluation des subjektiven Erlebens und Auswirkungen der Schulung.

**Methode** Vertiefende Evaluation des Schulungsprogramms durch qualitative semi-strukturierte Interviews. Die Auswahl der Interviewteilnehmenden erfolgte mittels „purposeful sampling“. Kriterien waren: Anzahl der besuchten Module, Schulungsformat (Präsenz/Online) und Alter. Der Leitfaden umfasste u.a. Fragen zu Interesse, Erwartungen, Herausforderungen, Auswirkungen und

subjektivem Nutzen der Schulung. Die Interviews wurden wörtlich transkribiert und mittels strukturierender Inhaltsanalyse nach Mayring mit der Software MAXQDA ausgewertet.

**Ergebnisse** Von 31 Schulungsteilnehmenden wurden 21 interviewt (Präsenz/ Online-Format: 8/13; Anzahl der besuchten Module (</ ≥ 5): 10/11, median 5; Alter: 33-75 Jahre, median 54). Das Interesse an der Schulung wurde durch den Wunsch nach Verstärkung des Selbstwirksamkeitserlebens, Informationszugewinn und damit, dass die Angehörigen im Mittelpunkt stehen, geweckt. Als Auswirkungen und subjektiven Nutzen konnten Hilfe durch Wissenszugewinn, Reflexion und Annahme von Gefühlen bzw. der erlebten Situation, Ausgangspunkte für Gespräche, Hilfe annehmen können, vermehrte Selbstfürsorge, Entlastung und zunehmende Sicherheit identifiziert werden. Bei zahlreichen Teilnehmenden kam es zu Schlüsselerkenntnissen, die zu Veränderungen im Alltag und /oder im Umgang mit dem erkrankten Angehörigen geführt haben. Zentral war in den meisten Fällen die Erkenntnis der Selbstfürsorge.

Als Herausforderungen wurden fehlende Zeit, die Schwierigkeit, bestimmte Themen oder Hilfe zuzulassen, die Heterogenität der Gruppe, eigene Emotionen und der dichte Informationsgehalt beschrieben.

**Schlussfolgerung** Das Schulungsprogramm für Angehörige schwerkranker Menschen kann Ressourcen Angehöriger stärken und ihren Alltag und den Umgang mit den Erkrankten positiv beeinflussen.

## P196 Die Bremer Palliativlotsin– Quantitative Evaluation eines Unterstützungsangebotes

**Autoren** Reisinger A., Schumski L., Schmiemann G.

**Institut** Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abteilung 1: Versorgungsforschung, Bremen, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754063

**Hintergrund** Tumorpatienten mit einer lebenslimitierenden Erkrankung weisen in ihrer letzten Lebensphase einen hohen Versorgungsbedarf auf. Oftmals ist eine Auseinandersetzung mit sozialen Fragen notwendig, um Zugang zu Unterstützungsangeboten zu erhalten. Patienten und Angehörige sind damit häufig überfordert. In der Stadt Bremen wird seit 2019 der Einsatz einer Palliativlotsin erprobt. Diese begleitet und unterstützt palliative Tumorpatienten mit komplexem sozialmedizinischem Beratungsbedarf. In einer begleitenden Evaluation werden Zugangswege und das Tätigkeitsprofil der Lotsin erforscht.

**Methode** In einem interdisziplinären Prozess wurde ein Dokumentationssystem für die Lotsin entwickelt und fortlaufend an Ihre Bedürfnisse angepasst. Mit dem Dokumentationssystem können Daten zur Soziodemografie der Patienten, zum Verlauf der Betreuung, zum Grund für die Kontaktaufnahme zur Lotsin, zu vorhandenen und benötigten Hilfsmitteln sowie zu Häufigkeit und zum Zeitaufwand der Betreuung in vorgegebenen Antwortsystemen systematisch erfasst werden. Gelöste und ungelöste Probleme wurden über einen Freitext dokumentiert. Die deskriptive Datenanalyse erfolgte mittels SPSS (Version 26).

**Ergebnisse** Von Oktober 2019 bis Oktober 2021 wurden über 190 Patientenkontakte dokumentiert. 54,7 % der Patienten waren weiblich. Das Durchschnittsalter lag bei 70 Jahren (Range: 34-94). Ein Lungen-/ Bronchial-Karzinom wurde als häufigste Krebserkrankung benannt (18,1 %), 11,4 % der Patienten hatten keine Krebserkrankung. Die allgemeine Beratung zur Palliativversorgung wurde als häufigster Grund für die Kontaktaufnahme (77,4 %) angegeben. Weitere Bedarfe lagen im Bereich psychosozialer Fragen (40 %) sowie in der Beantragung von Hilfsmitteln (21,6 %). 36,8 % der Patienten gaben weitere Bedarfe an, die u.a. die Entlassungsplanung, die Sterbebegleitung, den assistierten Suizid sowie die Unterstützung bei verschiedenen Anträgen betrafen. Der durchschnittliche Zeitaufwand je Patienten lag bei 3,8 Std. (Range: 0,08-37,36).

**Schlussfolgerung** Die Lotsin wird von palliativen Patienten mit einer Vielzahl unterschiedlicher Bedarfe adressiert. Diese Bedarfe scheinen durch das bestehende Versorgungssystem nicht ausreichend abgedeckt, aber in vielen Fällen durch den Einsatz der Palliativlotsin gelöst zu werden.

## P198 Evaluation der Bremer Palliativlotsin – eine qualitative Interviewstudie

**Autoren** Schumski L, Reisinger A, Schmiemann G

**Institut** Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abteilung 1: Versorgungsforschung, Bremen, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754064

**Hintergrund** Tumorpatienten mit einer lebenslimitierenden Erkrankung weisen in ihrer letzten Lebensphase einen hohen Versorgungsbedarf auf. Oftmals ist eine Auseinandersetzung mit sozialen Fragen notwendig, um Zugang zu Unterstützungsangeboten zu erhalten. Patienten und Angehörige sind damit häufig überfordert. In der Stadt Bremen wird seit 2019 der Einsatz einer Palliativlotsin erprobt. Diese begleitet und unterstützt palliative Tumorpatienten mit komplexem sozialmedizinischen Beratungsbedarf. In einer begleitenden Evaluation werden die Akzeptanz der Lotsin und die Kooperationen mit anderen Beteiligten des Gesundheitswesens erfragt.

**Methode** Mittels qualitativer Leitfadenterviews wurden Leistungserbringer, die in der Betreuung und/oder Begleitung palliativer Tumorpatienten tätig sind, befragt. Die Audiodateien wurden transkribiert und mit der Software MAXQDA inhaltsanalytisch nach Kuckartz ausgewertet.

**Ergebnisse** Von November 2021 bis Februar 2022 wurden 14 Leistungserbringer aus den Bereichen der ambulanten/stationären und der ärztlichen/pflegerischen Versorgung und dem Sozialdienst befragt. Das auf Grundlage der Transkripte entwickelte Kategoriensystem umfasste den Zugang zur Lotsin und ihre Aufgaben, die Bedarfe der Betroffenen, die Zuständigkeiten zwischen der Lotsin und den Leistungserbringern, die Zusammenarbeit sowie eine Bewertung. Leistungserbringer, die bereits in Kontakt zu der Lotsin standen (n = 11), beschreiben ihre Tätigkeit als Mehrwert in der Versorgung. Insbesondere die Beratung bezüglich palliativer Angebote und die Unterstützung bei sozialrechtlichen Belangen wird als entlastend empfunden. Es wird der Wunsch nach einer Ausweitung ihrer Versorgungsleistung auf weitere Patientengruppen oder weitere Krankheitsbilder benannt.

Die Befragung der Leistungserbringer, die bisher nicht mit der Lotsin kooperierten, zeigten ein deutliches Interesse an dem zusätzlichen Unterstützungsangebot. Ihre Leistungen könnten bisher nur unzureichend durch andere Leistungserbringer abgedeckt werden.

**Schlussfolgerung** Der Einsatz der Palliativlotsin scheint die Leistungserbringer in der Versorgung palliativer Krebspatienten zu entlasten und die Versorgung palliativer Patienten im häuslichen Umfeld zu erleichtern.

## P215 Die Beschreibung des Gesundheitszustandes anhand von Veränderungen in Bewegungsmustern von Palliativpatient:innen – Eine explorative Erfassung

**Autoren** Yip JB<sup>1</sup>, Steigleder T<sup>1</sup>, Heckel M<sup>1</sup>, Eskofier B<sup>2</sup>, Ostgathe C<sup>1</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Erlangen, Palliativmedizinische Abteilung, Erlangen, Deutschland; 2 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Department Artificial Intelligence in Biomedical Engineering (AIBE), Erlangen, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754065

**Hintergrund** Bei Patient:innen in der Palliativversorgung kommt es in aller Regel im Verlauf der Erkrankung zu Veränderungen des Allgemeinzustandes mit Konsequenzen für die Behandlungspläne. Diese Veränderung von Bewegungen zeigen sich und andere auch in Veränderungen von Bewegungen und Bewegungsmustern.

Die Erfassung von Bewegungen und Bewegungsmustern kann somit helfen den Allgemeinzustand einzuschätzen. **Ziel:** Definition typischer und klinisch relevanter Bewegungsmuster und deren Veränderungen. **Schlüsselworte:** Allgemeinzustand, Bewegung, Sensorik, Medizintechnik.

**Methode** In Interviews werden Mitarbeitende von stationären Palliativteams (n = 15) zu aussagekräftigen Bewegungen und deren Veränderungen von

Patient:innen und zu einer Zuordnung zu dem Allgemeinzustand (ECOG, Karnofsky Index) befragt. Die Datenerfassung erfolgt mittels graphischer Darstellung und wörtlicher Beschreibung und der Kennzeichnung der betreffenden Körperregion/en auf einer schematischen Körperzeichnung. Die graphischen Aufzeichnungen werden gemeinsam von Teilnehmenden und Interviewern erstellt. Die weitere Analyse erfolgt mittels tabellarischer Kategorisierung der Bewegungen anhand der Art der Bewegung, der Körperregion, und des korrespondierenden Allgemeinzustandes.

**Ergebnisse** Eine Zwischenauswertung von 5 Interviews ergab 16 verschiedenen Bewegungsabläufe, die in einer Tabelle kategorisiert wurden. Unter Berücksichtigung der Veränderungen der Bewegung konnten insgesamt 70 Unterkategorien identifiziert werden. Ähnlichkeiten zwischen Beschreibungen verschiedener Teilnehmender wurden festgestellt.

**Schlussfolgerung** Die Zwischenauswertung zeigt vielversprechende Ergebnisse im Hinblick darauf, dass Bewegungen und Bewegungsmuster sowie deren Veränderungen aus klinischer Perspektive benannt werden, eine Erfassung des Gesundheitszustandes ermöglichen können. Herausforderungen bestehen darin, diese zu quantifizieren, zu kategorisieren, zusammenzuführen und deren Relevanz für die Bestimmung des Allgemeinzustandes zu erforschen.

Anerkennung: This work was supported by the Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG, German Research Foundation) under Grant SFB 1483-Project-ID 442419336.

## P236 "Das persönliche Wort ist doch immer noch das Wichtigste" – Anforderungen an ein digital-unterstütztes Arbeitssystem zur Förderung der Teamkommunikation und -kollaboration in der stationären Palliativversorgung

**Autoren** Grimminger S<sup>1,2,3</sup>, Peuten S<sup>4</sup>, Markgraf M<sup>5,6</sup>, Waldmann D<sup>5,6</sup>, Heckel M<sup>1,2,3</sup>, Steigleider T<sup>1,2,3</sup>, Klein C<sup>1,2,3</sup>, Schneider W<sup>4</sup>, Gimpel H<sup>5,6,7</sup>, Ostgathe C<sup>1,2,3</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Erlangen-Nürnberg, Palliativmedizin, Erlangen, Deutschland; 2 Comprehensive Cancer Center, CCC, Erlangen, Deutschland; 3 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Deutschland; 4 Universität Augsburg, Professur für Soziologie/Sozialkunde, Augsburg, Deutschland; 5 Universität Augsburg, FIM Research Center, Augsburg, Deutschland; 6 Fraunhofer FIT, Projektgruppe Wirtschaftsinformatik, Augsburg, Deutschland; 7 Universität Hohenheim, Lehrstuhl für Digitales Management, Hohenheim, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754066

**Hintergrund** Die digitale Transformation verändert zunehmend auch das medizinische Arbeitsfeld. Obgleich die Digitalisierung im Bereich der palliativen Versorgung bislang eher wenig ausgeprägt ist, bietet sie auch hier insbesondere die Chance, die Zusammenarbeit der multiprofessionellen Teams gewinnbringend zu unterstützen. Um den Einzug der Digitalisierung in diesen Arbeitsbereich proaktiv und zum Feld passend mitgestalten zu können, wird im interdisziplinären Projekt PALLADIUM aus den Perspektiven der Palliativmedizin, der Soziologie und der Wirtschaftsinformatik die Frage beantwortet, wie ein digital-unterstütztes System gestaltet sein muss, das die kommunikativen und kollaborativen Prozesse in der Palliativversorgung fördert und welche besonderen Anforderungen an seine Entwicklung gestellt werden.

**Methode** Qualitative Datenerhebung mittels teilnehmender Beobachtungen auf einer Palliativstation (vier zweiwöchige Feldzyklen), zwei Fokusgruppen und 10 Einzelinterviews. Auswertung nach dem Ansatz der Grounded Theory in MAXQDA und interdisziplinäre, systematische Anforderungsanalyse auf Basis der qualitativen Analysen.

**Ergebnisse** Es konnten Anforderungen an ein digital-unterstütztes, situations- und bedarfsbezogenes System bzw. konkrete digitale Instrumente für den Bereich der stationären Palliativversorgung identifiziert werden. Diese zielen sowohl auf funktionelle Gestaltungsfaktoren, als auch auf eine patienten- und

situationsbezogene Informationsübermittlung im Team zwischen allen Professionen und Individuen, die an der Patientenbehandlung beteiligt sind. Neben diesen informationsbezogenen Anforderungen müssen in der Konzeption eines digitalen Systems auch Arbeitsprozesse berücksichtigt werden, die sich schwer oder nicht mit algorithmischer Informationsübermittlung abbilden lassen. Beispielsweise muss der Bedeutsamkeit der Face-to-Face Interaktion Rechnung getragen werden, etwa in der gemeinsamen Situationsverarbeitung oder der geteilten Einschätzungen von Patienten. Dabei muss ein auf die Ansprüche der Palliativversorgung zugeschnittenes System muss auch die Grenzen dessen, was sinnvoll digitalisierbar ist, beachten.

**Schlussfolgerung** Die Projektergebnisse sollen empirisch begründet Aufschluss über Kennzeichen, Möglichkeiten und Grenzen digital unterstützter Informationsbearbeitung und -vermittlung im Palliativbereich geben.

## P239 Telekonsile in der Palliativversorgung – Ergebnisse des oVID-Projektes

**Autoren** Bückmann A<sup>1</sup>, Eveslage M<sup>2</sup>, Juhra C<sup>3</sup>, Lenz P<sup>1,4</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Münster, Zentrale Einrichtung Palliativmedizin, Münster, Deutschland; 2 Westfälischen Wilhelms-Universität, Universitätsklinikums Münster, Institut für Biometrie und Klinische Forschung, Münster, Deutschland; 3 Universitätsklinikum Münster, Stabsstelle Telemedizin, Münster, Deutschland; 4 Universitätsklinikum Münster, Westdeutsches Tumorzentrum, Netzwerkpartner Münster, Münster, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754067

**Hintergrund** Bei stetig steigender Zahl der Palliativpatienten besteht die Notwendigkeit einen Expertisentransfer in Krankenhäuser ohne Palliativabteilung zu gewährleisten. Die Verzahnung der umliegenden Palliativabteilungen wird bei bereits bestehender guter Zusammenarbeit immer wichtiger. Die Bedeutung des Expertisentransfers von universitären Fachabteilungen in andere Krankenhäuser nimmt zu. In dieser Studie wird untersucht, in wie weit die Telemedizin ein Werkzeug sein kann, diese Lücken zu schließen.

**Methode** Technisch basiert das Vorhaben auf *Web Real-Time Communication* (WebRTC), die eine Rechner-Rechner-Verbindungen ermöglicht. Umgesetzt wird dies mit Hilfe der elektronischen Videosprechstunde CGM ELVI. Das System bietet die Möglichkeit zur Audio-, Video- und Text-Kommunikation sowie zu *Desktop-Sharing* und Dateiaustausch. Alle Teilnehmenden wurden technisch ausgestattet und geschult, Televisten durchzuführen, die im Rahmen von *Journal fixe* Terminen und auf Zuruf mit und ohne Patienten stattfinden.

**Ergebnisse** 11 Kliniken wurden angefragt, 5 externe Kliniken haben sich intensiv beteiligt, in denen 57 Patienten eingeschlossen wurden. Es wurden Telekonsile, interkollegiale Fallgespräche, und Verlegungsanfragen abgehalten, bei 35 Kontakten war der Patient anwesend. 21 mal wurden universitäre Fachdisziplinen zugezogen. Zu 54 Gesprächen gibt es 164 Evaluationen. In 79 Fällen kam es zu einer Therapieanpassung. In 22 Fällen wurde eine Vorstellung im UKM und 17 Verlegungen vermieden. 98,8% der Befragten hat die Televisite zur Lösung der Situation geholfen. Die Telemedizin ermöglicht den universitären Expertisentransfer in externe Krankenhäuser, verbessert die Zusammenarbeit, spart körperliche Ressourcen der Patienten und kann Kosten senken.

**Schlussfolgerung** Die Studie hat gezeigt, dass die digitale Infrastruktur unerlässlich ist, um Patienten in externen Krankenhäuser die Uniklinik an das Bett zu bringen. Noch immer bestehen Vorbehalte gegenüber der Technik und universitäre Mitbehandlung in externen Häusern.

**Take Home Message für die Kongressbesucher:** Telemedizin erspart Patienten Transporte und Wartezeit, verbindet alle Versorger in der Palliativmedizin und bietet universitäre Expertise, wenn benötigt.

## P240 Telemedizin in der ambulanten Palliativversorgung – Ergebnisse des oVID-Projekts

**Autoren** Bückmann A<sup>1</sup>, Eveslage M<sup>2</sup>, Krüger J<sup>3</sup>, Bauer B<sup>3</sup>, Hofmeister U<sup>3</sup>, Fischhuber K<sup>4</sup>, Storck M<sup>5</sup>, Brix T<sup>5</sup>, Juhra C<sup>6</sup>, Lenz P<sup>1,7</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Münster, Zentrale Einrichtung Palliativmedizin, Münster, Deutschland; 2 Westfälischen Wilhelms-Universität, Universitätsklinikums Münster, Institut für Biometrie und Klinische Forschung, Münster, Deutschland; 3 Palliativnetz Münster gGmbH, Münster, Deutschland; 4 Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Institut für Biometrie und Klinische Forschung, Münster, Deutschland; 5 Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Institut für Medizinische Informatik, Münster, Deutschland; 6 Universitätsklinikum Münster, Stabsstelle Telemedizin, Münster, Deutschland; 7 Universitätsklinikum Münster, Westdeutsches Tumorzentrum, Netzwerkpartner Münster, Münster, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754068

**Hintergrund** Patient:innen mit unheilbaren Erkrankungen sterben häufiger im Krankenhaus als in der häuslichen Umgebung. Der Ärztemangel und die Urbanisierung machen es schwierig, ein flächendeckendes ambulantes palliativmedizinisches Angebot im ländlichen Raum zu verwirklichen. Ziel dieser Studie ist der Vergleich zwischen Patient:innen mit zusätzlicher telemedizinischer Versorgung und der Standardversorgung.

**Studiendesign** Randomisierte, kontrollierte Nichtunterlegenheitsstudie. Ethikvotum (2019-683-f-s „oVID – offenes Videosystem in der Medizin“)

**Methode** Technisch basiert das Vorhaben auf *Web Real-Time Communication* (WebRTC), die eine Peer-to-Peer-Verbindung ermöglicht. Umgesetzt wird dies mit der Videosprechstunde CGM ELVI. Die Versorgungsqualität wird mit Hilfe des *Integrated Palliative Outcome Scale* (IPOS) evaluiert (Tag 0,7,14). Aufgrund des hohen Evidenzgrades wurde ein randomisiertes Studiendesign gewählt. Die Veränderung des IPOS von Tag 0 zu Tag 7 wurde als primärer Endpunkt definiert (Nichtunterlegenheitsmargin = 4 Punkte). Die technische Durchführung und das Sicherheitsgefühl der Patient:innen wurden evaluiert.

**Ergebnisse** Insgesamt wurden 168 Patient:innen gescreent und 35 Patient:innen eingeschlossen (18 Telemedizin / 17 Standardversorgung). Ausschlussgründe waren vor allem: 1. Keine ambulante Versorgung möglich, 2. ambulante Palliativversorgung abgelehnt oder 3. fehlendes technisches „Know-how“. Es wurden 12 Televisiten geführt. Die Veränderung des IPOS-Gesamtscores von Tag 0 zu Tag 7 betrug  $-1,8 \pm 3,0$  vs.  $1,2 \pm 5,7$ . Die Telemedizingruppe ist gegenüber der Standardgruppe nicht relevant unterlegen (t-Test auf Nichtunterlegenheit, p-Wert: 0,005). 16 Patient:innen empfanden die Televisite im Vergleich zu einem Telefonat mit Ärzt:innen als vorteilhaft. Im Vergleich von Tag 7 zu Tag 14 sieht man eine Tendenz, dass Patient:innen zunehmendes Vertrauen in telemedizinische Versorgung gewinnen.

**Schlussfolgerung** Dies ist die erste randomisierte, kontrollierte Nichtunterlegenheitsstudie, die den Einsatz der Telemedizin in der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung evaluiert. Die laut Studienplanung angestrebte Rekrutierungszahl konnte nicht erreicht werden.

**Take Home Message für die Kongressbesucher:** Die Vorstellung dieser Studienergebnisse soll ermutigen, sich Versorgungsfragen mit einem randomisierten Studiendesign zu nähern. Die Einbeziehung der Telemedizin soll als Unterstützung und nicht als Ersatz für den persönlichen Kontakt gesehen werden.

## P241 Sub-anaesthetic ketamine for cancer-related fatigue: systematic review of a potential new drug candidate

**Autoren** Schöne LM<sup>1,2</sup>, Gottschalk A<sup>3</sup>, Bleckmann A<sup>2,4</sup>, Lenz P<sup>1,5</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Münster, Zentrale Einrichtung Palliativmedizin, Münster, Deutschland; 2 University Hospital Muenster, West German Cancer Center, Münster, Deutschland; 3 University Hospital Muenster, Department of Anesthesiology, Intensive Care and Pain Medicine, Münster,

Deutschland; 4 University Hospital Muenster, Department of Medicine A, Hematology, Münster, Deutschland; 5 Universitätsklinikum Münster, Westdeutsches Tumorzentrum, Netzwerkpartner Münster, Münster, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754069

**Hintergrund** Cancer-related fatigue (CRF) is one of the most common concomitants of cancer and cancer therapies. It is generally assumed that up to 90% of tumour patients suffer from CRF, depending on the entity and therapy. Cancer-related fatigue is usually described as "a distressing, persistent, subjective sense of tiredness or exhaustion related to cancer or cancer treatment, that is not proportional to recent activity and interferes with usual functioning". In many cases, the limitations are so severe for patients that participation in daily life is almost completely lost. Ketamine is an analgesic and anaesthetic known since the seventies of the 20th century which, due to its sympathomimetic properties, is mainly used in acute care, trauma medicine and for neuropathic pain. The relevant mechanisms of action in these cases function primarily via the N-methyl-D-aspartate (NMDA) receptors; however, many other effects and mechanisms of action have recently been discovered. Among other things, the strongest antidepressant and neuroinflammatory and neuroprotective effects could be identified here, which make ketamine a highly topical field of research again.

**Methode** An extensive review of the current literature on behalf of ketamine and CRF was performed. For this purpose, the PubMed database was searched for primary and also secondary literature, these were filtered according to relevance and topicality and overlaps were discarded. More than one hundred primary sources were ultimately used.

**Ergebnisse** The most tangible pathophysiological factors of CRF are anaemia, depression and neuro- as well as general inflammation. Anaemia is a well-known constant in tumour patients in oncology and palliative medicine, for which effective treatment strategies exist. Ketamine now opens up the possibility of achieving a BDNF-mediated increase in neuronal plasticity via its effects on the NMDA receptor, which should have a positive effect on the depressive aspects of CRF. The effect of ketamine on reactive microganglia further mediates an immunomodulatory action, which has an anti-neuroinflammatory effect, both in traumatic and non-traumatic nerve impairments. Numerous other mechanisms of action could be identified as potentially beneficial.

**Schlussfolgerung** Sub-anaesthetic ketamine, taken by the patient via a nasal applicator, finally promises to be a viable, safe, and effective treatment for CRF. In the following time, this thesis should and will have to be confirmed in RCTs.

## P248 Hörst du, was ich spüre? Eine Musikintervention auf der Palliativstation für Patient\*innen und ihre Angehörigen – KALLIOPE

**Autoren** Burzlaff P<sup>1</sup>, Hainsch-Müller I<sup>2</sup>, Aulmann C<sup>2</sup>, Metzner S<sup>1</sup>

**Institute** 1 Universität Augsburg, Philosophisch-Sozialwissenschaftliche Fakultät/ Musiktherapie, Augsburg, Deutschland; 2 Universitätsklinikum Augsburg, Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Augsburg, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754070

**Hintergrund** Die palliativmedizinische Betreuung unheilbar erkrankter Patienten umfasst auch die Mitbetreuung ihrer Angehörigen. Gut etabliert sind die psychoonkologische, sozialrechtliche und seelsorgerische Beratung (vgl. Oechsle et al., 2021). Zu den standardisierten Vorgehensweisen gehören jedoch keine Interventionen, die sich auf die Beziehungssituation zwischen Patient\*in und Angehörigen richten. Sie ist davon gekennzeichnet, dass der unheilbar erkrankte Patient oft nur partiell anwesend ist, was ein unklares Verlusterleben (Boss & Couden 2002) bei nahestehenden Menschen verursacht. Bereits die Information, dass das Zusammensein mit jemandem, der gleichzeitig ‚da‘ und ‚nicht da‘ ist, Leiden verursacht, wirkt entlastend. Darüber hinaus kann gemeinsames Musikhören dazu beitragen, die Mehrdeutigkeit der Situation besser zu tolerieren und ihr Sinn zu verleihen.



**Methode** Die Musikintervention besteht im gemeinsamen Hören von Musik mittels eines SoundPads. Es handelt sich dabei um ein dünnes Holzbrett mit zwei kleinen Lautsprechern und wird kabellos mit einem mobilen Endgerät verbunden. Die darauf gespeicherte Musikauswahl besteht aus bekannten Musikstücken unterschiedlicher Genres. Das Holzbrett fungiert als Resonanzkörper für die Frequenzen der Musik, die haptisch-taktil als Vibrationen wahrgenommen werden, wenn die Patient\*innen und Angehörigen die Hände darauf legen. Das Erkenntnisinteresse von KALLIOPE richtet sich auf die subjektiven Erfahrungen von den Beteiligten. Die qualitative Erhebung mittels Befragung soll zum einen Antwort darauf geben, wie das gleichzeitige Hören und Spüren der Musik beschrieben wird. Zum anderen besteht Interesse an den zugeschriebenen Wirkungen der Musikintervention, insbesondere mit Blick auf das Präsenzerleben und die Verbundenheit.

**Ergebnisse** Testimonials von Patient\*innen, Angehörigen und klinischem Personal.

**Schlussfolgerung** Die Ergebnisse werden unter musiktherapeutischen Gesichtspunkten analysiert und dienen der methodischen Weiterentwicklung sowie der Vorbereitung einer Wirkungsforschung.

## P255 Palliativpflege als konsiliarische Kompetenz im Forschungsprojekt OnCoPaTh

**Autoren** Hach M<sup>1</sup>, Welslau M<sup>2</sup>, Tesch H<sup>2</sup>, Blattert L<sup>3</sup>, Hermes-Moll K<sup>3</sup>, Mohr D<sup>4</sup>, Tönnies L, Osburg S<sup>3</sup>, Maier R, Keinki C, Köberlein-Neu J, Becker D<sup>2,3,4</sup>

**Institute** 1 Fachverband SAPV Hessen e.V., Wiesbaden, Deutschland;

2 Arbeitskreis klinische Studien e.V., Frankfurt/Main, Deutschland;

3 Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und

Onkologen GmbH (WINHO), Köln, Deutschland; 4 Bergisches Kompetenzzentrum für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Bergische

Universität Wuppertal, Wuppertal, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754071

**Hintergrund** Ziel des Projektes OnCoPaTh ist die Verbesserung der patientenzentrierten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit unheilbarer Krebserkrankung durch Etablierung eines multiprofessionellen Betreuungskonzeptes mit ausgebildeten OncoCoaches (OC) und einem standardisierten Konzept zur **frühen Integration der Palliativversorgung** durch Palliative Care Professionals (KOPP)

OnCoPaTh wird gefördert durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) (Förderkennzeichen: 01NVF19017).

**Methode** An 30 Studienzentren wird eine cluster-randomisierte kontrollierte Studie (C-RCT) durchgeführt, um die Auswirkungen der Intervention auf Patienten- und Organisationsebene zu untersuchen, einschließlich einer frühen Integration von Palliativversorgung durch Konsiliar Tätige Palliativpflegefachkräfte (KOPP), deren Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf und die organisatorische Machbarkeit der routinemäßigen Zusammenarbeit zwischen OncoCoach und KOPP. Die Interventionseffekte werden in drei Studiengruppen (Kontrollgruppe I und II, Interventionsgruppe; n = 600 /Gruppe) untersucht. Vor der Randomisierung werden alle Patienten in Gruppe I rekrutiert und erhalten eine Standardversorgung. Danach werden die Studienzentren randomisiert einer der beiden Kontrollgruppen zugewiesen II (Regelversorgung) In der Interventionsgruppe werden OC und KOPP zusätzlich unterstützt durch eine Wissensdatenbank zu komplementären und alternativen Therapien der DKG. In diesem Projekt werden Primärdaten von Patienten, pflegenden Angehörigen und medizinischem Fachpersonal erhoben und ausgewertet Leistungsdaten der Krankenkassen Darüber hinaus werden eine Prozessevaluation und eine sozioökonomische Folgenabschätzung durchgeführt Bis dato sind n = 196 Patienten eingeschlossen Deutsches klinisches Studienregister: DRKS00023255

**Ergebnisse** Eine Präsentation erster Ergebnisse der Entwicklung des "Handlungsfeldes KOPP" als eigenständiges palliativpflegerisches Kompetenzfeld in sektorenübergreifender Zusammenarbeit mit onkologischen Teams.

**Schlussfolgerung** Dieses auf Pflegefachkräfte ausgerichtete Projekt wird zu einer besseren Integration der frühen Palliativversorgung führen, die Zusammenarbeit zwischen onkologischen Teams verbessern und ist ein Win-Win-Modell für Pflegefachkräfte, PatientInnen und ÄrztInnen.

## P267 Accessibility of end-of-life wishes – What can we learn from our Dutch neighbours?

**Autoren** Munte C<sup>1</sup>, Dijkstra B<sup>1</sup>, Groot M<sup>2</sup>, Meinders M<sup>1</sup>

**Institute** 1 Radboud university medical center, Department of Neurology, Centre of Expertise for Parkinson & Movement Disorders, Nijmegen,

Niederlande; 2 Rotterdam University of Applied Sciences, Research Centre Innovations in Care, Rotterdam, Niederlande

DOI 10.1055/s-0042-1754072

**Hintergrund** Many people want their end-of-life care to be as self-determined as possible. However, the living will that is frequently used in Germany today is associated with some difficulties. Sometimes it is not applicable to a situation that has evolved, cannot be clearly interpreted or simply cannot be found [1]. Advance Care Planning (ACP) is currently being discussed as a solution to counteract these problems. ACP implies a specific communication process between a so-called conversation facilitator, the patients, relatives and the medical professionals, which is oriented towards the values, goals and preferences of the patients [2]. Nevertheless, the issue of visibility and accessibility of wishes at the end of life is currently not sufficiently clarified. In contrast to Germany, ACP is already widely adopted in the Netherlands [3]. The question therefore arises whether there is something to learn from our neighbours.

**Methode** A conceptual approach was taken that focused on theoretical considerations and the development of strategies to make end-of-life wishes visible. By comparing the approaches, regulations and resources of both countries, an overview of the different possibilities was obtained. In addition, expert interviews were conducted with health professionals on the specific practices in each country and compared. The analysis was conducted with the help of Grounded Theory [4] and the software MAXQDA.

**Ergebnisse** While ACP is not yet widespread in Germany, it is already part of routine care in the Netherlands. One of the main challenges in Germany, however, is to create structures that bring together all the actors involved in the sense of coordinated care. The question of the visibility of end-of-life wishes assumes a critical role. While this is regulated centrally and digitally in the Netherlands, accessibility is one of the main problems in Germany.

**Schlussfolgerung** Two things are to be considered regarding the accessibility of end-of-life wishes. On the one hand, there is a need to discuss whether ACP should be considered as part of coordinated care in order to involve as many health professionals as possible in the network of care. On the other hand, there are aspects that could be adopted from the Dutch context. In particular, it should be discussed whether digitalization offers the possibility to increase the visibility of care wishes and what emphasis is assigned to privacy.

### References

[1] Jox, RJ; Schmitten, J in der; Marckmann, G, (2015), Ethische Grenzen und Defizite der Patientenverfügung, Coors, M, Jox, RJ, Schmitten, J. in der, Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung, Stuttgart, 23-38

[2] Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M, van der Heide A, Heyland DK, Houttekier D, Janssen DJA. et al. (2017), Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care., The Lancet Oncology, e543-e551

[3] van der Plas A, Glaudemans J, Onwuteaka-Philipsen B. 2021 Advance care planning in Dutch primary care: a pre/post-implementation study. BMJ Supportive & Palliative Care

[4] Strauss AL, Corbin JM. 1990 Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques, Newbury Park, Calif

## P276 Projektvorstellung: „Aufbau von professioneller konfessions-unabhängiger Spiritual Care-Begleitung schwerst-kranker und sterbender Menschen in der ambulanten Hospiz- und Palliativarbeit in Köln“ (Okt. 2020 – Okt. 2023)

**Autoren** Schmidt C<sup>1</sup>, Boukes B<sup>2</sup>, Joist T<sup>3</sup>, Wagner S<sup>3</sup>

**Institute** 1 Unergründlich e.V., Spiritual Care – Seelsorger, Köln, Deutschland; 2 Unergründlich e.V., Vorstand, Köln, Deutschland; 3 Geschäftsführung SAPV Köln

**DOI** 10.1055/s-0042-1754073

**Hintergrund** Unergründlich e.V. (Köln) will Raum für spirituellen Austausch schaffen, unabhängig von religiöser/konfessioneller Bindung. Ein Schwerpunkt ist palliative spirituelle Versorgung. Der Verein ist Mitglied der DGP und hat eine Förderung (Dt. Fernsehlotterie) für ein in der BRD herausragendes Projekt erhalten: Zwei Dipl. Theologen und Kunst-/Psychotherapeuten mit langjähriger Erfahrung im palliativen und hospizlichen Kontext wurden als konfessionsfreie Spiritual Care-Begleiter angestellt.

Spiritual Care unterscheidet sich durch eine freie Haltung und durch Unabhängigkeit von kirchlicher Seelsorge.

**Methode** Gemeinsam mit dem Palliativ-Team SAPV Köln bieten die Mitarbeiter schwerstkranken und sterbenden Menschen in ihrer häuslichen Umgebung spirituelle Begleitung an, unabhängig von Religion/Konfession, auf Wunsch der Patient\*innen oder Zugehörigen, als Angebot spiritueller Krisenintervention. Alle Mitglieder des Systems (Familie, soziales Umfeld) können begleitet werden. Weitere Arbeitsbereiche sind die Begleitung spiritueller Anliegen der Mitarbeiter\*innen des SAPV-Teams, ethische Besprechungen, Interventionen, Fortbildungen.

Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet an der Universität Witten-Herdecke, Prof. Dr. K. Weckbecker und Prof. Dr. A. Büssing. Die Patient\*innen werden nach ihren spirituellen Bedürfnissen und nach dem Wunsch spiritueller Begleitung befragt. (Instrument: Spiritual Needs Questionnaire SpNQ).

**Ergebnisse** Nach dem ersten Projektjahr (248 Begleitete von ca. 1000 pro Jahr des SAPV-Teams) zeigt sich, dass das Angebot insbesondere die Lücke der spirituellen Versorgung 41 % Konfessionsloser in der BRD schließt. Der Bedarf ist bereits vor Abschluss der Studie nachweisbar. Nach SGB V § 37 b haben Versicherte Anspruch auf palliative Versorgung, die die spirituelle Dimension laut WHO-Definition einschließt.

**Schlussfolgerung** Spiritual Care (SC) ist integraler Bestandteil der Palliativ Care. International, besonders im englischsprachigen Raum, erfährt SC bereits angemessene Aufmerksamkeit. Auch in der BRD wird die Akzeptanz und der Stellenwert der SC im Gesundheitswesen wachsen, weil der Bedarf vorliegt. Zur nachhaltigen Sicherung ist Ziel des Projekts eine reguläre Kassenfinanzierung und der Aufbau einer neuen Berufsgruppe professioneller Spiritual Care-Seelsorger in der BRD.

## Forschungsmethoden

### V203 Informelle Fürsorge am Lebensende bei räumlicher Entfernung: Ein Scoping Review

**Autoren** Herbst FA, Ülgüt R, Schneider N, Stiel S

**Institut** Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin, Hannover, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754074

**Hintergrund** Viele informell Fürsorgende leben in räumlicher Entfernung zu ihrem schwerkranken oder sterbenden Angehörigen. Ihre Fürsorgeerfahrungen unterscheiden sich in Aspekten stark von denen lokal Fürsorgender und sie sehen sich mit besonderen Herausforderungen konfrontiert. Nach Kenntnis der Autor\*innen wurde bisher keine systematische Literaturrecherche durchgeführt, die sich auf die spezifische Situation informell Fürsorgender am Le-

bensende bei räumlicher Entfernung konzentriert. Zwei Forschungsfragen sollen beantwortet werden: 1) Was ist aus der bestehenden Literatur zur informellen Fürsorge am Lebensende bei räumlicher Entfernung bekannt? 2) Was ist über die Unterstützungsbedürfnisse dieser spezifischen Gruppe informell Fürsorgender bekannt?

**Methode** Ein Scoping Review entsprechend Arksey und O'Malley (2005), der Studien aller methodischen Designs berücksichtigt, wird im Projekt „Versorgung am Lebensende bei räumlicher Distanz (LoCatE)“ (DFG Projektnr. 449568227; Laufzeit: 01.07.2021-30.06.2023) durchgeführt. Die Datenbanken PubMed, CINAHL, PsycINFO, Web of Science und Google Scholar wurden vom jeweiligen Erfassungsbeginn bis einschließlich 08.11.2021 mittels einer spezifisch entwickelten Syntax durchsucht. Inhaltliche Schwerpunkte der relevanten Studien wurden deskriptiv ausgewertet.

**Ergebnisse** Zwei Forscherinnen beurteilten unabhängig voneinander Titel und Abstract 3.752 wissenschaftlicher Arbeiten, von denen 83 Volltexte geprüft wurden. In die Analyse wurden 17 Studien eingeschlossen. Bisher wurde 1 weitere Studie durch Handsuche identifiziert. Eine weitere Arbeit wird zur Prüfung beschafft. Sechs inhaltliche Schwerpunkte aus Sicht der informell Fürsorgenden wurden ermittelt: 1) Art der Unterstützung/übernommene Aufgaben, 2) Kommunikation und Kontakt, 3) Befinden und Belastungsempfinden, 4) Verpflichtungen und Erwartungen, 5) Kontakt zu anderen Fürsorgenden sowie 6) erhaltene Unterstützung und Entlastung. Studien, die Ergebnisse aus Deutschland berichten, konnten nicht identifiziert werden.

**Schlussfolgerung** Die Ergebnisse dieses Reviews sind richtungsweisend für die Forschung der informellen Fürsorge über eine räumliche Distanz am Lebensende und zeigen, dass bisher nur wenige Studien zum Thema durchgeführt wurden. Insbesondere die Situation in Deutschland wurde noch nicht betrachtet.

### V208 Entwicklung und Machbarkeitsprüfung einer multimodalen Intervention für den Gebrauch sedierender Medikamente in der spezialisierten Palliativversorgung (iSedPall) – Studienprotokoll

**Autoren** Schneider M<sup>1</sup>, Heckel M<sup>1</sup>, Kauzner S<sup>1</sup>, Klein C<sup>1</sup>, Bausewein C<sup>2</sup>, Bazata J<sup>2</sup>, Krauss S<sup>2</sup>, Remi C<sup>2</sup>, Schildmann E<sup>2</sup>, Kremling A<sup>3</sup>, Schildmann J<sup>3</sup>, Jäger C<sup>4</sup>, Ziegler K<sup>4</sup>, Ostgathe C<sup>1</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Erlangen, Palliativmedizinische Abteilung, Erlangen, Deutschland; 2 LMU Klinikum München, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München, Deutschland; 3 Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Halle, Deutschland; 4 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU), Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht, Wirtschafts- und Medizinstrafrecht, Erlangen, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754075

**Hintergrund** Sedierende Medikamente sind in der Palliativversorgung oftmals die Ultima Ratio zur Behandlung refraktärer Symptome bei lebensbegrenzt erkrankten Menschen. 2021 wurde von der Arbeitsgruppe eine konsentrierte Handlungsempfehlung zum „Einsatz sedierender Medikamente in der spezialisierten Palliativversorgung“ in Deutschland publiziert. Nationale und internationale Studien haben jedoch gezeigt, dass eine alleinige Bereitstellung von Empfehlungen und Leitlinien die Praxis nicht wesentlich beeinflusst.

**Methode** Die vom BMBF geförderte multizentrische Studie iSedPall zielt darauf ab, die im Vorläufer-Projekt SedPall entwickelte und konsentrierte Handlungsempfehlung in praktikable und im klinischen Alltag einsetzbare Dokumentationsvorlagen und Entscheidungshilfen für den Gebrauch sedierender Medikamente zu überführen. Hierzu ist die Entwicklung und Machbarkeitsprüfung einer multimodalen Intervention in der spezialisierten ambulanten und stationären Palliativversorgung geplant, wobei medizinisches Fachpersonal, Patient\*innen und Angehörige, Expert\*innen sowie Vertreter\*innen der interessierten Öffentlichkeit eingebunden werden. Von zentraler Bedeutung ist dabei die Verknüpfung klinischer, ethischer, rechtlicher und partizipativer Elemente.

Die Intervention wird nach den Prinzipien des Medical Research Council-Frameworks für die Entwicklung und Pilotierung komplexer Interventionen und unter Verwendung eines „Theory of Change“-Ansatzes konzipiert. Dabei kommt ein gemischt-methodisches Studiendesign zur Anwendung, welches u.a. Scoping Reviews, Telefoninterviews und ein Gruppendelphi-Verfahren umfasst. Bei der anschließenden Pilotierung in vier Pilotzentren (zwei ambulante, zwei stationäre) werden eine Fragebogenerhebung, fallbasierte Feedbacksitzungen und Fokusgruppen mit dem medizinischen Fachpersonal in den Pilotzentren, Interviews mit einer kleinen Anzahl von Patient\*innen und Angehörigen sowie eine Patientenaktenanalyse durchgeführt.

**Ergebnisse** (werden nach Abschluss der Studie veröffentlicht)

**Schlussfolgerung** Die Ausgestaltung einer komplexen Intervention benötigt einen theoretischen Rahmen und den Blick auf geeignete Endpunkte zur späteren Messung der Effektivität. Dieser Prozess wird durch den MRC Framework und die Theory of Change theoretisch und methodisch unterstützt. Der partizipative Ansatz und die Einbindung unterschiedlicher Akteur\*innen im gesamten Entwicklungs- und Evaluationsprozess soll gewährleisten, dass eine hohe Nutzerakzeptanz und Praxistauglichkeit der Intervention erreicht wird.

## P151 Haben wir genug getan, um die Palliativmedizin zu involvieren? Herausforderungen in der Rekrutierung von Patient\*innen mit fortgeschrittener unheilbarer Erkrankung im letzten Lebensjahr auf allgemeinen Krankenhausabteilungen am Beispiel von LYOL-C II

**Autoren** Frey JS<sup>1</sup>, Dust G<sup>1</sup>, Werner B<sup>2</sup>, Voltz R<sup>1,3,4,5</sup>, Strupp J<sup>1</sup>

**Institute** 1 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum, Zentrum für Palliativmedizin, Köln, Deutschland; 2 Universität zu Köln, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Institut für Soziologie und Sozialpsychologie, Köln, Deutschland; 3 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum, Zentrum für Versorgungsforschung, Köln, Deutschland; 4 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum, Zentrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf (CIO ABCD), Köln, Deutschland; 5 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum, Zentrum für Klinische Studien (ZKS), Köln, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754076

**Hintergrund** Frühzeitige Identifikation von Patient\*innen im letzten Lebensjahr kann eine personenzentrierte Versorgung am Lebensende unter Einbezug der Palliativmedizin fördern. LYOL-C II ist eine kontrollierte Phase-II Studie mit Prä-Post-Design. Mithilfe der Surprise Question (SQ) und dem SPICT-Modell werden Patient\*innen zweier Abteilungen einer Uniklinik rekrutiert und prospektiv zur Versorgung befragt.

**Fragestellung** Welche Herausforderungen gibt es bei der Rekrutierung von Patient\*innen mit einer fortgeschrittenen unheilbaren Erkrankung im letzten Lebensjahr auf allgemeinen Krankenhausabteilungen?

**Methode** Das Studienteam (n = 3) und Oberärzt\*innen (OÄ) zweier Abteilungen (n = 8) sind an der Rekrutierung beteiligt. Feldnotizen wurden nach jeweiligem Kontakt zu Studienteilnehmenden und Gesprächen mit OÄ erstellt. Sie enthalten Aussagen von Patient\*innen, Nahestehenden, OÄ; Eindrücke des Studienteams und Ausschlussgründe. Die Analyse erfolgt deskriptiv und inhaltsanalytisch. Kategorisierung basiert auf Ohmann & Kuchinkes Faktorenmodell zur Studienbeteiligung [1].

**Ergebnisse** Innerhalb von 10 Monaten wurden 27 Patient\*innen von 59 vorgeschlagenen (45.76 %) in die Kontrollgruppe eingeschlossen. Das Ziel von 36 Patient\*innen pro Interventionsarm im Zeitraum von 8 Monaten wurde somit nicht erreicht. Ausschlussgründe waren: kein Interesse (27.8 %), zeitlicher Aufwand (19.5 %), emotionale Belastung (16,7 %), kognitive Verfassung (13.9 %), Versterben (8.3 %), Sprachbarrieren (5.6 %) und Angst vor Tod (2.8 %). Herausforderungen sind patient\*innenbezogene (Ausschlussgründe, Erreichbarkeit für Einverständnis und Termine); versorger\*innenbezogene (Auslegung SQ,

fehlende Kommunikation über Unheilbarkeit, palliatives Wissen, Gatekeeping); organisationale (Personalschlüssel) und studienbezogene Faktoren (Ethikvorgaben, fehlende Rekrutierungsbögen) sowie deren Interaktion.

**Schlussfolgerung** Die Patient\*innenrekrutierung ist ein zeit- und ressourcen-aufwendiger Prozess. Maßgebliche Herausforderungen sind die Erreichbarkeit der Patient\*innen sowie lückenhaftes Wissen über palliativmedizinische Strukturen und deren Einsatz. Unsicherheiten im Umgang mit Patient\*innen im letzten Lebensjahr und fehlende, aber von der Ethikkommission geforderte, Gespräche über die Unheilbarkeit sorgen dafür, dass Patient\*innen erst spät im Krankheitsverlauf oder gar nicht vorgeschlagen werden. Eine erhöhte Präsenz des Studienteams und Informationen zu palliativmedizinischen Strukturen sind wichtige Strategien.

**References:**

[1] Ohmann C., Kuchinke W. (2007), Meeting the Challenges of Patient Recruitment, International Journal of Pharmaceutical Medicine, Düsseldorf, 263–270, 21, 2022-02-18, Medical Faculty, Heinrich-Heine-University

## P209 iSedPall: Theory of Change zur Entwicklung und Machbarkeitsprüfung einer komplexen Intervention zur Unterstützung des Gebrauchs sedierender Medikamente in der spezialisierten Palliativversorgung

**Autoren** Kauzner S<sup>1</sup>, Klein C<sup>1</sup>, Bazata J<sup>2</sup>, Krauss S<sup>2</sup>, Ziegler K<sup>3</sup>, Götzte K<sup>4</sup>, Ostgathe C<sup>1</sup>, Schildmann J<sup>5</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Erlangen, Palliativmedizinische Abteilung, Erlangen, Deutschland; 2 LMU Klinikum München, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München, Deutschland; 3 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU), Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht, Wirtschafts- und Medizinstrafrecht, Erlangen, Deutschland; 4 Heinrich-Heine-Universität, Institut für Allgemeinmedizin, Center of Health and Society, Düsseldorf, Deutschland; 5 Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Halle, Deutschland  
**DOI** 10.1055/s-0042-1754077

**Hintergrund** Der Gebrauch sedierender Medikamente in der Palliativversorgung ist häufig mit großer Unsicherheit bei den Behandelnden verbunden, was sich in einer heterogenen Praxis widerspiegelt. Für die praktische Umsetzung bestehender Empfehlungen zielt das Projekt iSedPall auf die Entwicklung und Machbarkeitsprüfung einer multimodalen Intervention (MI) zur Unterstützung des Gebrauchs sedierender Medikamente in der spezialisierten Palliativversorgung ab. Zur Identifikation von Voraussetzungen und Wirkfaktoren der Intervention und für ein nutzerzentriertes und praxistaugliches Endergebnis wird eine Theory of Change (ToC) entwickelt.

**Methode** Der ToC Ansatz folgt einem partizipatorischen Vorgehen. Um möglichst verschiedene Expertisen einzubinden, sind an der Entwicklung der ToC neben der Arbeitsgruppe auch Vertreter:innen der interessierten Öffentlichkeit und pflegerische/ärztliche Expert:innen beteiligt. Die ToC zeigt auf, wie, warum und unter welchen Bedingungen eine MI funktioniert, indem die zugrundeliegenden hypothetischen Kausalpfade und Wirkzusammenhänge skizziert werden. Hierzu wurde im Rahmen eines iterativen Prozesses von den Teilnehmenden (n = 13) eine ToC Karte zur Beschreibung der MI von iSedPall erarbeitet.

**Ergebnisse** Für die MI von iSedPall konnten drei vorläufige Langzeitergebnisse formuliert werden. Diese schließen die Behandelnden, Patient:innen und Angehörige ein, wobei Sedierung indikationsgerecht und handlungssicher durchgeführt wird und die Patient:innen sowie Angehörigen gut mit der Situation (auch zukünftig) zurechtkommen. Neben der verlässlichen und tragfähigen Entscheidung der Patient:innen bzgl. einer gezielten Sedierung, wurden weitere Voraussetzungen identifiziert, Annahmen und Erkenntnisse über notwendige externe Bedingungen sowie gezielte Interventionen zur Erreichung der Langzeitergebnisse herausgearbeitet und Indikatoren zur Überprüfung gefunden.

**Schlussfolgerung** Die ToC von iSedPall legt dar, wie die MI zur Unterstützung des Gebrauchs sedierender Medikamente in der spezialisierten Palliativversorgung

gung funktionieren soll, um die angestrebten Langzeitergebnisse für eine optimale Patientenversorgung zu erzielen. Die theoretische Fundierung der Wirkungsweise mit gleichzeitiger Berücksichtigung von variierenden Kontextfaktoren soll eine flexible Implementierung in den jeweiligen Einrichtungen ermöglichen.

Acknowledgement: Wir danken allen externen Teilnehmenden für die Unterstützung bei den Workshops.

## P254 ♪ Ch-ch-ch-changes ♪ – auf dem Weg zu einer neuen EAPC-Leitlinie zur palliativen Sedierung

**Autoren** Brunsch H<sup>1</sup>, Surges S<sup>1</sup>, Jaspers B<sup>1,2</sup>, Cardone A<sup>3</sup>, Garralda E<sup>4,5</sup>, Hasselaar J<sup>6</sup>, Payne S<sup>7</sup>, Ling J<sup>8</sup>, Radbruch L<sup>1,9</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Bonn, Klinik für Palliativmedizin, Bonn, Deutschland; 2 Universität Göttingen, Universitätsmedizin, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, Deutschland; 3 European Cancer Patients Coalition, Brüssel, Belgien; 4 University of Navarra, ATLANTES Global Palliative Care Observatory, Institute for Culture and Society, Pamplona, Spanien; 5 IdiSNA Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra, Navarra, Spanien; 6 Radboud University Medical Centre (Radboudumc), Nijmegen, Niederlande; 7 International Observatory on End-of-Life Care, Faculty of Health and Medicine, Lancaster University, Lancaster, Vereinigtes Königreich; 8 European Association of Palliative Care, Head Office, Vilvoorde, Belgien; 9 Helios Klinikum Bonn/Rhein-Sieg, Zentrum für Palliativmedizin, Bonn, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754078

**Hintergrund** Die European Association for Palliative Care (EAPC) hat 2009 ein Rahmenkonzept für die palliative Sedierung (PS) veröffentlicht, welches als Meilenstein in der Debatte über PS betrachtet werden kann. Nach mehr als 10 Jahren ist eine Überarbeitung erforderlich (<https://palliativesedation.eu/>), um neue Erkenntnisse aus der Literatur zu berücksichtigen und den Konsens zwischen Experten und Interessengruppen zu aktualisieren.

**Methode** 4-schrittiges Konsensverfahren: 1. Aufspaltung des EAPC-Rahmenkonzepts in seine Hauptbestandteile (2 Forscher und Lenkungsgruppe (n = 6, ♀3)) und Online-Befragung (SoSci) der internationalen Expertengruppe (akzeptiert n = 31, 12♀, von n = 33 eingeladenen) zum Überarbeitungsbedarf für jedes der Statements (07-09/2020). 2. Erste Delphi-Runde im internationalen Delphi-Panel (akzeptiert n = 91, 39♀; von n = 193, 100♀ eingeladenen) mit 5-stufiger Likert-Skala zur Zustimmung plus Freitext-Eingabefeldern (04-06/2021). 3. Zweite Delphi-Runde (11-12/2021). 4. Der überarbeitete Entwurf wird den Mitgliedern der Experten- und der Lenkungsgruppe zur abschließenden Überprüfung vorgelegt.

**Ergebnisse** Bereinigte RR: Expertengruppe (100%); Delphi Panel (97%). Während des Konsensverfahrens vor der 1. Delphi-Runde wurden den ursprünglich 38 Komponenten 4 Aussagen und 2 Beobachtungsinstrumente hinzugefügt. In der ersten Delphi-Runde wurde ein hoher Konsens (gemessen an Median, IQR und Prozentsatz der Übereinstimmung) erreicht, so dass in der zweiten Runde nur noch 16 Aussagen präsentiert werden.

**Schlussfolgerung** Das 4-stufige Verfahren gewährleistet eine Aktualisierung des EAPC-Rahmenkonzepts unter Berücksichtigung des Fachwissens von Experten aus Europa (und darüber hinaus). Quanti- und qualitative Ergebnisse beider Runden werden vorgestellt.

Förderung: Forschungs- und Innovationsprogramm Horizont 2020 der Europäischen Union unter der Fördervereinbarung Nr. 825700.

## Individualethische und organisationsethische Aspekte

### V212 Ethik-Fallberatung in der deutschen spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) und in deutschen Hospizen – Evaluation des Angebotes und des Bedarfs

**Autoren** Volberg C<sup>1,2</sup>, Engelhardt M<sup>1,2</sup>, Pedrosa Carrasco A<sup>2</sup>, Sauer T<sup>3</sup>, Seifart C<sup>2</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg, Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Marburg, Deutschland;

2 Philipps-Universität Marburg, AG Ethik in der Medizin, Marburg,

Deutschland; 3 Klinikum der Goethe-Universität Frankfurt am Main, Dr. Senckenbergisches Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Frankfurt am Main, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754079

**Hintergrund** Klinische Ethikberatung ist im größten Teil der deutschen Kliniken als Instrument zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Patient\*innen etabliert. Außerklinische Ethikberatung (AEB) ist in Deutschland noch im Aufbau, seitdem im Jahr 2008 der Deutsche Ärztetag gefordert hatte, auch im ambulanten Bereich Ethikberatung zu etablieren. Seither wurden zunächst einzelne, dann zunehmend häufiger Projekte zur AEB in Deutschland implementiert. Dabei ist aktuell unklar, wie verbreitet das Angebot von Ethikberatung im ambulanten Bereich der Palliativversorgung und Hospizen in Deutschland ist, in welcher Form sie umgesetzt wird und wie hoch der tatsächliche Bedarf, bzw. der wahrgenommene Nutzen von Ethikberatung in der deutschen ambulanten Palliativversorgung ist.

**Methode** Diese Querschnittsstudie wurde 2021 durchgeführt. Alle auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin gelisteten SAPV-Teams (n = 304) und Hospize (n = 260) wurden postalisch angeschrieben und um Teilnahme gebeten. Insgesamt antworteten 175 (58%) SAPV-Teams und 102 (39%) Hospize auf die Anfrage und konnten in die Auswertung eingeschlossen werden. Es wurde eine deskriptive Datenauswertung durchgeführt.

**Ergebnisse** Der überwiegende Anteil der Teilnehmenden kennt Angebote der Ethik-Fallberatung (SAPV: 85%; Hospiz: 85%) und die meisten können AEB auch nutzen (S: 74%; H: 78%). Bei den Institutionen, die AEB nicht nutzen (S:32%; H:29%), gibt es zumeist kein Angebot (S:59%; H: 38%), konnten bisher alle Probleme ohne Hilfe gelöst werden (S: 59%; H: 69%) oder es gibt organisatorische Schwierigkeiten (S: 25%; H: 31%). Bei SAPV-Teams und Hospizen, die AEB nutzen, gibt es in 59% bzw. 44% eine/n ausgebildete/n Ethikberater/in im Team. Die häufigsten Beratungsanlässe unterscheiden sich zwischen SAPVen und Hospizen, wobei Fragen der Therapiebegrenzung, Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens, interpersonelle Konflikte und Fragen zur künstlichen Ernährung häufig sind. Ethik-Fallberatung wird für sehr sinnvoll erachtet (MW: S = 8,5; H = 8,8; (Skala: 0-10)) wobei ein höherer Bekanntheitsgrad (S: 72%; H: 63%) und eine unkompliziertere Inanspruchnahme (S: 56%; H: 48%) zu einer höheren Nutzung führen würden.

**Schlussfolgerung** Es gibt nutzbare Strukturen der AEB im ambulanten palliativmedizinischen Bereich und in den Hospizen, deren Nutzen als sehr hoch angesehen wird. Jedoch nutzt ein Drittel das Angebot nicht. Der Ausbau des Angebotes sowie die Möglichkeit einer unkomplizierten Inanspruchnahme könnten zu einer höheren Nutzung führen.

## P123 „Facing the unknown, while navigating the change“ [1] Spiritualität in der Pandemie: Was brauchen wir jetzt und wo führt uns das hin?

Autor Schmohl C

Institut Klinikum Stuttgart, Krankenhausseelsorge, Stuttgart, Deutschland  
DOI 10.1055/s-0042-1754080

Hintergrund # Angst, # Covid19, # Existenzielle Fragen, # Lebenssinn, # Religionen, # Ressourcen, # Rituale, # Selbstfürsorge, # Spiritualität, # Spiritual Care, # Spirituelle Anamnese, # Teamentwicklung, # Trauer, # Veränderungen, # Vielschichtigkeit

[1] Desjardins, C M, Bovo, A, Cagna, M, Steegen, M, & Vandenhoeck, A. (2021). Scared but Powerful: Healthcare Chaplains' Emotional Responses and Self-Care Modes during the SARS-Cov-19 Pandemic. *The journal of pastoral care & counseling : JPC*, 75(1\_suppl), 30–36. <https://doi.org/10.1177/1542305021993761>, hier 32.

**Methode** Eine gute psycho-sozial-spirituelle Begleitung ist in für die palliative Versorgung zentral. Psycho-sozial-spirituelle Versorgung hat generell viel mit Trauer und mit Angst zu tun. Es geht um existenzielle Fragen und den Sinn des Lebens. Patient:innen entscheiden in der Regel sehr bewusst, was sie welchem Teammitglied in welcher Rolle mitteilen möchten. Begleiter:innen müssen viel wissen um unterstützend so da zu sein, dass Patient:innen und Zugehörige (wieder) Zuversicht und Lebensfreude entwickeln können. Sie müssen viel wissen um wenig (d.h. das was in der aktuellen Situation für Patient:innen hilfreich und angemessen ist) zu tun. Sie begegnen damit komplexen Anforderungen. Seit Beginn der Corona-Pandemie sind Gesundheitsfachkräfte über die „normalen“ komplexen Anforderungen hinaus weiterhin anhaltend vielen weiteren Stressoren ausgesetzt. Seelsorger:innen, Spiritual Care- und psychosoziale Fachkräfte entlasten weiterhin in akuten Stresssituationen Patient:innen, Zugehörige, Mitarbeitende oft über ihre eigenen Belastungsgrenzen hinaus.

**Ergebnisse** Die durch die Pandemie hervorgerufene Angst und Trauer, Schuldgefühle und Kollateralschäden, die Bevölkerung wie Fachkräfte betreffen, werden bislang weiterhin noch kaum thematisiert.

**Schlussfolgerung** Wohin führt uns das in einer Situation bleibender Ungewissheit? Wie können wir den Umgang mit der Situation optimal gestalten? Wie können wir für uns selbst (spirituelle) Räume offen halten und/oder (neu) schaffen?

„Hoffnung ist nicht die Überzeugung, dass etwas gut ausgeht, sondern die Gewissheit, dass etwas Sinn hat, egal wie es ausgeht.“ (Václav Havel)

## P213 Können die normative oder die angewandte Ethik das moralische Dilemma von palliativmedizinischen Teams bei der Begleitung von Patient:innen beim freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken (FVET) durchbrechen?

Autoren Batzler Y-N<sup>1</sup>, Tenge T<sup>2</sup>, Schallenburg M<sup>1</sup>, Stillger C-M<sup>1</sup>, Schwartz J<sup>1</sup>, Neukirchen M<sup>1</sup>

Institute 1 Universitätsklinikum Düsseldorf, Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Düsseldorf, Deutschland; 2 Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinik für Anästhesiologie, Düsseldorf, Deutschland  
DOI 10.1055/s-0042-1754081

**Hintergrund** Die Handlung des freiwilligen Verzichts auf Essen und Trinken (FVET) (Suizid vs. eigene Handlungskategorie vs. kein Suizid) und die Begleitung durch palliativmedizinische Teams beim FVET (Assistierter Suizid vs. Minimieren von Leid als Pflicht der Palliativmedizin) werden unterschiedlich bewertet. Es ist unklar, ob FVET moralisch integer ist. Aufseiten des Behandlungsteams kann dies zu ethischen Bedenken bezüglich der Begleitung beim FVET führen.

**Methode** Neben der Symptomlast von Patient:innen und der psychischen Belastung der Teammitglieder durch die Begleitung beim FVET erhoben wir mittels eines Fragebogens, wie viele Mitglieder ethische Bedenken haben, ob sich die ethische Haltung durch eine ethische Fallberatung ändert und so die

Sicherheit bei der Begleitung steigt. Die Antworten wurden anhand dichotomer Variablen und einer fünfstufigen Likert-Skala erfasst und deskriptiv ausgewertet.

**Ergebnisse** Es nahmen 22 Teammitglieder verschiedener Professionen an der Befragung teil. 23 % der Befragten waren durch die Begleitung psychisch belastet, 13 % gaben ethische Bedenken an oder waren sich dahingehend unsicher. Die ethische Haltung gegenüber FVET änderte sich durch eine ethische Fallberatung bei 29 %. Für 77 % bot die ethische Fallberatung einen Zugewinn an Sicherheit bei der Begleitung, 82 % gaben an, dass eine ethische Fallberatung in jedem Fall erfolgen soll.

**Schlussfolgerung** Eine Reflexion ethischer Bedenken kann durch ethische Fallberatungen ermöglicht werden, zudem bieten diese eine Handlungsgrundlage. Dies soll anhand der normativen und angewandten Ethik beleuchtet werden.

Beim FVET tritt der Tod nach autonomer Entscheidung selbstbestimmt ein. Aus deontologischer Sicht scheint der FVET moralisch vertretbar. Der FVET bietet eine bewusste Zeit der Reflexion und Interaktion mit Förderung der Akzeptanz, was Leid verringern kann. Der FVET wirkt konsequentialistisch moralisch vertretbar. Andererseits führt der FVET zu Aggregation von Leid bei Angehörigen durch einen nach vorne verlegten Tod, sodass der FVET für viele keinen Mehrwert hat und konsequentialistisch verwerflich ist. Anhand der bioethischen Prinzipien (Fürsorge, Gerechtigkeit, Autonomie, Schadensvermeidung) der angewandten Ethik stellt sich dies anders dar: Eine Ernährung gegen den Willen als Kuration verletzt die Autonomie und Integrität, sodass der FVET ethisch vertretbar erscheint.

Die normative Ethik löst das moralische Dilemma um den FVET nicht auf, wohl aber die angewandte Ethik, die in ethischen Fallberatungen ihren Ausdruck findet.

## P256 Soziale Arbeit in der Hospiz- und Palliativversorgung – Umgang mit Sterbewünschen

Autor Römer N

Institut Evangelische Hochschule Berlin, Soziale Arbeit, Berlin, Deutschland  
DOI 10.1055/s-0042-1754082

**Hintergrund** Die Autorin wollte im Rahmen einer Bachelor-Thesis der Frage nachgehen, wie spezifisch durch die Soziale Arbeit mit Sterbewünschen umgegangen wird und die geführte Debatte um die Sicht der Sozialen Arbeit erweitern. Ziel der Arbeit war es, Eindrücke aus der sozialarbeiterischen Praxis im Umgang mit Sterbewünschen zu erhalten und zu beleuchten, welche gesellschaftlichen, (berufs)politischen und alltagspraktischen Rahmenbedingungen es benötigt, um Sterbewünschen im professionellen Handlungsrahmen Sozialer Arbeit begegnen zu können.

**Methode** Es wurden 3 leitfadenbasierte Interviews geführt und in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring ausgewertet. Dafür wurden durch ein sowohl deduktives als auch induktives Vorgehen Kategorien gebildet und die Interviewinhalte dem gebildeten Kategoriensystem zugeordnet und dementsprechend ausgewertet.

**Ergebnisse** Es zeigen sich eindeutige Spezifika der Sozialen Arbeit, welche nicht nur den fachlichen Diskurs, sondern auch den Umgang mit Sterbewünschen ergänzend erweitern. Die Profession stellt durch ihre fachspezifische Ausrichtung die Schnittstelle zwischen betroffenen Menschen, den An- und Zugehörigen sowie dem Team dar. Im gesellschaftlichen, berufspolitischen und alltagspraktischen Kontext hat sich gezeigt, dass sowohl eine breitere Aufklärung als auch der Ausbau der Suizidprävention von Nöten ist. Für die Alltagspraxis sind klare Orientierungshilfen durch die Einrichtungen, Träger und Fachverbände gewünscht. Ethische und sozialarbeiterische Wertekonflikte spielen widererwartend keine ausgeprägte Rolle im Umgang mit Sterbewünschen.

**Schlussfolgerung** Aufgrund der kaum vorhandenen Wertekonflikte ist anzunehmen, dass die berufsethische Ausrichtung Sozialer Arbeit im Generellen der hospizlichen Haltung im Umgang mit Sterbewünschen aus Sicht der Interviewten untergeordnet zu sein scheint. Die erkennbaren Spezifika Sozialer Arbeit

lassen vermuten, dass sich die Soziale Arbeit der Hospiz- und Palliativversorgung durch ein klares Stellenprofil und damit verbundene Handlungsmaxime einen Rahmen geschaffen hat, in welchem sie mit einer professionellen Sicherheit mit Sterbewünschen umgehen kann und diese im Rahmen der Grenzen und Möglichkeiten von hospizlicher und palliativer Versorgung bereit ist, zu begleiten und ihnen offen, multiperspektivisch und wertfrei zu begegnen. Die Autorin gibt an, dass keine Interessenskonflikte bestehen.

## P273 Advance Care Planning – Annäherung an eine operationale Definition durch eine Theory-of-Change

**Autoren** Götzke K<sup>1</sup>, Feddersen B<sup>2</sup>, Marckmann G<sup>3</sup>, Schildmann J<sup>4</sup>, in der Schmittgen J<sup>5</sup>

**Institute** 1 Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland; 2 Klinik für Palliativmedizin, Klinikum Großhadern, Ludwig-Maximilian-Universität, München, Deutschland; 3 Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilian-Universität München, München, Deutschland; 4 Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland; 5 Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Essen, Essen, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754083

**Hintergrund** Patienten haben das Recht auf eine selbstbestimmte Behandlungsentscheidung auch dann, wenn sie selbst nicht (mehr) entscheiden können und auch ethisch ist dies geboten. Advance Care Planning (ACP) wird seit den 90er Jahren als regionales Programm entwickelt, um dies zu erreichen. Zwei internationale Definitionen haben das zentrale Anliegen von ACP erfasst, die notwendigen und hinreichenden Elemente jedoch nicht definiert. Aktuelle Debatten verdeutlichen, dass über die notwendigen Elemente eines ACP-Programmes Uneinigkeit besteht.

**Methode** Im Rahmen der multizentrischen ACP-Studie BEVOR wurden mittels einer Theory of Change (ToC) das übergeordnete Ziel (impact) sowie insbesondere die durch ACP zu erreichenden Langzeit-Ergebnisse (longterm-outcomes) definiert und die hierfür notwendigen Voraussetzungen (preconditions) und wirksamen (ACP-)Interventionen in mehrzeitigen, multiprofessionellen Workshops mit Stakeholder-Beteiligung erarbeitet. Die theoretische Herleitung beruht einerseits auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und Expertenwissen (rationales), andererseits werden notwendige Kontextfaktoren für das Gelingen von ACP als Annahmen (assumptions) formuliert. Die ToC wird als Karte visualisiert.

**Ergebnisse** Als Ziele von ACP wurden die Übereinstimmung von Behandlung und Behandlungsentscheidung bei Einwilligungsunfähigkeit sowie die Entlastung von Vertretern und von Gesundheitsfachpersonen bei der Behandlung einwilligungsunfähiger Patienten definiert. Dafür müssen auf der Mikro-Ebene (Befähigung zur vorausschauenden Behandlungsplanung), Meso-Ebene (Implementierung in Einrichtungen und Diensten) und Makro-Ebene (regionale Akteure/regionales Netzwerk) Voraussetzungen erfüllt sein, wie z.B., dass der Behandlungswille aussagekräftig und valide dokumentiert wird, in einer lebensbedrohlichen Situation zuverlässig auffindbar ist sowie von allen relevanten Akteuren respektiert wird. Damit dieser kulturelle Wandel verlässlich gewährleistet werden kann, ist eine Reihe komplexer, gezielter Interventionen auf Mikro-, Meso- und Makro-Ebene erforderlich.

**Schlussfolgerung** Damit einwilligungsunfähige Patienten gemäß ihrer eigenen Präferenzen, Werte und Ziele behandelt werden, ist eine komplexe Systemintervention erforderlich. Adressiert die Intervention nur Teil-Aspekte, so ist nicht zu erwarten, dass die Ziele von ACP erreicht werden.

## Ambulante Versorgung

### V139 Schmerztherapie in der deutschen spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Eine Querschnittsstudie zur Darstellung der aktuellen schmerzmedizinischen Versorgung von palliativen Patienten im häuslichen Umfeld

**Autoren** Volberg C<sup>1,2</sup>, Corzilius J<sup>1</sup>, Maul J<sup>1</sup>, Morin A<sup>1</sup>, Gschnell M<sup>3</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg, Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Marburg, Deutschland; 2 Philipps-Universität Marburg, AG Ethik in der Medizin, Marburg, Deutschland; 3 Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg, Klinik für Dermatologie und Allergologie, Hauttumorzentrum, Marburg, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754084

**Hintergrund** Mit Hilfe der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) können in Deutschland schwersterkrankte und sterbende Patienten im häuslichen Umfeld bis zum Lebensende adäquat versorgt werden. Eine suffiziente Analgesie ist dabei eine der wichtigsten Aufgaben. Es gibt für die Schmerztherapie jedoch keine einheitlichen Standards oder Vorgaben, wie diese am besten durchgeführt werden sollte.

**Ziel der Arbeit** Diese Arbeit dient der Grundlagenforschung im Bereich der Versorgungsforschung. Es soll dargestellt werden, welche Möglichkeiten (Einsatz verschiedener Berufsgruppen, Medikamente, alternativmedizinische Behandlungen etc.) die einzelnen SAPV-Teams für die Schmerztherapie nutzen, um daraus ableiten zu können, welche Strukturen als besonders effektiv angesehen werden können.

**Methode** Diese Querschnittsstudie wurde im Mai 2021 durchgeführt. Alle auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) gelisteten SAPV-Teams (n = 307) wurden postalisch angeschrieben und um Teilnahme gebeten. Insgesamt antworteten 175 (57 %) Teams auf die Anfrage und konnten in die Auswertung eingeschlossen werden. Es wurde eine rein deskriptive Datenauswertung durchgeführt.

**Ergebnisse** Die Schmerztherapie wird in der deutschen ambulanten Versorgung palliativer Patienten sehr heterogen durchgeführt. Alle gängigen Schmerzmedikamente werden eingesetzt, vor allem aber Metamizol (99,4 %) als nicht-Opioid-Analgetikum, Morphin (98,3 %) aus der Reihe der Opiate und Pregabalin (96,6 %) als Co-Analgetikum. Neben der medikamentösen Therapie werden von einem Großteil der SAPV-Teams (62 %) auch alternative Behandlungsmethoden durch Einsatz verschiedener Berufsgruppen genutzt. Bei Versagen der Schmerztherapie führen 95,9 % der SAPV-Teams eine palliative Sedierung zur Symptomlinderung durch.

**Schlussfolgerung** Diese Erhebung gibt als erste dieser Art einen generellen Überblick über die eingesetzten Verfahren zur Schmerztherapie in der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung. Im Vergleich mit internationalen Studien stellt sich die Frage, ob eventuell einheitliche Therapieschemata und eine Reduktion der zur Verfügung stehenden Schmerzmedikamente in den einzelnen SAPV-Teams zu einer Verbesserung der Patientenversorgung und Entlastung von Mitarbeitern führen könnten.

### V148 Wie unterscheiden sich die Patient\*innen einer palliativmedizinischen Tagesklinik von einer Palliativstation und der SAPV?

**Autoren** Kunkel S<sup>1, 2, 3</sup>, Liu K<sup>4</sup>, Müller A<sup>2</sup>, Best J<sup>3</sup>, Paul A<sup>3</sup>, Strupp J<sup>2</sup>, Voltz R<sup>2, 5, 6, 7</sup>

**Institute** 1 Hausärzte im Gesundheitszentrum, Goldbach, Deutschland; 2 Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin, Köln, Deutschland; 3 Klinikum Aschaffenburg – Alzenau, Palliativmedizin, Aschaffenburg, Deutschland; 4 Friedrich – Schiller – Universität, Jena, Deutschland;

5 Zentrum für Versorgungsforschung (ZVFK), Köln, Deutschland;  
6 Centrum für Integrierte Onkologie ABCD (CIO), Köln, Deutschland;  
7 Zentrum für klinische Studien Köln (ZKS), Köln, Deutschland  
DOI 10.1055/s-0042-1754085

**Hintergrund** Palliativmedizinische Tageskliniken (PTK) sind bisher im Vergleich zu Palliativstationen (PST) und Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) im deutschsprachigen Raum kaum realisiert. Auch international gibt es kaum aussagekräftige Studien zum Vergleich der Patientengruppen. Im Rahmen der Evaluation der modellhaften Palliativmedizinischen Tagesklinik am Klinikum Aschaffenburg-Alzenau war nun ein Vergleich der Patient\*innen dieser drei Versorgungsstrukturen möglich.

**Methode** Es erfolgte eine retrospektive Datenanalyse von je 200 im Zeitraum bis zum 31.12.2019 konsekutiv behandelten Patient\*innen in der PTK, PST und SAPV. Es wurden pro Patient 188 klinische Routineparameter analysiert, in eine Excel-Datei eingepflegt und mittels den Programmen SPSS sowie R statistisch ausgewertet.

**Ergebnisse** Patient\*innen der PTK waren signifikant jünger, oftmals mit Angehörigen lebend, hatten einen signifikant besseren ECOG-Status. In allen 3 Versorgungsformen waren Pat. mit Malignomen am häufigsten vertreten (PST 93,6%, SAPV 91%, PTK 98,5%). In der PTK waren diese signifikant öfter in einer erkrankungsspezifischen Parallelbehandlung (82,5%). Alle drei Gruppen hatten mehrfach komplexe Symptomgeschehen, bedurften also spezialisierter Palliativmedizin, PTK Patient\*innen im Schnitt 3,36 und damit signifikant weniger als Pat. in PST (4,26) und SAPV (4,45). Diagnostische Maßnahmen wie Sonographie, Radiologie, Pathologie und Labordiagnostik wurden in der PTK signifikant häufiger durchgeführt. PTK Patient\*innen erhielten signifikant häufiger Transfusionen und Drainagen (Aszites/Pleura).

**Schlussfolgerung** Patient\*innen der PTK treten in einem früheren Krankheitsstadium in die spezialisierte Palliativversorgung ein als in PST und SAPV. Die besonders komplexe Symptomlage sowie diagnostisch und therapeutisch gebündelten Maßnahmen zeigen deutlich die Abgrenzung der PTK zu einem Tageshospiz.

## V165 „Ambulant ist das schon ein ganz schöner Blindflug“ – Der Einfluss ambulanter Versorgungsstrukturen auf Sedierung am Lebensende in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

**Autoren** Meesters S<sup>1,2</sup>, Bazata J<sup>1</sup>, Handtke V<sup>1</sup>, Gehrman J<sup>1,3</sup>, Kurkowski S<sup>4</sup>, Klein C<sup>4</sup>, Bausewein C<sup>1</sup>, Schildmann E<sup>1,5</sup>

**Institute** 1 LMU Klinikum, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München, Deutschland; 2 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin, Köln, Deutschland; 3 Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, München, Deutschland; 4 Universitätsklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU), Palliativmedizinische Abteilung, Erlangen, Deutschland; 5 Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Hämatologie, Onkologie und Tumorummunologie, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Onkologische Palliativmedizin, Berlin, Deutschland  
DOI 10.1055/s-0042-1754086

**Hintergrund** Bisherige Studien deuten darauf hin, dass bezüglich Sedierung am Lebensende für das ambulante Setting spezifische Herausforderungen existieren, die zu Abweichungen von Leitlinien oder zu Ablehnung von Sedierung im ambulanten Setting führen. Dementsprechend untersucht die vorliegende Studie spezifische Faktoren des ambulanten Settings, die die Praxis von Sedierung am Lebensende in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) beeinflussen.

**Methode** Durchführung von 59 semi-strukturierten qualitativen Interviews und zwei Fokusgruppen mit Ärzt:innen, Pflegenden und weiteren Mitgliedern des multiprofessionellen Teams. Die Rekrutierung erfolgte im Rahmen des Gesamtprojektes SedPall in sieben SAPV-Teams und zehn Palliativstationen

über Kontaktpersonen. Die Transkripte wurden mit MAXQDA 2018.2 mittels der Framework Analyse thematisch ausgewertet.

**Ergebnisse** Die von den Teilnehmenden berichteten, für das ambulante Setting spezifischen Faktoren können in drei zusammenhängende Themenfelder gegliedert werden: (1) Fehlende Möglichkeit der ‚Rund-um-die-Uhr‘-Versorgung vor Ort, (2) aktiver Einbezug der Familie, (3) Herausforderungen in Bezug auf Teamarbeit und Multidisziplinarität. Die Teilnehmenden zogen unterschiedliche Schlüsse aus den berichteten Faktoren: Während einige angaben, alle Formen von Sedierung im ambulanten Setting durchzuführen, begrenzten andere einzelne oder alle Formen von Sedierung auf das stationäre Setting. Die Mehrheit der Teilnehmenden stellte die Anwendbarkeit existierender Leitlinien für das ambulante Setting in Frage.

**Schlussfolgerung** Die vorliegenden Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Praxis von Sedierung am Lebensende mehr von der Einstellung der Versorgenden oder den Vorgaben der Einrichtungen als von den konkreten Bedürfnissen der Patient:innen abhängig sein könnte. Um sedierende Behandlung unabhängig vom Versorgungskontext möglich zu machen, sind bestehende Leitlinien zu überprüfen und auf das ambulante Setting angepasste Unterstützungsmaßnahmen zu etablieren.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF): 01GY1702B (SedPall)

## P113 pallCompare: Monitor Hospiz- und Palliativversorgung als interaktives Datenportal

**Autoren** Freytag A<sup>1</sup>, Meißner F<sup>1</sup>, Poeck J<sup>1</sup>, Slotina E<sup>1</sup>, Gebel C<sup>2</sup>, Hennig B<sup>3</sup>, Sievers C<sup>3</sup>, Lehmann T<sup>4</sup>, Rißner F<sup>4</sup>, Marschall U<sup>3</sup>, Meißner W<sup>2</sup>, Wedding U<sup>2</sup>, Ditscheid B<sup>1</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Jena, Institut für Allgemeinmedizin, Jena, Deutschland; 2 Universitätsklinikum Jena, Abteilung für Palliativmedizin, Jena, Deutschland; 3 BARMER, Institut für Gesundheitssystemforschung, Wuppertal, Deutschland; 4 Universitätsklinikum Jena, Zentrum für klinische Studien, Jena, Deutschland  
DOI 10.1055/s-0042-1754087

**Hintergrund** Übergeordnetes Ziel der G-BA-Innovationsfonds-finanzierten Versorgungsforschungsstudie *pallCompare* ist der Aufbau eines Berichtswesens zur Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland zur Informierung von Entscheidungen für die Weiterentwicklung palliativer Versorgungsstrukturen.

**Methode** Für mehr als 600.000 gesetzlich krankenversicherte Personen, die in den Jahren 2016-2021 verstarben, werden auf der Basis von Abrechnungsziffern Häufigkeit und regionale Verteilung in Anspruch genommener allgemeiner und spezialisierter palliativer Versorgungsleistungen, sowie Indikatoren zu Versorgungsqualität und -kosten am Lebensende ermittelt. Darüber hinaus wird das Berichtswesen erweitert um Kennziffern zu Angebotsstrukturen der Hospiz- und Palliativversorgung aus öffentlich zugänglichen Statistiken (INKAR; Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung; gbe-bund.de), ebenfalls auf der Ebene von Kreisen, Raumordnungsregionen und Kassenärztlichen Vereinigungen.

**Ergebnisse** Gezeigt wird u.a. die Entwicklung der Inanspruchnahme allgemeiner ambulanter Palliativversorgung (AAPV), besonders qualifizierter und koordinierter palliativmedizinischer Versorgung (BQKPMV), spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV), stationärer Palliativversorgung (PV) sowie Hospizversorgung im Zeitraum 2016 bis 2019. Die bundesdurchschnittliche Inanspruchnahme als Anteil der Verstorbenen mit mindestens einer entsprechenden Abrechnung im letzten Lebensjahr an allen Verstorbenen eines Jahres, jeweils für die Jahre 2016 | 2019, beläuft sich dabei auf (vorläufige Ergebnisse; alters-/geschlechtsstandardisiert nach Bundesländern): AAPV 25,8% | 23,9%; BQKPMV 0,0% | 4,4% SAPV 13,3% | 16,0%; stationäre PV 8,9% | 9,9%; Hospiz 3,4% | 3,4%. Während die Inanspruchnahme von SAPV weiter deutlich anstieg, sank der Einsatz von AAPV – möglicherweise teilweise substituiert durch die seit 2017 abrechenbare BQKPMV. Die Inanspruchnahme stationärer Palliativ-

versorgung stieg leicht, während die Hospizanspruchnahme im Bundesdurchschnitt konstant blieb.

**Schlussfolgerung** Auf dem Kongress wird ein Ausblick auf das große Spektrum der zukünftig im Rahmen von  *pallCompare*  verfügbaren Kennzahlen zur Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland gegeben. Die ermittelten Kennzahlen werden über das Interaktive Datenportal des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung (bifg) öffentlich zugänglich gemacht werden. Mit der Entwicklung eines Versteigungskonzepts werden Voraussetzungen für eine potenzielle Fortführung des Berichtswesens geschaffen.

### P137 ‚Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung‘ (BQKPMV) – Erfahrungen und Sichtweisen von SAPV-Teams

**Autoren** van Baal K<sup>1</sup>, Schulze C<sup>2</sup>, Stiel S<sup>1</sup>

**Institute** 1 Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin, Hannover, Deutschland; 2 Fachverband spezialisierte ambulante Palliativversorgung Niedersachsen e.V., Papenburg, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754088

**Hintergrund** Mit der Einführung der ‚besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung‘ (BQKPMV) im Jahr 2017 wurden bestehende ambulante palliativmedizinische Versorgungsangebote um eine Zwischenstufe ergänzt [1]. Bei der Umsetzung der BQKPMV durch hausärztliche Praxen ist die Schnittstelle zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) von zentraler Bedeutung. Bislang ist jedoch unklar, welche Erfahrungen SAPV-Teams an dieser Schnittstelle gemacht haben.

**Methode** Im Sommer 2021 wurde ein Fragebogen zu Erfahrungen mit und Sichtweisen auf die BQKPMV für SAPV-Teams entwickelt und getestet. Im September 2021 wurden alle 58 in Niedersachsen tätigen SAPV-Teams eingeladen, an der Befragung teilzunehmen. Die Daten wurden mittels deskriptiver Statistiken ausgewertet.

**Ergebnisse** Bis November 2021 gingen 52 Antworten ein (78 % weiblich; Ø 50 Jahre alt; Teilnahmequote 89,7 %). Insgesamt 28 Teilnehmende haben angegeben, die Leistungsinhalte der BQKPMV zu kennen und zehn wurden für Kooperationen im Rahmen der BQKPMV von hausärztlichen Praxen angefragt. Aus der Hälfte dieser zehn Anfragen ist ein Kooperationsvertrag entstanden. Von den Teilnehmenden, die die Leistungsinhalte der BQKPMV kennen (n = 28), gab die Mehrheit an, dass die BQKPMV in ihrem SAPV-Versorgungsalltag (eher) keine Rolle spielt (n = 15). Mit der BQKPMV gelingt es aus Sicht dieser n = 28 Teilnehmenden überwiegend nicht, die bestehenden Regelungen der SAPV sinnvoll zu ergänzen (n = 14), einen fließenden Übergang zwischen den Versorgungsformen zu begünstigen (n = 13) sowie den Austausch der Beteiligten zu fördern (n = 13; jeweils trifft nicht zu oder trifft eher nicht zu).

**Schlussfolgerung** An der Schnittstelle zwischen SAPV und BQKPMV ist bisher wenig Kooperation entstanden; es besteht eine klare Trennung im Versorgungsalltag. Unklar bleibt, ob und inwiefern die vorgesehene enge Kooperation an der Schnittstelle zwischen hausärztlichen Praxen und der SAPV in der Versorgungspraxis realisiert werden kann. Benötigt werden praxisnahe Empfehlungen zur Weiterentwicklung der BQKPMV um ein Rahmenwerk zu schaffen, in dem die Aufgaben des Versorgungsauftrages angemessen verteilt und vergütet werden.

#### References

[1] Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband, (2016), Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/aerztliche\\_versorgung/bundesmantelvertrag\\_1/bmv\\_anlagen/BMV-Ae\\_Anlage\\_30\\_Palliativversorgung\\_2017-01-01.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/aerztliche_versorgung/bundesmantelvertrag_1/bmv_anlagen/BMV-Ae_Anlage_30_Palliativversorgung_2017-01-01.pdf), 2022-02-17

### P150 Was bedeuten Krisen für Angehörige in der palliativen ambulanten Versorgung und welche Faktoren beeinflussen deren Entstehung?

**Autoren** Azhar S<sup>1,2</sup>, Wasner M<sup>2</sup>, Herrmann-Johns A<sup>1</sup>

**Institute** 1 Universität Regensburg, Institut für Epidemiologie und Präventionsmedizin, Regensburg, Deutschland; 2 Katholische Stiftungshochschule München, München, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754090

**Hintergrund** Krisen in der palliativen ambulanten Versorgung führen zu oftmals vermeidbaren Rettungsdienst-Einsätzen und Krankenhausaufenthalten. Der Fokus bisheriger Studien liegt überwiegend auf der quantitativen Darstellung von Krankenhauseinweisungen und Notarzteinsätzen in der palliativen Versorgung. Die Mikroebene von Krisen in der palliativen ambulanten Versorgung wurde bisher unzureichend untersucht. Ziel ist die Exploration von Faktoren, die die Entstehung einer Krise in der palliativen ambulanten Versorgung beeinflussen

**Methode** Methoden: explorativ-sequentielles Mixed Methods Design:

1. Episodische Interviews mit mindestens 20 erwachsenen Angehörigen ambulant palliativer Patienten aus Oberbayern, analysiert anhand thematischer Kodierung zur Ermittlung von Krisen in der palliativen ambulanten Versorgung und Analyse beeinflussender Faktoren.

2. Basierend auf den Ergebnissen der Interviews quantitative Erhebung mit mindestens 164 Teilnehmer\*innen zur Hypothesenprüfung.

**Ergebnisse** Ergebnisse: Die Rekrutierung für die qualitative Erhebung startete 09/21. Bisher wurden sechs Teilnehmer\*innen interviewt (5 w; Durchschnittsalter 50,8 J). Vier Teilnehmer\*innen hatten bereits vorher Erfahrungen mit Tod und Sterben. Hierbei wurden die Länge des Sterbeprozesses, die belastende Care Arbeit, die rapide Verschlechterung des Allgemeinzustandes sowie die Hilflosigkeit bei Atemnot als Krisen benannt. Als beeinflussende Faktoren wurden fehlende Beratung und Aufklärung bezüglich der palliativen Versorgung, häufiger Personalwechsel, fehlende Absprachen zwischen Dienstleistern, unzureichende Verteilung der Care Arbeit zulasten weiblicher Angehöriger, mangelnde Erreichbarkeit behandelnder Ärzte, das Gefühl, mit der Verantwortung alleine gelassen zu werden sowie der falsche Umgang mit Schmerzmitteln und Anxiolytika thematisiert.

**Schlussfolgerung** Voraussichtliche Dauer der qualitativen Rekrutierung bis 04/22. Erwartet werden weitere Erkenntnisse bezüglich der Unterschiede der Krisendefinitionen und beeinflussenden Faktoren in Kontrastgruppen, welche neue Impulse für Forschung und Praxis in Palliative Care liefern werden.

### P155 Förderung der Eigenständigkeit von Patient\*innen mit heimparenteraler Ernährung in der ambulanten palliativen Versorgung durch den Einsatz einer Konnektierungshilfe. Eine qualitative Untersuchung.

**Autoren** Hindenburg D, Todisco L, Jura M, Schulze U

**Institut** Hessisches Institut für Pflegeforschung (HessIP), Frankfurt am Main, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754091

**Hintergrund** Für Patient\*innen bedeutet eine heimparenterale Ernährung ein Leben mit Ernährungspumpe und Infusionssystem [1]. Zwischenzeitliche Infusionspausen sind im Alltag zwar möglich, aber aktuell schwer umsetzbar, da das eigenständige (Dis-)Konnektieren mit einem erhöhten Komplikationsrisiko einhergeht [2]. Die Erhaltung von Lebensqualität und Selbstständigkeit spielt insbesondere in der palliativen Versorgung eine große Rolle [3]. Alltägliche Vorgänge, wie das Einkaufen oder Freizeitgestaltung ohne die Ernährungslösung im Rucksack mitführen zu müssen, werden deshalb in den Fokus genommen. Genau hier setzt das Projekt *Easy\_going@home* an, mit dem Ziel durch den Einsatz einer Konnektierungshilfe – bestehend aus einem Adapter und



einer neuen Ernährungspumpe die Eigenständigkeit im Alltag zu fördern, um so die Lebensqualität im häuslichen Umfeld zu stärken.

**Methode** Das Gesamtprojekt verfolgt einen Mixed-Methods-Ansatz. Zunächst wurde der Frage nachgegangen, wie Pflegefachpersonen die Bedürfnisse und Bedarfe der Betroffenen einschätzen? Zur Beantwortung dieser Teilfrage wurde im Sinne eines qualitativen Forschungsdesigns eine Fokusgruppe mit Pflegefachpersonen aus der ambulanten allgemeinen sowie der ambulanten spezialisierten Palliativversorgung durchgeführt. Nach der Transkription erfolgte die Analyse der qualitativen Daten mittels Inhaltsanalyse nach Mayring[4].

**Ergebnisse** Die von den Teilnehmer\*innen beschriebenen Bedürfnisse der Patienten\*innen kennzeichnen insbesondere den „Wunsch sich selbst zu (dis)konnektieren“, um im Alltag möglichst „eigenständig“ zu sein. Dieses Bedürfnis besteht in den Versorgungssettings der teilnehmenden Pflegefachpersonen trotz dem Einsatz von bereits etablierten „Hilfsmitteln für die parenterale Ernährung“ und der Möglichkeit einer „nächtlichen Gabe“. Die „Zielgruppe“ für die Konnektierungshilfe sind nach Ansicht der Pflegefachpersonen insbesondere jüngere noch mobile Patient\*innen.

**Schlussfolgerung** Trotz bereits etablierter Hilfsmittel und Ansätze, um die Mobilität von Patient\*innen mit heimparenteraler Ernährung zu fördern, ist der Wunsch nach mehr Eigenständigkeit im Alltag nach Einschätzung der versorgenden Pflegefachpersonen weiterhin präsent. Die Bedarfe an neuen Versorgungsansätzen bei heimparenteraler Ernährung – unter Einbezug neuer Technologien – sollten deshalb diskutiert werden, sodass individuellere Formen zur autonomen Versorgung entstehen können.

#### References

- [1] Putziger J. 2020; Wenn Essen und Trinken nicht ausreichen, Springer Pflege, Heilberufe, Heidelberg 72 (12): 26–29. doi:10.1007/s00058-020-1920-0 2022-02-17
- [2] Batarfi A, Klinsing S, Wenger KJ, You S-J, Steinmetz H, Voss M. 2019; Paradoxe zerebrale Luftembolie durch Portkatheter, Springer Medizin, Der Nervenarzt, Heidelberg 90 (10): 1051–1054. doi:10.1007/s00115-019-0694-6 2022-02-14
- [3] Prütz F, Saß A-C. 2016 Daten zur Palliativversorgung in Deutschland, Springer Medizin, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Heidelberg 26-36., 60. doi:10.1007/s00058-020-1920-0 2022-02-08
- [4] Mayring P. 2020 Qualitative Sozialforschung, Forum Qualitative Sozialforschung (FQS), Berlin. doi:10.17169/fqs-1.2.1089 2022-02-02

## P197 „Mein Alltag hat sich wieder normalisiert.“ Erfahrungen von Patient\*innen und Angehörigen mit einer Palliativmedizinischen Tagesklinik in Deutschland

**Autoren** Müller A<sup>1</sup>, Paul A<sup>2</sup>, Best J<sup>2</sup>, Kunkel S<sup>1,2,3</sup>, Voltz R<sup>1,4,5,6</sup>, Strupp J<sup>1</sup>  
**Institute** 1 Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin, Köln, Deutschland;  
2 Klinikum Aschaffenburg-Alzenau, Aschaffenburg, Deutschland;  
3 Hausärzte im Gesundheitszentrum Goldbach, Goldbach, Deutschland;  
4 Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK), Köln, Deutschland;  
5 Centrum für Integrierte Onkologie ABCD (CIO), Köln, Deutschland;  
6 Zentrum für Klinische Studien Köln (ZKS), Köln, Deutschland  
**DOI** 10.1055/s-0042-1754092

**Hintergrund** Palliativmedizinische Tageskliniken (PTK) ergänzen eine stationäre und ambulante Versorgung und erreichen eine verbesserte Symptomkontrolle und Lebensqualität. Sie gehören in Deutschland aber nicht zur Regelversorgung. Ziel der Evaluation einer der ersten PTKs in Deutschland war es, Erfahrungen, Zufriedenheit, Herausforderungen und Wünsche von Patient\*innen und Angehörigen, sowie mögliche Alternativen zur Versorgung in der PTK zu erfassen.

**Methode** Zwischen 11/2020 und 3/2021 wurden telefonische qualitative Leitfadeninterviews mit Patient\*innen der PTK und Angehörigen geführt und inhaltsanalytisch nach Kuckartz mit MAXQDA ausgewertet. Vorgesetzt wurde eine soziodemographische Abfrage.

**Ergebnisse** 31 Patient\*innen (Mittelwert Alter 66,5 Jahre) und 38 Angehörige (Mittelwert Alter 60 Jahre) wurden befragt. 83,9% der Patient\*innen hatten eine Krebserkrankung und 52,6% lebten während der Behandlung mit mindestens einer weiteren Person im Haushalt, 23,7% lebten alleine. Die Ergebnisse zeigen, dass Befragte an der PTK den direkten Zugang zu Behandlungen und Behandelnden schätzen. Sie wurden als zuverlässig und vertrauenswürdig eingeschätzt. Das Gefühl von Sicherheit, Verfügbarkeit von Therapien und Zeit, die Behandelnde sich nehmen, wurden positiv berichtet. Als Alternative sahen einige weitere stationäre Aufenthalte, die Notaufnahme oder die Versorgung durch niedergelassene Haus-/Fachärzt\*innen. Doch es besteht Sorge, dort nicht bedarfsgerecht behandelt und informiert zu werden. Insgesamt schätzen Patient\*innen und Angehörige die Behandlung meist alternativlos und hatten Sorge, ohne PTK keine adäquate palliative Versorgung zu erhalten.

**Schlussfolgerung** Die untersuchte PTK ist ein Modellprojekt. Analog zeigen internationale Studien, dass die Zufriedenheit mit der Behandlung hoch ist. Für einen umfassenden Einblick wurde auch die Sichtweise von Angehörigen einbezogen. Die meisten Befragten können sich eine Alternativversorgung nicht vorstellen oder haben zuvor unzureichende Erfahrung mit solcher gemacht. Vergleiche von Alternativen durch die Befragten lassen vermuten, dass die PTK eine eigene Zielgruppe in der palliativen Versorgungslandschaft – insbesondere der palliativen Frühintegration – anspricht.

Aus Sicht von Betroffenen schafft die PTK eine angemessene ambulante Palliativversorgung und vermittelt Sicherheit im Umgang mit der eignen Erkrankung. Krankenhausaufenthalte wurden hinausgezögert.

## P199 „Definitiv ein Konzept, das sich lohnt!“ – Die Sicht der Zuweisenden auf eine Palliativmedizinische Tagesklinik in Deutschland

**Autoren** Müller A<sup>1</sup>, Paul A<sup>2</sup>, Best J<sup>2</sup>, Kunkel S<sup>1,2,3</sup>, Strupp J<sup>1</sup>, Voltz R<sup>1,4,5,6</sup>  
**Institute** 1 Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin, Köln, Deutschland;  
2 Klinikum Aschaffenburg-Alzenau, Aschaffenburg, Deutschland;  
3 Hausärzte im Gesundheitszentrum Goldbach, Goldbach, Deutschland;  
4 Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK), Köln, Deutschland;  
5 Centrum für Integrierte Onkologie ABCD (CIO), Köln, Deutschland;  
6 Zentrum für Klinische Studien Köln (ZKS), Köln, Deutschland  
**DOI** 10.1055/s-0042-1754093

**Hintergrund** Palliativmedizinische Tageskliniken (PTK) ergänzen stationäre und ambulante Versorgung, und bieten Zugang zu multiprofessionellen Therapien. Sie gehören aber in Deutschland nicht zur Regelversorgung. Studien stellen eine Verbesserung von Symptomatik, Funktionsniveau und psychischem Wohlbefinden bei Patient\*innen fest.

Teil der Evaluation der PTK Aschaffenburg-Alzenau als Modellprojekt in Deutschland war die Erfassung der Zuweisenden-Perspektive zu ihren, Erfahrungen, Zufriedenheit, Herausforderungen und Wünsche.

**Methode** Zwischen 11/2020 und 3/2021 wurden zuweisende Ärzt\*innen postalisch mittels Fragebogen befragt. Enthalten waren offene und geschlossene Fragen zu fachlichem Hintergrund, Symptomkontrolle, medizinischen/ psychosozialen Nutzen für Patient\*innen und Herausforderungen in der Zusammenarbeit. Geschlossene, 5 stufig skalierte Fragen wurden deskriptiv mit SPSS, offene Fragen inhaltsanalytisch mit MAXQDA ausgewertet.

**Ergebnisse** 76/ 96 Fragebögen (79%) waren rückläufig; 76% wurden ausgewertet. Vor allem niedergelassene Hausärzt\*innen (57%) und Onkolog\*innen (28%) nahmen teil. 12% hatten die Weiterbildung Palliativmedizin absolviert und arbeiteten im Schnitt seit 18,5 Jahren mit Palliativpatient\*innen. Im Mittel wurden 24 Patient\*innen (Range 1-200) an die PTK überwiesen. 93% bejahten, dass durch die Behandlung stationäre Aufenthalte hinausgezögert/ vermieden wurden. 97% gaben an, dass die Symptomkontrolle durch die PTK verbessert wurde. Alle Befragten fanden, dass Patient\*innen sehr oder eher gut von der medizinischen und 96%, eher oder sehr gut von der psychosozialen Behandlung

profitieren. 58 % antworteten, dass der zeitliche Aufwand für Patient\*innen gesunken ist, was auch einen zeitlichen Vorteil für die eigene Arbeit bedeutet.

**Schlussfolgerung** Hohe Rückläuferzahlen deuten an, dass die PTK einen großen Stellenwert für Zuweisende hat. Mit durchschnittlich 24 überwiesenen Patient\*innen wird das Modellprojekt PTK rege beansprucht. Zuweisende schätzen die Zusammenarbeit mit der PTK für sich und Patient\*innen als unterstützend und hilfreich ein. Die PTK leistet einen wichtigen Beitrag zur frühzeitigen palliativen Versorgung. Die Beurteilung, dass die Symptomkontrolle verbessert wird, verdeutlicht die fachliche Expertise der PTK.

Patient\*innen profitieren medizinisch und psychosozial von Angeboten der PTK. Fast alle Befragten meinen, dass durch die Behandlung dort ein stationärer Aufenthalt wenigstens hinausgezögert wurde.

## P204 PREPP-Projekt (Predicting Readmission of Palliative Patients)

**Autoren** Schütte K<sup>1</sup>, Krause LC<sup>1</sup>, von Havranek M<sup>1</sup>, Wellesen A<sup>2</sup>, Hentschel L<sup>3,4</sup>

**Institute** 1 Universitäts PalliativCentrum/ Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, Dresden, Deutschland; 2 Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT/UCC)/ Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Core Unit Patient-Reported Outcomes, Dresden, Deutschland; 3 Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT/UCC)/ Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Psychoonkologischer Dienst, Dresden, Deutschland; 4 Universitäts PalliativCentrum/ Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754094

**Hintergrund** 52-94 % der Deutschen wünschen sich das Zuhause als Sterbeort, nur bei einem Drittel ist dies der Fall. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) strebt bei Patienten (Pat.) mit fortgeschrittenen, progredienten Erkrankungen eine Linderung von Symptomen und psychosozialen Belastungen sowie eine Optimierung der pflegerischen Versorgung an, sodass Krankenhausaufenthalte im weiteren Verlauf vermeidbar sind. Dennoch bedingen körperliche, psychosoziale und versorgungsstrukturelle Faktoren trotz SAPV ungeplante Krankenhausaufenthalte (uKh's). Studienziel ist die Identifizierung von Prädiktoren für uKh's.

**Methode** Das Projekt ist eine monozentrische, einarmige, longitudinale Beobachtungsstudie. Neben strukturellen und patientenbezogenen Faktoren werden Angehörigen-berichtete Belastungen untersucht, die ein Versagen der häuslichen Versorgung bedingen können. Die Lebensqualität, psychische Belastungen, Angst und Depression der Angehörigen (Ang.) werden zu drei Zeitpunkten über 6 Mon. durch standardisierte Fragebögen (WHOQOL BREF, NCCN Distress Thermometer, PHQ-9, GAD-7) erfasst. Das SAPV-Team beantwortet alle vier Wochen Surprise Questions zum Versterben und Krankenseinweisungen innerhalb des nächsten Monats.

**Ergebnisse** Nach Rekrutierungsende von 250 Pat. (59 % männlich; Alter: MW = 73, SD = 13,8) erfolgte eine Teilauswertung zu Beginn der SAPV: 67 % der Pat. gaben Schmerzen an. 61 % hatten einen teilnehmenden Ang. (78 % weiblich; Alter: MW = 65, SD = 14,8). Ang. berichteten eine mittlere Belastung von 6,5 (SD = 2,2) auf dem Distress Thermometer. Am häufigsten traten emotionale Probleme (Traurigkeit 75 %, Nervosität 58 %) und körperliche Symptome (64 % Erschöpfung, 58 % Schlafstörungen, 37 % Schmerz) auf. Das SAPV-Team wäre bei 47 % der Pat. über das Versterben und in 56 % über eine Krankenseinweisung innerhalb der nächsten 4 Wochen überrascht.

**Schlussfolgerung** Die Teilergebnisse weisen auf eine multidimensionale Belastung von Angehörigen zu Beginn der SAPV hin. Bei 53 % der Patienten erscheint ein baldiges Versterben möglich. Entsprechend wird bei 56 % der Patienten nicht zeitnah mit einer Krankenseinweisung gerechnet, so dass die aktuelle ambulante Versorgung als stabil eingeschätzt wird. Es ist unklar, warum dennoch bei fast der Hälfte der Patienten mit einer KH-Einweisung gerechnet wird. Weitere Auswertungen werden Aufschluss über den Zusammenhang zwischen den Belastungen der Ang. und uKh's geben.

## P207 Psychosoziale Herausforderungen in der ambulanten Versorgung von PatientInnen mit ALS: Ein logopädischer Blickwinkel.

**Autoren** Regelmann E-M<sup>1</sup>, Marotzki U<sup>2</sup>

**Institute** 1 Hochschule für Angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim, Therapieforschung Ergo-, Logo- und Physiotherapie, Bremen, Deutschland; 2 Hochschule für Angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim, Therapieforschung Ergo-, Logo- und Physiotherapie, Hildesheim, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754095

**Hintergrund** Logopädische Interventionen gewinnen im Rahmen der Palliative Care-Versorgung zunehmend an Bedeutung. So sind LogopädInnen zuständig für die kommunikations- und schluckbezogenen Belange der PatientInnen, die sowohl während des Fortschreitens einer Erkrankung als auch am Lebensende einen Einfluss auf die subjektiv empfundene Lebensqualität und Partizipation haben. Die Versorgung von PatientInnen mit ALS ist aus logopädischer Sicht mit vielfältigen Aufgaben verbunden. So muss neben dem Angebot von therapeutischen Maßnahmen zum Erhalt der Kommunikations- und Schluckfunktionen die Berücksichtigung der Krankheitsauswirkungen auf die emotionale und soziale Lebenswelt der PatientInnen erfolgen (Smith und Warner, 2018). Die damit einhergehenden psychosozialen Herausforderungen für LogopädInnen sind bisher nicht ausreichend erforscht.

**Methode** Die empirischen Daten wurden mittels episodischen Leitfadeninterviews erhoben. Interviewt wurden LogopädInnen, die Erfahrungen in der ambulanten Versorgung von PatientInnen mit ALS vorweisen konnten. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet und transkribiert. Für die Datenauswertung wurde zunächst die Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016) durchgeführt, woraufhin diese Ergebnisse nach Denzin und Lincoln (1998) phänomenologisch analysiert wurden.

**Ergebnisse** Die Ergebnisse zeigen, dass die ambulante, logopädische Versorgung von PatientInnen mit ALS mit komplexen Aufgaben und Tätigkeiten verbunden ist, welche die Berufsgrenzen überschreiten. Als transprofessionelle Handlungsfelder konnten die *Psychologische Unterstützung* und die *Psychosoziale Begleitung* ermittelt werden. Ebenso sind Kompetenzen im Bereich der *Medizinischen Aufklärung, Beratung und Einschätzung* erforderlich.

Als zentrale psychosoziale Herausforderung wurde die Kommunikation mit den PatientInnen und Angehörigen benannt. Als eine zentrale Problemlösestrategie wurde u.a. die kollegiale Supervision mit und die Hospitation bei KollegInnen benannt, die eine langjährige Erfahrung in der logopädischen Versorgung von PatientInnen mit ALS haben.

**Schlussfolgerung** Die logopädische Versorgung von PatientInnen mit ALS erfordert transprofessionelle Handlungskompetenzen. Für die Qualitätssicherung der logopädischen Versorgung in palliativen Therapiesettings sollten die Grundprinzipien der Palliative Care-Versorgung in die Ausbildungsstrukturen implementiert werden.

## P243 Häufigkeit und Situationsanalyse von Einsätzen des Notarztes und/oder des Rettungsdienst-Fachpersonals bei ambulant Verstorbenen der Stadt Münster des Jahres 2017

**Autoren** Dasch B<sup>1</sup>, Betz RS<sup>1</sup>, Bohn A<sup>2</sup>, Lenz P<sup>1</sup>

**Institute** 1 Zentrale Einrichtung Palliativmedizin / Universitätsklinikum Münster, Münster, Deutschland; 2 Ärztliche Leitung des Rettungsdienstes der Berufsfeuerwehr Münster, Münster, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754096

**Hintergrund** In Deutschland existieren nur wenige Untersuchungen zur Häufigkeit und Versorgung sterbender Menschen im Notarzt- und Rettungsdienst-Einsatz. Hier stellen sich folgende Fragen: a) wie häufig werden Notärzte und Rettungsdienst-Fachkräfte mit Sterbesituationen im Einsatz konfrontiert, b) wo findet dieser Kontakt statt, c) zu welchen Anteilen sind diese Personen beim

Eintreffen des Notarztes bereits verstorben, d) wie stellt sich die Auffindsituation der Sterbenden/Verstorbenen dar?

**Methode** Grundlage bildeten sämtliche ärztliche Todesbescheinigungen der Stadt Münster sowie Notarzt- und Rettungsdienstprotokolle der Berufsfeuerwehr Münster (Jahrgang 2017). Ambulant verstorbene Personen wurden mit Notarzt- und Rettungsdienstprotokollen pseudonymisiert abgeglichen, um Verstorbene mit Kontakt zum Rettungsdienst am Lebensende zu identifizieren. Eine deskriptive Analyse schloss sich an.

**Ergebnisse** Es verstarben insgesamt 3.844 Personen, davon 41,3 % im ambulanten Setting. Bei 269 Verstorbenen war am Lebensende ein Einsatz des Notarztes und/oder des Rettungsdienst-Fachpersonals erfolgt, entsprechend einer Prävalenz von 7,0 % [95 %-KI: 6,2-7,8 %]. Der Kontakt fand zu 75,8 % im häuslichen Umfeld, zu 13,4 % im Pflegeheim und zu 10,8 % an einem öffentlichen Ort statt. Mehr als die Hälfte (60,2 %) der Personen waren beim Eintreffen des Notarztes bereits verstorben. In 4,5 % der Fälle zeigte der Leichnam bereits Fäulnisserscheinungen.

**Schlussfolgerung** Sterbefälle/Todesfälle im Notarzt- und/oder Rettungsdienstinsatz sind gar nicht so selten. Daher sollten professionelle Helfer auch im Umgang mit sterbenden/toten Personen und deren Angehörigen geschult sein.

## Stationäre Versorgung

### V242 Häufigkeit einer Verlegung von stationären Schlaganfallpatienten ins Hospiz

**Autoren** Dasch B<sup>1</sup>, Berger K<sup>2</sup>, Lenz P<sup>1</sup>, Brunßen A<sup>2</sup>

**Institute** 1 Zentrale Einrichtung Palliativmedizin / Universitätsklinikum

Münster, Münster, Deutschland; 2 Institut für Epidemiologie und

Sozialmedizin / Universität Münster, Münster, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754097

**Hintergrund** Für Deutschland existieren bislang keine Informationen darüber, in welcher Häufigkeit stationär behandelte Schlaganfallpatienten mit schwerem Krankheitsverlauf in ein Hospiz verlegt werden.

**Methode** Untersucht wurden Patienten ( $\geq 18$  Jahre), die aufgrund eines Schlaganfalls (ICD-10: ischämischer Hirninfarkt (IS), I63.), zerebrale Blutung (ICB, I61.), Subarachnoidalblutung ((SAB), I60.) in den Jahren 2017 bis 2020 in ein Krankenhaus eingeliefert worden waren. Hierzu wurden Daten des Schlaganfallregisters Nordwestdeutschland ausgewertet. Ziel war es, die Häufigkeit (roh/altersstandardisiert) einer Krankenhausentlassung in ein Hospiz zu bestimmen. Zudem sollten Einflussfaktoren auf das Zielereignis mittels logistischer Regression analysiert werden.

**Ergebnisse** Insgesamt wurden 339.513 Fälle stationärer Patienten mit einem Schlaganfall erfasst, davon 308.067 (90,7 %) mit IS, 26.957 (7,9 %) mit ICB und 4.489 (1,3 %) mit SAB. Das mittlere Alter lag bei 73,1 +/- 13,1 Jahren, 52,6 % waren Männer. Hiervon verstarben 26.037 (7,7 %) Patienten während ihres Krankenhausaufenthaltes. Insgesamt wurden 497 Patienten in ein Hospiz verlegt (IS: 414, ICB: 76, SAB: 7). Die entsprechende Häufigkeit (altersstandardisiert) war wie folgt (95 %-KI): Gesamt: 0,05 % (0,04-0,06), IS: 0,05 % (0,04-0,06), ICB: 0,07 % (0,05-0,09), SAB: 0,01 % (0,00-0,02). Eine prästationäre Versorgung in einem Pflegeheim (OR 0,34 (0,25-0,44)), eine getrübe Vigilanz bei Aufnahme (OR 1,71 (1,39-2,10)), eine schwerwiegende Funktionseinschränkung bei Klinikentlassung (modifizierte Rankin Skala 5 vs. 0-2: OR 34,78 (22,94-52,75)) sowie die Festlegung einer palliativen Therapieausrichtung (OR 14,22 (11,32-17,87)) erwiesen sich als unabhängige Einflussfaktoren.

**Schlussfolgerung** In einem Krankenhaus aufgenommene Schlaganfallpatienten mit schwerem Krankheitsverlauf werden in Deutschland nur sehr selten in ein Hospiz verlegt. Die Gründe hierfür mögen vielschichtig sein, u.a. bedingt

durch einen potentiell schnell tödlich verlaufenden Erkrankungsprozess, durch eine unzureichende ärztliche Wahrnehmung des palliativmedizinischen Versorgungsbedarfs dieser Patienten sowie durch strukturelle Rahmenbedingungen, welche insbesondere Pflegeheimbewohner betreffen.

### V250 Gastrointestinale Tumorpatienten mit Luftnot und Angst: Physische und psychische Belastung am Lebensende – retrospektive Analyse von 427 Fällen

**Autoren** Scheinhardt P, Sewtz C, Große-Thie C, Kriesen U, Junghanß C

**Institut** Universitätsmedizin Rostock, Zentrum für Innere Medizin, Klinik III

– Hämatologie, Onkologie, Palliativmedizin, Rostock, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754098

**Hintergrund** Luftnot und Angst sind häufige und belastende Symptome bei Palliativpatienten [1, 2]. Patienten mit gastrointestinalen (GI) Tumorerkrankungen stellen eine große Gruppe in der Palliativmedizin dar [3, 4]. Dennoch gibt es bisher nur wenige Studien, die sich mit der Symptomprävalenz und speziell mit Angst und Luftnot in dieser Tumorgruppe befassen.

**Methode** Analyse konsekutiver Patientendaten der Jahre 2015-2019 von der Palliativstation der Universitätsmedizin Rostock (Ethikvotum A2020-0044). Datenextraktion aus SAP und analogen Patientenakten, Auswertung mit IBM SPSS statistics 27. Symptome wurden bei Aufnahme auf einer 4-stufigen Skala (HOPE) erhoben, hohe Symptomlast wurde definiert als  $\geq 3$ . Für Luftnot und Angst wurde zusätzlich die täglich erhobene Numerische Rating Skala (NRS) erfasst.

**Ergebnisse** Von insgesamt 1577 stationären Palliativpatienten (1960 Fälle) hatten 325 (21 %, 427 Fälle) eine gastrointestinale Tumorerkrankung (33 % weiblich, medianes Alter: 71 Jahre (38-92), medianes Überleben nach Aufnahme: 30 Tage, 64 % ECOG  $\geq 3$ ). Damit bildet diese Kohorte die größte Patientengruppe auf der Palliativstation. Die Symptome, für die am häufigsten eine hohe Symptomlast ( $\geq 3$ ) angegeben wurden, waren Schwäche, Appetitlosigkeit, Müdigkeit, Schmerzen, Anspannung, Angst und Luftnot. Prädiktor für eine hohe Symptomlast durch Angst war Anspannung  $\geq 3$ . Durchschnittliche NRS-Werte pro Tag: Angst 1,73; Luftnot 1,03. 6 von 7 anderen analysierten Tumorgruppen wiesen jeweils höhere Werte auf. Eine Verbesserung von Luftnot/Angst im stationären Verlauf zeigte sich bei 31/47 % und eine Verschlechterung bei 15/27 %. Verbesserung bei onkologischen Patienten insgesamt: 32/49 %.

**Schlussfolgerung** GI-Tumorpatienten scheinen mehr durch Angst als durch Luftnot belastet zu sein. Es konnte gezeigt werden, dass GI-Tumorpatienten in Hinblick auf Angst und Luftnot von der palliativmedizinischen Betreuung profitierten.

#### References

[1] Claudia Bausewein, Sara Booth, Marjolein Gysels, Robert Kühnbach, Birgit Haberland, Irene J Higginson, (2010), Individual breathlessness trajectories do not match summary trajectories in advanced cancer and chronic obstructive pulmonary disease: results from a longitudinal study., *Palliative Medicine*, 777-786, 8

[2] Corinna Sewtz, Wiebke Muscheites, Christina Große-Thie, Ursula Kriesen, Malte Leithaeuser, Dietrich Glaeser, Philipp Hansen, Guenther Kundt, Georg Fuellen, Christian Junghanß, (2021), Longitudinal observation of anxiety and depression among palliative care cancer patients, *Annals of Palliative Medicine*, 3836-3846, 4

[3] Gabrielle B. Rocque, Anne E. Barnett, Lisa C. Illig, Jens C. Eickhoff, Howard H. Bailey, Toby C. Campbell, James A. Stewart, James F. Cleary, (2013), Inpatient Hospitalization of Oncology Patients: Are We Missing an Opportunity for End-of-Life Care?, *Journal of Oncology Practice*, 51-54, 1

[4] Heather McKenzie, Lillian Hayes, Kathryn White, Keith Cox, Judith Fethney, Maureen Boughton, Jo Dunn, (2011), Chemotherapy outpatients' unplanned presentations to hospital: a retrospective study, *Supportive Care in Cancer*, 963-969, 7

## P122 Der schmale Grat zwischen Hoffnung und Missverständnis – Erwartungen von Peniskrebspatienten an eine palliative Chemotherapie

**Autoren** Dräger DL, Hakenberg O

**Institut** Universitätsmedizin Rostock, Klinik und Poliklinik für Urologie, Rostock, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754099

**Hintergrund** Diese qualitative Studie bewertete den erwarteten Nutzen einer palliativen Chemotherapie bei Männern mit resistentem oder refraktärem Peniskrebs

**Methode** Geeignete Patienten (n = 15) hatten zu Studienbeginn eine signifikante Symptomlast und > 3 Zyklen Chemotherapie abgeschlossen. Wir untersuchten Patienten, deren Symptome sich im Rahmen der Chemotherapie verbesserten, anhielten oder verschlimmerten. Die Datengenerierung erfolgte durch Telefoninterviews.

**Ergebnisse** Drei große Themen haben sich herauskristallisiert. Die erste war "Hoffnung", dass die Chemotherapie das Überleben verlängern würde. Hoffnung motivierte Patienten, mit einer Chemotherapie zu beginnen und diese fortzusetzen, obwohl sie wussten, dass ihre Krankheit unheilbar war. Hoffnung machte die Behandlung erträglicher. Jede biologische oder symptomatische Verbesserung ließ diese Hoffnung noch steigen.

Das zweite große Thema, „Ausdauer und Stoizismus“, umfasste drei Unterthemen: 1) Priorität für Leben und Unabhängigkeit, 2) Vermeidung und 3) blindes Vertrauen. Patienten waren bereit, schwere Nebenwirkungen der Behandlung zu ertragen, solange ihre Unabhängigkeit und körperliche Lebensqualität erhalten blieben. Der Stoizismus der Patienten ermöglichte es ihnen, ihr Leiden oder ihre Sterblichkeit nicht anzuerkennen. Patienten hatten auch blindes Vertrauen, dass eine Chemotherapie ihr Leben verlängern würde, was dazu führte, dass sie trotz ihrer Nebenwirkungen die Chemotherapie durchhielten.

„Tipping Point“, das dritte Leitthema, ist der Punkt, an dem die Nebenwirkungen der Chemotherapie für den Patienten unweigerlich unerträglich wurden und zum Abbruch der Behandlung führten. Patienten gaben zu, dass sie lieber sterben würden, als ihren Familien zur Last zu fallen.

**Schlussfolgerung** Patienten erwarteten, dass die Chemotherapie ihr Überleben verlängerte, anstatt ihre Symptome zu verbessern, und ertrugen diese trotz der Nebenwirkungen. Patienten hatten Schwierigkeiten, die palliative Absicht ihrer Behandlung zu akzeptieren, obwohl sie von ihren Ärzten darüber informiert wurden.

## P125 Emotionsarbeit in der Pflegebetrachtung von Orten der Palliativen Basis- und Spezialversorgung

**Autor** Schmedes C

**Institut** MediAcion GbR, Vechta, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754100

**Hintergrund** Die Rahmung, die gegenwärtig in der stationären Altenhilfe zu finden ist, verhindert die Care-Arbeit im Sinne der Konzeption von Palliative Care. Die Rahmenbedingungen, in dem Pflegenden tätig sind und die sehr stark von den Ökonomisierungstendenzen gekennzeichnet. Damit verbunden sind Einschnitten in die beufl. Gestaltungsfreiheit. Kern der Kritik ist, dass Pflegenden sehr reduziert die Beziehungen mit den Bewohner gestalten können und zur zeiteffizienter Arbeit angehalten sind.

**Methode** Das Erkenntnisinteresse ist darauf gerichtet, den Zusammenhang zwischen Anforderungen aus dem Arbeitssystem und den erlebten psychischen Beanspruchungen der Pflegenden zu erkennen. Um dieses zu realisieren, wurde eine qualitative, phänomenologische Forschungsmethodologie angewandt. Auf der Basis von 18 problemzentrierten leitfadengestützten Interviews mit Pflegenden aus der stat. Altenpflege werden Innensichten zur subjektiven Arbeitsbewertung erfasst.

**Ergebnisse** Fokussiert werden der Umgang mit Emotionen und dessen Auswirkungen in der alltäglichen Pflegearbeit vor dem Hintergrund der Rahmenbedingungen der stationären Altenpflege. Herausgearbeitet wird, welchen Stellenwert die Emotionsarbeit in der Pflege hat und wie sie die psychische Arbeitsbelastung der einzelnen Pflegenden tangiert. Die Emotionsarbeit wird als zentrale Aufgabe der Pflegenden erkennbar, deren Umsetzung im Alltag durch die Vorgaben des ökonomisch orientierten Pflegesystems sehr negativ beeinflusst wird. Dies zeigt sich in dem Erleben emotionaler Beanspruchungen der Pflegenden. Damit kann die wachsende Kritik an einem ökonomisch orientierten Pflegesystem gezielt an verschiedenen Facetten der pflegerischen Tätigkeit verortet werden. Die Betrachtung der Emotionsarbeit verdeutlicht zudem, die komplexen und mehrdimensionalen Ebenen von Pflegetätigkeiten mit ihrer Fundierung in der Beziehungsarbeit und die Zielinkongruenzen, die die Pflegenden auf den diversen Ebenen erleben.

**Schlussfolgerung** Als Ergebnis werden Anforderungen von Emotionen am Arbeitsplatz und deren Möglichkeiten im Umgang dargestellt, besonders relevant ist hierbei die Zuspitzung von Herausforderungen aufgrund der ökonomischen Hintergründe. Hierzu zählen die anspruchsv. Beziehungen unterschiedlichen Akteuren sowie die Zielinkongruenzen, die Pflegenden auf verschiedenen Ebenen erleben. In der stat. Pflege werden Adressaten der palliativen Basis- und Spezialversorgung begleitet – Im Sinne der qualitätsorientierten Versorgungsperspektive ist es wichtig diesen Bereich zu fokussieren.

## P157 Eine retrospektive Analyse von Patienten mit hämatologischen Neoplasien im Vergleich zu Patienten mit soliden Tumoren im Palliativmedizinischen Dienst der Uniklinik Köln zwischen 2015 und 2019

**Autoren** Love AM<sup>1</sup>, Eichenauer DA<sup>2</sup>, Simon ST<sup>3</sup>

**Institute** 1 Zentrum für Palliativmedizin, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Universität zu Köln, Köln, Deutschland; 2 Klinik I für Innere Medizin, Zentrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Universität zu Köln, Köln, Deutschland; 3 Zentrum für Palliativmedizin, Zentrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Universität zu Köln, Köln, Deutschland, Köln, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754101

**Hintergrund** Die palliativmedizinische Versorgung von Patienten mit hämatologischen Neoplasien ist im deutschsprachigen Raum noch wenig erforscht. Dies gilt auch für die Integration von palliativmedizinischen Diensten in die stationäre Behandlung dieser Patientengruppe.

**Methode** Es wurde eine retrospektive Datenerhebung an Patienten mit hämatologischen Neoplasien und soliden Tumoren durchgeführt, die zwischen 2015 und 2019 an der Uniklinik Köln behandelt wurden. Es erfolgte eine deskriptive Datenanalyse mittels SPSS (Version 27).

**Ergebnisse** Insgesamt wurden im untersuchten Zeitraum 2887 Patienten mit onkologischen Erkrankungen durch den palliativmedizinischen Dienst (PMD) gesehen. Von diesen Patienten hatten 412 (14,3%) eine hämatologische Neoplasie (Häm) und 2475 (85,7%) einen soliden Tumor (Solid). Die Geschlechterverteilung war in beiden Gruppen ähnlich mit 54,9%/53,2% Männern und 45,1%/46,8% Frauen im Vergleich von Häm/Solid.

Die Zeit zwischen dem ersten Kontakt mit dem PMD und dem Tod war in der Häm-Gruppe im Median mit 11 Tagen (IQR: 4-34,3 Tage) gegenüber der Solid-Gruppe mit 17 Tagen (IQR: 6-49 Tage) kürzer.

Bei 52,9% der Häm-Patienten kam es nach dem Zeitpunkt des PMD-Erstkontaktes zu Aufenthalt auf Überwachungsstationen. Die mediane Aufenthaltsdauer lag bei 1,5 Tagen (IQR: 0-6,3 Tage). Im Vergleich dazu verbrachten nach dem ersten PMD-Kontakt nur 34,3% der Solid-Patienten Zeit auf einer Überwachungsstation. Diese betrug im Median 0,5 Tage (IQR: 0-3,5 Tage).

Im Vergleich der beiden Gruppen bzgl. der Symptombelastung (0-16 Symptome) zeigten sich bei 12 dieser Symptome Unterschiede von weniger als 5% in Bezug auf das Vorhandensein dieser. Unterschiede > 5% mit häufigerer Nennung in der Häm-Gruppe lagen für Luftnot (60,8% Häm vs. 54,8% Solid), Depressivität (59,5% Häm vs. 48,5% Solid) und Desorientiertheit (40,5% Häm vs. 30,4% Solid) vor. Lediglich Übelkeit kam in der Solid-Gruppe öfter vor (39,6% vs. 29,3%).

**Schlussfolgerung** Bei wenigstens gleicher Symptomlast werden Häm-Patienten dem PMD später als Solid-Patienten vorgestellt. Dies wirft die Frage auf, inwieweit eine frühere Integration des PMD sinnvoll ist. Bis jetzt liegen für Häm-Patienten keine etablierten Parameter vor, die zur Integration des PMD bzw. der spezialisierten Palliativmedizin führen. Weitere Untersuchungen sind notwendig, um die palliativmedizinische Versorgung von Häm-Patienten zu optimieren.

## P176 Evaluation der Körperpambura als musiktherapeutische Intervention bei palliativen radioonkologischen Patient:innen

**Autoren** Liethmann K<sup>1</sup>, Könemann M<sup>1</sup>, von Wieding E<sup>2</sup>, Trehern S<sup>3</sup>, Deutz B<sup>4</sup>, Dunst J<sup>3</sup>, Schmalz C<sup>3</sup>

**Institute** 1 Zentrum für Integrative Psychiatrie, Psychoonkologie, Kiel, Deutschland; 2 Christian-Albrechts-Universität, Kiel, Deutschland;

3 Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Klinik für Strahlentherapie, Kiel, Deutschland; 4 KlangWerkstatt, Berlin, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754102

**Hintergrund** In der Versorgung palliativer Patient:innen werden zunehmend verschiedene Formen von Musiktherapie eingesetzt. Die Patient:innen profitieren v.a. bzgl. Wohlbefindens und Entspannung sowie bzgl. Angstreduktion und Schmerzinderung [1].

Das Holzklanginstrument Körperpambura ermöglicht eine rezeptive musiktherapeutische Intervention. Es kann im Raum gespielt oder auf den Körper aufgelegt werden. Erste Studien zum Einsatz der Körperpambura in der Onkologie [2] und bei anderen Erkrankungsbildern [3] geben Hinweise auf eine entspannende und stressreduzierende Wirkung.

Strahlentherapie ist ein regelmäßiger Teil palliativer onkologischer Therapiekonzepte. Auf der strahlentherapeutischen Station des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Kiel, konnte in einer Pilotstudie zur Wirkung der Körperpambura ein Effekt auf Angst und Luftnot bei thorakal bestrahlten Patient:innen gezeigt werden [4]. Mittlerweile kommt die Körperpambura hier bei palliativ behandelten Patient:innen regelmäßig zum Einsatz.

Ziel der geplanten Studie ist es, den Einsatz der Körperpambura im Rahmen der stationären Versorgung radioonkologischer Patient:innen systematisch zu evaluieren.

**Methode** Es ist eine randomisierte Cross-over-Studie geplant. Die Intervention besteht aus der Teilnahme der Patient:innen an einer 15-min. Körperpambura-Anwendung (KT), die von einer Psychoonkologin oder Medizinerin gespielt wird. Die Kontrollintervention besteht aus einer 15-min. Audioaufnahme eines Interviews (KG) mit dem Erfinder der Körperpambura (Bernhard Deutz), bei dem dieselbe Untersucherin anwesend ist. Beide Interventionen werden im Liegen durchgeführt. Die Patient:innen werden randomisiert den Gruppen (KT-KG, KG-KT) zugeteilt. Die Interventionen liegen mindestens 12 Std. und maximal 36 Std. auseinander.

**Ergebnisse** Als primärer Endpunkt ist die Erhebung der Belastung der Patient:innen mit Hilfe des Kurzfragebogen zur aktuellen Beanspruchung (KAB) in Selbstauskunft geplant. Als sekundäre Endpunkte sind die Erfassung von Angst (State-Trait-Angst-Inventar Kurzversion), Schmerzen (Numerische Ratingskala: NRS), Erschöpfung (NRS), Übelkeit (NRS) und Luftnot (NRS) geplant. Die statistische Auswertung erfolgt mittels t-Tests.

**Schlussfolgerung** Erste Ergebnisse der anlaufenden Studie werden auf der DGP 2022 präsentiert.

### References

[1] Köhler F, Martin Z-S, Hertrampf R-S, Gäbel C, Kessler J, Ditzén B, Warth M. 2020; Music therapy in the psychosocial treatment of adult cancer patients. A systematic review and meta-analysis. *Front. Psychol.* 11: 651

[2] Teut M, Dietrich C, Deutz B, Mittring N, Witt CM. 2014; Perceived outcomes of music therapy with body tambura in end of life care. A quantitative pilot study. *BMC Palliative Care* 13: 18

[3] Hartwig B, Schmidt S, Hartwig I. 2016; COPD und Klangtherapie: Pilotstudie zur Wirksamkeit einer Behandlung mit Körperpambura bei COPD-Patienten. *Forsch Komplementmed* 23: 240–244

[4] Schmalz C, Sindermann S, Borzikowsky C, Dunst J. (2017), Klangtherapie in der Radioonkologie – Pilotstudie zur Anwendbarkeit und Wirksamkeit der Körperpambura bei mediastinal bestrahlten Patienten, Klinik für Strahlentherapie / UKSH, Campus Kiel, Universität Kiel, Poster für die 23. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie

## P178 Palliativ Care im Herz- und Diabeteszentrum NRW – Implementierung und Ergebnisse

**Autor** Engelking-Fründ H

**Institut** Herz- und Diabeteszentrum NRW, Bad Oeynhausen, Deutschland  
DOI 10.1055/s-0042-1754103

**Hintergrund** Der multiprofessionelle palliativmedizinische Konsiliardienst (PMK) im Herz- und Diabeteszentrum NRW (HDZ NRW) betreut Patient:innen (Pat.) mit fortgeschrittenen Herzerkrankungen nach dem Konzept von „Palliativ Care“<sup>1</sup> in allen stationären Bereichen der Klinik.

**Methode** Der PMK entwickelte innerhalb einer Arbeitsgruppe ein Leitbild sowie ein Konzept zur Implementierung, welches seit 2018 umgesetzt wird. Anhand von zwei Fallbeispielen wird die multiprofessionelle palliative Versorgung und Betreuung der Pat. sowie die individuellen Herausforderungen dargestellt.

**Ergebnisse** Von 2018 bis 2021 wurden 118 Pat. im Alter von 3 Tagen bis 92 Jahren vom PMK mitbetreut. Der PMK unterstützte in der stationären Versorgung z. B. bei der Ermittlung der Symptomlast, des Patient:innenwillens und beim Erstellen eines Therapiekonzeptes. Gemeinsam mit Pat. und Angehörigen wurde die poststationäre Versorgung analysiert und geplant. Die Unterstützung durch den PMK wurde von Pat., Angehörigen und den Behandlungsteams positiv reflektiert. Dazu gehört z. B. ein Liedtext, welcher von einer Pat. gedichtet und zum Abschied vorgetragen wurde.

**Schlussfolgerung** Pat. mit einer lebenslimitierenden Herzerkrankung profitieren von einer palliativen Versorgung. Durch den Einbezug eines PMK in einer Klinik der Maximalversorgung kann ein umfassendes Behandlungskonzept zur Steigerung der Lebensqualität erarbeitet werden.

Leitlinien<sup>2</sup> und Fachliteratur<sup>3</sup> bekräftigen die palliative Mitbetreuung in einer nichtonkologischen Fachklinik wie dem HDZ NRW. Zukünftig sollen im HDZ NRW weitere Evaluationsmaßnahmen zur Auswirkung des PMK auf Pat., Angehörige und Pflegenden angestrebt werden [1–3].

### References

[1] WHO, (2002), WHO – neue Definition von Palliative Care (2002) [www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO\\_Definition\\_2002\\_Palliative\\_Care\\_englisch-deutsch.pdf](http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf)2022-03-02 [www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/allgemeine-informationen-hintergruende.html](http://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/allgemeine-informationen-hintergruende.html)

[2] (2019), Nationale Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz – Langfassung, 3. Auflage, Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaften, 3. Auflage, 2019 [www.leitlinien.de/themen/herzinsuffizienz/3-auflage/impressum](http://www.leitlinien.de/themen/herzinsuffizienz/3-auflage/impressum) 2022-03-02, DOI: 10.6101/AZQ/000482

[3] Würdehoff, Dietrich, (2020), Palliative Versorgung bei chronischer Herzinsuffizienz, Thieme Verlag, Palliativmedizin, 8 – 9, 01/2020, [www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1061-5381](http://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1061-5381), 2022-03-02, DOI: 10.1055/a-1061-5381

## P206 Etablierung eines palliativmedizinischen Konsiliardienstes – Inanspruchnahme und Ergebnisse des Basisassessments nach 365 Tagen

**Autoren** Andersen B<sup>1</sup>, Wohlfarth N<sup>1</sup>, Bach P<sup>2</sup>, Münker A<sup>1</sup>, Frey UH<sup>1</sup>

**Institute** 1 Marien-Hospital Herne, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin, Schmerz- und Palliativmedizin, Herne, Deutschland; 2 Marien-Hospital Herne, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, Klinik für Urologie, Herne, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754104

**Hintergrund** Die Klinik für Anästhesiologie am Universitätsklinikum Marien-Hospital Herne betreibt eine Palliativstation mit 6 Betten. Um den komplexen Versorgungsbedarf der Tumorzentren (Ruhr-Universität Comprehensive Cancer Center – RUCCC) an der Klinik zu decken, wurde an der urologischen Klinik als Pilotprojekt ein interner palliativmedizinischer Konsiliardienst (PMKD) implementiert, der auch von den anderen Abteilungen in Anspruch genommen werden konnte.

**Methode** Nach interdisziplinärer Erstellung einer Verfahrensweisung gemäß OPS 8-98h wurde der PMKD eingerichtet und die Konsile des ersten Jahres (2021) ausgewertet. Das multiprofessionelle Team erfasste bei täglichen Visiten als Basisassessment das Minimale Dokumentationssystem (MIDOS) zu belastenden Symptomen (Befinden, Luftnot, Angst, Übelkeit/Erbrechen, Appetitmangel, Obstipation, Schwäche, Schlafstörungen, Müdigkeit) auf einer vierstufigen Skala (0-3) und die Schmerzlast auf der Numerischen Rating Skala (NRS; 0-10).

**Ergebnisse** Insgesamt wurden im Erfassungszeitraum 333 Konsile gestellt. Die darauf basierende Gesamtpopulation wies ein medianes Alter von 71 (IQR 17) Jahren auf. 61 Prozent waren Männer. 240 Patientinnen und Patienten erhielten eine konsiliarische Komplexbehandlung. Die Konsilstellung erfolgte im Median 1 (IQR 3) Tag nach Aufnahme. Die mediane Begleitungsdauer durch den PMKD betrug 3 (IQR 4) Tage. Folgende Kliniken nahmen den PMKD in Anspruch: Urologie (36 %), Onkologie (29 %), Strahlentherapie (12 %) und Pulmologie (6 %). Ein Hauptsymptom bei Aufnahme war der Schmerz mit einer medianen Intensität von 6 (IQR 8). Zum Entlasszeitpunkt zeigte sich eine Reduktion auf im Median 3 (IQR 5,  $p < 0,001$ , Wilcoxon-signed-rank-Test). Das allgemeine Befinden verbesserte sich um im Mittel 0,6 ( $p < 0,001$ ).

**Schlussfolgerung** Insbesondere zu Beginn sind regelmäßige Informationen der Fachabteilungen notwendig, um den Bekanntheitsgrad des PMKD zu steigern. Nach der vorliegenden ersten Auswertung ist eine deutliche Minderung der Schmerzsymptomatik und Besserung des Befindens der Patientinnen und Patienten zu beobachten.

## P216 Deckenbilder JA oder NEIN? Patienten- und Mitarbeiterbefragung zur Deckengestaltung unserer Palliativstation

**Autor** Fischer K

**Institut** Klinikum Links der Weser, Gesundheit Nord gGmbH Klinikverbund Bremen, Klinik für Palliativmedizin, Bremen, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754105

**Hintergrund** Die Lebensqualität zu fördern ist das erklärte Ziel unserer Palliativstation [1, 2]. Zur Förderung des Wohlbefindens unserer Patienten\*innen wurden dafür 2014 – im Rahmen eines Schüler-Kunstprojektes – Deckenbilder in den Patienten\*innenzimmern angebracht. Gemäß baulichen und strukturellen Empfehlungen werden Palliativstationen zu einer Deckengestaltung in ruhiger Atmosphäre ermutigt [3]. Unsere farbenfrohen und phantasievollen Bilder wurden im Team in Frage gestellt, auch im Hinblick auf die Behandlung von häufig auftretenden Delirien [4]. Ein reizarmes Milieu entspricht beim Delirium guter klinischer Praxis [5], somit könnten die Bilder sogar kontraindiziert sein. Eine Befragung sollte Auskunft geben, ob die Bilder das Wohlbefinden unserer Patienten\*innen verbessern.

**Methode** Dauer der Datenerhebung: April-Mai 2022. Fragebogendesign: Standardisierte, anonymisierte Papierfragebogen-Erhebung. Dauer: 5-10 Minuten. Fragen: Bewertung der Bilder mittels Likert-Skala („Wie gut gefällt Ihnen das Deckenbild?“, „Wie angenehm empfinden Sie das Deckenbild?“) sowie Wünsche bezüglich Deckengestaltung.

**Einschlusskriterien/Rekrutierung:** Mitarbeiter\*innen und stationäre Patienten\*innen im Befragungszeitraum der Palliativstation am Klinikum Links der Weser Bremen. Eine Befragung fand frühestens am 3. Tag auf der Palliativstation statt. **Ausschlusskriterien:** Ungenügende Deutschkenntnisse, Unzumutbarkeit einer Befragung oder Unfähigkeit zur Teilnahme bei schlechtem Allgemeinzustand, Krisensituationen, Delir, präterminalem oder terminalem Zustand.

**Ergebnisse** Die Ergebnisse lagen bei Anmeldeschluss noch nicht vor.

**Schlussfolgerung** Eine Befragung von Patienten\*innen und Mitarbeitern\*innen ist machbar und liefert Erkenntnisse zu Wünschen und Präferenzen bezüglich Deckengestaltung einer Palliativstation.

### References

- [1] [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO\\_Definition\\_2002\\_Palliative\\_Care\\_englisch-deutsch.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf) 2022-03-16
- [2] <https://www.palliativ-bremen.de> 2022-03-16
- [3] [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Planungshilfe\\_Palliativstationen.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Planungshilfe_Palliativstationen.pdf) 2022-03-16
- [4] Perrar KM, Golla H, Voltz R. 2013 Medikamentöse Behandlung des Delirs bei Palliativpatienten. Eine systematische Literaturschau. Der Schmerz
- [5] Johnson MH. 2001 Assessing confused patients, J Neurol Neurosurg Psychiatry p. i7-12, 71 Suppl 1

## P219 Vergleich der Eigen- und Fremderfassung der Symptomlast onkologischer Patient:innen im Rahmen einer stationären Versorgung

**Autoren** Warnecke E<sup>1</sup>, Hosters B<sup>2</sup>, Gottlieb T<sup>3</sup>, Welt A<sup>1</sup>, Bauer S<sup>1</sup>, Wiesweg M<sup>1</sup>, Schuler M<sup>1</sup>, Tewes M<sup>1</sup>

**Institute** 1 Universitätsmedizin Essen, Innere Klinik (Tumorforschung), Essen, Deutschland; 2 Universitätsmedizin Essen, Leitung Entwicklung und Forschung Pflege, Essen, Deutschland; 3 Universitätsmedizin Essen, Onkologische Pflege (Westdeutsches Tumorzentrum), Essen, Deutschland  
DOI 10.1055/s-0042-1754106

**Hintergrund** Im klinischen Alltag wird die Symptomlast von stationären onkologischen Patient:innen (Pt) über validierte Assessments durch das Pflegepersonal erhoben. Die Eigenerfassung der Symptomlast wird zunehmend gefordert (DNQP und S3-Leitlinie Palliativmedizin). Ziel ist die optimale Versorgung und frühzeitige Einbindung in palliativmedizinische Strukturen. Ein Vergleich der Eigen- und Fremderfassung der Symptomlast bildet die Basis der optimierten Symptomerfassung. Es besteht die Hypothese, dass die Mittelwerte der Symptomausprägungen beider Gruppen variieren.

**Methode** Im Rahmen einer retrospektiven, monozentrischen Kohortenstudie werden Daten zur aktuellen Symptomlast von Pt onkologischer Stationen eines onkologischen Spitzenzentrums mit histologisch gesicherter Tumorerkrankung im Stadium IV einmalig digital mittels MIDOS2 erfasst. Die Erhebung erfolgt u.a. mittels 4-Punkt-Likert-Skala (0 = keine, 1 = leicht, 2 = mittel, 3 = stark). Begleitend erfolgt eine tägliche Fremderfassung über pflegerische Assessments (z.B. epA AC). Die Analyse der Patientencharakteristik (z.B. Alter, Geschlecht, Tumorentität) und Ausprägung der Symptome erfolgt deskriptiv. Unterschiede der Symptomausprägungen werden durch Vergleiche der einzelnen Mittelwerte analysiert.

**Ergebnisse** Seit 09/21 haben N = 122 Pt (w = 65, m = 57) den MIDOS2 erhalten. 51,6 % haben den Bogen vollständig ausgefüllt. Das mittlere Alter entspricht 57,06 (+/- 14,47) Jahren. Die häufigsten Entitäten stellen Lungenkarzinome (28,8 %), Sarkome (27,9 %), sowie Aderhautmelanome und GI-Tumore (je 18,3 %). Insgesamt zeigt sich eine geringe Symptomlast. Es zeichnen sich Unterschiede zwischen Eigen- und Fremderfassung beispielsweise für Schmerz ( $N_E = 89$ ;  $M_E = 0,9438$  vs.  $N_F = 118$ ;  $M_F = 0,4333$ ) ab. Nicht alle Merkmale werden

in einheitlicher Skalierung erfasst. Dies erschwert die Vergleichbarkeit. Über die Eigenerfassung wird zudem der Bedarf einer psychoonkologischen Betreuung bei 32,0% erfasst. Ein palliativmedizinischer Gesprächswunsch besteht bei 22,1%.

**Schlussfolgerung** Die bisher analysierten Symptomcharakteristika zeigen eine niedrige Symptomlast. Die einzelnen Entitäten unterscheiden sich in der Belastungsausprägung. Weiter zeigen sich Diskrepanzen bzgl. der Eigen- und Fremderfassung. Insbesondere psychologischer Distress wird durch das Pflegepersonal milder bewertet als von den Pt selbst. Mittels Eigenerfassung werden bislang nicht erkannte Belastungen transparent. Dies unterstreicht die Bedeutung der Eigenerfassung der Symptomlast.

## P220 Untersuchung von Symptomlast und palliativmedizinischem Bedarf bei onkologischen Patient\*innen im Rahmen einer stationären Versorgung.

**Autoren** Heinzelmann A<sup>1</sup>, Müller S<sup>1</sup>, Rausch R<sup>2</sup>, Mallmann B<sup>3</sup>, Hense J<sup>1</sup>, Schuler M<sup>1,4</sup>, Teufel A<sup>5</sup>, Tewes M<sup>1</sup>

**Institute** 1 Westdeutsches Tumorzentrum, Innere Klinik (Tumorforschung), Essen, Deutschland; 2 Westdeutsches Tumorzentrum, Essen, Deutschland; 3 Palliativmedizin der Universitätsmedizin Essen, Essen, Deutschland; 4 Deutsches Konsortium für Translationale Krebsforschung (DKTK), Essen, Deutschland; 5 Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Essen, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754107

**Hintergrund** Patient\*innen (Pt) mit einer Tumorerkrankung sollte zeitgerecht eine spezialisierte palliativmedizinische Begleitung angeboten werden.

Ziel: Die monozentrische, retrospektive Beobachtungsstudie untersucht Symptomlast, Bedarfe, sowie den Wunsch nach palliativmedizinischer Begleitung mittels validierter Instrumente (HSI, PHQ8, GAD-7, MIDOS2, zusammengefasst als EPOS) auf universitären Stationen mit onkologischem Schwerpunkt. Triggerfaktoren in der Symptomlast werden ermittelt, die zu einer Vorstellung bei dem Palliativdienst (PD) führen.

**Methode** Es erfolgt eine deskriptive Analyse der Charakteristik von Pt mit einer Tumordiagnose, Symptome und Bedarfe, sowie der Gruppenunterschiede von Pt mit und ohne PD-Konsil. Mittelwert, Median, Standarddifferenz, dem prozentualen Anteil, sowie eine Korrelationsanalyse werden durchgeführt. Die Analyse von Triggerfaktoren für eine Zuweisung erfolgt in Abhängigkeit der Normalverteilung mittels Varianzanalyse (ANOVA) oder Kruskal-Wallis-Test.

**Ergebnisse** Von 4/20 – 3/21 wurden 1089 Pt u.a. in den Kliniken der Neurochirurgie (n = 413; 37,9%), Nuklearmedizin (n = 324; 29,7%), Dermatologie (n = 203; 18,6%) und Urologie (n = 90; 8,3%) befragt. 25 Pt (2,3%) erhielten ein PD-Konsil, mittleres Alter 58 Jahre (SD + 14). Pt mit Konsil (weiblich [n = 14; 56%]) hatten im Durchschnitt 3,4 Jahre (SD + 4,4) vor Konsil die Erstdiagnose und 12 Pt (48%) starben im Schnitt 2,7 Mo später (SD + 6,0). Pt mit Konsil litten unter Schwäche (n = 14; 8 [32%] mittel und 2 [8%] stark), Müdigkeit (n = 16; 7 [28%] mittel und 4 [16%] stark) und Angst (n = 14; 5 [20%] mittel und 3 [12%] stark). Bei Pt ohne Konsil ist Schmerz (n = 73; 18 [24,7%] mittel und 5 [6,8%] stark) das dominanteste Symptom. Von den 25 Pt mit Konsil machten 15 Angaben zum Wunsch nach Psychoonkologischer und 14 nach Palliativmedizinischer Unterstützung: 11 (73,3%) wünschten sich Psychoonkologische und 6 (42,9%) Palliativmedizinische Unterstützung. Von den bisher ausgewerteten 73 Pt äußerten n = 22 (31,4%) den Wunsch nach Psychoonkologischer und n = 15 (21,7%) nach Palliativmedizinischer Unterstützung. Analysen der Symptome und Belastungen, sowie der Triggerfaktoren dauern an.

**Schlussfolgerung** Erste Analysen zeigen, dass nur ein geringer Anteil der Pt ein PD-Konsil erhielten. Pt mit einer hohen Symptomlast mit starker Fatigue, Angst und Schmerzen gaben häufiger einen Unterstützungswunsch an und nehmen diesen in Anspruch. Außerdem traten Suizidgedanken in der Pt-Gruppe mit PD Zuweisung häufiger auf. Es bestehen keine Interessenskonflikte.

## P227 „Ein ganz besonderes Geschenk“: Qualitative Inhaltsanalyse von Interviews mit Patientinnen und Patienten im Rahmen einer randomisierten Studie zur Wirksamkeit einer biografischen Musiktherapie-Intervention („Song of Life“)

**Autoren** Schoeche T<sup>1</sup>, Mai S<sup>1</sup>, Lee S-E<sup>1</sup>, Warth M<sup>2</sup>, Koehler F<sup>2</sup>, Bardenheuer HJ<sup>3</sup>, Ditzgen B<sup>2</sup>, Kessler J<sup>3</sup>, Weber M<sup>1</sup>

**Institute** 1 III. Medizinische Klinik und Poliklinik, Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, Interdisziplinäre Abteilung für Palliativmedizin, Mainz, Deutschland; 2 Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Heidelberg, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Heidelberg, Deutschland; 3 Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754108

**Hintergrund** Beim „Song of Life“, einer biografischen musiktherapeutischen Intervention, sucht der Patient mit der Musiktherapeutin ein Lied mit lebensbiografischer Bedeutung. Die Musiktherapeutin trägt dieses Lied in der nächsten Sitzung in einem ruhigen Wiegenliedcharakter vor. In der dritten Sitzung erhält der Patient eine CD mit dem „Song of Life“ und das Erlebte wird reflektiert. In einer multizentrischen randomisierten Studie konnten wir im quantitativen Fragebogenteil zeigen, dass diese Intervention im Vergleich zur Kontrollgruppe zu signifikanter Verbesserung von spirituellem Wohlbefinden und Ego-Integrität sowie signifikanter Minderung von Distress führt. Die vorliegende Arbeit vertieft diese Ergebnisse durch die Analyse von Patient:inneninterviews, die im Rahmen der dritten Sitzung geführt wurden.

**Methode** Es wurden 37 von insgesamt 52 Interviews der Experimentalgruppe mittels qualitativer Inhaltsanalyse kodiert und kategorisiert.

**Ergebnisse** Bei der Analyse der Interviews ergaben sich drei Themenbereiche: Wahrnehmungen der Patient:innen (Kategorien: Gedanken, Gefühle, körperliche Reaktion), Wirkungen der Intervention auf die Patient:innen (Kategorien: Bedeutung des Liedes, Bedeutung der CD, Perspektiven am Lebensende, Dankbarkeit für Intervention) sowie Stärken und Schwächen der „Song of Life“-Intervention. Ausdrücke der Berührtheit/Ergriffenheit waren: „unter die Haut gehen“, „Glücksmoment“, „wie ein Wunder“, „wirklich ein ganz besonderes, intimes Geschenk.“ Patient:innen empfanden Gelöstheit/Freiheit durch ein Gefühl der Leichtigkeit oder Wärme: „Man kommt in eine Ruhe und merkt gar nichts mehr drumherum. Es ist alles weg, unwichtig. Man hört zu, wird leicht, also wunderschön.“, „Einfach eine Art von Wärme und Nähe, obwohl nichts da war, was warm und nah war, aber das Lied an sich hat Wärme und Nähe ausgestrahlt.“ Oder das Lied wirkte wie ein Katalysator für die eigene Emotionalität, auch für Traurigkeit „Dass ich auf jeden Fall auch mal heulen sollte, dass ich mal Gefühle zeigen sollte. [...] Und dass ich es vielleicht auch mal rauslasse innerhalb von meiner Familie, nicht immer nur die coole starke Seite zeige.“

**Schlussfolgerung** Durch die „Song of Life“-Intervention werden bei Patient:innen vielfältige Reaktionen hervorgerufen. Der überwiegend positive und stark emotionale Charakter dieser Reaktionen trägt zum besseren Verständnis der positiven Wirkungen der Intervention auf spirituelles Wohlbefinden, Ego-Integrität und Distress bei.

## P259 Prädiktoren und Symptomverläufe von Luftnot und Angst bei stationär betreuten Palliativpatienten – retrospektive Analyse von 1960 konsekutiven Fällen

**Autoren** Scheinhardt P, Sewtz C, Große-Thie C, Kriesen U, Junghanß C  
**Institut** Universitätsmedizin Rostock, Zentrum für Innere Medizin, Klinik III – Hämatologie, Onkologie, Palliativmedizin, Rostock, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754109

**Hintergrund** Luftnot und Angst sind häufige und belastende Symptome bei Palliativpatienten.[1, 2] Weiterhin werden diese existenziellen Symptome bis-

her oftmals unzureichend behandelt.[3] Für die klinische Praxis ist es daher wichtig die Patientengruppen zu erkennen, die ein besonders hohes Risiko für diese Symptome haben.

**Methode** Analyse konsekutiver Patientendaten der Jahre 2015-2019 der Palliativstation der Universitätsmedizin Rostock (Ethikvotum A2020-0044). Datenextraktion aus SAP und analogen Patientenakten, Auswertung mit IBM SPSS statistics 27. Symptome wurden bei Aufnahme auf einer 4-stufigen Skala (HOPE) erhoben, hohe Symptomlast wurde definiert als  $\geq 3$ . Für Luftnot und Angst wurde zusätzlich die täglich erhobene Numerische Rating Skala (NRS) erfasst.

**Ergebnisse** Insgesamt wurden 1960 Fälle betreut, Luftnot/Angst waren bei 1716 Fällen (40 % weiblich, medianes Alter: 75 Jahre (22-99), medianes Überleben nach Aufnahme: 14 Tage, 77 % onkologische Erkrankungen, 75 % ECOG  $\geq 3$ ) dokumentiert. Luftnot und Angst waren unter den erfassten Symptomen mit hoher Symptomlast häufig. Besonders pneumologisch Erkrankte waren durch Luftnot; Patientinnen mit gynäkologischen Neoplasien durch Angst belastet. Signifikante Prädiktoren für eine hohe Symptomlast durch Luftnot waren: die Grunderkrankung und atemwegsrelevante Nebendiagnosen; für Angst: weibliches Geschlecht, niedrigeres Alter, psychisch relevante Nebendiagnosen sowie starke Luftnot.

Durchschnittliche NRS-Werte bei Aufnahme/Entlassung: Luftnot (1,26/0,78); Angst (2,14/1,51). Eine Verbesserung von Luftnot/Angst im stationären Verlauf zeigte sich bei 33/49%. Verschlechterung bei 15/25%. Die Patientengruppe, die prozentual die größten Verbesserungen zeigte, waren pneumologisch Erkrankte, gefolgt von kardiovaskulär Erkrankten (Luftnot) bzw. Patienten mit pulmonalen Neoplasien (Angst).

**Schlussfolgerung** Wichtige Prädiktoren konnten für beide Symptome bestimmt werden. Im NRS-Vergleich Aufnahme/Entlassung zeigte sich, dass alle Patientengruppen von der palliativmedizinischen Betreuung profitierten.

#### References

- [1] Claudia Bausewein, Sara Booth, Marjolein Gysels, Robert Kühnbach, Birgit Haberland, Irene J Higginson, (2010), Individual breathlessness trajectories do not match summary trajectories in advanced cancer and chronic obstructive pulmonary disease: results from a longitudinal study., *Palliative Medicine*, 777-786, 8
- [2] Corinna Sewtz, Wiebke Muscheites, Christina Große-Thie, Ursula Kriensen, Malte Leithaeuser, Dietrich Glaeser, Philipp Hansen, Guenther Kundt, Georg Fuellen, Christian Junghanß, (2021), Longitudinal observation of anxiety and depression among palliative care cancer patients, *Annals of Palliative Medicine*, 3836-3846, 4
- [3] Michaela Schunk, Friederike Schulze, Claudia Bausewein, (2019), What Constitutes Good Health Care for Patients with Breathlessness? Perspectives of Patients, Caregivers, and Health Care Professionals, *Journal of Palliative Medicine*, 656-662, 6

## Weiterentwicklung durch Ausbildung, Studium und Weiterbildung – Pflege, Therapieberufe, Facharzt

### V167 Palliativmedizinische Lehre während der Covid-19-Pandemie: Interviewstudie zu Erfahrungen und Potential der digitalen Lehre aus Sicht von Studierenden, Tutor\*innen und Lehrenden

**Autoren** Rauschnig M- K, Gebel C, Wedding U

**Institut** Universitätsklinikum Jena, Palliativmedizin, Jena, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754110

**Hintergrund** Durch die Covid-19- Pandemie und dem damit einhergehenden Wegfall des Präsenzunterrichts im Jahr 2020, wurden neue innovative Lösungen in der universitären Lehre notwendig. Die Abteilung Palliativmedizin des Universitätsklinikums Jena hat die vormalig auf Station stattfindende Lehrvisite

digital umgestaltet. Ziel dieser Studie ist es abzubilden, inwieweit das gewählte Onlineformat zum Erwerb palliativmedizinischer Kompetenzen beiträgt, wie digitale Lehre effektiv gestaltet werden kann und ob diese eine Option für die Zukunft darstellt?

**Methode** Nach der Onlineveranstaltung erhielten die Teilnehmenden einen Evaluationsfragebogen. Die erhobenen quantitativen Daten (n = 140) wurden deskriptiv mit SPSS 24 ausgewertet. Die Ergebnisse dienten als Grundlage für die Entwicklung von Interviewleitfäden. Es wurden insgesamt 16 Interviews mit Studierenden, Tutoren und Lehrenden telefonisch oder über Videochat geführt, nach Drehsing und Pehl (2015) transkribiert und mittels inhaltlich strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz mit Maxqda 2022 analysiert.

**Ergebnisse** In der digitalen Lehrvisite erwerben Studierende Kompetenzen zur Symptomkontrolle und erhalten einen Einblick in Gesprächssituationen und multiprofessionelles Handeln während einer palliativmedizinischen Visite.

Zur digitalen Lehre generell berichten Studierende, dass sie durch qualitativ hochwertige Vorlesungsvideos keine Wissensverluste befürchten und in diesen sogar einige Vorteile im Gegensatz zu Vorlesungen im Hörsaal sehen. Digitale Seminare seien Seminare vor Ort gleichwertig, wenn diese interaktiv gestaltet sind und unter Kamerapflicht abgehalten werden. Präsenzunterricht ist für alle Fertigkeiten essentiell, welche sicher praktisch am Patienten beherrscht werden müssen.

**Schlussfolgerung** Die digitale Lehrvisite eignet sich gut, um einen ersten Eindruck von palliativmedizinischen Kompetenzen zu vermitteln. Aus diesem Grund stellt diese auch zukünftig eine Option für Studierende dar, welche nicht an einer Visite auf der Station teilnehmen können oder auch für Universitäten ohne eigene Palliativstation.

Die digitale Lehrvisite hat weiterhin gezeigt, dass auch bei Visiten in Präsenz ein zeitlich geschützter Raum für Lehre bestehen sollte, damit Studierende einen maximalen Lerngewinn erreichen können.

### P188 Palliativsozialarbeit – Ein Curriculum für die Soziale Arbeit in der Hospiz- und Palliativversorgung. Herausforderungen und Chancen in Bezug auf Kompetenzen Sozialer Arbeit

**Autoren** Lehmann D, Schütte-Bäumner C

**Institut** Hochschule RheinMain, Fachbereich Sozialwesen, Wiesbaden, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754111

**Hintergrund** Soziale Arbeit ist in der traditionell interdisziplinär konstituierten Hospiz- und Palliativversorgung (HPV) bislang nicht flächendeckend verankert.[1] Das Potential ihrer generalistisch entwickelten Kompetenzen ist zum Teil noch nicht vollständig erkannt.[2, 3] Ein wichtiger Beitrag zur Profilschärfung und Spezialisierung liefert das nun entwickelte Curriculum für Fachkräfte der Sozialen Arbeit, welches seit vielen Jahren innerhalb der DGP im Gespräch war und nun umgesetzt ist.[4]

**Methode** Wesentliche Grundzüge und Spezifika des entwickelten mehrstufigen Curriculums werden dargestellt. Dabei steht die Darstellung der Herausforderungen und Chancen dieses Curriculums im Vordergrund. Außerdem werden in dem Rahmen die Vor- und Nachteile von mono- und multiprofessionellen Curricula diskutiert.

**Ergebnisse** Es wird aufgezeigt, dass es erforderlich ist, die Perspektive Sozialer Arbeit in Bezug auf Ihr Handlungswissen und ihre Handlungskompetenzen für ein trans- sowie interprofessionelles Miteinander in der HPV zu präzisieren und einem (Weiter-)Bildungsprozess zugänglich zu machen. Deutlich wird, dass die professionsbezogene Kompetenzentwicklung stets im Kontext einer interdisziplinären HPV unter besonderer Einbeziehung benachbarter Berufsgruppen geschehen muss, um eine qualifizierte Weiterbildung zu bieten und den Anforderungen der Praxis gerecht zu werden. Dabei werden erste Erkenntnisse aus einem laufenden Forschungsprojekt, welches u.a. die Handlungs- und Metho-



denkompetenzen Sozialer Arbeit auf Palliativstationen und in Palliativdiensten an Onkologischen Zentren fokussiert, mit einbezogen.[5]

**Schlussfolgerung** Daraus resultierend werden Anforderungen an die Lehre in Studium und Weiterbildung Sozialer Arbeit aufgezeigt zur Vermittlung sowie zum Erwerb der erforderlichen Kompetenzen für eine hochqualifizierte Tätigkeit in der Hospiz- und Palliativversorgung.

#### References

- [1] Mennemann, Hugo Sebastian, (2019), Soziale Arbeit und Palliative Care, Kreutzer, Susanne; Oetting-Roß, Claudia; Schwermann, Meike, Weinheim Basel, 233-253, Palliative Care aus sozial- und pflegewissenschaftlicher Perspektive, Beltz Juventa
- [2] Dettmers, Stephan, (2021), Kap. 1 Spezifische Kompetenzen Sozialer Arbeit, Dettmers, Stephan; Bischkopf, Jeanette, München, 18-27, Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit, Ernst Reinhardt Verlag
- [3] Hughes, Sean; Firth, Pam; Oliviere, David, (2014), Core competencies for palliative care social work in Europe: an EAPC-White Paper – part 1, European Journal of Palliative Care, 300-305, Jg. 21, Heft 6
- [4] Schütte-Bäumner, Christian; Neupert, Ingo; Kiepke-Ziemes, Susanne; Lehmann, Denise, (2022), Palliativsozialarbeit (Palliativsozialarbeiter:in) – Weiterbildung für Fachkräfte der Sozialen Arbeit in Hospiz und Palliative Care, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Veröffentlichung in Vorbereitung bei der DGP und bis Mai 2022 geplant, DGP
- [5] Lehmann, Denise; Neupert, Ingo; Schütte-Bäumner, Christian, (2022), Mixed-Methods-Research als forschungsmethodischer Zugang zum professionellen Handeln in der Palliativversorgung. Am Beispiel des Forschungsprojektes StruPa-onko aus der Sozialen Arbeit., nach WAT für 3 Monate auf entsprechender Homepage verfügbar, Posterpräsentation/ Veröffentlichung i.R.d. WAT der DGP am 04.03.22

## P247 Das Outcome palliativmedizinischer Weiterbildung. Berufsübergreifende, spezifische Outcome-Evaluation von Weiterbildungsinhalten in Palliative Care / Palliativmedizin

**Autoren** Marciniak K<sup>1,2</sup>, Scherg A<sup>1,3</sup>, Elsner F<sup>1</sup>

**Institute** 1 RWTH Aachen, Klinik für Palliativmedizin, Aachen, Deutschland;

2 Hausarztpraxis Ingenhoff, Voerde, Deutschland; 3 Evangelisches

Krankenhaus Wesel, Innere Medizin, Wesel, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754112

**Hintergrund** Bundesweit gibt es ein heterogenes Angebot an Weiterbildungsmaßnahmen in der Palliativversorgung für verschiedene Berufsgruppen. Die durch die DGP anerkannten Curricula werden basierend auf der „Kompetenz-basierten berufsgruppenunabhängigen Matrix zur Erstellung von Curricula für die Weiterbildung curricularer Bildungsinhalte in Palliative care / Palliativmedizin“ (KoMPaC) [1] überarbeitet.

Ziel dieser Arbeit ist es, den Lernzuwachs im Rahmen der Weiterbildung im Vergleich einzelner Berufsgruppen, aber auch bezogen auf die Kernkompetenzen der Palliativversorgung [2] und die DQR-Kernkompetenzen [3] abzubilden.

**Methode** Die Ermittlung des Lernzuwachses erfolgte durch eine spezifische Outcome-Evaluation mittels vergleichender Selbsteinschätzung in einem sogenannten „post-then“-Verfahren [4, 5]. Die Befragung bezog sich auf 40 Lernziele aus KoMPaC, die alle Kernkompetenzen zu gleichen Teilen abbilden. Der prozentuale Lernzuwachs für jedes Lernziel wurde nach der Formel: Lernzuwachs [%] =  $((MW_{pre}-MW_{post})/(MW_{pre}-1)) \times 100$  berechnet.

Die Selbsteinschätzung erfolgte retrospektiv auf einer sechsstufigen Likertskala.

**Ergebnisse** Ausgewertet wurden für diese Arbeit insgesamt 529 Evaluationen (von 456 Pflegenden und 73 Ärzt\*innen). Insgesamt konnte für beide Berufsgruppen in jeder Kernkompetenz sowie in jedem Kompetenzfeld ein Lernzuwachs ermittelt werden. Die Kompetenzfelder „Wissen“ und „Fertigkeiten“ wiesen jedoch jeweils höhere Lernzuwächse auf als die „Selbstkompetenz“ und „Sozialkompetenz“.

**Schlussfolgerung** Die Auswertung unserer Daten legt nahe, dass die aktuell verfügbaren, eher theoretisch ausgerichteten, Weiterbildungsangebote in Palliative Care / Palliativmedizin in allen Kompetenzfeldern / Kernkompetenzen einen Lernzuwachs bewirken können. In Bezug auf den geringeren Lernzuwachs der Kompetenzfelder Selbst- und Sozialkompetenz ist die Implementierung eines verpflichtenden praktischen Anteils im Rahmen der Weiterbildung zu diskutieren, weitere vergleichende Erhebungen werden folgen.

#### References

- [1] Becker D, Kamp T, Kern M. et. al. (2017), Kompetenzbasierte berufsgruppenunabhängige Matrix zur Erstellung von Curricula für die Weiterbildung curricularer Bildungsinhalte in Palliative Care/ Palliativmedizin (KoMPaC), Z Palliative
- [2] Gamondi C, Larkin P, Payne SA. 2013; Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – part 1. Eur J Palliat Care 20: 86–91
- [3] Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen
- [4] Raupach T, Münscher C, Beisbarth T. et. al. 2011; Towards outcome-based programme evaluation: using student comparative self-assessments to determine teaching effectiveness. Med Teach 33 (8): e446–453
- [5] Schiekirka S, Anders S, Raupach T. 2014; Assessment of two different types of bias affecting the results of outcome-based evaluation in undergraduate medical education., BMC Med Educ. 21: 14. 149

## P263 Demografischer Wandel und „Verweiblichung“ in der Sozialen Arbeit der Hospiz- und Palliativversorgung

**Autor** Herrmann S

**Institut** Johannesstift Diakonie gAG, Berlin und Wittenberg, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754113

**Hintergrund** Im Rahmen einer quantitativen Umfrage zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Soziale Arbeit in der Hospiz und Palliativversorgung wurden Abfragen zu demografischen Daten vorgenommen, die Schlussfolgerungen über die Alters- und Geschlechterstrukturen in der Sozialen Arbeit zulassen. Ziel:

Ziel der Umfrage war es Daten zu Alter, Geschlecht und Tätigkeitsdauer zu erheben, um daraus einen demografisch- strukturellen Ist-Zustand der gegenwärtigen Sozialen Arbeit in der Hospiz- und Palliativversorgung abbilden zu können.

**Methode** Zu diesem Zweck wurde im Zeitraum 11/2020 bis 3/2021 eine quantitative Umfrage mittels des Umfrage-Tools „Survey-Monkey“ mit vorgegeben Antwortmöglichkeiten sowie offenen Fragen durchgeführt. An der Umfrage haben sich 167 Sozialarbeitende aus dem Hospiz- und Palliativbereich beteiligt.

**Ergebnisse** Die Umfrage zeigte zunächst, dass die Altersklasse der unter 25jährigen gar nicht als auch, dass eine eher geringe Anzahl von über 65jährigen mit nur 2,82% vertreten war. Während die Altersklasse der 25-34 bei insgesamt 142 Beteiligten mit 14,79% und die der 35-44jährigen mit 11,97% benannt wurden, zeigt sich, dass die vorrangige Altersklasse bei den Befragten mit 38,78% bei 45-54 Jahren liegt, gefolgt von der der 55-64jährigen mit immerhin noch 31,69%. Die Geschlechterstruktur zeigt eine Gewichtung von 91,5% weiblichen und nur 7,75% männlichen Sozialarbeitenden bei insgesamt 142 Befragten. Nur 0,7% benannten sich als divers.

**Schlussfolgerung** Die Soziale Arbeit unterliegt einer starken „Verweiblichung“ und einer perspektivischen Überalterung. Zu diskutieren ist, ob die Soziale Arbeit als „helfende“ Profession für Frauen attraktiver ist als für männliche Berufsinteressenten. Zudem stellt sich die Frage, ob die Tätigkeit in der Hospiz- und Palliativversorgung als potenzielles Berufsfeld erst ab einem bestimmten Alter in den Fokus von Sozialarbeitenden rückt. Weiterhin ist zu schlussfolgern, dass die Soziale Arbeit in der Hospiz- und Palliativversorgung einer zukünftigen „Anwärter\*innen und Interessent\*innen Problematik im Sinne eines ausbleibenden Nachwuchses unterliegen könnte.

Die Autor\*innen geben an, dass kein Interessenskonflikt besteht

## Projekte zur Umsetzung der Charta zur Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen

### P145 Pilotprojekt zur Verbesserung der lokalen Versorgungssituation von schwerstkranken und sterbenden Menschen mit Arzneimitteln zur sofortigen Linderung von belastenden Symptomen im Sterbeprozess und Kommunikation der Charta

**Autoren** Hermann A<sup>1</sup>, Beck I<sup>2</sup>, Wallbrecher C<sup>3</sup>

**Institute** 1 Klosterl-Apotheke, medizinisch-wissenschaftliche Abteilung, München, Deutschland; 2 Klosterl-Apotheke, Marketing & Unternehmenskommunikation, München, Deutschland; 3 Klosterl-Apotheke, Geschäftsleitung, München, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754114

**Hintergrund** Jeder Mensch hat ein Recht auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen. Der zweite Leitsatz der Charta zur Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen empfiehlt, einen Verbleib im häuslichen Umfeld zu ermöglichen, trotz komplexer Versorgungssituation[1]. Dies schließt auch Arzneimittel zur Linderung belastender Symptome im Sterbeprozess mit ein. Die Herausforderung hierbei ist in der Apotheke die sofortige Verfügbarkeit der notwendigen Arzneimittel zur schnellen Symptomlinderung daheim ohne zeitverzögernden Bestell- oder Lieferprozess. Ziel ist ein Pilotprojekt zur Bekanntmachung und Unterzeichnung der Charta und Umsetzung des zweiten Leitsatzes im Münchner Raum zur Verbesserung der lokalen Versorgungssituation von schwerstkranken und sterbenden Menschen mit Arzneimitteln in der Apotheke zur sofortigen Linderung von belastenden Symptomen im Sterbeprozess.

**Methode** Notwendige Arzneimittel zur symptomatischen Linderung wurden anhand der *erweiterten S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung*[2] und der *Handlungsempfehlung zur Therapie von Patient\*innen mit COVID-19 aus palliativmedizinischer Perspektive*[3] ermittelt. Zudem wurden anhand des *Wegweiser Hospiz-Palliativmedizin*[4] in München ansässige palliative Versorger zur Kommunikation des Projektes "Bevorratung mit Arzneimitteln in der Apotheke zur sofortigen Symptomlinderung" und Unterzeichnung der Charta ermittelt.

**Ergebnisse** Es wurden elf Arzneimittel mit acht verschiedenen Wirkstoffen zur oralen und parenteralen Applikation zur Linderung von Symptomen im Sterbeprozess ermittelt, bestellt und zur permanenten Verfügbarkeit in der Apotheke an Lager gelegt mit dem Warenwert von 28,54 € als Risikoausgabe.

Im Münchner Raum wurden 44 palliative Versorger ermittelt, davon waren 31 (70,5 %) keine Unterstützer der Charta. Allen wurde ein Brief mit dem Hinweis der Handlungsempfehlung zur Therapie von Patient\*innen mit COVID-19 aus palliativmedizinischer Perspektive und zur Bevorratung der empfohlenen Arzneimittel gesendet. Zudem erhielten alle Nicht-Unterstützer einen Flyer der Charta.

**Schlussfolgerung** Eine schnelle Symptomlinderung kann durch sofortige Versorgung mit in Apotheken lagernden Arzneimitteln sichergestellt werden als Umsetzung des zweiten Leitsatzes der Charta zur Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen und sollte von vielen Apotheken beispielhaft umgesetzt werden.

#### References

[1] Müller-Busch, C, B Wehrauch, J D Hoppe, (2010), Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland., Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V., Bund, <http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de>

[2] Leitlinienprogramm Onkologie (deutsche Krebsgesellschaft, deutsche Krebshilfe, AWMF), (2020), *Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung* Langversion 2.2, [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/LL\\_Palliativmedizin\\_Langversion\\_2.2.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/LL_Palliativmedizin_Langversion_2.2.pdf)

[3] W Nehls, S Delis B Haberland, C Rémi, BO Maier, K Sängler, G Tessmer, L Radbruch, C Bausewein, (2021), Update 2.1 der Handlungsempfehlung zur Therapie von Patient\*innen mit COVID-19 aus palliativmedizinischer Perspektive, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Pn [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/128-002l\\_S1\\_Therapie-von-PatientInnen-mit-COVID-19-aus-palliativmedizinischer-Perspektive\\_2021-07\\_1.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/128-002l_S1_Therapie-von-PatientInnen-mit-COVID-19-aus-palliativmedizinischer-Perspektive_2021-07_1.pdf)

[4] *Wegweiser Hospiz-Palliativmedizin*, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., <https://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/>, 2022-02-22

### P194 Spiritual Care für Menschen in der letzten Lebensphase. Entwicklung und Erprobung einer Implementierungsstrategie im Rahmen eines Modellprojektes mit Pilotcharakter

**Autoren** Gerundt M<sup>1</sup>, Kloke M<sup>2</sup>, Büssing A<sup>1</sup>, Giebel A<sup>3</sup>

**Institute** 1 Universität Witten/ Herdecke, Professur für Lebensqualität, Spiritualität und Coping, Herdecke, Deutschland; 2 Privatperson, Essen, Deutschland; 3 Diakonie Deutschland, Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V., Berlin, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754115

**Hintergrund** Untersuchungen belegen besonders bei schwerkranken und älteren Menschen einen hohen Bedarf der Integration von Spiritual Care in das Gesamtbetreuungskonzept. Diese wird zwar in Definitionen und Leitlinien als unverzichtbare Dimension von Palliative Care benannt, aktuell lassen sich jedoch deutliche Defizite in der Realisation im personellen, strukturellen und organisatorischen Bereich in mit der Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen befassten Institutionen vermuten.

Mit dem Modellprojekt wird als primäres Ziel die nachhaltige Verbesserung der spirituellen/ existenziellen Gesundheit alter und schwerkranker Menschen in der letzten Lebensphase durch Entwicklung und Erprobung einer Implementierungsstrategie angestrebt. (Hauptsponsor Stiftung Wohlfahrtspflege)

**Methode** Die Untersuchung erfolgt nach dem Prinzip des Prä-/Post-Ansatzes mit der Schulung von Multiplikatoren aus Einrichtungen der stationären Altenpflege, Palliativstationen und stationären Hospizen (TN) mit dem von Experten hierzu entwickelten 40h-Curriculum „Spiritual/ Existential Care interprofessionell“ (SpECI) als Intervention. Einmal prä- und zweimal postinterventionell werden validierte Fragebögen sowohl von den TN als auch von Personen, mit denen diese in einer therapeutischen Beziehung stehen, bearbeitet. [Verwendung finden u.a.: Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ-20), subjektives Wohlbefinden (WHO-5), Spiritual Care Competency Questionnaire (SCCQ), der Cool Down Index (CDI) sowie Ausdrucksformen eigener Spiritualität (SpREUK-P 17)]

**Ergebnisse** Rückmeldungen der TN ergeben einen hohen Weiterbildungsbedarf in Spiritual Care sowie eine defizitäre Integration der vierten Dimension von Palliative Care in Struktur und Organisation in den Einrichtungen.

Der zuvor für die Befragung der Patienten/Bewohner kalkulierte Zeitaufwand wurde aufgrund ihres extrem hohen Bedarfs an Kommunikation über spirituelle und existenzielle Fragen deutlichst überschritten. Sie gaben an, dass in ihrem Alltag normalerweise kein Raum für diese Themen gegeben sei.

**Schlussfolgerung** Spiritual Care ist personell, strukturell und organisatorisch unzureichend in Einrichtungen des Gesundheitssystem verankert. Die dieses Projekt mit verantwortenden Fachverbände und kirchlichen Institutionen müssen Spiritual Care als unverzichtbare Säule in der Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen nicht nur in ihren Einrichtungen realisieren, sondern sie aktiv in der (Gesundheits-)politik und der Öffentlichkeit einfordern.

## P251 Forschungsstand zu hemmenden Faktoren, Standards und Empfehlungen in der Umsetzung von Spiritual Care für alte und schwerkranke Menschen

**Autoren** Gerundt M<sup>1</sup>, Büssing A<sup>1</sup>, Giebel A<sup>2</sup>, Kloke M<sup>3</sup>

**Institute** 1 Universität Witten/ Herdecke, Professur für Lebensqualität, Spiritualität und Coping, Herdecke, Deutschland; 2 Diakonie Deutschland, Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V., Berlin, Deutschland; 3 Privatperson, Essen, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754116

**Hintergrund** In empirischen Untersuchungen konnten unerfüllte spirituelle/existenzielle Bedürfnisse bei chronisch kranken und alten Menschen in vier Hauptdimensionen identifiziert werden: Religiöse Bedürfnisse; Existenzielle Bedürfnisse; Bedürfnisse nach innerem Frieden; der Wunsch nach Weitergabe bzw. Generativität. Die Analyse von hemmenden Faktoren zur Umsetzung von Standards und Empfehlungen in der Umsetzung von Spiritual Care ist Ziel der Untersuchung.

**Methode** Analyse vorhandener Literatur einschließlich Unterrichts- und Lehrplänen sowie medizinökonomischer Rahmenbedingungen.

**Ergebnisse** 1. Die Hemmnisse zur adäquaten Beachtung der spirituellen Bedürfnisse lassen sich auf verschiedenen Ebenen verifizieren: Intrapersonelle und allgemeingesellschaftliche Hemmnisse (spirituelle Bedürfnisse sind insbesondere im Gesundheitssystem stumm, aber durchaus und nachweislich vorhanden); Aus- und Weiterbildungsdefizite sowohl im ärztlichen, pflegerischen als auch therapeutischen Bereich (z. B. 1.5 Stunden im Medizinstudium, Palliative Care Curriculum für Pflegenden 12 von 160 Stunden, für Psychosoziale Berufsgruppen 8 von 120 Stunden); Strukturelle Defizite (z.B. ungeklärte Kompetenzzuweisung, keine Abbildung in Pflegeprozessplanung oder Therapiekonzept); Organisatorische Rahmenbedingungen (z.B. keine Abbildung im Vergütungssystem sowie fehlende Zeit- oder Personalressourcen, keine Relevanz für den MDK).

2. Die so beschriebene defizitäre Ist-Situation steht in deutlichem Widerspruch zu den Standards und Empfehlungen, die teilweise vor Jahrzehnten u. a. auch von der WHO, der European Association for Palliative Care, der EU Recommendation 24, der S3 Leitlinie Palliativmedizin im Leitlinienprogramm Onkologie und dezidiert in der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland entwickelt und beschrieben wurden. In ihnen wird Spiritual Care als gleichberechtigte vierte Säule der Palliativversorgung neben der Berücksichtigung physischen, psychischen und sozialen benannt.

**Schlussfolgerung** Die mit Blick auf die spirituellen Aspekte der Versorgung und Begleitung konstatierten Erfordernisse und Defizite auf Seiten der Betroffenen und ihren Familien, Angehörigen von Gesundheitsberufen müssen in den Fokus von Kosten- und Einrichtungsträgern sowie Aus- und Weiterbildungseinrichtungen gerückt werden. Es bedarf des Empowerments aller Beteiligten im Umgang mit spirituellen Bedürfnissen und existentiellen Nöten.

## Kinder und Jugendliche

### V192 Die medizinische Komplexität und Versorgungsintensität auf einer Kinderpalliativstation

**Autoren** Stößlein S<sup>1</sup>, Gramm J<sup>1</sup>, Bender H-U<sup>1</sup>, Borasio GD<sup>2</sup>, Führer M<sup>1</sup>

**Institute** 1 Dr. von Haunersches Kinderspital München, Kinderpalliativzentrum, München, Deutschland; 2 Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Palliative Care Service, Lausanne, Schweiz

**DOI** 10.1055/s-0042-1754117

**Hintergrund** Das Kinderpalliativzentrum München bietet unheilbar erkrankten Kindern und ihren Familien eine umfassende ambulante und stationäre Palliativversorgung. Ziel dieser Studie ist es, die Patienten und ihre Versorgung auf der 2016 eröffneten Kinderpalliativstation zu beschreiben, um die Komplexität

und Relevanz einer spezialisierten stationären Kinderpalliativversorgung darzustellen.

**Methode** Retrospektive Analyse von 487 konsekutiven Fällen (201 individuell-Patienten, 2016-20) der Kinderpalliativstation München. Aus den Patientennakten wurden soziodemografische, klinische und therapeutische Daten extrahiert. Die Auswertung erfolgte fallbezogen und deskriptiv.

**Ergebnisse** Das Alter der Patienten bei Aufnahme (1 Tag-35,5 Jahre, Median: 4,8 Jahre, 19 % ≤ 1 Jahr, 12 % > 18 Jahre) sowie die Aufenthaltsdauer (1-186 Tage, Median 11 Tage) zeigten eine große Breite. Die meisten Fälle wurden von einem ambulanten Kinderpalliativteam zugewiesen (66 %). 38 % der Patienten wurden wiederholt aufgenommen (2-20 Mal), und in 37 % der Fälle ohne erwachsene Begleitperson. Die häufigsten ICD-10 Diagnosen waren Erkrankungen des Nervensystems (38 %) und angeborene Fehlbildungen (34 %); onkologische Erkrankungen waren selten (7 %). Die häufigsten akuten Symptome waren Dyspnoe (61 %), akute Schmerzen (54 %) und akute gastrointestinale Symptome (46 %). In 20 % der Fälle litten die Patienten zeitgleich an mehr als 6 akuten Symptomen. 30 % der Patienten erhielten eine Form der technischen Atemunterstützung (einschließlich invasiver Beatmung), 71 % wurden über eine Sonde ernährt. Bei 41 % aller Fälle wurden für einen Notfall volle Reanimationsmaßnahmen gewünscht und angeordnet. In 78 % der Fälle konnten Patienten in die häusliche Versorgung entlassen werden, in 11 % verstarben die Patienten auf Station (27 % der individuellen Patienten, 79 % der onkologischen Patienten). Von den auf Station verstorbenen individuellen Patienten waren 35 % < 1 Jahr alt.

**Schlussfolgerung** Diese Studie zeigt die Heterogenität, die hohe Symptomlast sowie die medizinische Komplexität der Patienten auf einer Kinderpalliativstation. Die Aufnahmen erfolgten selten zur Versorgung/Begleitung am Lebensende, sondern meist zur Symptombehandlung/Krisenintervention mit anschließender Entlassung nach Hause. Spezialisierte Kinderpalliativstationen sollten eine Versorgung auf dem Niveau einer Intermediate Care Station anbieten, um den Bedürfnissen der Patienten und ihren Familien gerecht werden zu können.

### P222 Sollen Kinder in der ambulanten Palliativversorgung geimpft werden? Bericht der PalliVac Gruppe

**Autoren** Hauch H<sup>1</sup>, Tretiakowa I<sup>2</sup>, Kästner J<sup>3</sup>, Kimmig A<sup>4</sup>, Hagenguth A<sup>5</sup>, Brunder P<sup>6</sup>, Scheer M<sup>7</sup>, Vaillant V<sup>1</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Palliative Care Team für Kinder und Jugendliche, Gießen, Deutschland; 2 Klinikum Bad Hersfeld, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Bad Hersfeld, Deutschland;

3 Universitätsklinikum Jena, Kinderpalliativteam, Jena, Deutschland;

4 Universitätsklinikum Tübingen, Kinderpalliativteam, Tübingen, Deutschland;

5 DRK Schwesternschaft Kiel, Kinderpalliativteam, Kiel, Deutschland;

6 Kinderhospizdienst Saar, Kinderpalliativteam, Merchweiler, Deutschland;

7 Netzwerk für die Betreuung schwerkranker Kinder Niedersachsen, Kinderpalliativteam, Syke, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754120

**Hintergrund** Seit der Corona Pandemie werden Impfungen im gesellschaftlichen Leben stark diskutiert. Vor Beginn der Pandemie gab es Ausbrüche impfpräventabler Erkrankungen (VPD-z.B. Masern). Der Indexfall eines ungeimpften Kindes, welches eine Varizellen Pneumonie (starke Dyspnoe) entwickelte, führte zu dieser Untersuchung.

**Methode** Prospektive Erfassung von Impf- und Patientendaten von 6 SAPV-Teams vom 01.01.2019-31.12.2019. Erfasst wurden Diagnose, ACT-Gruppe, Alter, Geschlecht und die Impfausweise. Es wurden 95 % CI der Impfquoten berechnet und mit der KIGs Welle 2 (1) verglichen. Es wurde ein Impfscore für Patienten in SAPV berechnet und ein Vorschlag für ein klinisches Management entwickelt.

**Ergebnisse** 227 Patienten (w: 48,5 %; Alter: Ø 8,54 ± 7,62 Jahre, ACT: 1 = 20,7 %; 2 = 4 %; 3 = 25,6 %; 4 = 49,7 %) wurden untersucht. Die Patienten wiesen deutlich geringere Impfquoten für die 11/12 Grundimmunisierungen

und 6/7 Auffrischimpfungen auf als in der KiGGs Welle 2. Impfquoten: Diphtherie /Pertussis/Tetanus/Polio 77 % (69 – 85), Hib 72 % (64 – 80), Hep B 73 % (65 – 81), Men.C 68 % (59 – 76), Pneumokokken 75 % (64 – 85), Masen/Mumps/Röteln 72 % (64 – 80), Varizellen 57 % (48 – 66). Die Schutzrate gegen Influenza A/B betrug 40 %. In 60 – 96,7 % der Fälle entstand die Impflücke nach Diagnose der lebenslimitierenden Erkrankung. Influenza hatte den höchsten Risikoscore. Es besteht ein wahrscheinlicher kausaler Zusammenhang zwischen den niedrigen Impfquoten gegen Influenza und dem hohen Anteil an Influenza Erkrankungen (49,5 %) (2)

**Schlussfolgerung** VPDs können zu leidvollen Symptomen führen. Auch in der SAPV sollte eine Impfberatung, besonders gegen Influenza, durchgeführt werden. Ein Vorschlag für individuelles risikoadaptiertes Impfmanagement bei Kindern mit lebenslimitierenden Erkrankungen wurde anhand der Daten dieser Untersuchung entwickelt. Literaturverzeichnis [1–2].

[1] Poethko-Müller C et al. (2019). Durchimpfung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Aktuelle Daten aus KiGGs Welle 2 und Trends aus der KiGGs-Studie. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2019; 62 (4): 410–421. doi:10.1007/s00103-019-02901-5

[2] Hauch H. et al. 2020; Vaccine preventable diseases in palliative treated children – Report of the PalliVacc study group. Integrative Clinical Medicine 4.: doi:10.15761/ICM.1000177

## P224 Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) bei Kindern und Jugendlichen – ein Fall mit komplexer Ernährungsproblematik

**Autoren** Titgemeyer C<sup>1,2</sup>, Erdmann L<sup>1</sup>

**Institute** 1 Ambulanter Palliativdienst für Kinder und Jugendliche, Eltern-Kind-Zentrum Prof. Hess, Klinikum Bremen-Mitte, Bremen, Deutschland; 2 Eltern-Kind-Zentrum Prof. Hess, Pädiatrische Onkologie und Hämatologie, Bremen, Deutschland  
DOI 10.1055/s-0042-1754121

**Hintergrund** Bei Kindern und Jugendlichen bedeutet „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ nicht nur „end-of-life care“. Patienten mit einer lebenslimitierenden Erkrankung und einem Symptomkomplex dürfen durch SAPV-Teams zu Hause mitbetreut werden. Die Hilfsangebote orientieren sich an den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Familien. Neben der Symptomkontrolle ist häufig die Bildung eines Unterstützungsnetzwerkes gefragt. Nach Stabilisierung werden diese Patienten aus der Mitbetreuung wieder entlassen.

Fallbeispiel: G. hatte eine unklare syndromale Grunderkrankung mit kombinierter Entwicklungsstörung, eine Epilepsie mit komplex fokalen Anfällen, eine ausgeprägte neuromuskuläre Skoliose sowie multiple weitere Probleme. Die Aufnahme in unsere palliativmedizinische Mitbetreuung erfolgte im Alter von 13 Jahren, das leidvolle Symptom war eine seit vielen Jahren bestehende Ernährungsstörung mit rezidivierendem Erbrechen unklarer Genese. Mit wenigen Monaten erhielt G. eine PEG. Sie litt immer wieder unter starken Blutzuckerschwankungen mit Hypoglykämien. G. war das einzige Kind einer alleinerziehenden Mutter. Die Mutter litt unter Panikattacken.

**Methode** Gemäß dem bio-psycho-sozialen Modell intervenierten wir auf unterschiedlichen Ebenen, um das Symptom „Erbrechen“ zu therapieren. Wir führten Gespräche mit der Mutter und unterstützten, wenn sie „panisch“ auf das Erbrechen ihrer Tochter reagierte. Wir formulierten neue Ziele und schulten die Mutter, bereits bei Würgereiz zu reagieren und bei Bedarf Tavor® zu geben. Auch explorierten wir erneut die biologische Ebene und äußerten den Verdacht auf ein Wilkie-Syndrom (A. mesenterica superior Syndrom). G. erhielt daraufhin eine jejunale Ernährungssonde.

**Ergebnisse** Diese Maßnahmen führten zu einer Stabilisierung der Patientin und zu einem sicheren Umgang der Mutter mit dem Symptom, sodass wir G. nach 17 Monaten aus unserer Mitbetreuung entlassen konnten.

**Schlussfolgerung** Die Aufgabe von SAPV-Teams für Kinder und Jugendliche besteht in der Begleitung von Familien mit Kindern mit nicht heilbaren Erkrankungen in allen Krankheitsphasen. Häufig können durch einen multidisziplinären

Ansatz leidvolle Symptome gelindert und so die Lebensqualität verbessert werden.

## P225 Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) bei Kindern und Jugendlichen – eine Fallvorstellung

**Autoren** Titgemeyer C<sup>1,2</sup>, Erdmann L<sup>1</sup>, Pekrun A<sup>2</sup>

**Institute** 1 Ambulanter Palliativdienst für Kinder und Jugendliche, Eltern-Kind-Zentrum Prof. Hess, Klinikum Bremen-Mitte, Bremen, Deutschland; 2 Eltern-Kind-Zentrum Prof. Hess, Pädiatrische Onkologie und Hämatologie, Bremen, Deutschland  
DOI 10.1055/s-0042-1754122

**Hintergrund** Die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung für Kinder- und Jugendliche findet nicht nur zum Lebensende statt. Kinder mit einer lebenslimitierenden Erkrankung gemäß den ACT-Kriterien und einem Symptomkomplex haben Anspruch auf eine Mitbetreuung. Sie ermöglicht den erkrankten Kindern und Jugendlichen, ihren Alltag zu Hause in der vertrauten Umgebung zu verbringen. Ziel der Behandlung ist neben der Symptomkontrolle immer die höchstmögliche Lebensqualität für die erkrankten Kinder und ihre Familien.

Fallbeispiel: Bei J. wurde im Alter von 6 Jahren ein anaplastisches Ependymom diagnostiziert. Er wurde gemäß dem für diese Erkrankung gültigen Therapieprotokoll multimodal mit einer Operation und einer Radio-Chemotherapie behandelt. 7 Jahre nach Diagnose erlitt J. ein Rezidiv im Spinalkanal. Erneut wurde strahlentherapiert. Ein halbes Jahr später kam es zu einem Progress des Rezidivtumors. Zu diesem Zeitpunkt nahmen wir J. in unsere SAPV-Mitbetreuung auf. Leidvolle Symptome waren Schmerzen und eine zunehmende Steifheit im Rücken sowie Gangunsicherheit. Später entwickelte J. Lähmungen aller vier Extremitäten sowie eine Schluckstörung. Zuletzt konnte er sich nicht mehr bewegen.

**Methode** Wir besprachen mit der Familie eine Therapiezieländerung und konzentrierten uns neben der Symptomkontrolle auf die Lebensqualität. J. fuhr zusammen mit seinem Bruder leidenschaftlich gerne BMX-Rad und sein größter Wunsch war es, ein eigenes Rad zu besitzen. Dies ermöglichten wir ihm über Spenden und organisierten ein Foto-Shooting im Wald. Unsere Kunsttherapeutin betreute die Geschwisterkinder. Im Verlauf nahmen vor allem die Schmerzen zu, sodass die Schmerztherapie intensiviert wurde.

**Ergebnisse** Durch unsere multiprofessionelle Herangehensweise konnte zügig eine zufriedenstellende Symptomkontrolle erreicht werden. Drei Monate betreuten wir J. und seine Familie zu Hause, dann verstarb er im Beisein seiner Angehörigen.

**Schlussfolgerung** Gerade bei Kindern in der Lebensendphase gelingt es häufig, durch das Ermöglichen positiver Erlebnisse eine Veränderung des subjektiven Sterbeprozesses bei Patienten und ihren Angehörigen zu erreichen.

## P231 „Weil – dann weiß man auch, was auf einen zukommt und so.“ Eine qualitative Studie zum Erleben von Partizipation bei Diagnose- und Therapiegesprächen in der Akutphase der stationären Behandlung aus Sicht von onkologisch erkrankten Jugendlichen.

**Autoren** Kiefer P, Lindwedel U, Kächele I, Kunze C, König P

**Institut** Hochschule Furtwangen, Institut Mensch, Technik, Teilhabe, Furtwangen, Deutschland  
DOI 10.1055/s-0042-1754123

**Hintergrund** Bei der Behandlung und Betreuung von Jugendlichen finden Gespräche und Therapieentscheidungen im therapeutischen Dreieck zwischen Jugendlichen, Eltern und Behandlungsteam statt. Dabei steht das Wohl des jeweiligen Jugendlichen im Mittelpunkt. Die komplexen Interaktions- und Entscheidungsprozesse erfordern eine Balance zwischen dem Recht auf Schutz

und dem Recht auf Beteiligung in der Partizipation von jugendlichen Patient:innen. Die Partizipation spielt eine tragende Rolle im Behandlungsverlauf und wird von den Jugendlichen unterschiedlich erlebt und gewünscht. Ziel der Studie war es, Einblicke in das Erleben von Partizipation bei Diagnose- und Therapiegesprächen aus Sicht der Betroffenen zu erhalten.

**Methode** Ausgehend von einem qualitativen Design wurden in einer Nachsorge-Rehaklinik für Jugendliche nach einer schweren onkologischen Erkrankung drei Gruppendiskussionen mit insgesamt 16 Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 18 Jahren geführt. Die Daten wurden mit der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz ausgewertet.

**Ergebnisse** Die Daten zeigen, dass sich alle Befragten Partizipation bei Gesprächen und in Entscheidungsprozessen wünschen. Dabei ist das Ausmaß der Partizipation abhängig von der Persönlichkeit und der tagesformabhängigen Symptomlast. Hierzu beschreiben die Jugendlichen drei verschiedenen Autonomiemodelle: sich selbst vertreten, Gespräche gemeinsam mit den Eltern führen und Verantwortung abgeben, indem die Eltern die Gespräche in Abwesenheit des Jugendlichen führen. Als bedeutungsvoll wird eine Kommunikation auf Augenhöhe, eine vertrauensschaffende Informiertheit, Ehrlichkeit, altersentsprechende Gesprächsangebote sowie die gute Beziehung zu Klinikmitarbeiter:innen erlebt. Gefordert wird von den Jugendlichen „Mitgefühl, also Gespräche mit Gefühl“ aber kein Mitleid, zudem eine optimistische Grundhaltung der Behandelnden und Begleitenden. Die Jugendlichen betonen, dass die Wünsche und Erwartungen von der Persönlichkeit des Einzelnen und seinen individuellen Erfahrungen im Krankheitsverlauf, als auch von der in der jeweiligen Situation therapiebedingten körperlichen und emotionalen Stärke oder Schwäche abhängig sind.

**Schlussfolgerung** Eine offene Kommunikation mit den jugendlichen Patient:innen über die für die jeweilige Situation und für die individuelle Person angepasste Art der Kommunikation und Partizipation ist notwendig, um die Jugendlichen wertschätzend und schützend in Gesprächs- und Kommunikationsprozesse einbinden zu können.

## Diversität

### V237 Eine Frage der Kultur?! – Palliativversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund – eine deutschlandweite Befragung

**Autoren** Albert A, Jansky M, Nauck F, Banse C

**Institut** Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754124

**Hintergrund** Studien weisen darauf hin, dass Menschen mit Migrationshintergrund (MMH) in der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung (HPV) unterrepräsentiert sein könnten. Die vorliegende Arbeit untersucht folgende Fragestellungen: Wie sind MMH in Einrichtungen der HPV in Deutschland repräsentiert? Welche Zugangsbarrieren lassen sich aus Sicht der Versorger für MMH zu Einrichtungen der HPV vermuten? Lassen sich Problembereiche und Lösungsansätze identifizieren?

**Methode** Mit einem Onlinefragebogen wurden 2019 über den Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung bundesweit Einrichtungen der HPV zur Versorgung von MMH befragt. Der auf einer niedersächsischen Studie basierende Fragebogen enthält geschlossene und offene Fragen u.a. zur Anzahl der versorgten MMH und möglichen Zugangsbarrieren, dem zuletzt versorgten MMH sowie identifizierten Problembereichen und Lösungsansätzen in der Versorgung und migrationsspezifischen Angeboten in der Institution. Die Auswertung erfolgte statistisch deskriptiv für geschlossene bzw. qualitativ inhaltsanalytisch für offene Fragen.

**Ergebnisse** Von 2413 erreichten Einrichtungen nahmen 332 (13,8 %) teil; aus ambulanten Hospizdiensten (40,7 %), SAPV-Teams (23,2 %), Palliativstationen (15,3 %) und stationären Hospizen (12,7 %). MMH machten 11,2 % der Patienten

aus (0-100 %). Zugangsbarrieren werden auf Seiten des Gesundheitssystems (z.B. unpassende Ausrichtung der Einrichtungen) und der MMH (z.B. religiöser und kultureller Hintergrund, Versorgung durch Familie) sowie in der Interaktion gesehen. Bei dem letzten versorgten MMH traten u.a. Probleme in der Organisation der Versorgung (z.B. politisch-rechtliche Strukturen, Bürokratie) und in der Beziehung zwischen Versorgern, Patient und Angehörigen (z.B. durch Sprachprobleme, Umgang der Angehörigen mit Patientenbedürfnissen) auf. Mehr als die Hälfte der Teilnehmer berichtete von Sprachproblemen (56,2 %) und überwiegend übersetzten Angehörige (78,6 %). Nur bei 24,4 % konnte auch ein professioneller Übersetzer eingesetzt werden. Höchste Zufriedenheit bestand mit übersetzendem Personal (sehr/eher zufrieden: 76,1 %; professionelle Dolmetscher: 56,1 %; Angehörige: 62,1 %).

**Schlussfolgerung** Der Anteil von MMH variiert stark zwischen Bundesländern, Stadt und Land und Einrichtungsarten. Einige der genannten Herausforderungen hinsichtlich der Versorgung werden ohne Erläuterung auf die Kultur zurückgeführt. Neben dem Einsatz geschulter Mitarbeiter zur Überwindung von Sprachbarrieren sollte auch der Einsatz professioneller Dolmetscher gestärkt werden.

### P138 Bewertung und Umsetzung diversitätssensibler Versorgungsstrategien in der Palliativ- und Hospizversorgung aus Sicht des Gesundheitspersonals. Ergebnisse einer qualitativen Studie

**Autoren** Neugebauer T<sup>1</sup>, Özer Erdogan I<sup>1</sup>, Erdsiek F<sup>1</sup>, Probst SM<sup>2</sup>, Yilmaz-Aslan Y<sup>1,3,4</sup>, Brzoska P<sup>1</sup>

**Institute** 1 Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Department für Humanmedizin, Lehrstuhl für Versorgungsforschung, Witten, Deutschland; 2 Klinikum Bielefeld, Klinik für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin, Bielefeld, Deutschland; 3 Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG3 Epidemiologie & International Public Health, Bielefeld, Deutschland; 4 Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG6 Versorgungsforschung & Pflegewissenschaft, Bielefeld, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754125

**Hintergrund** Diversitätsmerkmale (u.a. Geschlecht, Alter, sexuelle Identität, Migrationshintergrund) und die damit einhergehenden Bedürfnisse in der Palliativ- und Hospizversorgung erfordern den Einsatz diversitätssensibler Maßnahmen. Dies kann mit Herausforderungen verbunden sein. Ziel war es, fördernde und hindernde Aspekte bei der Umsetzung diversitätssensibler Versorgungsstrategien aus Sicht des Gesundheitspersonals zu untersuchen.

**Methode** Aufbauend auf einem Purposive Sampling-Ansatz wurden 17 leitfadengestützte Interviews via Telefon mit Mitarbeiter\*innen in Palliativ- und Hospizeinrichtungen durchgeführt und mittels zusammenfassender, qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Im Fokus stand die Bewertung und Berücksichtigung diversitätssensibler Versorgungsstrategien.

**Ergebnisse** Diversitätsmerkmale werden bereits in einigen Einrichtungen berücksichtigt. Vor allem wertorientierte, religiöse Überzeugungen sowie kulturspezifische Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und Mitarbeitenden werden durch Teamsitzungen, kultursensible Aus- und Fortbildungen sowie Ansprechpersonen für diversitätsbezogene Belange unterstützt. Es wird beobachtet, dass die Initiative zur Einführung und Umsetzung von Maßnahmen überwiegend von den Mitarbeitenden ausgeht. Als fördernd wird wahrgenommen, dass sich durch Ehrenamtliche teilweise auch das Personal diverser gestaltet und vielfältige Bedürfnisse besser berücksichtigt werden können. Einrichtungsträger erkennen dieses Potential und versuchen eigene Ressourcen durch den Einsatz von Ehrenamtlichen zu schonen. Insgesamt bemängeln die Befragten vor allem fehlende zeitliche, finanzielle und personelle Ressourcen. Auch die religiöse Ausrichtung einiger Einrichtungen (z.B. im Falle kirchlicher Träger) wird als herausfordernd wahrgenommen, wenn kulturelle Bedürfnisse und Werte von Patient\*innen und Mitarbeitenden nicht berücksichtigt werden.

**Schlussfolgerung** Fehlende Ressourcen und teilweise fehlende Akzeptanz der Einrichtungsträger behindern die Umsetzung von diversitätsbezogenen Versorgungsstrategien. Die Berücksichtigung von Diversität basiert auf einer starken Eigeninitiative der Mitarbeitenden und ist vorrangig problemorientiert. Zur Verbesserung der Umsetzung sollten Versorgungsstrategien im Dialog zwischen Einrichtungen und Trägern erarbeitet werden. Weitere Maßnahmen zur Erhöhung der Akzeptanz diversitätssensibler Versorgung sind notwendig.

## P141 Diversität in der Hospizarbeit: „Tandem hospizINKLUSIV“

**Autoren** Schmalz C<sup>1</sup>, Finck R<sup>2</sup>, Barthel R<sup>3</sup>, Theilig K<sup>2</sup>

**Institute** 1 Hospizinitiative Kiel, Vorstand, Kiel, Deutschland; 2 Hospizinitiative Kiel, Kiel, Deutschland; 3 Hospizinitiative Kiel, Geschäftsführung, Kiel, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754126

**Hintergrund** Wie in vielen anderen gesellschaftlichen Bereichen gibt es auch in der Hospizarbeit das Streben hin zu mehr Diversität. Die hospiz-initiative kiel e. v. hat sich diesem Thema angenommen: durch offene Signalsetzung, proaktives Zugehen, symbolische Gesten der Repräsentation sowie Netzwerkarbeit arbeiten wir daran, die Vielfalt des Vereins zu erweitern.

Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sind in der hospizlichen Gesellschaft wenig sichtbar. Dies führte letztlich zu dem vor wenigen Jahren verabschiedeten Gesetz, dass Menschen in Einrichtungen das Recht haben, bei der Erstellung einer Vorsorgeplanung unterstützt und in der letzten Lebensphase hospizlich-palliativ versorgt zu werden.

Im Rahmen des Pilotprojekts „Tandem hospizINKLUSIV“ wird die Ausbildung von Hospizbegleiter\*innen mit und für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen angeboten. Nach dem Ende der Ausbildungsphase bilden die Teilnehmenden Zweiertteams – Tandems – mit erfahrenen Hospizbegleiter\*innen, mit denen sie für die hospiz-initiative kiel gemeinsam Sterbende und Trauernde begleiten.

**Methode** Die hospiz-initiative kiel entwickelte in Kooperation mit einer Einrichtung der Eingliederungshilfe ein Palliativkonzept für die Einrichtung, an der Mitarbeitende der Einrichtung, Angehörige und Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen als Nutzer der Einrichtung beteiligt waren. Das Projekt konnte nur durch die gemeinsame Arbeit implementiert werden und erfolgreich sein. Im Zuge dessen entstand die Idee, Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen als Experten in eigener Sache zu qualifizieren.

Drei Teilnehmende aus der Eingliederungshilfe ließen sich über den Zeitraum von neun Monaten (09/19-08/20) in den Bereichen hospizliche und palliative Begleitung sowie Trauerbegleitung qualifizieren und von der Projektleiterin in 80 Unterrichtseinheiten zu Expert\*innen ausbilden.

**Ergebnisse** Zwei der drei Teilnehmenden des Projektes sind aktuell für die hospiz-initiative kiel als ehrenamtliche Sterbebegleiter\*innen im Einsatz. Ein Teilnehmer hat seine ehrenamtliche Arbeit in einem anderen Hospizverein fortgesetzt.

**Schlussfolgerung** Durch Ausbau von Kooperationen werden mehr Menschen mit inklusiver Trauer- und Sterbebegleitung erreicht. Ziel ist es auch, mehr Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen an ein Ehrenamt heranzuführen und weitere Ehrenamtliche diesbezüglich zu schulen. Noch ist nicht entschieden, ob es einen Vorbereitungskurs für Sterbebegleiter\*innen nach dem Schema des Tandemprojekts geben wird oder einen inklusiv angelegten.

## P168 Diversität in der Hospizarbeit: „Männertreff“

**Autoren** Schmalz C<sup>1</sup>, Finck R<sup>2</sup>, Barthel R<sup>3</sup>, Theilig K<sup>2</sup>

**Institute** 1 Hospizinitiative Kiel, Vorstand, Kiel, Deutschland; 2 Hospizinitiative Kiel, Kiel, Deutschland; 3 Hospizinitiative Kiel, Geschäftsführung, Kiel, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754127

**Hintergrund** Wie in vielen anderen gesellschaftlichen Bereichen gibt es auch in der Hospizarbeit das Streben hin zu mehr Diversität.

Von den über 180 Ehrenamtlichen der hospiz-initiative kiel e.v. sind nicht einmal 20% männlich, was einem in der gesamten Hospizlandschaft bekannten Anteil entspricht. Mit der Einstellung eines männlichen Koordinators sowie durch die Einführung der „Männertreffs“ kommt seit 2019 mehr Bewegung in die Thematik „Männer in der Hospizarbeit“- mit Auswirkung von Gender auf das Angebot der hospiz-initiative kiel.

**Methode** In den „Männertreffs“ wird Themen und Fragen ein Forum geboten, die sich für Männer vielleicht anders stellen. Besprochen wird u.a., wie mehr Männer an die Themen Sterben, Tod und Trauer herangeführt werden können. Ehrenamtliche und ein Koordinator diskutieren in den regelmäßig stattfindenden Treffen über die gesellschaftlich geformten Rollenbilder und deren Erscheinungen im sozialen Ehrenamt. Der männliche Archetyp als Grundidee männlichen Auftretens und entsprechende Stereotype werden in der Gruppe hinterfragt und neu gedacht. Gemeinsame Wanderungen bringen Bewegung in die Diskussion.

**Ergebnisse** Männer können lernen, alte Konditionierungen wie das Unterdrücken von Tränen zu verändern, Gefühle zeigen oder auch Körperkontakt mit den Begleiteten zulassen. Die Begleitungen sind vielfältig, so kann es auch bei den Begleiteten den Wunsch geben, nicht über die innere Gefühlswelt zu sprechen, sondern als „Kumpel“ Zeit zu verbringen – auch das Schweigen gehört dazu. Der Wunsch der hospiz-initiative kiel ist es, die gesellschaftlichen Stereotype aufzubrechen und mehr Männer für die Hospizarbeit zu gewinnen. Auch im frauen-dominierten Team entfalten die Aktivitäten des Männertreffs Bewegungen: Rollenbilder werden zusammen neu geprüft und diejenigen sichtbar eingeladen, die sich nicht in einer binären Geschlechterordnung wiederfinden.

**Schlussfolgerung** Für das nachhaltig angelegte Vorhaben, eine möglichst diverse Gruppe an Ehrenamtlichen als Grundgerüst zu haben, hat sich der „Männertreff“ zu einer wichtigen Komponente etabliert. Die Treffen fördern bei den männlichen Ehrenamtlichen das Gefühl, innerhalb ihrer Tätigkeit gesehen zu werden, sich auszutauschen und wertvollen Input zu geben. Vielfalt bezogen auf Geschlecht bedeutet jedoch nicht nur, sich damit zu befassen, wie sich geschlechtliche Normativität in der Hospizarbeit auf Männer – oder auf Frauen – auswirkt, sondern auch auf non-binäre Menschen, die sich nicht in dieser binären Ordnung befinden.

## P228 Rechtfertigungsmuster von Hospiz- und Palliativversorgenden bei der Behandlung und Begleitung von Patient\*innen mit Migrationshintergrund

**Autor** Rütther S

**Institut** Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754128

**Hintergrund** Laut eines qualitativen Forschungsprojekts formulieren einige Hospiz- und Palliativversorgende in der komplexen Versorgung von Patient\*innen mit Migrationshintergrund einen Konflikt. Sie erleben eine Diskrepanz zwischen Ansprüchen an eine gute palliativmedizinische Versorgung und der Versorgungsrealität und haben dabei das Bedürfnis, die Grenzen eigener Handlungsmöglichkeiten zu rechtfertigen.

**Methode** Interviews mit Hospiz- und Palliativversorgenden werden einer Sekundäranalyse unterzogen, um mögliche Rechtfertigungsmuster, die zu Handlungsstrategien werden können, in dem wahrgenommenen Zwiespalt zu untersuchen. Hierfür eignet sich besonders die Objektive Hermeneutik (Oevermann), mit der in einer sequenzanalytischen Auswertung latente Sinnstrukturen aufgezeigt werden können. Ziel der Untersuchung ist es herauszufinden, welche Konflikte bei der palliativmedizinischen Betreuung von Menschen mit Migrationshintergrund beschrieben werden und ob in diesen Konflikten wiederkehrende Erklärungsmuster verwendet werden, um gegebenenfalls einen Ansatz für zukünftige Strategien bei der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund zu erarbeiten.

**Ergebnisse** Es lassen sich Rechtfertigungsmuster in dem Material finden; sie unterscheiden sich allerdings in ihrer Ausprägung: Verschiedene Fallstrukturen werden sichtbar. Nach jetzigem Stand treten diese Fallstrukturen dann auf, wenn seitens der Versorgenden Erfahrungen und Unterstützung bei der palliativmedizinischen Versorgung fehlen.

**Schlussfolgerung** Hilfreiche Erkenntnisse über die Versorgungssituation werden erwartet. Durch eine Aufklärung über zumeist unbewusste Rechtfertigungsstrukturen, die sich auf nicht begründete Vorannahmen, etwa über die Kultur der Patient\*innen, beziehen, könnten Hospiz- und Palliativversorgende geschult werden, ihr Denken und Handeln in diesem Zusammenhang kritisch zu reflektieren.

## Sorgekultur

### V126 Teilhabe bis zum Lebensende – Auf dem Weg zu einer für das Lebensende sensitiven Sorgekultur in Wohndiensten der Eingliederungshilfe

**Autoren** Schäper S, Schroer B

**Institut** Katholische Hochschule NRW, Institut für Teilhabeforschung, Münster, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754129

**Hintergrund** In der Entwicklung einer umfassenden Sorgekultur ist zu berücksichtigen, dass im Bereich der palliativen Versorgung und hospizlichen Begleitung Menschen mit Behinderungen bisher deutlich unterrepräsentiert sind. Eine Bestandsaufnahme der Praxiserfahrungen und wissenschaftlichen Erkenntnisse über die letzte Lebensphase von Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung ergab, dass ein entscheidender Faktor in der Begleitung am Lebensende die in der Einrichtung der Eingliederungshilfe gelebte Sorgekultur ist. Daher wurden in einer zweiten Phase vertiefende empirische Erkenntnisse zur Organisationskultur in Wohndiensten der Eingliederungshilfe und auf dieser Ebene bestehende Barrieren und Gelingensbedingungen für eine teilhabeförderliche palliative und hospizliche Begleitung eruiert.

**Methode** In einem Mixed-Methods-Design wurde auf der Basis einer Literaturanalyse eine quantitative Fragebogenerhebung zur Organisationskultur und ihren Auswirkungen auf die Qualität der Begleitung am Lebensende durchgeführt. Dabei wurde ein in Australien entwickeltes Instrument zur Erfassung der Teamkultur in Wohndiensten (Group Home Culture Scale, GHCS) ergänzt um Fragen zur Begleitung am Lebensende und zur Situation unter Bedingungen der COVID-19 Pandemie eingesetzt. Zusätzlich wird in qualitativen Fallstudien zu einer personenzentrierten hospizlichen Begleitung in Wohndiensten die Organisationskultur in ihrer Tiefendimension zugänglich gemacht.

**Ergebnisse** Erste Ergebnisse der quantitativen Erhebung werden im Rahmen des Kongresses fokussiert auf die bestehende Sorgekultur in der Begleitung am Lebensende von Menschen mit Behinderung in Wohndiensten vorgestellt. Besonders relevant sind dabei Fragen der Haltung der Mitarbeitenden, Fragen zur Personenzentrierung und Lebensqualität sowie zur generellen Offenheit der Eingliederungshilfe für die Anforderungen in der Begleitung am Lebensende. Der organisationale Umgang mit Grenzen und Krisensituationen zeigt sich aktuell auch in der Art, wie Organisationen ihre Handlungsspielräume in der COVID-19 Pandemie gestalten.

**Schlussfolgerung** Aus den gewonnenen Erkenntnissen werden Empfehlungen für eine für die Anforderungen an die Begleitung am Lebensende sensitive Sorgekultur in Organisationen der Eingliederungshilfe entwickelt. Diese leisten einen Beitrag zur Sicherstellung gleichberechtigter Teilhabe bis zum Lebensende und zur innovativen Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft für Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung am Lebensende.

### P135 Einsam durch die Pandemie – Klinikinterner Palliativdienst meets PallPan

**Autoren** Guercke-Bellinghausen A, Wessel H, Schulte-Feierabend S, Jaspers B, Maus K, Radbruch L

**Institut** Universitätsklinikum Bonn, Klinik für Palliativmedizin, Bonn, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754130

**Hintergrund** Die COVID-19 Pandemie stellte Gesundheitsdienstleistende vor neuartige Herausforderungen. Dass die Palliativversorgung aufgrund bestehender Kontaktbeschränkungen, Schnittstellenproblematiken sowie gänzlichen Schließungen von Einrichtungen hiervon besonders betroffen ist, zeigen diverse Forschungsarbeiten. So wurden im Rahmen der „Nationalen Strategie für die Betreuung von schwerkranken und sterbenden Menschen und ihren Angehörigen in Pandemiezeiten (PallPan) von März 2021 bis Dezember 2021 umfangreiche Erhebungen durchgeführt und Handlungsempfehlungen erstellt.

**Methode** entfällt

**Ergebnisse** entfällt

**Schlussfolgerung** Als nichtärztliches Team eines klinikinternen Palliativdienstes verstehen wir uns als „forschungsferne“ Mitarbeitende, sind jedoch stark in die Auswirkungen der Pandemie involviert. In der täglichen Praxis nehmen wir hierbei nicht selten die Rolle eines „Sprachrohrs“ für Patient\*innen und Angehörige ein und haben daher mit großem Interesse die Entwicklung des PallPan-Projektes verfolgt. Strukturelle Änderungen in Form von veränderten Anfragen oder an uns herangetragene Bitten nach einer schnellen Entlassung aufgrund von Ängsten vor drohender Isolation bei beschönigender Schilderung des Befindens sind nur einige Beispiele für neuartige Herausforderungen, mit denen wir konfrontiert waren. Diese neuen Herausforderungen betreffen aber nicht nur die Bedürfnisse von Patient\*innen und Angehörigen, sondern auch unsere eigenen. Wir erlebten durch die Pandemie hervorgerufene große Unsicherheiten, starke Emotionen, nicht auflösbare Konfliktsituationen und – z.B. im Rahmen des Themas Infektionsschutz – die Unmöglichkeit, Berufliches und Privates zu trennen.

Anhand von Fallbeispielen, z.T. kontrastiert zu PallPan-Empfehlungen, möchten wir unsere Erfahrungen der vergangenen zwei Jahre illustrieren und damit den praktisch Tätigen in der Versorgung als klinikinterner Palliativdienst eine Stimme auf diesem Kongress geben.

## Bürgerschaftliches Engagement & Ehrenamt

### P234 „Keine üblichen Hospizbegleitungen“ – Ehrenamtliche Begleitungen von Patienten mit fortgeschrittener chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)

**Autoren** Deiseroth L, Jansky M, Banse C, Heiß K, Nauck F

**Institut** Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754131

**Hintergrund** Ehrenamtliche Hospizbegleiter (EAH) sind wichtige Akteure in der Hospiz- und Palliativversorgung. Durch die voranschreitende Integration von nicht-onkologischen Patienten (NOP) in die Palliativversorgung werden zukünftig vermehrt EAH in Kontakt mit NOP kommen. Über eventuelle Besonderheiten bei Begleitungen von NOP existieren bisher kaum wissenschaftliche Untersuchungen.

Ziel ist es, Erwartungen und Erfahrungen von EAH zu detektieren, die im Zusammenhang mit Begleitungen von Patienten mit fortgeschrittener COPD als nicht-onkologischer Erkrankung stehen. Gibt es spezifische Herausforderungen,

die bei Begleitungen berücksichtigt werden sollten? Wie wird mit diesen Herausforderungen umgegangen? Dieses Wissen kann Hospizkoordinatoren bei der Vorbereitung und dem Einsatz der EAH helfen.

**Methoden** Mit elf EAH, die bereits zum Teil NOP begleitet haben, wurden offene, leitfadengestützte Interviews zu Begleitungen von COPD-Patienten geführt. Nach der Transkription wurden diese mit der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring induktiv-deduktiv ausgewertet und Erwartungen und Erfahrungen verglichen.

**Ergebnisse** Krankheitsunabhängige Aspekte, wie persönliche Kompatibilität waren für EAH im Vorfeld der Begleitung wichtig. Unsicherheiten gab es bei Krisen, wie Luftnotanfällen oder Krankenhauseinweisungen. Durch einen langjährigen Erkrankungsverlauf mit Höhen und Tiefen entstanden längerfristige, in der Begleitung von Patienten mit Krebserkrankungen eher unübliche Hospizbegleitungen, die Nähe und Verantwortungsgefühle erzeugten. Flexibilität war entscheidend.

**Schlussfolgerung** Die Berücksichtigung von spezifischen Herausforderungen und Umgangsstrategien mit Symptomen sowie Maßnahmen in der Vorbereitung könnten das Sicherheitsgefühl der EAH bei Begleitungen von NOP erhöhen. Fortwährend enger Kontakt zu Koordinatoren und anderen EAH kann helfen, Begleitungen für alle beteiligten Akteure bedarfsgerecht auch über längere Zeit bei veränderten Gegebenheiten zu gestalten.

## P244 Das Selbstverständnis von Ehrenamtlichen in ambulanten Hospizdiensten während der COVID-19-Pandemie.

**Autoren** Lohrmann D, Jansky M, Nauck F, Banse C

**Institut** Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754132

**Hintergrund** Das Erleben von Ehrenamtlichen in der ambulanten hospizlichen Begleitung findet insgesamt wenig Berücksichtigung in der Forschung. Die Covid-19-Pandemie und die damit einhergehenden Infektionsschutzmaßnahmen haben die Arbeit der ambulanten Hospizdienste zum Teil erheblich beeinträchtigt. In der vorliegenden Studie wird deshalb danach gefragt, wie Ehrenamtliche ihre Aufgabe während der Pandemie wahrnehmen und wie und ob sich ihr Handeln und ihr Selbstverständnis ihrer Tätigkeit verändern.

**Methoden** Anfang Dezember 2020 wurden vier fokussiert-narrative Interviews geführt, die mittels der Objektiven Hermeneutik feanalytisch hinsichtlich der Fragestellung nach dem veränderten Selbstverständnis ausgewertet wurden. Ein Interview wurde tiefergehend ausgewertet, während die weiteren drei Interviews in kürzerem Format zum ersten Interview kontrastiert wurden.

**Ergebnisse** In allen vier Interviews zeigt sich die Begleitungssituation durch die COVID-19-Pandemie als eine Herausforderung, und die Maßnahmen zu deren Eindämmung fordern das ehrenamtliche Selbstverständnis heraus. In den Inhalten der vier Interviews zeigen sich zunächst verschiedene Umgangsweisen mit der COVID-19-Pandemie: Im ersten Fall wird in der Pandemie die beschränkte Begleitung als moralisches Problem erlebt, weil der Ehrenamtliche seinen Vorstellungen an eine Begleitung nicht gerecht wird. In der Fall-Kontrastierung werden Umgangsweisen formuliert, die im Spannungsfeld von Vorsicht und Infektionsrisiko auf der einen Seite und Notwendigkeit der Begleitung auf der anderen Seite stehen. Allen Fällen gemeinsam ist, dass trotz unterschiedlicher auch emotionaler Verarbeitungsformen das Ideal einer ehrenamtlichen Begleitung, das in allen Krisen Beistand leistet, stark gemacht wird.

**Schlussfolgerung** Ehrenamtliche ambulante Hospizbegleitung sollte in der Forschung mehr berücksichtigt werden. Aus dem Umgang mit der Pandemie zeigt sich der Bedarf, dass Strategien erarbeitet werden müssen, die den Situationen, in denen Selbstverständnis und beschränkte Umsetzungsmöglichkeiten in starkem Kontrast stehen, gerechter werden.

## P268 Rolle(n), Aufgabe(n) und Ziele des Ehrenamts in der Ambulanten Hospizarbeit – Erwartungen, Perspektiven und gesellschaftliche Verantwortung zwischen Institutionalisierung, Professionalisierung und solidarischer Sorgeskultur

**Autor** Gerdes V

**Institut** Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Fakultät I Bildungs- und Sozialwissenschaften, Institut für Pädagogik, Oldenburg, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754133

**Hintergrund** Die Etablierung der Hospizarbeit als Teil des Gesundheitswesens und damit einhergehende Rechtsansprüche auf hospizlich-palliative Begleitung und Versorgung und deren finanzielle Förderung haben Auswirkungen auf deren Organisation und Ausgestaltung, womit auch (ggf. neue) Anforderungen an das hospizliche Ehrenamt als deren sog. ‚tragende Säule‘ einhergehen, die sich u.a. in Diskursen um Aspekte von z.B. Professionalisierung und Diversität zeigen. Wie haben sich Rolle und Aufgaben des Ehrenamts in der Hospizarbeit aus der Perspektive unterschiedlicher Akteur\*innen entwickelt und welche Bedeutung hat dies für die Zukunft des hospizlichen Ehrenamts?

**Methoden** In fünf ausgewählten elektronischen Datenbanken wird eine systematische Literaturrecherche zum Thema ‚Ehrenamt in der Hospizarbeit‘ durchgeführt. Einbezogen werden Fachartikel aus den Jahren 1997-2022, dieser Zeitraum markiert mit dem Inkrafttreten des §39a SGB V und dem 30jährigen Bestehen des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands e.V. Meilensteine in deren Entwicklung und Etablierung. Anschließend werden im Rahmen einer Argumentationsanalyse die Positionierungen verschiedener Akteur\*innen in der Hospizarbeit zu Rolle(n), Aufgabe(n) und Bedeutung des Ehrenamts im interdisziplinären und multiprofessionellen Kontext fokussiert und Aspekte einer möglichen Professionalisierung des Ehrenamts und deren Implikationen herausgearbeitet.

**Ergebnisse** Es soll aufgezeigt werden welche Erwartungshaltungen und Rollenzuschreibungen an das Ehrenamt aus verschiedenen Perspektiven herangezogen wurden und werden und wie sich diese im Verlauf der zunehmenden Etablierung der Hospizarbeit im Gesundheitswesen und damit einhergehenden steigenden Anforderungen (z.B. Qualifikation, Qualitätssicherung) entwickelt haben.

**Schlussfolgerung** Ausblick und Diskussion: (Wie) Hat sich die Rolle des hospizlichen Ehrenamts verändert, welche Verantwortung kommt dem Ehrenamt, den Ehrenamtlichen in der Hospizarbeit bei deren aktuellen und zukünftigen gesellschaftlichen Herausforderungen zu – im Kontext der Stärkung einer solidarischen Sorgeskultur auch über das konkret hospizliche Wirken hinaus? Wenn eine besondere Qualität des Ehrenamts ist, dass dieses gerade nicht den Reglementierungen professionellen Handelns unterliegt, was bedeutet dies für die Gestaltung einer spezifischen Qualitätssicherung für das hospizliche Ehrenamt? Wie kann die Vielfalt des Ehrenamts gestärkt und sichtbarer und Hospizarbeit und Gesellschaft ‚offener füreinander‘ werden?

## Freie Themen

### V119 Familiäre Kommunikation am Lebensende und der Einfluss auf die erlebte Be- und Entlastung – eine Auswertung qualitativer Interviews

**Autoren** Röwer HAA, Stiel S, Schneider N, Gawinski L, Herbst FA

**Institut** Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754134

**Hintergrund** Qualitative Interviewergebnisse aus dem BMBF-geförderten Projekt Dy@EoL (Förderzeitraum 01.10.2017–31.12.2020, Förderkennzeichen 01GY1711) deuten auf Veränderungen in der Eltern-erwachsenes Kind-Kommunikation in Erkrankungssituationen am Lebensende hin (Gawinski et al.



2021). Nun soll untersucht werden, inwiefern sich Unterschiede in der Kommunikation und in den Kommunikationsbedürfnissen zwischen Dyadenpartnern in Dyaden von (1) schwerkranken erwachsenen Kindern und ihren Elternteilen sowie (2) schwerkranken Elternteilen und erwachsenen Kindern zeigen.

**Methode** Im Projekt Dy@EoL wurden zur Erfassung dyadischer Interaktion am Lebensende erwachsene Kinder und Elternteile beider Dyaden mittels halbstrukturierter Interviews befragt (02.2018–11.2019). In der vorliegenden Arbeit werden die Interviews vollständiger Dyaden mittels MAXQDA inhaltsanalytisch ausgewertet. Betrachtet werden Angaben zu aktueller Kommunikation, Veränderungen in der Kommunikation im Vergleich zur Zeit vor der Erkrankung und den Kommunikationsbedürfnissen sowie empfundene Be- und Entlastung durch Kommunikation.

**Ergebnisse** Aus den vorliegenden Daten ergeben sich 11 vollständige Dyaden mit erwachsenen Kindern mit einer unheilbar fortgeschrittenen Erkrankung und Elternteilen und 14 vollständige Dyaden unheilbar erkrankter Elternteile und ihren erwachsenen Kindern. Erkrankte als auch Angehörige unterschiedlicher Dyaden berichten, dass ihre Dyadenpartner weniger als sie selbst oder gar nicht über die Erkrankungssituation sowie das Sterben sprechen möchten. Das Abweisen von offenen Gesprächen und emotionalen Reaktionen erleben diejenigen mit starkem Kommunikationsbedürfnis als belastend. Angehörige beider Dyaden erfahren Entlastung durch Gespräche über vergangene, gemeinsame Zeiten, während die Erkrankten zudem von Entlastungserfahrungen durch Gespräche über alltägliche Themen abseits der Erkrankungssituation berichten.

**Schlussfolgerung** Es zeigen sich individuelle Unterschiede in den Kommunikationsbedürfnissen und Belastungserfahrungen sowie Unterschiede in den Entlastungserfahrungen zwischen Erkrankten und Angehörigen durch bestimmte Gesprächsthemen. In einem nächsten Schritt sollen die Aussagen der jeweiligen Dyadenpartner miteinander verglichen werden, um Überschneidungen und Unterschiede in den Bedürfnissen sowie daraus entstehende Reaktionen und Prozesse innerhalb eines Familiensystems zu erfassen.

## V120 „Adhärenz“ von Ärztinnen und Ärzten in Bezug auf Patientenverfügungen

**Autoren** Klemmt M, Neudert S, Fleischmann C, Weber A, Henking T  
**Institut** Hochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt, Institut für Angewandte Sozialwissenschaften, Würzburg, Deutschland  
DOI 10.1055/s-0042-1754135

**Hintergrund** Patientenverfügungen sind ein weithin bekanntes und eingesetztes Mittel zur Durchsetzung und Wahrung des Patientenwillens. Aus rechtlicher Perspektive kommt ihnen eine Bindungswirkung zu (§ 1901a BGB). Der in der Verfügung niedergelegte Wille ist somit von Ärzt:innen zu beachten. Neben Unsicherheiten bei der Gestaltung und Auslegung und schließlich der Anwendung von Patientenverfügungen, stellt sich auch die Frage nach der Bereitschaft von Ärzt:innen den im Dokument enthaltenen Willen umzusetzen. Aus der internationalen Literatur ergeben sich vermehrt Hinweise darauf, dass ein arztseitiges (Nicht-) Beachten des vorausverfügten Willens durch verschiedene Faktoren beeinflusst sein kann (Arruda et al., 2020; Craig et al., 2020; Moore et al., 2019). Als Ziel der Studie sollen Entscheidungsprozesse von Ärzt:innen hinsichtlich der Beachtung von Patientenverfügungen rekonstruiert und dabei Faktoren identifiziert werden, die diese beeinflussen können.

**Methode** Es werden 24 Einzelinterviews mit Ärzt:innen unterschiedlicher Fachrichtungen bzw. Fachabteilungen aus drei Kliniken unterschiedlicher Versorgungsgröße in Deutschland geführt. Neben offenen Fragen werden Fallvignetten eingesetzt. Die Analyse erfolgt zweischrittig mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse und einer Thematischen Analyse.

**Ergebnisse** Präsentiert werden identifizierte Faktoren, wie strukturelle Rahmenbedingungen (u.a. hierarchische Klinikstrukturen) oder die innere Haltung der Befragten zu Patientenverfügungen (u.a. Zweifel an der Sinnhaftigkeit von verbreiteten Formularvorlagen). Die Rekonstruktion der Entscheidungsverläu-

fe zeigt eine große Heterogenität im Hinblick auf mögliche Behandlungsentscheidungen und dazugehörige Begründungen.

**Schlussfolgerung** Die Ergebnisse tragen dazu bei zu erklären, warum Patientenverfügungen (trotz ihrer Bindungswirkung) von Ärzt:innen nicht immer beachtet werden. Es ist davon auszugehen, dass über die Identifikation von potenziell veränderbaren Einflussfaktoren die Adhärenz im Hinblick auf die Beachtung des vorausverfügten Willens verbessert und das Potenzial von Patientenverfügungen ausgeschöpft werden kann. Die Ergebnisse geben zudem Aufschluss über Fragen der Autonomie am Lebensende, dem Verständnis ärztlichen Handelns am Lebensende sowie der ethisch zu diskutierenden Frage nach der Durchsetzbarkeit eines rechtlich verankerten Selbstbestimmungsinstruments.

## V249 „Kollaterale Schönheit“. Erfahrungen und Bedürfnisse medizinischer und nicht medizinischer Fachkräfte, die Familien versorgen, die sich trotz infauster Diagnose ihres Ungeborenen für das Austragen entscheiden. Eine Grounded Theory Studie.

**Autoren** Wiesner K<sup>1</sup>, Hein K<sup>1</sup>, Flaig F<sup>1</sup>, Borasio GD<sup>2</sup>, Führer M<sup>1</sup>  
**Institute** 1 LMU Klinikum, Kinderpalliativzentrum, München, Deutschland; 2 Lausanne University Hospital and University of Lausanne, Palliative and Supportive Care Service, Lausanne, Schweiz  
DOI 10.1055/s-0042-1754136

**Hintergrund** Die Betreuung von Familien, die ein Kind mit pränatal diagnostizierter lebenslimitierender Erkrankung austragen, stellt eine Herausforderung dar. Im internationalen Kontext gibt es zahlreiche Studien, die sich mit den Bedürfnissen der betroffenen Familien befassen, aber nur wenige Untersuchungen, die sich mit der Perspektive der betreuenden Fachkräfte auseinandersetzen. Diese Studie zielt darauf ab, die subjektive Sicht, der an der Versorgung beteiligten, medizinischen und nicht medizinischen Fachkräfte zu ermitteln (1), vorhandene Versorgungsstrukturen zu untersuchen (2) und Empfehlungen für ein strukturiertes perinatales Palliativprogramm zu identifizieren (3).

**Methode** Es wurde eine Grounded Theory Studie durchgeführt. Mittels theoretischen Sampling wurden 18 medizinische und nicht medizinische Fachkräfte aus München rekrutiert, die Erfahrung in der Betreuung von Familien nach der pränatalen Diagnose einer lebenslimitierenden Erkrankung haben. Daten wurden anhand von leitfadengestützten Experteninterviews erhoben, nach den Regeln der Grounded Theory codiert (Charmaz 2014) und, ergänzt durch Elemente der Situationsanalyse (Clarke 2018), analysiert.

**Ergebnisse** Es stehen zahlreiche Organisationen für die Versorgung von betroffenen Familien zur Verfügung. Diese sind jedoch kaum in Austausch miteinander und stehen in manchen Fällen sogar in Konkurrenz zueinander. Es sind keine Leitlinien und ausreichenden Ressourcen vorhanden, um eine adäquate Versorgung sicherzustellen. Um den Bedürfnissen der betroffenen Eltern gerecht zu werden, leisten die Professionellen einen großen, teils unbezahlten Aufwand.

Die Begegnung mit den Betroffenen löst eine Auseinandersetzung der Fachkräfte mit existentiellen Themen aus, aus der ein Bedarf an Intervention, Supervision und Weiterbildungen resultiert. Die Professionellen bewundern die Eltern in ihrer Zielstrebigkeit, ihrem Mut und ihren Einstellungen gegenüber Leben und Sterben. Medizinische und nicht medizinische Fachkräfte berichten, dass sie von diesen Familien lernen und eine „Kollaterale Schönheit“ erleben, ein Gefühl von Demut und tiefer Dankbarkeit gegenüber dem Leben.

**Schlussfolgerung** Fachkräfte, die perinatale Palliativversorgung leisten, erbringen einen hohen persönlichen Einsatz, beschreiben aber auch ein persönliches und berufliches Wachstum. Beteiligte Fachkräfte beschreiben einen Bedarf an Intervention, Supervision und spezifischen Weiterbildungen. Interdisziplinärer Austausch sollte gefördert werden.

## P121 Advance Care Planning in stationären Pflegeeinrichtungen – Das Vorausplanungskonzept „Time to talk“

**Autoren** Klemmt M, Henking T, Neuderth S

**Institut** Hochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt, Institut für Angewandte Sozialwissenschaften, Würzburg, Deutschland  
DOI 10.1055/s-0042-1754137

**Hintergrund** Advance Care Planning (ACP) wird in stationären Pflegeeinrichtungen größtenteils von Pflegekräften initiiert und durchgeführt, welche sich hierbei teilweise verunsichert bzw. überfordert fühlen (Jeong et al., 2011; Kastbom et al., 2019; Lovell & Yates 2014). Um das primäre Ziel von ACP, die Wahrung und Förderung der Autonomie am Lebensende, zu erreichen, müssen entsprechende Gesprächskonzepte nicht nur an die Bedürfnisse der Bewohnenden sondern auch an strukturelle Gegebenheiten von Pflegeeinrichtungen und die Voraussetzungen der Gesprächsführenden angepasst sein. Gesprächsführende Pflegekräfte müssen sowohl den individuellen als auch den berufsethischen Herausforderungen im Zusammenhang mit ACP gewachsen sein. Hilfreich kann hierbei ein Gesprächsleitfaden sein wie auch weitere Materialien um Gespräche vor- und nachzubereiten.

**Methode** Die Ergebnisse einer Mixed-Methods-Studie in 13 stationären Pflegeeinrichtungen in Bayern (Befragungen der Einrichtungsleitungen (n = 10), Interviews mit Bewohnenden (n = 24) und deren Angehörigen (n = 8), Dokumentenanalysen von Patientenverfügungen (n = 909)) weisen auf die Notwendigkeit hin, einen Gesprächsleitfaden zu entwerfen, der den Bedürfnissen der Akteur:innen und den Merkmalen des Settings entspricht. Ergänzend wurden geeignete Tools aus anderen Settings gesichtet.

**Ergebnisse** Der „Time to talk“ Gesprächsleitfaden besteht aus sechs Bereichen: 1. Gesprächseinstieg und Beziehungsaufbau; 2. Werteanamnese; 3. Behandlungspfeferenzen; 4. Wer spricht für mich?; 5. Dokumentation und weiteres Vorgehen; 6. Gesprächsabschluss. Über ein Einladungsschreiben wird der Angebotscharakter für das Vorausplanungsgespräch betont und inhaltlich in das Thema eingeführt, um eine Vorbereitung bzw. eine informierte Annahme oder Ablehnung des Gesprächs zu ermöglichen. Zusammen mit der Einladung erhalten Bewohnende einen Notizblock, der zu Notizen zur Gesprächsvorbereitung, während des Gesprächs und im Nachgang anregt und eine prozesshafte Beschäftigung mit dem Thema unterstützen soll.

**Schlussfolgerung** Die Materialien sollen Pflegeeinrichtungsmitarbeitende, Bewohnende, Angehörige und weitere in die Vorausplanung involvierte Personen beim Initiieren, Durchführen und Dokumentieren von Vorausplanungsgesprächen unterstützen. In einem nächsten Schritt sollen Pflegeeinrichtungsmitarbeitende in der Handhabung des Gesprächsleitfadens fortgebildet werden.

## P128 Vorbereitet das Lebensende begleiten – Pandemiegerechte Palliativversorgung in der Altenpflege planen – ein Modell zur Implementierung der PallPan-Handlungsempfehlungen

**Autoren** Krumm N<sup>1</sup>, Gebel C<sup>2</sup>, Kloppenburg L<sup>2</sup>, Rolke R<sup>1</sup>, Wedding U<sup>2</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum RWTH Aachen, Klinik für Palliativmedizin, Aachen, Deutschland; 2 Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin II Abteilung Palliativmedizin, Jena, Deutschland  
DOI 10.1055/s-0042-1754138

**Hintergrund** Einrichtungen der Altenpflege sahen sich in der COVID-19 Pandemie mit einer Vielzahl von Herausforderungen konfrontiert um neben der Grundversorgung auch die allgemeine Palliativversorgung der Bewohner:innen sicherzustellen. Ziel von PallPan Implement war es, die Handlungsempfehlungen Nationalen Strategie für die Betreuung schwerkranker, sterbender Erwachsener und deren Angehörige in Pandemiezeiten (<https://pallpan.de>) für Pflegeeinrichtungen nutzbar und umsetzbar aufzubereiten.

**Methode** Auf Basis der PallPan-Handlungsempfehlungen wurden 25 für die Altenpflege relevante Handlungsempfehlungen identifiziert, ein darauf basierender Fragenkatalog entwickelt und eine Pilotimplementierung in ausgewählten Einrichtungen der Altenpflege durchgeführt.

**Ergebnisse** Der Fragenkatalog enthält 22 Hauptfragen in 4 Abschnitten (0. Allgemeine Fragen zum Umgang mit der COVID-19 Pandemie, 1. Reflexionsfragen zur einrichtungsinternen Struktur palliativer Versorgung, 2. Fragen zur Erleichterung der Umsetzung der einzelnen Handlungsempfehlungen, 3. Best-Practice-Beispiele). Die 3-stufige Pilotimplementierung, mit Einführungsveranstaltung, eigenständiger Bearbeitungsphase und Auswertungsveranstaltung, erfolgte in 7 Einrichtungen. Der entwickelte Fragenkatalog wurde von den Einrichtungen als grundlegend als hilfreich bewertet. Im Feedback der Einrichtungen ließen sich 3 Kategorien identifizieren: 1. Anforderungen an die Einrichtungen sollten realistisch sein, um Frustration zu vermeiden. 2. Erstellung eines Pandemieplans nur für die Palliativversorgung wurde als nicht praktikabel bewertet. Erkenntnisse des Fragebogens sollten eher in bestehende Konzepte integriert werden. 3. Maßnahmen zur psychosozialen Unterstützung der Mitarbeitenden wurden als besonders notwendig identifiziert, jedoch als erschwert umsetzbar wahrgenommen.

**Schlussfolgerung** Die praxisnahe Implementierung von Handlungsempfehlungen erfordert ein für Einrichtungen und Bereiche abgestimmtes Konzept und Material. Der in diesem Projekt gewählte Implementierungsansatz erscheint zielführend. PallPan Implement ist Teil des Verbundprojekts „Palliativversorgung in Pandemiezeiten“ (PallPan) im Netzwerk Universitätsmedizin (NUM). Laufzeit des Projekts. 01.04.2021 – 31.12.2021

## P129 Die Trauer der Angehörigen in Palliative Care beschützen. Zur Bedeutung der palliativen Begleitung für das individuelle Verlusterleben – mit Fokus auf die Emotionsregulation und Beziehungsqualität

**Autoren** Vinatzer IM, Bliem HR, Juen B

**Institut** Universität Innsbruck, Institut für Psychologie, Innsbruck, Österreich

DOI 10.1055/s-0042-1754139

**Hintergrund** Angehörige erleben zusammen mit der/dem Erkrankten die Behandlungszeit von der Diagnose bis zum Tod. Besonders der Übergang von kurativ zu palliativ und die Sterbephase sind von antizipiertem Verlust und Trauer gekennzeichnet. Vorhersehbarer Verlust durch Erkrankung gilt nicht als Risikofaktor für anhaltende Trauer, die restriktive Situation der Covid-19-Pandemie hingegen schon [1–4]. Die psychologische Dissertation erforscht das Zusammenwirken von a) Zufriedenheit mit der palliativen Begleitung und b) individuellen Trauervariablen – im Vergleich zum Kontext ohne Palliative Care.

**Methode** Die Kombination leitfadengestützter Interviews (multiprofessionelle Expert:innen), Online-Erhebung und narrativer Interviews (jeweils Angehörige) zielt auf eine Triangulation: Qualitative Inhaltsanalyse mit MAXQDA nach Kuckartz und Rädiker sowie statistische Analysen mit SPSS. Die Rekrutierung fand in Österreich, Südtirol/Italien, Deutschland, Schweiz statt. Der geschützte Zugang zum Online-Fragebogen und die Interviewkontakte zu Angehörigen wurden über Fachpersonen vermittelt.

**Ergebnisse** Die Datenerhebung (2020–2021) ergab: Interviews mit Expert:innen (v.a. face-to-face, n = 34); Angehörigenbefragung a) Online-Erhebung (n = 112), b) narrative Interviews (v.a. digital, n = 6). Die Trauer wurde über die Skala PG-13 erfasst; weder Mittelwert noch anhaltende Trauer (n = 8) stehen im Zusammenhang mit der Begleitung. Die Zufriedenheit ist signifikant höher/besser (p < ,001) mit Begleitung durch ein Palliative-Care-Team (n = 79) vs. ohne (n = 33), ebenso die Emotionsregulation (Reappraisal, p = ,011) und die Beziehungsqualität zur/zum Sterbenden (letzte Monate, p = ,040; letzte Tage, p = ,009). Das qualitative Kategoriensystem und die quantitativen Ergebnisse zum Erleben der Angehörigen stimmen überein. Die Korrelation zwischen Begleitung und Zufriedenheit ist signifikant (p < ,001). Während der Covid-

19-Pandemie ereigneten sich 46 % der Verluste, 54 % vorher – hier zeigen sich keine signifikanten Unterschiede.

**Schlussfolgerung** Die Ergebnisse der Studie unterstreichen die Wichtigkeit einer guten palliativen Begleitung der Angehörigen: v.a. Vermittlung von Sicherheit, transparente und verständliche Kommunikation, genaue medizinische Erklärungen, sich als Person wahrgenommen fühlen. Das Auftreten von anhaltender Trauer trotz Begleitung durch ein Palliative-Care-Team widerspricht der Annahme einiger interviewter Expert:innen und verweist auf die Bedeutung individueller Faktoren, wobei niedrige Werte beim Kohärenzgefühl auffallen.

#### References

- [1] Killikelly C, Smid GE, Wagner B, Boelen PA. 2021; Responding to the new International Classification of Diseases-11 prolonged grief disorder during the COVID-19 pandemic: a new bereavement network and three-tiered model of care. *Public Health* 191: 85–90. doi:10.1016/j.puhe.2020.10.034
- [2] Münch U, Müller H, Deffner T, Von Schmude A, Kern M, Kiepke-Ziemes S, Radbruch L. 2020; Empfehlungen zur Unterstützung von belasteten, schwerstkranken, sterbenden und trauernden Menschen in der Corona-Pandemie aus palliativmedizinischer Perspektive. *Schmerz* 34: 303–313. doi:10.1007/s00482-020-00483-9
- [3] Van der Houwen K, Stroebe M, Stroebe W, Schut H, Van den Bout J, Wijngaards-de Meij L. 2010; Risk factors for bereavement outcome: a multivariate approach. *Death Studies* 34 (3): 195–220. doi:10.1080/07481180903559196
- [4] Znoj HJ. 2018; Trauer ist ein komplexes Phänomen. *Die Psychologie des Versterbens*. *NeuroTransmitter* 29 (10): 28–34. doi:10.1007/s15016-018-6499-1

## P130 Entwicklung einer Forschungsagenda der onkologischen Pflege in Deutschland – GRAN-ONCO – GERMAN RESEARCH AGENDA for NURSING – Oncology

**Autoren** Zilezinski M, Ritter-Herschbach M, Jahn P  
**Institut** Universitätsmedizin Halle (Saale), Department für Innere Medizin, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, AG Versorgungsforschung | Pflege im Krankenhaus, Halle (Saale), Deutschland  
**DOI** 10.1055/s-0042-1754140

**Hintergrund** Die Etablierung von Forschungsprioritäten für die Pflegeforschung und ihre Bündelung zu einer Agenda trägt dazu bei, prioritäre Forschungsthemen zu erfassen und zu systematisieren. Derzeit liegt für Deutschland, anders als für viele andere Länder keine spezifizierte onkologische Pflegeforschungsagenda vor. **Fragestellung:** Welche Pflegeforschungsprioritäten werden national und international für die onkologische Pflege in einschlägigen Datenbanken diskutiert und ihre Relevanz durch Gesundheitsfachpersonen bewertet.

**Methode** Ein strukturierter dreistufiger Prozess aus systematischer Literaturrecherche, standardisiertem Online-Survey und Expertengruppen wurde gewählt, um Forschungsthemen hinsichtlich ihrer Relevanz einzugrenzen und daraus Forschungsprioritäten zu extrahieren. Teilgenommen haben deutschlandweit Pflegefachpersonen der onkologischen Pflegepraxis und -forschung.

**Ergebnisse** In die Synthese der Literaturrecherche flossen nach Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien 29 Veröffentlichungen ein, aus denen 55 Forschungsprioritäten extrahiert wurden und als Basis für die Erstellung des Surveys dienten. In die Auswertung des Surveys sind n = 174 Rückmeldung eingeflossen. Ihre Auswertung ergab, dass 23 Forschungsthemen als prioritär angesehen werden, die durch die Expertengruppen bestätigt sowie inhaltlich und sprachlich angepasst sowie verdichtet in die Agenda mündeten. Eine besondere Relevanz wird dabei für die Themenfelder „Krankheits- und therapiebedingte Auswirkungen“, spezifische Bedarfslagen“, „Veränderungen durch

Krankheit und Therapie“, „krankheitsspezifische Kommunikation“, „Informationsvermittlung“, „Beratung und Edukation“, sowie „Lebensqualität und Versorgung am Lebensende“ beschrieben.

**Schlussfolgerung** Erstmals werden in Deutschland Forschungsthemen für die onkologische Pflege priorisiert, die aus internationalen Übersichten und Vorarbeiten generiert wurden, im Survey verstetigt und zwischen Pflegeforschung und -praxis, im Rahmen von Expertengruppen reflektiert und finalisiert wurden. Die Ergebnisse zeigen überschneidende und ergänzende Resultate der aktuellen internationalen Forschungsagenden.

Es handelt sich um ein Encore-Abstract.

## P136 COVID-19-bedingte Herausforderungen der Versorgung am Lebensende in Pflegeeinrichtungen aus Sicht der Mitarbeitenden – Ergebnisse einer qualitativen Studie

**Autoren** Schwabe S, Müller-Mundt G, Walther W, Schneider N, Stiel S  
**Institut** Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin, Hannover, Deutschland  
**DOI** 10.1055/s-0042-1754141

**Hintergrund** COVID-19 und die damit verbundenen Infektionsschutzverordnungen waren und sind eine Herausforderung für Pflegeeinrichtungen. Zum Schutz der Bewohner\*innen kamen zahlreiche Hygienemaßnahmen und Kontaktbeschränkungen zum Tragen, wie z.B. Besuchsverbote, Isolation von Bewohner\*innen und regelmäßige Testungen. Wie haben Mitarbeitende in Pflegeeinrichtungen die Auswirkungen von COVID-19 erlebt?

**Methode** Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung eines vom GKV Spitzenverband im Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI geförderten Projektes wurden zwischen November 2020 und August 2021 qualitative Leitfadeninterviews mit Mitarbeitenden in sechs Pflegeeinrichtungen in Norddeutschland geführt. Aus aktuellem Anlass wurden u.a. Implikationen der COVID-19-Pandemie auf das Leben und Sterben in den Einrichtungen thematisiert. Die qualitativen Interviews wurden digital aufgezeichnet, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet.

**Ergebnisse** Insgesamt wurden 71 Interviews mit Mitarbeitenden unterschiedlicher Hierarchieebenen und Bereiche der Pflegeeinrichtungen geführt (weiblich: n = 60, Altersmedian: 49 Jahre). COVID-19 und die damit verbundenen Hygienemaßnahmen und Kontaktbeschränkungen waren mit zahlreichen Herausforderungen verbunden. Die Reduktion der Außenkontakte wurde als Konterkarierung der sozialraumorientierten Betreuungsphilosophie gedeutet und bedeutete für Bewohner\*innen eine erhebliche Einschränkung der sozialen Teilhabe. Die Bindung personeller Ressourcen durch zusätzliche Aufgaben (z.B. Erstellen und laufende Anpassung von Hygienekonzepten) und Erschwernisse bei der Sicherstellung der Versorgung (z.B. erschwerte Erreichbarkeit von Hausarzt\*innen) stellten zusätzliche Herausforderungen dar. Damit einher gingen Verunsicherungen, körperliche und psychosoziale Belastungen sowie Erschöpfung, die kaum mehr durch Entlastungs- und Regenerationsmöglichkeiten abgedeckt werden konnten. Die Restriktionen der Begleitung am Lebensende waren besonders belastend.

**Schlussfolgerung** Die COVID-19-Pandemie hat bereits bekannte Belastungen von Mitarbeitenden in Pflegeeinrichtungen weiter verschärft. Kontaktbegrenzung, zusätzliche Aufgaben und die gleichzeitige Minimierung von Entlastungs- und Regenerationsmöglichkeiten brachte Mitarbeitende an die Grenzen ihrer Belastbarkeit, gefährdete die Versorgung in Pflegeeinrichtungen insgesamt und nicht zuletzt eine angemessene Begleitung am Lebensende.

## P143 Pharmakologische Interventionen gegen Pruritus (Juckreiz) bei Palliativpatienten

**Autoren** Böhle C<sup>1,2</sup>, Joos L<sup>1</sup>, Becker C<sup>1</sup>, Meerpohl J<sup>3,4</sup>, Buroh S<sup>5</sup>, Schwarzer G<sup>6</sup>, Hercz D<sup>7</sup>, Becker G<sup>1</sup>

**Institute** 1 Uniklinik Freiburg, Klinik für Palliativmedizin, Freiburg, Deutschland; 2 Universitätsspital Basel, Palliative Care, Basel, Schweiz;

3 Uniklinik Freiburg, Institut für Evidenz in der Medizin, Freiburg, Deutschland; 4 Cochrane Deutschland, Cochrane Deutschland Foundation, Freiburg, Deutschland; 5 Uniklinik Freiburg, Bibliothek des Zentrums für Chirurgie, Freiburg, Deutschland; 6 Uniklinik Freiburg, Institut für Medizinische Biometrie und Statistik, Freiburg, Deutschland; 7 University of Miami, Jackson Memorial Hospital, Miami, Vereinigte Staaten

DOI 10.1055/s-0042-1754142

**Hintergrund** Pruritus ist ein belastendes Symptom, das die Lebensqualität von Patienten beeinträchtigen kann.

**Methode** In diesem Update des Cochrane-Reviews von 2016 durchsuchten wir CENTRAL, MEDLINE und Embase im März 2021. Wir schlossen randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) ein, welche die Wirkung von pharmakologischen Interventionen im Vergleich zu Placebo hinsichtlich des primären Endpunktes (subjektiv empfundener Juckreiz) untersuchten. Die Sicherheit der Evidenz wurde anhand der GRADE-Kriterien beurteilt.

**Ergebnisse** Insgesamt schlossen wir 87 Studien und 4463 Teilnehmer in den Review ein (38 neue Studien und neue 2650 Patienten).

Bei Patienten mit **Chronic Kidney Disease-assoziiertem Pruritus (CKD-aP)** führte die Behandlung mit GABA-Analoga zu einer starken Reduktion des Juckreizes (visuelle Analogskala (VAS) 0 bis 10 cm, mittlere Differenz (MD) -5,10 (95% Konfidenzintervall (KI) -5,56 bis -4,55, N = 297, Sicherheit der Evidenz (SDE): hoch). Die Behandlung mit Kappa-Opioid-Rezeptor-Agonisten (Difelikefalin, Nalbuphin, Nalfurafin) reduzierte den Juckreiz leicht (MD -0,96 (-1,22 bis -0,71), N = 1292, SDE: hoch). Die Behandlung mit Montelukast und Fischöl/Omega-3-Fettsäuren kann zu einer starken Verringerung des Juckreizes führen (SMD -1,40 (-1,87 bis -0,92), N = 87; bzw. SMD -1,66 (-2,50 bis -0,83), N = 108, SDE: gering). Die Behandlung mit Cromolyn-Natrium oder mit topischem Capsaicin führte wahrscheinlich zu einer starken Verringerung des Juckreizes (MD -3,27 (-5,91 bis -0,63), N = 100; bzw. SMD -1,06 (-1,55 bis -0,57), N = 112, SDE: moderat). Ondansetron, Zinksulfat und mehrere andere Interventionen können den Juckreiz möglicherweise nicht reduzieren.

Bei **cholestatischem Pruritus (CP)** kann die Behandlung mit Rifampicin und Flumecinol den Juckreiz reduzieren (MD -4,2 (-8,73 bis 0,31), N = 42, SDE: sehr niedrig, bzw. Risk-Ratio 2,32 (0,54-10,1), N = 69, SDE: niedrig). Die Behandlung mit dem Naltrexon reduzierte wahrscheinlich den Juckreiz (MD -2,42 (-3,90 bis -0,94), N = 52, SDE: moderat).

Bei Teilnehmern mit **Juckreiz unterschiedlicher Genese** reduzierte die Behandlung mit Paroxetin wahrscheinlich den Juckreiz leicht (MD -0,78 (-1,19 bis -0,37), N = 48, SDE: moderat).

**Schlussfolgerung** GABA-Analoga, Kappa-Opioid-Rezeptor-Agonisten, Cromolyn-Natrium, Montelukast, Fischöl/Omega-3-Fettsäuren und topisches Capsaicin waren bei Chronic Kidney Disease-assoziiertem Pruritus wirksam gegen Pruritus. GABA-Analoga hatten die größte Wirkung. Rifampin, Naltrexon und Flumecinol könnten bei cholestatischem Pruritus wirksam sein.

## P147 Soziale Arbeit in der Palliativversorgung in Europa – ein scoping review

**Autoren** Wasner M, Erhard S

**Institut** Kath. Stiftungshochschule München, München, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754143

**Hintergrund** Immer wieder wird die Bedeutung Sozialer Arbeit in der Hospiz- und Palliativversorgung betont. Bis dato ist aber wenig bekannt über die Rolle Sozialer Arbeit in diesem Tätigkeitsfeld in Europa. Ziel des reviews ist es daher

sich einen Überblick über empirische Studien zur Rolle der Sozialen Arbeit zu verschaffen und Forschungslücken zu identifizieren.

**Methode** Ein scoping review wurde durchgeführt, um herauszufinden, welche empirischen Daten zur Rolle der Sozialen Arbeit in der europäischen Hospiz- und Palliativversorgung vorliegen. In den review wurden ausschließlich europäische Originalarbeiten eingeschlossen, die in einer englischsprachigen peer-reviewed Fachzeitschrift zwischen 1993 und 2019 erschienen sind und sich mit der Rolle Sozialer Arbeit in der Palliativversorgung auseinandersetzen.

Die Suche wurde in den Datenbanken PubMed, CINAHL und PsycInfo durchgeführt mit den Suchbegriffen "palliative" OR "hospice" OR "end of life" OR "death" OR "dying" AND "social work" in Titel/Abstract und Schlüsselwörtern.

**Ergebnisse** Es konnten 1597 Artikel identifiziert werden. Nach der Entfernung von Duplikaten, von Artikeln ohne Bezug zur Sozialen Arbeit im Palliativkontext, von Studien, die nicht in Europa durchgeführt worden waren und keinen Originalarbeiten verblieben 74 Arbeiten. Bei diesen wurde erneut überprüft, ob sie die Einschlusskriterien erfüllen. Daraufhin verblieben 14 Studien, die in die Auswertung eingeflossen sind.

13 von 14 Studien wurden in Großbritannien durchgeführt. 11 Studien haben ein qualitatives Design, die Größe der Stichprobe variierte zwischen 5 und 201 Teilnehmern. Die Studien beschäftigen sich mit der Praxis Sozialer Arbeit (n = 6), dem Aus- bzw. Weiterbildungsbedarf von Sozialarbeitern in Palliative Care (n = 4), der Haltung von Sozialarbeitern (n = 3) und der Einbindung von Sozialarbeitern in Palliative Care Teams (n = 1)

**Schlussfolgerung** Die Zahl empirischer Studien ist sehr überschaubar, fast alle Studien stammen aus Großbritannien. Zudem ist die Stichprobengröße oft sehr klein und daher wenig aussagekräftig. Es gibt keine einzige Studie zur Effektivität sozialarbeiterischer Interventionen. Gerade wird eine Literatursuche für die Jahre 2020 und 2021 durchgeführt, um auch ganz aktuelle Veröffentlichungen zu erfassen, auf dem Kongress werden die Ergebnisse über den ganzen Erhebungszeitraum vorgestellt.

COI: Es besteht kein Interessenskonflikt

## P171 „Ich bin [...] im Gefängnis, sag ich mal, weil ich nicht mehr wegreisen kann“ – COVID-19 und im häuslichen Umfeld pflegende Nahestehende

**Autoren** Strupp J<sup>1</sup>, Kasdorf A<sup>1</sup>, Voltz R<sup>1,2,3,4</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Köln (AöR), Zentrum für Palliativmedizin, Köln, Deutschland; 2 Universität zu Köln, Zentrum für Integrierte Onkologie Aachen, Bonn, Köln, Düsseldorf (CIO ABCD), Köln, Deutschland; 3 Universität zu Köln, Zentrum für klinische Studien (ZKS), Köln, Deutschland; 4 Universität zu Köln, Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK), Köln, Deutschland

DOI 10.1055/s-0042-1754144

**Hintergrund**

Der Anteil der Verstorbenen zu Hause ist, verglichen mit Sterbefällen im Krankenhaus, seit Jahren deutlich niedriger. Aktuelle Zahlen belegen jedoch, dass es seit der COVID-19-Pandemie zu einer Zunahme an Sterbefällen im häuslichen Umfeld gekommen ist. Studien zufolge war die Pandemiesituation für eine Versorgung zu Hause teilweise sogar vorteilhaft und ermöglichte, mehr Zeit mit dem erkrankten Angehörigen zu verbringen. Pflegende Nahestehenden waren bereits vor der Pandemie mit vielen Belastungen konfrontiert. Es ist erforderlich, die Rolle der Pandemie auf die Umsetzung einer häuslichen Pflege am Lebensende zu klären.

**Methode** Semi-strukturierte Interviews mit Nahestehenden von Verstorbenen (im Krankenhaus oder zu Hause), pflegenden Nahestehenden sowie aktuell schwer und unheilbar erkrankten Personen (n = 17) im Rahmen des BMFSFJ-geförderten Projekts „Sterben zu Hause“. Die Analyse der verbatim transkribierten Interviews erfolgte mithilfe von MAXQDA.

**Ergebnisse** Ein „gutes Sterben“ wird von Befragten mit einem Versterben „Nicht im Krankenhaus“ assoziiert. Die genannten Gründe dafür sind unter anderem: *Lärm und Unruhe, fehlende Privatsphäre, lange Anreise zum Krankenhaus.*

Die Pandemie wird hierbei als einer von vielen Faktoren genannt, die zu einem Sterben zu Hause geführt haben. Die Befragten, die einen (ungeplanten) Krankenhausaufenthalt in der Pandemiezeit erlebt haben, fühlten sich durch diese Erfahrung in ihrer Entscheidung bestärkt, eine Versorgung und Begleitung zu Hause zu ermöglichen.

Zu den größten pandemisch bedingten Belastungen der Pflegenden ließen sich folgende Kategorien identifizieren: *Angst vor Isolation* (insbesondere für pflegende Nahestehende, die nicht im Haushalt der gepflegten Person leben, Besuchseinschränkungen), *Schutzbedürfnis* vor Infektion, *Angst vor fehlendem/ eingeschränktem Abschied*, sowie ein stark ausgeprägter *Entlastungswunsch* und „respite support“.

**Schlussfolgerung** Die Pandemie hat die Entscheidung für eine häusliche Pflege nur bedingt beeinflusst, sie hat jedoch ihre Komplexität erhöht. So sind zusätzliche Belastungen durch pandemiebedingte Einschränkungen hinzugekommen: die Kontaktreduktion als Infektionsschutz, die zu einer erschwerten Situation und sozialer Isolation geführt hat. Spezifische Angebote für Betroffene und Nahestehende sollten sich an Handlungsempfehlungen (siehe Projekt *PallPan*) orientieren und Angehörige in Entscheidungssituationen, die zu emotionalen Belastungen führen können, unterstützen.

## P201 Befragung zu Vorsorgedokumenten unter Health Care Professionals: Zuständigkeiten, Erfahrungen und objektiver Wissensstand

**Autoren** Fleischmann C, Henking T, Neudert S

**Institut** Institut für Angewandte Sozialwissenschaften der HaW Würzburg-Schweinfurt, Würzburg, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754145

**Hintergrund** Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsvollmachten sind aus dem Alltag vieler Health Care Professionals (HCP, Gesundheitsfachkräfte) nicht mehr wegzudenken[1]. Gleichwohl werden immer wieder Unsicherheiten bezüglich rechtlicher und medizinischer Aspekte bekundet[2, 3]. Hier ist insbesondere die Sicht der nicht-ärztlichen HCP mit oft unklaren Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten rund um diese Vorsorgedokumente (VD) zu bedenken, die sich mit diesen aber ebenso häufig konfrontiert sehen[4]. Unsicherheit oder gar Irrtümer auf Seiten von Praktikern und Beratern (bspw. die rechtliche Verbindlichkeit der Dokumente betreffend) können jedoch zur Folge haben, dass der Wille in der vulnerabelsten Lebensphase von Patienten nicht berücksichtigt wird[5]

**Methode** Im Jahr 2021 wurden in einer mittelgroßen Stadt und deren Landkreis HCP verschiedener Berufsgruppen und -felder zu ihren Erfahrungen mit VD befragt, u.a. zur Beraterrolle und den Beratungsumständen, zur Anwendung in der Patientenversorgung und zum Fortbildungsbedarf. Zudem wurde anhand von 30 Fragen im One-Choice-Format, eingebettet in vier Fallvignetten, das Wissen zu VD abgefragt. Die statistische Analyse zielte auf eine vorrangig deskriptive Abbildung des Spektrums der im Berufsalltag mit VD konfrontierten HCP sowie auf die Detektion deren Wissensdefizite zu VD ab.

**Ergebnisse** Die Auswertung der Fragebögen mit einer Stichprobe von über 350 Teilnehmern zeigte eine hohe Beteiligung nicht-ärztlicher HCP an Entscheidungs- und Beratungsvorgängen im Zusammenhang mit VD. Die Auswertung des Wissenstests deckte die konkreten Wissensdefizite unter den HCP auf, wobei durch das Fragenformat zwischen falschen Annahmen und fehlendem Wissen unterschieden werden konnte. 82% der befragten HCP gaben einen Fortbildungsbedarf an.

**Schlussfolgerung** Trotz einiger Limitationen der beschriebenen Studie, insbesondere die der Regionalität und der Nicht-Repräsentativität der Stichprobe, wurde erstmals in Deutschland die Vielfalt der Berufsgruppen erfasst, die in die zahlreichen Vorgänge rund um VD eingebunden sind. Die inländischen Studien zu VD fokussieren sich ausschließlich auf die ärztliche Perspektive, obwohl weder die Beratung noch die Anwendung von VD allein den Ärzten vorbehalten ist. Die Auswertung des Wissenstests weist bei allen Berufsgruppen relevante Wissenslücken auf, welche im Hinblick auf die Achtung der Patientenautonomie

dringend geschlossen werden sollten. Etwaige Fortbildungen sollten das breite Spektrum involvierter HCP berücksichtigen.

### References

- [1] Bundesärztekammer/Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, (2018), Hinweise und Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen im ärztlichen Alltag, Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik, 8, 1, <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/jwiet-2019-0014/html>, 2022-03-04
- [2] Wandrowski, Jana et al., (2012), Medical Ethical Knowledge and Moral Attitudes Among Physicians in Bavaria, Deutsches Ärzteblatt international, <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2012.0141>, 2022-03-04
- [3] Strube et al., (2011), Moralische Positionen, medizinethische Kenntnisse und Motivation im Laufe des Medizinstudiums – Ergebnisse einer Querschnittsstudie an der Ludwig-Maximilians-Universität München, Ethik in der Medizin, <http://link.springer.com/10.1007/s00481-011-0119-y>, 2022-03-04
- [4] van Oorschot et al. 2019; Gewünschter Sterbeort, Patientenverfügungen und Versorgungswünsche am Lebensende: erste Ergebnisse einer Befragung von Pflegeheimbewohnern. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 6:<http://link.springer.com/10.1007/s00391-018-1432-6>, 2022-03-04
- [5] Henking T, van Oorschot B. 2020; Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht bei Krebspatienten. Der Onkologe 5: <http://link.springer.com/10.1007/s00761-020-00731-8>, 2022-03-04

## P233 „Erst kämpf‘ ich mit dem Krebs und jetzt ist noch ein Gegner dazugekommen.“ – Auswirkungen der SARS-CoV-2 Pandemie auf die Bedürfnisse von Patient:innen in der Palliativmedizin ohne SARS-CoV-2 Diagnose und deren Angehörige

**Autoren** Berges N<sup>1</sup>, Ullrich A<sup>2</sup>, Gerlach C<sup>2,3</sup>, Oechsle K<sup>2</sup>, Bausewein C<sup>1</sup>, Hodiament F<sup>1</sup>

**Institute** 1 Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Klinikum der Universität München, München, Deutschland; 2 Palliativmedizin, II. Medizinische Klinik und Poliklinik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland; 3 Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754146

**Hintergrund** In humanitären Krisensituationen, wie einer Pandemie, begegnen Gesundheitssysteme weltweit noch nie dagewesenen Herausforderungen. Auswirkungen der SARS-CoV-2 Pandemie (C-Pandemie) auf Versorgungsstrukturen in der Palliativmedizin und somit auf die Betroffenen sind wahrscheinlich. Eine möglichst hohe Lebensqualität der schwerkranken und sterbenden Menschen auch ohne SARS-CoV-2 Diagnose sollte gewährleistet bleiben. Das Ziel der Studie ist deshalb die Exploration und Beschreibung von Auswirkungen der aktuellen C-Pandemie auf die Bedürfnisse von Patient:innen in der Palliativmedizin ohne SARS-CoV-2 Diagnose und deren Angehörige auf der Palliativstation und in der SAPV.

**Methode** Qualitative Interviewstudie mit semi-strukturierten Interviews mit Patient:innen der Palliativstation oder der SAPV und deren Angehörigen. Die Analyse erfolgt induktiv und inhaltsanalytisch unter Anwendung der Framework Methode.

**Ergebnisse** 31 Interviews mit Patient:innen/Angehörigen (15/16), versorgt durch Palliativstation/SAPV (20/11) im Zeitraum Juni 2020 – Januar 2021. Bedürfnisse, die unabhängig von der C-Pandemie durch eine palliativ geprägte Lebenssituation entstehen, bestehen auch in Zeiten der C-Pandemie unverändert weiter. Zusätzlich existieren im zeitlichen oder inhaltlichen Kontext zur C-Pandemie: (1) Sorgen hinsichtlich einer Infektion (2) Belastungen durch pandemiebedingte Veränderung im Alltag sowie (3) Auswirkungen der Pandemie auf die allgemeine und spezialisiert-palliativmedizinische Versorgung. Darüber hinaus verändert sich die Rolle der Angehörigen als Versorgende: Auf Palliativstationen sind sie durch Besuchseinschränkungen daran gehindert, ihre Aufgaben und Bedürfnisse als Pflegenden oder Begleitenden von schwerkranken und sterbenden Patient:innen wahrzunehmen. In der SAPV erleben Angehörige

ge psychische und moralische Belastungen bei der Abwägung zwischen der Erhaltung der sozialen Beziehungen am Lebensende einerseits und des Infektionsschutzes durch Reduzierung der sozialen Kontakte andererseits.

**Schlussfolgerung** Bedürfnisse von Patient:innen und Angehörigen im Rahmen der C- Pandemie gleichen den bekannten Bedürfnissen, die mit einer Situation am Lebensende einhergehen, werden allerdings facettenreicher. Soziale Beziehungen sollten als zentrale Ressource der Betroffenen unter Einhaltung der entsprechenden Schutzmaßnahmen aufrechterhalten werden. Ein besonderes Augenmerk sollte zudem auf den Bedürfnissen der Angehörigen als Versorgen-ge liegen.

## P252 Belastungsfaktoren von Pflegenden in unterschiedlichen Sektoren der Palliativversorgung – eine Mixed-Methods Studie

**Autoren** May S<sup>1</sup>, Gabb F<sup>2</sup>, Ehrlich-Repp J<sup>3</sup>, Stahlhut K<sup>4</sup>, Heinze M<sup>1</sup>, Stanze H<sup>5</sup>, Mühlensiepen F<sup>1</sup>

**Institute** 1 Medizinische Hochschule Brandenburg, Zentrum für Versorgungsforschung, Rüdersdorf, Deutschland; 2 Medizinische Hochschule Brandenburg, Neuruppin, Deutschland; 3 LAGO Brandenburg e.V., Potsdam, Deutschland; 4 Krankenhaus und Poliklinik Rüdersdorf, Rüdersdorf, Deutschland; 5 Hochschule Bremen, Bremen, Deutschland  
DOI 10.1055/s-0042-1754147

**Hintergrund** Perspektivisch muss von einem Anstieg der Arbeitsverdichtung sowie steigenden Anforderungen an die Pfl egetätigkeit insbesondere bei Palliativpflegenden ausgegangen werden. Die vorliegende Studie zielt auf die Exploration psychischer und physischer Belastungen der Pflegenden vor dem Hintergrund einer adäquaten Versorgung von schwerkranken Menschen am Lebensende ab.

**Methode** Mittels qualitativer Experteninterviews (n = 16) wurden Pflegende aus der allgemeinen und der spezialisierten Palliativversorgung zu Belastungen im Berufsalltag befragt. Die Interviews wurden inhaltsanalytisch nach Kuckartz ausgewertet. Die Ergebnisse wurden anschließend mittels einer Online-Fragebogenerhebung (n = 101) validiert und statistisch mittel SPSS ausgewertet.

**Ergebnisse** Aus den Interviews konnten settingübergreifende und settingspezifische Belastungen identifiziert werden. Settingübergreifende Belastungen resultierten aus der Zusammenarbeit mit Menschen am Lebensende, aber auch mit deren Angehörigen. Als besonders belastend wurden allerdings die Arbeitsbedingungen in den jeweiligen Settings benannt, wie bspw. der hohe Dokumentationsaufwand und der Personalmangel.

Über alle Pflegenden hinweg zeigte sich nach Auswertung des Maslach Burnout Inventory ein geringes Maß an eigener Leistungsfähigkeit. Die Dimensionen der beruflichen Erschöpfung und der Depersonalisation waren demgegenüber gering bis moderat ausgeprägt. Innerhalb einer globalen Selbsteinschätzung fühlten sich allerdings über die Hälfte aller Pflegenden hochgradig im Berufsalltag belastet, wobei Pflegende in der SAPV am meisten belastet sind, gefolgt von Pflegenden im stationären Bereich und dem Hospiz, was in Kombination mit den anderen Ergebnissen generell auf ein erhöhtes Burnoutrisiko hinweisen könnte. Aus Sicht der Pflegenden könnten folgende Maßnahmen die Palliativpflegenden entlasten: eine höhere Vergütung, die Reduktion des Dokumentationsaufwands, die Aufstockung des Personals und die Anerkennung und Wertschätzung der Palliativarbeit durch die Politik sowie der Gesellschaft.

**Schlussfolgerung** Das Belastungserleben von Pflegenden in der Palliativversorgung unterscheidet sich in den untersuchten Settings, wobei die Ursachen vielfältig sind und überwiegend mit problematischen Arbeitsbedingungen verbunden werden. Maßnahmen zur Reduktion sollten nicht einer One-Fits-All-Lösung unterliegen, sondern gezielt an der Art der Institution ausgerichtet sein, wobei eine gesamtgesellschaftliche Anerkennung nicht außer Acht gelassen werden darf.

## P260 Atemnot bei Palliativpatienten: Schwierigkeiten bei der Durchführung einer Machbarkeitsstudie zu Akupressur durch Angehörige im ambulanten Palliativbereich

**Autoren** Lask A-K<sup>1</sup>, Große-Thie C<sup>1,2</sup>, Kriesen U<sup>1,2</sup>, Leithäuser M<sup>2</sup>, Krammer-Steiner B<sup>2,3</sup>, Lakner V<sup>2</sup>, Junghanß C<sup>1,2</sup>, Sewtz C<sup>1</sup>

**Institute** 1 Universitätsmedizin Rostock, Zentrum für Innere Medizin, Klinik III – Hämatologie, Onkologie, Palliativmedizin, Rostock, Deutschland; 2 Palliativmedizinisches Netz Rostock GbR, Rostock, Deutschland; 3 Klinikum Südstadt, Klinik für Innere Medizin III – Haemato-Onkologie, Haemostaseologie, Palliativ- und Komplementärmedizin, Rostock, Deutschland  
DOI 10.1055/s-0042-1754148

**Hintergrund** Über 50 % aller Palliativpatienten leiden unter Atemnot. [1] Solch existenzielle Symptome belasten nicht nur Patienten, sondern auch pflegende Angehörige. [2] Nicht-medikamentöse Maßnahmen sind bei der multimodalen Behandlung der Atemnot elementar, jedoch von unzureichender Evidenz. [3] Standardisierte Akupressur kann bei Palliativpatienten die Atemnot reduzieren. [1] Bisher existieren keine Studien zu nicht-standardisierter Akupressur durch Angehörige, sodass eine Machbarkeitsstudie durchgeführt wurde.

**Methode** 6-monatige Rekrutierung von Palliativpatienten mit refraktärer Atemnot (NRS  $\geq 3/10$  in den letzten 24h) und einer geschätzten Lebenserwartung > 1 Monat auf der Palliativstation und in der palliativen Sprechstunde der Universitätsmedizin Rostock sowie im SAPV-Netz Rostock (6/21-1/22). Es erfolgte eine Randomisierung in 2 Interventionsgruppen: 7 Akupressur-Sitzungen in 1 oder 2 Wochen. Die Fallzahlkalkulation ergab 25 Patienten-Angehörige-Paare pro Gruppe (n = 50). Die Datensammlung erfolgte über Basisfragebögen, Akupressur-Tagebuch (inkl. IPOS, NRS, GAD-7, Distress Thermometer, ZBI-7) und ein teilstrukturiertes Interview. Primäre Endpunkte waren Machbarkeit und Akzeptanz der Intervention.

**Ergebnisse** Das Rekrutierungsziel konnte trotz mehrerer Rekrutierungsorte in 6 Monaten nicht erreicht werden (n = 7). Potentielle Patienten im Vergleich zur Gesamtzahl der Patienten im Untersuchungszeitraum: Sprechstunde 2/3, Palliativstation 26/248, SAPV 127/389. Viele Patienten der Palliativstation qualifizierten sich nicht aufgrund des schlechten Allgemeinzustands. Die Organisationsstruktur des SAPV erschwerte die Rekrutierung, da ein direkter Kontakt der Studienmitarbeiter zu den Patienten nicht gegeben war. Bei der Hälfte der befragten Patienten mit Interesse lehnten Angehörige ab (9/17).

**Schlussfolgerung** Interventionsstudien im ambulanten Palliativbereich durchzuführen gestaltet sich trotz mehrere Rekrutierungsorte sehr schwierig. Rekrutierungsrate und der Studienzeitraum sind entsprechend anzupassen. Bei Patienten wurde ein großes Interesse beobachtet, jedoch waren viele der Angehörigen bereits mit der palliativen Gesamtsituation überfordert. Das Palliativpersonal – insbesondere ambulant- war pandemiebedingt sehr belastet und konnte sich wenig auf innovative Studien fokussieren.

### References

- [1] von Trott P, Oei SL, Ramsenthaler C. 2020; Acupuncture for Breathlessness in Advanced Diseases: A Systematic Review and Meta-analysis, Elsevier Inc. J Pain Symptom Manage. 59: 327–338.e3. doi:10.1016/j.jpainsymman.2019.09.007 2020-12-19, PubMed.gov
- [2] Ullrich A, Ascherfeld L, Marx G et al. 2017 Quality of life, psychological burdens, needs, and satisfaction during specialized inpatient palliative care in family caregivers of advanced cancer patients. BMC Palliat Care. 16,31. doi:10.1186/s12904-017-0206-z 2021-02-10, PubMed.gov
- [3] (2020), Erweiterte S3 Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, 2020-12-19

## P261 (Aus-)wirkungen der Corona-Pandemie auf die Soziale Arbeit in der Hospiz- und Palliativversorgung – eine quantitative Umfrage

**Autoren** Herrmann S, Nau H, Römer N

**Institut** Sektion Soziale Arbeit der DGP, Berlin, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754149

**Hintergrund** Die Sektion Soziale Arbeit wollte durch ein deduktives Vorgehen die Fragestellung „Es gibt Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Soziale Arbeit im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung“ bearbeiten und überprüfen, welche konkreten Tätigkeitsfelder von Auswirkungen betroffen waren. Ziel: Das vorrangige Ziel der Umfrage war es, die konkreten Auswirkungen auf die einzelnen Tätigkeitsbereiche der Sozialen Arbeit zu identifizieren und hinsichtlich auffälliger Veränderungen auswerten zu können.

**Methode** Zu diesem Zweck wurde im Zeitraum 11/2020 bis 3/2021 eine quantitative Umfrage mittels des Umfrage-Tools „Survey-Monkey“ mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten sowie offenen Fragen durchgeführt. An der Umfrage haben sich 167 Sozialarbeitende aus dem Hospiz- und Palliativbereich beteiligt.

**Ergebnisse** Folgende Tätigkeiten konnten während des ersten Lockdowns fast vollständig weiterhin ausgeführt werden:

- Dokumentation der Arbeit
- Erstellen und Führen von Statistiken

Folgende Tätigkeitsbereiche erfuhren starke Einschränkungen während des ersten Lockdowns:

- Beziehungsaufbau mit Patient:innen und Angehörigen
- Fortbildungen, Supervision und Öffentlichkeitsarbeit
- Netzwerkarbeit, Gewinnung und Betreuung Ehrenamtlicher, Anleitung von Praktikant\*innen sowie Beteiligung an der Lehre

**Schlussfolgerung** Die Corona-Pandemie erschwert den Beziehungsaufbau zwischen Patient:innen, Angehörigen und Sozialarbeitenden.

Welche Auswirkungen hat es auf die Beziehung und den Beratungsprozess, wenn unmittelbare Begegnungen nicht möglich sind?

Während des Lockdowns was Supervision nur sehr begrenzt möglich. Was bedeutet das für das Team?

Die Umfrage hat gezeigt, dass die Gewinnung und Betreuung von Ehrenamtlichen stark eingeschränkt war. Muss man sich neue Aquirierungsmethoden von ehrenamtlichen Begleitern überlegen?

Die Autor\*innen geben an, dass kein Interessenskonflikt besteht.

Encore-Abstracts: Die Umfrage wurde im Rahmen einer Posterpräsentation bereits bei den Wissenschaftlichen Arbeitstagen (WAT) 2022 der DGP vorgestellt.

## P262 Die (Aus-)wirkungen der Corona-Pandemie auf die Soziale Arbeit – bereichernde und belastende Faktoren

**Autor** Herrmann S

**Institut** Johannesstift Diakonie gAG, Berlin und Wittenberg, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0042-1754150

**Hintergrund** Im Rahmen einer quantitativen Umfrage zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Soziale Arbeit in der Hospiz und Palliativversorgung wurde vorab ein Pretest vorgenommen, der nach bereichernden und belastenden Faktoren der Pandemie für die Sozialarbeitenden in der Alltagspraxis fragt.

Ziel: Ziel des Pretests war es zunächst sowohl eher bereichernde als auch eher belastende Faktoren zu erfahren und einem entsprechenden Categoriesystem zuordnen zu können, um identifizieren zu können, welche Auswirkungen von den Sozialarbeitenden konkret als bereichernd oder belastend wahrgenommen wurden.

**Methode** Zu diesem Zweck wurde im April-Mai 2020 ein mittels des Umfrage-Tools „Survey-Monkey“ mit offenen Kommentarfeldern durchgeführt. An der Umfrage haben sich 21 Sozialarbeitende aus dem Hospiz- und Palliativbereich beteiligt. Die Antworten wurden angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring entsprechenden Oberkategorien zugeordnet.

**Ergebnisse** Die belastenden und bereichernden Faktoren ließen sich folgendem Kategoriensystem zuordnen:

Kontakt  
Abstand  
Verbote  
Ehrenamt  
Versorgung/Bürokratie  
Team  
Technik  
Gesellschaft  
Emotionen/Gefühle  
Freizeit/Gestaltung

**Schlussfolgerung** Als bereichernd wurde wahrgenommen, dass sich Abläufe mit Ämtern im Rahmen der Versorgungsorganisation vereinfacht haben und weniger Bürokratie von Nöten war. Auch der engere Austausch im Team und die vermehrte Anerkennung der Profession und die interdisziplinäre Zusammenarbeit wurden positiv gesehen. Als belastend wurden insbesondere die Kontaktbeschränkungen und die vermehrten psychischen Belastungen sowohl der Betroffenen und Angehörigen als auch im Team empfunden. Insgesamt ist festzuhalten, dass bereichernde Aspekte benannt werden, die auch nach der Pandemie als sinnvoll eingestuft werden wie etwa die grundsätzliche Möglichkeit von Home Office und Nutzung der neuen technischen Möglichkeiten wie Videokonferenzen in der Alltagspraxis der Sozialarbeitenden.

Die Autor\*innen geben an, dass kein Interessenskonflikt besteht.

## P274 Wie erleben Hinterbliebene die informelle und institutionelle Unterstützung in den ersten drei Monaten nach Versterben eines nahestehenden Menschen auf einer Palliativstation?

**Autoren** Ullrich A<sup>1</sup>, Herzog J<sup>1</sup>, Wulff B<sup>2</sup>, Bokemeyer C<sup>1</sup>, Oechsle K<sup>1</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, II. Medizinische Klinik, Palliativmedizin, Hamburg, Deutschland; 2 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Rechtsmedizin, Hamburg, Deutschland  
**DOI** 10.1055/s-0042-1754151

**Hintergrund** Der Verlust eines nahestehenden, schwerstkranken Menschen bedeutet einen tiefen Einschnitt in das Leben der Angehörigen. Ziel der Studie war die Identifikation von Problemen und Bedürfnissen in Bezug auf deren informelle und institutionelle Unterstützung in den ersten Trauermonaten.

**Methode** Monozentrische Querschnittsstudie mit N = 205 erwachsenen Angehörigen im Mittel 2,5 ± 1,5 Jahre (Spannweite 0,5-6 Jahre) nach Versterben eines nahestehenden Menschen auf einer Palliativstation. Aufgrund fehlender Standardinstrumente zur Erfassung der Zielparameter wurde ein Literatur- und Experten-basiert entwickelter Fragebogen mit geschlossenen und offenen Fragenformaten eingesetzt. Freitextantworten wurden inhaltsanalytisch ausgewertet und Kategorien quantifiziert. Die Analysen erfolgten deskriptiv sowie mittels multivariabler linearer Regressionsanalysen.

**Ergebnisse** Das Ausmaß bürokratischer Hürden (M = 3,7 ± 3,2; Skala 0-10), fehlender Information (M = 3,3 ± 3,1), fehlender Ansprechpartner (M = 3,1 ± 3,1) bzw. deren Erreichbarkeit (M = 2,7 ± 2,9) wurde im Mittel jeweils eher gering eingeschätzt. Gleichzeitig beschrieben Angehörige das unerfüllte Bedürfnis, Trauernder sein zu dürfen anstatt bürokratische Hürden überwinden zu müssen (38%). Auf der informellen Ebene bewerteten Angehörige die erlebte Unterstützung durch Familie und Freunde (M = 8,0 ± 2,3; Skala 0-10) und auf der institutionellen Ebene durch Bestatter (M = 7,8 ± 2,3) sowie das Palliativteam (M = 8,1 ± 2,6) in den ersten Trauermonaten als sehr hilfreich. Als weitere wich-

tige Unterstützungsquellen wurden u.a. der Arbeitskontext (38 %) sowie Gemeinschaften/Vereine (28 %) benannt. Die Inanspruchnahme professioneller psychosozialer Unterstützung war während des ersten Trauermonats (18 %) sowie der beiden darauffolgenden Monate (13 %) gering. In 52 % der Fälle hatten die Verstorbenen Vorkehrungen für die Beerdigung getroffen; in den Regressionsanalysen zeigte sich dies als signifikanter Prädiktor sowohl für eine höhere Gesamtzufriedenheit mit der erlebten Unterstützung ( $p = .041$ ) als auch weniger unerfüllte Unterstützungsbedürfnisse ( $p = .038$ ) in den ersten Trauermonaten.

**Schlussfolgerung** Planungen für die Beerdigung zu Lebzeiten des erkrankten Menschen beeinflussen das Unterstützungserleben von Angehörigen in den ersten Trauermonaten und sollten deswegen mehr Aufmerksamkeit in der Palliativversorgung erhalten. Ein Folgekontakt des Palliativteams wurde als hilfreich wahrgenommen und sollte als Standard der Trauerbegleitung im Rahmen der Palliativversorgung implementiert sein.



## Namenverzeichnis/Authors' Index

### A

Aehnel M e20  
Ahn J e7  
Albert A e45  
Alt-Epping B e5, e16  
Altinok K e14  
Altmann K e19  
Andersen B e38  
Annac K e14  
Apolinarski B e9, e18  
Appelmann I e21  
Asendorf T e5  
Aulmann C e24  
Azhar S e32

### B

Bach P e38  
Banse C e14, e45, e47, e48  
Bardenheuer HJ e39  
Barnard K e8, e11  
Barthel R e46  
Batzler Y-N e15, e29  
Bauer B e24  
Bauer S e38  
Bausewein C e3, e6, e9, e12, e19, e26, e31, e53  
Bausewein C. e17  
Bazata J e26, e27, e31  
Becker C e52  
Becker D e25  
Becker G e6, e10, e16, e52  
Beck I e42  
Behzadi A e7, e14  
Bender H-U e43  
Berendt J e13  
Bergelt C e5  
Berger K e35  
Berges N e53  
Berthold D e16  
Best J e30, e33  
Betz RS e34  
Bezmenov A e16  
Blatter L e25  
Bleckmann A e24  
Bliem HR e50  
Blietz C e7  
Böhlke C e6, e10, e52  
Böhm I e7  
Bohn A e34  
Bohnhoff F e14  
Bokemeyer C e5, e18, e21, e55  
Borasio GD e43, e49  
Boukes B e26  
Brand H e5  
Brauer K e14  
Breindl E e9  
Brix T e24  
Bruch D e20  
Brümmendorf TH e21  
Brunner P e43  
Brunsch H e13, e15, e28  
Brunßen A e35  
Brzoska P e14, e45  
Bückmann A e23, e24  
Büntzel J e2  
Burner-Fritsch I e19  
Burner-Fritsch I. e17  
Buroh S e52  
Burzlaff P e24  
Büssing A e2, e42, e43

### C

Cardone A e28  
Centeno C e13  
Chikhradze N e14  
Chodan W e20

Corzilius J e30  
Couné B e16  
Csikós Á e13

### D

Dasch B e34, e35  
Deiseroth L e47  
Deis N e11  
Demuth S e5  
Deutz B e37  
Dijkstra B e25  
Ditscheid B e31  
Ditzen B e39  
Dräger DL e36  
Dunst J e37  
Dust G e27

### E

Ehrlich-Repp J e54  
Eichenauer DA e36  
Elsner F e41  
Elster L e16  
Engelhardt M e28  
Engelking-Fründ H e37  
Enger S e17  
Erdmann L e44  
Erdsiek F e45  
Erhard S e52  
Eskofier B e22  
Eveslage M e23, e24

### F

Fedderson B e30  
Feldhaus-Plumin E e8  
Fellbaum K e7  
Finck R e46  
Fischer K e38  
Fischer R e7, e8  
Fischhuber K e24  
Flaig F e49  
Fleischmann C e49, e53  
Frey JS e27  
Freytag A e31  
Frey UH e38  
Führer M e43, e49

### G

Gabb F e54  
Garralda E e13, e28  
Gawinski L e48  
Gebel C e31, e40, e50  
Gehlhaar A e20  
Gehrmann J e31  
Gencer D e16  
Gerdes V e7, e48  
Gerlach C e53  
Gerundt M e42, e43  
Gesell D e9  
Giebel A e42, e43  
Giehl C e14  
Gimpel H e23  
Gottlieb T e38  
Gottschalk A e24  
Götze K e17, e27, e30  
Gramm J e43  
Grimminger S e23  
Groot M e25  
Große-Thie C e35, e39, e54  
Gschnell M e3, e30  
Guерcke-Bellinghausen A e47  
Günay Y e14

### H

Hach M e25  
Haescher M e20

Hagenguth A e43  
Hainsch-Müller I e24  
Hakenberg O e36  
Haller K e5  
Handtke V e31  
Harnischfeger N e5  
Hasselaar J e13, e15, e28  
Hauch H e43  
Heckel M e9, e13, e22, e23, e26  
Hein K e49  
Heinzelmann A e39  
Heinze M e20, e54  
Heiß K e47  
Henking T e49, e50, e53  
Hennig B e31  
Hense J e39  
Hentschel L e13, e34  
Herbst FA e9, e18, e26, e48  
Hercz D e52  
Hermann A e42  
Hermes-Moll K e25  
Herrmann-Johns A e32  
Herrmann S e16, e41, e55  
Herzog J e55  
Hindenburg D e32  
Hodiamont F e9, e12, e19, e53  
Hodiamont F. e17  
Hofmeister U e24  
Höpfner F e20  
Hopp S e14  
Hornemann B e13  
Hosters B e38  
Hrskova K e19  
Huperz C e9, e18

### I

Icks A e10  
Idris M e14  
in der Schmitt J e10, e17, e30

### J

Jäger C e26  
Jäger H e10, e16  
Jahn P e51  
Jansky M e14, e45, e47, e48  
Jaspers B e13, e15, e20, e28, e47  
Jennessen S e7  
Jentschke E e13  
Joist T e26  
Joos L e52  
Juen B e50  
Juhra C e23, e24  
Junghanß C e20, e35, e39, e54  
Jura M e32

### K

Kächele I e44  
Kasdorf A e4, e52  
Kästner J e43  
Kauzner S e26, e27  
Keinki C e25  
Keser M e16  
Kessler J e39  
Keßler J e16  
Kiefer P e44  
Kiepke-Ziemes S e19  
Kimmig A e43  
Klein C e3, e6, e10, e23, e26, e27, e31  
Klemmt M e49, e50  
Kloke M e42, e43  
Kloppenburg L e50  
Köberlein-Neu J e25  
Koehler F e39  
Koller D e9  
Kolmhuber S e19

Könemann M e37  
 König P e44  
 Korezelidou A e11  
 Krammer-Steiner B e54  
 Kranz S e8  
 Krause LC e34  
 Krauss S e26, e27  
 Kremling A e3, e26  
 Kreutzberg U e7  
 Kriesen U e35, e39, e54  
 Krüger J e24  
 Krumm N e50  
 Kunkel S e30, e33  
 Kunze C e44  
 Kurkowski S e31

## L

Lakner V e54  
 Lask A-K e54  
 Lauer R e14  
 Lee S-E e39  
 Lehmann D e40  
 Lehmann T e31  
 Leithäuser M e54  
 Lenk-Neumann B e14  
 Lenz P e23, e24, e34, e35  
 Letsch A e5  
 Liebau S e8  
 Liethmann K e37  
 Linderkamp F e20  
 Lindwedel U e44  
 Ling J e28  
 Liu K e30  
 Lohrmann D e2, e48  
 Lorenz S e19  
 Love AM e36

## M

Maier R e25  
 Mai S e39  
 Maletzke S e21  
 Mallmann B e39  
 Marciniak K e41  
 Marckmann G e17, e30  
 Markgraf M e23  
 Marotzki U e34  
 Marquardt S e16  
 Marschall U e31  
 Marx G e2  
 Maul J e3, e30  
 Maus K e20, e47  
 Mayer-Steinacker R e16  
 May S e20, e54  
 Meerpohl J e52  
 Meesters S e31  
 Meier S e12, e15  
 Meinders M e25  
 Meißner F e31  
 Meißner W e31  
 Menten J e13  
 Mercadante S e13  
 Metzner S e24  
 Migala S e14  
 Mohr D e25  
 Morin A e30  
 Mosich V e12  
 Mosoiu D e13  
 Muentz C e25  
 Mühlensiepen F e20, e54  
 Müller A e30, e33  
 Müller C e2  
 Müller E e10  
 Müller EA e6, e16  
 Müller MJ e6, e10  
 Müller-Mundt G e51  
 Müller S e39  
 Münker A e38  
 Murua Escobar H e20

## N

Nadolny S e3  
 Nauck F e2, e45, e47, e48  
 Nau H e55  
 Neudert S e49, e50, e53  
 Neugebauer T e45  
 Neukirchen M e10, e12, e15, e29  
 Niesert W e2

## O

Oechsle K e5, e13, e18, e21, e53, e55  
 Ölcer S e14  
 Opitz S e6  
 Osburg S e25  
 Ostgathe C e3, e6, e9, e10, e22, e23, e26, e27  
 Otte I e14  
 Oubaid N e13  
 Özer Erdogdu I e14, e45

## P

Pacolli L e14  
 Pagels M e6  
 Pakaki N e14  
 Panhofer- Wolfgramm M e5  
 Pape AE e3  
 Paul A e30, e33  
 Pauli B e13  
 Payne S e13, e28  
 Pedrosa Carrasco A e16, e28  
 Pekrun A e44  
 Pentzek M e17  
 Peters J e9  
 Peusquens F e20  
 Peuten S e23  
 Poeck J e31  
 Pohontsch N e2  
 Probst SM e45

## R

Rabenstein U e9  
 Radbruch L e13, e15, e20, e28, e47  
 Rasche P e14  
 Rath HM e5  
 Rauschnig M-K e40  
 Rausch R e39  
 Rauser J e16  
 Regelmann E-M e34  
 Reinecke A e11  
 Reiprich T e4  
 Reisinger A e22  
 Reisinger A. e22  
 Reisinger C e17  
 Remi C e26  
 Rentschler J e2  
 Repsch A e8, e11  
 Richter C e20  
 Rieder N e5  
 Riesinger R e19  
 Riester T e17  
 Rijpstra M e13  
 Rißner F e31  
 Ritter-Herschbach M e51  
 Roch C e6  
 Rolke R e21, e50  
 Römer N e29, e55  
 Röwer HAA e9, e18, e48  
 Rütter S e46

## S

Salimi A e21  
 Sammer T e15  
 Sauer T e28  
 Schade F e2  
 Schäfer H e6, e10  
 Schallenburg M e10, e12, e15, e29  
 Schäper S e47  
 Scheer K e2  
 Scheer M e43

Scheinhardt P e35, e39  
 Schemionek-Reinders M e21  
 Scherer M e2  
 Scherg A e41  
 Schieferdecker A e18, e21  
 Schildmann E e3, e26, e31  
 Schildmann J e3, e26, e27, e30  
 Schmalz C e37, e46  
 Schmedes C e36  
 Schmidt C e26  
 Schmidt-Pabst E e14  
 Schmiemann G e22  
 Schmiemann G. e22  
 Schmitzer I e5  
 Schmohl C e29  
 Schnakenberg R e7  
 Schnapper G e3  
 Schneider C e20  
 Schneider M e26  
 Schneider N e8, e9, e18, e26, e48, e51  
 Schneider W e23  
 Schoeche T e39  
 Schöne LM e24  
 Schönsteiner S e16  
 Schroer B e47  
 Schuler M e38, e39  
 Schulte-Feierabend S e47  
 Schulze C e32  
 Schulze U e32  
 Schumski L e22  
 Schumski L. e22  
 Schütte-Bäumner C e19, e40  
 Schütte K e34  
 Schütte-Nütgen K e6  
 Schwabe S e7, e8, e51  
 Schwartz J e10, e12, e15, e29  
 Schwarzer G e52  
 Schwenitzki L e13  
 Seehausen A e20  
 Seifart C e28  
 Sewtz C e35, e39, e54  
 Sibelius U e16  
 Siegle A e11  
 Sievers C e31  
 Simon S e13  
 Simon ST e6, e10, e36  
 Slotina E e31  
 Solar S e5  
 Soßalla L e5  
 Stahlhut K e20, e54  
 Stanze H e54  
 Steigleder T e22  
 Steigleder T e23  
 Stiel S e9, e13, e18, e26, e32, e48, e51  
 Stillger C-M e15, e29  
 Storck M e24  
 Stößlein S e43  
 Strupp J e4, e27, e30, e33, e52  
 Surges S e28  
 Surges SM e13, e15  
 Suslow A e14

## T

Tenge T e12, e15, e29  
 Tesch H e25  
 Teufel A e39  
 Tewes M e2, e38, e39  
 Theilig K e46  
 Theißen T e18, e21  
 Thilo N e17  
 Thomas M e11  
 Thuss-Patience P e5  
 Titgemeyer C e44  
 Todisco L e32  
 Tönnies L e25  
 Trehern S e37  
 Tretiakowa I e43  
 Trianti SM e5

Trusch B e8

## U

Ülgüt R e26

Ullrich A e13, e18, e21, e53, e55

Unsöld L e11

## V

Vaillant V e43

van Baal K e32

Van der Elst M e13

van Oorschot B e6, e13

Vieri M e21

Villalobos M e11

Vinatzer IM e50

Volberg C e3, e28, e30

Völkl M e3

Vollmar HC e14

Voltz R e4, e27, e30, e33, e52

von Havranek M e34

von Trott P e11

von Wieding E e37

## W

Wagner S e26

Wachter A e10

Wahidie D e14

Waldmann D e23

Wallbrecher C e42

Walther W e51

Warnecke E e38

Warth M e39

Wasner M e32, e52

Weber A e49

Weber JP e2

Weber M e39

Wedding U e31, e40, e50

Wellesen A e34

Welslau M e25

Welt A e38

Werner B e27

Wessel H e47

Wieditz J e5

Wiesner K e49

Wiesweg M e38

Wikert J e12, e18, e21

Wikert J. e17

Wohlfarth N e38

Wulff B e55

## Y

Yilmaz-Aslan Y e14, e45

Yip JB e22

## Z

Ziegler K e3, e26, e27

Zilezinski M e51