

## 15. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

**Datum/Ort:**

25.–28. September 2024, Aachen

**Kongresspräsidenten:**

Prof. Dr. Roman Rolke, Veronika Schönhofer-Nellessen

- e2 Wert(schätzung): über unsere Werte und Haltung
- e5 Selbst(für)sorge: Achtsamkeit für mich, im Team und für die Betroffenen
- e5 Gemeinsam. Leadership und Teamentwicklung
- e7 Neuro, Kardio, Psychiatrie und mehr: neue Themenfelder in der Palliativversorgung
- e13 Die 4 Dimensionen: körperlich, psychisch, sozial und spirituell
- e17 Hands on Symptomkontrolle
- e20 Komplementäre Therapien und Angebote
- e23 Was Sie schon immer über Methoden der Palliativforschung wissen wollten
- e26 Palliative Care für zuhause: SAPV, AAPV, BQKPMV und mehr
- e29 Wenn es nur stationär geht: Palliativversorgung im Krankenhaus und Hospiz
- e35 Fort- und Weiterbildung in der Hospiz- und Palliativversorgung
- e39 Netzwerke und Übergänge in der Hospiz- und Palliativversorgung
- e44 Versorgungsqualität, Fehlerkultur und Outcome-Parameter
- e51 Advance Care Planning und gesundheitliche Versorgungsplanung
- e54 Über das gute Leben bis zuletzt: Medizinethik, Sozialethik, Alltagsethik
- e56 Wenn es palliativ wird in der Alten- und Eingliederungshilfe
- e59 Sieh mich wie ich bin: Diversität in uns und um uns
- e61 Groß und klein: Kinderpalliativversorgung und Transition ins Erwachsenenalter
- e64 Ohne Bürgerbewegung und ehrenamtliches Engagement geht es nicht
- e65 Freie Themen
- e80 Namenverzeichnis/Authors' Index

## Wert(schätzung): über unsere Werte und Haltung

### P144 Zwischenmenschliche Probleme in der Kommunikation innerhalb von multiprofessionellen Palliative Care Teams

**Autor** Koch E

**Institut** Anna Hospizverein im Landkreis Mühldorf e.V., Hospizakademie Annabrunn, Polling

**DOI** 10.1055/s-0044-1788348

**Hintergrund** Durch Missverständnisse können Probleme entstehen, welche Mitarbeitende in Palliative Care Teams belasten. Hospiz- und Palliative Care braucht Helfer:innen mit empathischer und authentischer Haltung, um Menschen in existenzieller Not adäquat begegnen zu können. Diese Mitarbeiter:innen sind auch im Team sensibel.

#### Fragestellung:

- Welcher Art sind Probleme im Palliativteam?
- Welche Zusammenhänge können mit Hilfe einzelner Aspekte aus Kommunikationswissenschaften und Psychologie beobachtet werden?

#### Ziel:

- besseres Verständnis gegenüber Kolleg:innen und sich selbst
- Vermeidung von Konflikten

#### Methode

#### MIXED METHODS DESIGN

Online-Umfrage mit Lime Survey, Multiple Choice Fragen z.B.

- Welche zwischenmenschlichen Spannungen erleben Sie im Team als Herausforderung?
  - Wie gehen Sie im Team mit „Störungen“ um?
- und offene Fragen z.B.
- Welche weiteren Umgangsmöglichkeiten mit „Störungen“ kennen Sie noch?
  - Was ist für Sie zum Thema Kommunikationsprobleme im Palliativteam noch wichtig mitzuteilen?

Stichprobe ca. 500 Personen – Rücklauf 157 ausgefüllte Fragebögen.

Codierung der qualitativen Antworten nach Philip Mayring, deskriptive Analyse aller Ergebnisse und Interpretation einzelner Gesichtspunkte.

Aspekte aus Psychologie und Kommunikationswissenschaften: Psychische Grundbedürfnisse, Selbstwert, Bindungstheorie, Angst, Transaktionsanalyse und Themenzentrierte Interaktion.

#### Ergebnisse

Mitarbeitende in Palliative Care Teams fühlen sich belastet durch:

- den Umgang mit emotionalen Situationen
- Kolleg:innen, die kompliziert, mehrdeutig und widersprüchlich kommunizieren
- Überredseligkeit von Kolleg:innen und Gespräche über dritte
- wenn sich Mitarbeitende nicht verstanden fühlen
- bei moralisch-ethischem Stress.

Fehler auf Führungs- und Leitungsebene führen zu Problemen durch:

- fehlende Zuständigkeiten und Strukturen
- Druck verbunden mit mangelnder Wertschätzung.

Aus der Pionierzeit entwickelten sich viele etablierte Institutionen. Notwendige Konsolidierungsprozesse sind für Mitarbeiter:innen notwendig und gleichzeitig belastend, können kränkend und enttäuschend wirken. Mobbing tritt auch in diesem „idealisierten Arbeitsfeld“ auf.

**Schlussfolgerung** Das Feld Hospiz- und Palliative Care ist emotional überflutet. Die Teams brauchen eine offene, klare Kommunikationskultur durch Führungs- und Leitungskräfte, ebenso Empathie von Kolleg:inne und Leitungskräften.

Kommunikation bleibt herausfordernd. Menschen haben ihre eigene Persönlichkeit und Art zu sprechen. Akzeptanz zwischen den Teammitgliedern kann ausgleichend wirken.

Menschen können nicht immer zusammenkommen:

- privat können wir wählen, mit welchen Menschen wir Zeit verbringen.
- beruflich können wir uns mit den Gegebenheiten arrangieren im Sinne von **Love it, change it or leave it** (Henry Ford)

### P157 Wie lässt sich die Kompetenz im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer verbessern: Ein systematischer Ansatz in einer Millionenstadt

**Autorinnen/Autoren** Voltz R, Bollig G, Golla H, Kreimeike K, Simon S, Strupp J

**Institut** Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin, Köln

**DOI** 10.1055/s-0044-1788349

**Hintergrund** Kompetenz im Umgang mit schwerer Krankheit, Sterben, Tod und Trauer („Death Literacy“) ist eine Herausforderung für uns alle, und diese lässt sich auf allen Ebenen verbessern – sowohl bei den Mitarbeitenden im Gesundheitswesen als auch auf Seite der Patienten, Angehörigen und gesunden Bewohner einer Stadt.

Ziel ist daher die Verbesserung dieser Kompetenz durch Etablierung eines Plan-Do-Study-Act Zyklus in der Stadt Köln.

**Methode** Basierend auf langjähriger Hospiz- und Palliativverfahren in der Stadt und auf wissenschaftlichen Studien über die Erfahrungen von Betroffenen im letzten Lebensjahr und was sie als zusätzliche Hilfe benötigen würden, wurden verschiedene Interventionen auf unterschiedlichen Ebenen begonnen (einige andauernd, einige abgeschlossen). Evaluationen der Projekte erfolgt durch Fragebögen, Interviews, Fokusgruppen und Sekundärdatenanalyse.

**Ergebnisse** Netzwerke stärken: Etablierung einer Caring Community, basierend auf dem Palliativ- und Hospiznetzwerk sowie Unterstützung durch die Kommune und verschiedene Akteure der Stadtgesellschaft.

Mitarbeitende im Gesundheitswesen stärken: Implementierung der Surprise Question 12 Monate zusätzlich zu Patient Prompt Sheets; Verbesserung der Versorgung in der Sterbephase auf Allgemein- und Intensivstationen; Kommunikationstraining zum Umgang mit Todeswünschen für Professionelle, Hospizhelfer und Angehörige; Frühintegration von Palliativversorgung bei Patienten mit Glioblastom, Multipler Sklerose und Knochenmarkstransplantation.

Outreach Projekte: Etablierung eines „Buddy“ Systems für Schwerkranke und ihre Zugehörigen; Etablierung von „Letzthelfern am Arbeitsplatz“; sowie Schulprojekte zum Umgang mit Sterben, Tod und Trauer.

**Schlussfolgerung** Stärkung der Kompetenz im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer muss auf verschiedenen Ebenen der Stadtgesellschaft erfolgen und kann durch Kombination von innovativer Praxis und wissenschaftlicher Evaluation geschehen. Da dies natürlich ein langfristiger Prozess ist, müssen entsprechende Strukturen geschaffen werden, um ihn unabhängig von einzelnen Projekten oder Personen zu machen.

### P199 Wissen und Einstellungen zum assistierten Suizid einer Stichprobe von Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin

**Autorinnen/Autoren** Brune T<sup>1</sup>, Batzler Y-N<sup>1</sup>, Schallenger M<sup>1</sup>,

Schwartz J<sup>1</sup>, Küppers R<sup>2</sup>, Tenge T<sup>2</sup>, Meier S<sup>2</sup>, Niegisch G<sup>3</sup>, Neukirchen M<sup>1,2</sup>

**Institute** 1 Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Medizinische

Fakultät und Universitätsklinikum Düsseldorf, Düsseldorf; 2 Klinik für

Anästhesiologie, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum Düsseldorf,

Düsseldorf; 3 Klinik für Urologie, Medizinische Fakultät und

Universitätsklinikum Düsseldorf, Düsseldorf

**DOI** 10.1055/s-0044-1788350

**Hintergrund** Das Bundesverfassungsgericht hat im Februar 2020 das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§217 StGB) für verfassungswidrig erklärt. Seitdem werden Vorschläge für eine gesetzliche Regelung der Suizidassistenten diskutiert. Im Rahmen der Diskussion sind Wissen und Einstellungen verschiedener medizinischer Fachgruppen relevant.

**Methode** Um Wissen und Einstellungen einer Stichprobe von Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) zu erfassen, erfolgte eine Befragung mittels Unipark. Der Fragebogen fand zuvor im Rahmen einer Befragung unter vorwiegend jüngeren Ärzt\*innen (Berufserfahrung: 88 % 0–5 Jahre) verschiedener Fachrichtungen sowie unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) Verwendung [1, 2]. Die Fragen wurden anhand einer fünf-Punkt-Likert Skala beantwortet: „trifft voll zu“ und „trifft eher zu“ wurden als Zustimmung, „trifft eher nicht zu“ und „trifft gar nicht zu“ als Ablehnung gewertet. Die Auswertung erfolgte deskriptiv und mithilfe der CHERRIES-Kriterien [3].

**Ergebnisse** Der Umfrage-Link wurde im Newsletter der DGAI (08/2023, Reminder: 10/2023) an 25.573 Mitglieder verschickt und von 11.731 geöffnet. Von 08/2023–01/2024 sahen sich 1.056 Mitglieder die Umfrage an (View rate: 9 %). 822 nahmen teil (Participation rate: 78 %), 686 füllten den Fragebogen komplett aus (Completion rate: 83 %; teilweise: 136 – diese wurden mit in die Auswertung einbezogen). Die Mehrheit der Befragten waren Ärzt\*innen (99 %, n = 674/678). 65 % (n = 444/680) gaben an, mehr als 18 Jahre Berufserfahrung zu haben (0–8 Jahre: 11,3 %). 48 % (n = 386/804) der Befragten kannten das Urteil zu §217 nicht. 21 % (n = 175/822) dachten fälschlicherweise, Suizidassistenten sei in Deutschland eine Straftat. 50 % (n = 341/688) wurden noch nie um Mithilfe beim assistierten Suizid gebeten. 76 % (n = 458/696) könnten sich eine Mitwirkung bei Suizidassistenten nur bei Palliativpatient\*innen vorstellen.

**Schlussfolgerung** Die teilnehmenden Mitglieder der DGAI weisen Wissenslücken zur Rechtslage auf, wenn auch weniger als in der Befragung jüngerer Ärzt:innen fehlendes Wissen bzgl. §217 StGBangaben (48 % vs. 71 %) [1]. Nur 17 % der befragten Mitglieder der DGP gaben an, den Beschluss nicht zu kennen. Im Vergleich zur Befragung der DGP wurde etwa die Hälfte der Befragten der DGAI noch nie aktiv um Mitwirkung beim assistierten Suizid gebeten (50 % vs. 27 %) [2]. Die Berufserfahrung > 18 Jahre ist unter Mitgliedern der DGP höher als in der DGAI (73 % vs. 65 %). Im Vergleich zur Befragung der DGP ist der Anteil derer, die den assistierten Suizid nur in palliativer Behandlungssituation in Erwägung ziehen, höher (63 % vs. 51 %) [12]. Die Fachrichtung, Berufserfahrung und Konfrontation mit Wunsch nach Suizidassistenten könnten Wissen und Einstellungen zum assistierten Suizid beeinflussen.

#### Literatur

[1] Küppers R, Meier S, Batzler YN, Schallenburg M, Wetzchewald D, Dreyer S, Schwartz J, Neukirchen M. (24), Sichtweisen einer Stichprobe überwiegend jüngerer Ärztinnen und Ärzte zum ärztlich-assistierten Suizid [Perspectives of a sample of mostly younger doctors on physician-assisted suicide]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2024. doi:10.1007/s00103-024-03833-5. Epub 2024 Jan 22 PMID: 38253871; PMCID: PMC10834612

[2] Schwartz J, Schallenburg M, Batzler Y-N, Bausewein C, Scherg A, Jansen J, Meier S, Küppers R, Neukirchen M. (24), Dealing with assisted suicide: Attitudes and experiences from members of the German Association for Palliative Medicine [Accepted, Poster Presentation]. EAPC. 2024; 13th World Research Congress, Barcelona.

[3] Eysenbach Gunther Improving the Quality of Web Surveys: The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). J Med Internet Res 2004. doi:10.2196/jmir.6.3.e34

## P206 Soziale Implikationen von Gesundheitstechnologien in der Palliativversorgung – Entwicklung eines konzeptionellen Rahmenwerks

**Autorinnen/Autoren** Öhl N<sup>1</sup>, Steigleder T<sup>1</sup>, Hille E M<sup>2</sup>, Braun M<sup>2</sup>, Weisser A<sup>1</sup>, Mühlensiepen F<sup>3</sup>, Vossiek M<sup>4</sup>, Eskofier B<sup>5</sup>, Kölpin A<sup>6</sup>, Forbes C C<sup>7</sup>, Ostgathe C<sup>1</sup>, Heckel M<sup>1</sup>

**Institute** 1 Uniklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Palliativmedizinische Abteilung, Erlangen; 2 Universität Bonn, Lehrstuhl für (Sozial-) Ethik, Bonn; 3 Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Zentrum für Versorgungsforschung, Rüdersdorf; 4 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Department Elektrotechnik-Elektronik-Informationstechnik (EEL) Lehrstuhl für Hochfrequenztechnik, Erlangen; 5 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Department Artificial Intelligence in Biomedical Engineering (AIBE) Lehrstuhl für Maschinelles Lernen und Datenanalytik, Erlangen; 6 Technische Universität Hamburg (TUHH), Institut für Hochfrequenztechnik, Hamburg; 7 University of Hull, Hull York Medical School, Wolfson Palliative Care Research Centre, Kingston upon Hull  
DOI 10.1055/s-0044-1788351

**Hintergrund** Neue Gesundheitstechnologien wie beispielsweise Apps, radarbasierte Messtechniken oder Robotik bieten Potentiale zur Unterstützung der Palliativversorgung. Ihr Einsatz führt zu sozialen Auswirkungen in der Versorgungspraxis, die vielschichtig, teils verzögert erkennbar und zu berücksichtigen sind. Da soziale Teilhabe und zwischenmenschliche Begegnungen in der Palliativversorgung zentrale therapeutische Konzepte ausmachen ist hier besondere Vorsicht geboten. Gesundheitstechnologien dürfen die Grundsätze der Palliativversorgung nicht stören oder beeinträchtigen. Um dies sicherzustellen sind die sozialen Auswirkungen von Gesundheitstechnologien bei deren Entwicklung und Nutzung fortlaufend zu analysieren und zu berücksichtigen. Bislang fehlt eine Konzeptionalisierung sozialer Implikationen von Gesundheitstechnologien in der Palliativversorgung.

**Methode** Zur Erforschung sozialer Implikationen von Gesundheitstechnologien in der Palliativversorgung wurde zwischen September 2022 und Juli 2023 ein sequentielles Forschungsdesign mit Methoden der qualitativ-empirischen Sozialforschung angewandt: (1) Zunächst wurden iterative interdisziplinäre Diskussionsrunden durchgeführt und mittels konzeptioneller Mapping-Methode ausgewertet. Darauf aufbauend folgten (2) drei Fokusgruppen mit Forschenden, medizinischem Personal und einer Patient-and-Public-Involvement Gruppe, welche mittels qualitativ strukturierter Inhaltsanalyse ausgewertet wurden. Mit den Ergebnissen wurde ein Rahmenwerk – das CARE-HAUS Rahmenwerk – entwickelt, dessen Anwendbarkeit in zwei Fallstudien (3) beispielhaft anhand von radarbasierten Messtechniken und Wearables zur Bewegungsüberwachung überprüft wurde. Das Forschungsdesign wurde von fortlaufenden iterativen narrativen Literaturrecherchen begleitet.

**Ergebnisse** Das CARE-HAUS Rahmenwerk konzeptualisiert soziale Implikationen von Gesundheitstechnologien in der Palliativversorgung. Es zeigt Bereiche auf, in denen Gesundheitstechnologien förderliche und potenziell hinderliche Auswirkungen auf die Versorgungspraxis haben können, wobei die Grundsätze und Zielsetzungen der Palliativversorgung als Maßstab gelten. Die identifizierten Bereiche umfassen die beteiligten Akteur:innen und ihre Charakteristika, Interaktionen, Rollen, Aufgaben und Prozesse im Versorgungskontext und schließlich gesellschaftliche, strukturelle, organisatorische und fachliche Rahmenbedingungen.

**Schlussfolgerung** Das CARE-HAUS Rahmenwerk bietet eine Orientierung für die Analyse sozialer Implikationen vor und während Technologieentwicklungen und -implementierungen. Künftig muss die Anwendbarkeit des CARE-HAUS Rahmenwerks in weiteren Studien evaluiert werden.

This work was funded by Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG, German Research Foundation) under Grant SFB 1483 – Project-ID 442419336.

## P209 Wert(schätzung): Partizipative Werte- und Handlungsfindung am Beispiel der Beihilfe zur Selbsttötung

**Autorinnen/Autoren** Heinlein S, Preuss S, Eilts-Köchling K, Schell G, Seiler P, Rave F, Neugeboren C, Sander M  
**Institut** Palliativnetz Travebogen gGmbH, Lübeck  
DOI 10.1055/s-0044-1788352

**Hintergrund** Im Folgenden wird der deutsche Begriff „Beihilfe zur Selbsttötung“ verwendet. Er ist gleichbedeutend mit „assistiertem Suizid“. Seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2020 ist die Beihilfe zur Selbsttötung unter bestimmten Umständen nicht mehr verboten und daher heute schon möglich. Es ist noch offen, ob die Beihilfe gesetzlich geregelt wird, wie diese Regelung aussehen und wann sie kommen könnte.

**Methode** In einem ersten Schritt wurde von einer multiprofessionell besetzten Arbeitsgruppe der Palliativnetz Travebogen gGmbH mögliche Positionen für die eigene spezialisierte ambulante Palliativversorgung ausgelotet und hieraus ein Positionspapier erstellt. In einem zweiten Schritt wurden einrichtungsinterne Schulungen zum Themenkomplex „Umgang mit Todeswünschen“ (adaptiert nach Kreimeike und Voltz) durchgeführt. Dabei wurde am Ende das Positionspapier der Arbeitsgruppe als Diskussionspapier vorgestellt. Zusätzlich wurde abgefragt, welche Inhalte und welche Form der Beschäftigung mit dem Thema „Beihilfe zur Selbsttötung“ gewünscht sind. Aufbauend auf diesen Vorarbeiten wurde ein einrichtungsinernes Befragungsinstrument zur Ermittlung der persönlichen Einstellung zum Themenkomplex erstellt, welches als Grundlage einer freiwilligen und anonymisierten Online-Umfrage unter allen Beschäftigten der Palliativnetz Travebogen gGmbH diente.

**Ergebnisse** Von den insgesamt n = 144 Beschäftigten der Palliativnetz Travebogen gGmbH nahmen insgesamt n = 102 Beschäftigte an der Umfrage teil, was einer Rücklaufquote von 73 % entspricht. Von diesen n = 102 Beschäftigten nahmen n = 91 an der inhaltlichen Befragung teil, die anschließend gesamt sowie berufsgruppenspezifisch ausgewertet wurde, um entsprechende Handlungsoptionen zur Weiterentwicklung der Haltung konzipieren zu können. Inhaltliche Ergebnisse der Befragung werden zum Schutz der Beschäftigten nicht berichtet, diese dienen ausschließlich der konzeptionellen Weiterentwicklung der Palliativnetz Travebogen gGmbH.

**Schlussfolgerung** Der hohe Rücklauf zeigt einerseits den hohen Bedarf an der Auseinandersetzung mit einem moral-distress auslösenden Themenkomplex, andererseits auch die sehr gute Nutzung, sich partizipativ an der Unternehmensentwicklung im Sinne einer Haltungsentwicklung zu beteiligen. Aufbauend auf den Ergebnissen werden entsprechende Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten konzipiert sowie eine themenbezogene Konsenshaltung zur Beihilfe zur Selbsttötung als Gesamtunternehmen abgeleitet.

## P216 Mit Bürgerinnen und Bürgern über Forschung und technische Innovationen in der Palliativversorgung ins Gespräch kommen – Pilotierung eines ELSI-Cafés

**Autorinnen/Autoren** Öhl N<sup>1</sup>, Weisser A<sup>1</sup>, Ott T<sup>2</sup>, Griebshammer S<sup>1</sup>, Yip J<sup>1</sup>, Klinger I<sup>1</sup>, Kölpin A<sup>3</sup>, Miehl J<sup>4</sup>, Bräuning J<sup>5</sup>, Dabrock P<sup>2</sup>, Steigleder T<sup>1</sup>, Ostgathe C<sup>1</sup>, Heckel M<sup>1</sup>

**Institute** 1 Uniklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Palliativmedizinische Abteilung, Erlangen; 2 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Lehrstuhl für Systematische Theologie II (Ethik), Erlangen; 3 Technische Universität Hamburg (TUHH), Institut für Hochfrequenztechnik, Hamburg; 4 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Lehrstuhl für Konstruktionstechnik KTMfK, Erlangen; 5 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Department Elektrotechnik-Elektronik-Informationstechnik (EEI) Lehrstuhl für Hochfrequenztechnik, Erlangen  
DOI 10.1055/s-0044-1788353

**Hintergrund** Die Einbindung der Öffentlichkeit in Forschung zu technologiebezogenen Innovationen in der Palliativversorgung ist von Bedeutung, um bedarfsgerechte, sozial wirksame und gesellschaftlich-relevante Gesundheitstechnologien zu entwickeln. Ein niederschwelliges Dialogformat ermöglicht Bürger:innen einen regelmäßigen Austausch mit Forschenden zu technischen Innovationen und deren ethische, rechtliche und soziale Implikationen (ELSI). Ziel des Formates ist es, einen Raum für Austausch zwischen Wissenschaft und Öffentlichkeit zu bieten und damit wechselseitiges Verständnis und neue Im-

pulse zu fördern. Damit wird die Möglichkeit der Partizipation in Form von Anhörung und Einbeziehung geboten.

**Methode** Das Format des ELSI-Cafés wurde über einen Zeitraum von 12 Monaten pilotiert, wobei vier Treffen zu den Themen Radartechnologien, digitaler Austausch von Gesundheitsdaten sowie Rekrutierung von Studienteilnehmenden in der Palliativversorgung stattfanden. Die Treffen hatten jeweils fünf bis acht Teilnehmende und wurden abwechselnd in universitären Räumlichkeiten und einem öffentlichen Café abgehalten. Forschende präsentierten aktuelle Forschungsfragen, Studiendesigns und Ergebnisse und setzten Gesprächsimpulse, wobei die Richtung des Gesprächsverlaufs bewusst offengehalten wurde. In einem Evaluationstreffen wurden die organisatorische und inhaltliche Gestaltung des Formates reflektiert.

**Ergebnisse** Das Evaluationstreffen zeigte, dass sich Teilnehmende im ELSI-Café über technologiebezogene Forschung in der Palliativversorgung informieren, austauschen und aktiv dazu beitragen möchten. Es wird eine rahmende Moderation gewünscht, die Raum für offenen und interessensgeleiteten Austausch bietet. Teilnehmende erachten die Dokumentation von zentralen Erkenntnissen sowie Rückmeldungen von Forschenden über die Integration in ihre Arbeit als wichtig. Hervorgehoben wird die Bedeutung einer gemeinsamen Sprache und die Herausforderung, wissenschaftliche Inhalte für ein breites Publikum verständlich zu kommunizieren. Forschende können ihre Arbeit mit geringem Aufwand vorstellen und von unmittelbaren Rückmeldungen potentieller Techniknutzender profitieren.

**Schlussfolgerung** Das ELSI-Café hat sich als niederschwellige Austauschmöglichkeit bewährt und soll weiterhin angeboten werden. Die Möglichkeit, mit der Öffentlichkeit in den Dialog zu treten, dient der Transparenz und Demokratisierung von Forschung in der Palliativversorgung und stellt einen bedeutenden Schritt zur Gewährleistung der Wirksamkeit und Inklusivität angesichts der Nutzung von Gesundheitstechnologien dar. Teilnehmende werden angeregt, auch tiefergehend im Rahmen von Co-Design an Technologieentwicklungen zu partizipieren.

This work was funded by Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG, German Research Foundation) under Grant SFB 1483 – Project-ID 442419336.

## P330 „Alles hat sozusagen einen eigenen Wert, der auch eine andere Art der Begegnung zulässt“ – Ethische Überlegungen zum Einsatz von Videokonferenzen in der SAPV-KJ

**Autorinnen/Autoren** Marange A<sup>1</sup>, Kächele I<sup>1</sup>, Kiefer P<sup>1,2</sup>, König P<sup>1</sup>, Kunze C<sup>1</sup>  
**Institute** 1 Institut für Mensch, Technik und Teilhabe (IMTT), Hochschule Furtwangen; 2 Universitätsklinikum Freiburg, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Kinder-Palliativteam, Freiburg  
DOI 10.1055/s-0044-1788354

**Hintergrund** Videokonferenzen (VK) als weitere Kontaktart wurden bisher in der SAPV-KJ bis auf wenige Ausnahmen (Australien, England und Schottland) kaum genutzt, obwohl auch in Deutschland ein Bedarf besteht. Eine ethische Bewertung berücksichtigt positive und negative Auswirkungen von VK. Aus deontologischer Sicht wird die „Akzeptanz neuer Technologien daran gemessen, inwieweit deren Wirkungen mit normativen Ansprüchen und Integritätsinteressen betroffener Personen vereinbar sind“ [1]. Ziel dieser Studie ist es, die Sichtweisen der Mitarbeitenden auf VK zu untersuchen und die Werte zu identifizieren, die einen verantwortungsvollen Umgang mit VK in der SAPV-KJ bestimmen.

**Methode** Mit Mitarbeitenden aus den SAPV-KJ Teams wurden bundesweit Gruppendiskussionen und Einzelinterviews durchgeführt. Die Auswertung der Daten erfolgte mittels thematischer Analyse. Im Kodierprozess wurden ethische Werte als zentrale Kategorien identifiziert. Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurde mithilfe von MAXQDA Codeüberschneidungen zwischen den entsprechenden Kategorien analysiert.

**Ergebnisse** Insgesamt nahmen 50 SAPV-KJ-Mitarbeitende und Leitungen teil. Die Erfahrungen wie auch Hypothesen geben Aufschluss über Herausforderungen und Chancen bei der Implementierung von VK und bieten Anknüpfungspunkte

punkte für unterstützende Interventionen – ohne dass die Beziehungsarbeit an Wert verliert, sondern vielmehr einen anderen Wert erhält, indem sich mehr Möglichkeiten zu soziokulturellen Bedarfen (praktikable Zugangsmöglichkeiten zu Hilfen und Information, Transparenz, Teilhabe und Autonomie, Krisenprävention) eröffnet werden.

Im Kontext einer verantwortungsvollen Nutzung von VK in der SAPV-KJ wurden die Werte der Nachhaltigkeit, Wirtschaftlichkeit, Selbstfürsorge und Wertschätzung gegenüber den Mitarbeitenden, Patientenorientierung, Aufmerksamkeit, Gerechtigkeit, Datenschutz, Privatsphäre, Sicherheit und persönliche Begegnung identifiziert. Das Nichtverletzen dieser Werte unter Berücksichtigung der Anwendenden wird als verantwortliches Handeln definiert. Der Einsatz von VK erfordert patientenspezifische individuelle Entscheidungen bezüglich der Kommunikationsart.

**Schlussfolgerung** Um einen verantwortungsvollen Einsatz dieser neuen Kommunikationstechnologie zu ermöglichen, sind kontinuierliche Evaluationen im Team notwendig. Dafür stellen die Einstellungen der Mitarbeitenden einen Ausgangspunkt dar. Lernprozesse und Wissenstransfer sollten auf politischer Ebene gefördert werden.

#### Literatur

[1] Remmers, Hartmut, (2019), Pflege und Technik. Stand der Diskussion und zentrale ethische Fragen., Ethik in der Medizin, 1-24, 31

## Selbst(für)sorge: Achtsamkeit für mich, im Team und für die Betroffenen

### P139 Achtsamkeit für mich, im Team und die Betroffenen – Konzeptionelle Überlegungen zur Etablierung achtsamer Begleitung in der Palliativversorgung

**Autor** Gehlen A

**Institut** Emmerich am Rhein

**DOI** 10.1055/s-0044-1788355

**Hintergrund** In der Palliativversorgung arbeiten unterschiedliche Professionen zusammen. Zu jeder dieser Professionen lassen sich in der Fachliteratur etliche Anforderungen an das Personal entnehmen. Gemein haben sie, dass personale Kompetenzen, wie Haltung, Selbstfürsorge und Selbstreflexion einem hohen Stellenwert zukommen. Um diese Kompetenzen jedoch erlangen zu können, ist es unzureichend, dem Personal ausschließlich Fachwissen zu vermitteln. Das Personal muss zunächst befähigt werden, ihr Fachwissen anzuwenden. Nur so können sie situative und individuelle Bedürfnisse ihrer Selbst, des Teams und der Betroffenen wahrnehmen. Wie die Fachkräfte jedoch befähigt werden können, personale Kompetenzen zu erwerben, bleibt in der hiesigen Literatur weitestgehend ungeklärt.

**Methode** Ausgehend davon, dass Achtsamkeit das Erlangen personaler Kompetenzen ermöglicht, wurden konzeptionelle Überlegungen zur Etablierung achtsamer Begleitung in der Palliativversorgung erarbeitet. Die leitende Fragestellung „Wie kann die Begleitung von Menschen in der Palliativversorgung unter Berücksichtigung von Achtsamkeit aussehen?“ war Teil des Erkenntnisziels, um einen Mehrwert für die Praxis zu schaffen. Zur Beantwortung dessen war es unabdingbar, sich zunächst die Frage zu stellen, ob Achtsamkeit ein hilfreiches Mittel im Setting sein kann. Hierzu wurden mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse Anforderungen an das Personal, sowie resultierende Herausforderungen herausgearbeitet. Das daraus entstandene Kompetenzmodell systematisiert die Anforderungen unter Berücksichtigung ihrer Komplexität und Heterogenität in vier Quadranten (Fachkompetenzen, Handlungskompetenzen, sozialkommunikative Kompetenzen, Personale Kompetenzen).

**Ergebnisse** Das erarbeitete integrale vier-Quadranten-Kompetenzmodell ermöglicht eine Auflistung erster konzeptioneller Überlegungen zur Implementierung von Achtsamkeit in der Palliativversorgung. Neben individuell und äußerlich sichtbaren Anforderungen an Fähigkeiten, berücksichtigt das Modell

auch Aspekte wie Erfahrung, Selbstwirksamkeit, Selbstreflexion und Authentizität. Eine Weiterentwicklung der Begleitung bedarf einer Förderung auf allen vier Quadranten. Kompetenzen der Achtsamkeit, wie achtsames Denken, Gelassenheit, innerer Beobachter und Selbstachtung dienen dazu, den komplexen Anforderungen in der Palliativversorgung gerecht zu werden.

**Schlussfolgerung** Das erarbeitete Modell ermöglicht die konzeptionelle Erfassung der Kompetenzen und Fähigkeiten eines elaborierten Professionsverständnisses. Dieses beinhaltet Aspekte, wie Haltung, Einstellung und zwischenmenschliches Gespür, die in besonderer Weise der Persönlichkeit der Begleiter:innen zuzurechnen sind und sich aufgrund des hohen Individualisierungsgrades der Objektivierung weitestgehend entziehen.

## Gemeinsam. Leadership und Teamentwicklung

### P234 Palliativmedizin Bremen in Transformation – Erfolgreicher Teamprozess der Palliativstation dank komplexem Methodendesign

**Autor** Fischer K

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

**DOI** 10.1055/s-0044-1788356

**Hintergrund** Die Palliativmedizin in Bremen bewältigt eine umfassende Transformation, welche Digitalisierung der Palliativstation (2002), Leitungswechsel (2021) und Struktur Aufbau der Klinik für Palliativmedizin sowie Sanierungsprozess der kommunalen Gesundheit Nord umfasst. Zur Unterstützung der Palliativstation wurde 08.2023–01.2024 ein umfangreicher, multiprofessioneller, drittmittelfinanzierter Teamentwicklungsprozess durchgeführt.

**Methode** Die Mitarbeitenden initiierten den Teamprozess, definierten das Auswahlverfahren und wählten eine Moderation mit geeigneter Arbeitsweise und Haltung (Konzept des wertschätzenden Erkundens/Appreciative Inquiry [1] und hypnosystemischer Ansatz [2]). Das gesamte Team inkl. Leitung (n=35) sollte teilnehmen und der Klinikbetrieb musste aufrechterhalten werden. Dafür wurde ein komplexes Design gewählt mit Auftaktveranstaltung, thematischen Workshop-Tagen (jeweils Gruppen A/B mit wechselnder Gruppenzuteilung), Begleitgruppentreffen und Auswertungsveranstaltung. Die Begleitgruppen sollten die Kontinuität im Informationsfluss zwischen den Veranstaltungen und Gruppen gewährleisten (Aufnahme des „Flurfunks“). Die Ergebnisse jeder Veranstaltung wurden in eingängigen, gebilderten Flip-Chart-Protokollen festgehalten, der jeweils anderen Gruppe als Ausstellung auf Station gezeigt und als Handouts hinterlegt.

**Ergebnisse** Die Teammitglieder (n=35) beteiligten sich rege am Teamprozess. Der Ansatz des wertschätzenden Erkundens wurde von den Mitarbeitenden als überraschend und tatsächlich als wertschätzend, unterstützend, wohltuend und motivierend erlebt. Dies führte zu einem offenen, wohlwollenden Austausch auf Augenhöhe und zu konstruktiver, kreativer Arbeitsatmosphäre mit zahlreichen Ergebnissen, welche bereits fortlaufend umgesetzt wurden. Zur Absicherung der Nachhaltigkeit gibt es die gesamte Dokumentation in Buchform, eine permanente Bilderausstellung auf Station, regelmäßige Reflexionen (verankert in Agenda Stationssitzung und Jour fix Stationsleitung) sowie einen „Refresher-Teamtage“ in 12 Monaten.

**Schlussfolgerung** Gerade wegen dem komplexen Methodendesign gelang der Teamprozess, denn trotz wechselnder Gruppenzusammensetzung konnten gemeinsame und für alle überzeugende Ergebnisse erzielt werden und das „Team in Transformation“ wurde durch die gewählten Methoden für alle spürbar wertschätzend unterstützt.

#### Literatur

[1] Bonsel M, Maleh C Appreciative Inquiry (AI): Der Weg zu Spitzenleistungen. Beltz, Julius Verlag, 2; Auflage 2012

[2] Schmidt G (2022), Einführung in die hypnosystemische Therapie und Beratung, Carl-Auer Compact, 10. Edition

## P273 We would like to hear from you! – EPIC: Enhancing palliative care in intensive care units. European patient and family advisory and support group (PAG)

**Autorinnen/Autoren** Kurkowski S<sup>1</sup>, Hartog C<sup>2,3,4</sup>, Jöbges S M<sup>2</sup>, Ostgathe C<sup>1</sup>, Heckel M<sup>1</sup>

**Institute** 1 Department of Palliative Medicine, CCC Erlangen – EMN, Universitätsklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU), Erlangen; 2 Department of Anaesthesiology and Intensive Care, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin; 3 TP21, Berlin; 4 Klinik Bavaria, Kreischa

**DOI** 10.1055/s-0044-1788357

**Background** The EPIC (Enhancing Palliative care in Intensive Care) project (2024–2029) seeks to enhance palliative care in the intensive care unit (ICU) through an interdisciplinary consortium, utilizing telemedicine to harmonize palliative care practice in Europe. One of the project initiatives is to establish a European Patient and Family Advisory and Support Group (PAG) to ensure patient and family voices are integral to the research process and final care model. This abstract outlines the group's objectives, participant inclusion criteria, and the challenges and facilitators during the process of establishing this group.

**Methods** A dual-purpose strategy was defined for the PAG: firstly, to incorporate patient and family perspectives on ICU care into the project, and secondly, to empower participants through sharing experiences and developing peer support activities. Membership requires personal ICU experience as patient or relative, a willingness to share experiences within a peer group, and a commitment to consistently participate in ongoing international meetings over an extended period.

**Results** Setting up the group, started in November 2023, involved disseminating information via project partners in meetings, flyers, and social media. Successful strategies included direct invitations from health professionals, word-of-mouth of already volunteering individuals of patient organisations, clear commitment outlines handed to health professionals as guide for inviting members and collaborating with international professional organisations to benefit from their established ways of information distribution. In March 2024 2 patients and 6 relatives committed to participate in the group starting in April 2024. Challenges arise from language barriers, using digital technologies, emotional concerns, and time constraints of individuals interested in participating. These led to strategies such as planning bi-monthly meetings, translation services during meetings, and personalized outreach using video messages of the group's moderators to enhance engagement. We plan a long-term strategy of including members throughout the project duration as we expect drop-outs.

**Conclusion** Initial efforts to establish the PAG highlight the challenges of engaging a diverse, international group and underscore the need for tailored strategies to overcome language and accessibility barriers. No conflicts of interest are declared.

**DISCLAIMER** Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or European Health and Digital Executive Agency. Neither the European Union nor the European Health and Digital Executive Agency can be held responsible for them.

## P297 Zwischen Chancen und Herausforderungen: Die Umgestaltung des Versorgungskonzeptes nach den Vorgaben des Bundesrahmenvertrages im Team der SAPV-KJ in Niedersachsen

**Autorinnen/Autoren** Toenne R<sup>1</sup>, Höcker M<sup>1</sup>, Koch A<sup>1</sup>, Scharfe D<sup>1</sup>, Menzel A<sup>1</sup>, Scheer M<sup>1,2</sup>, Reschke F<sup>1,3</sup>

**Institute** 1 Betreuungsnetz schwerkranker Kinder UG(h), Hannover; 2 Kinderhospiz Löwenherz e.V., Syke; 3 Kinder-/Jugendkrankenhaus AUF DER BULT, Abteilung Palliativversorgung, Hannover

**DOI** 10.1055/s-0044-1788358

**Hintergrund** Zum 01.01.2023 ist in Deutschland der Rahmenvertrag (BRV) nach §132d Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Erbringung von Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche (SAPV-KJ) in Kraft getreten. Im Rahmen einer Übergangsfrist von fünf Jahren müssen alle SAPV-KJ-Teams in Deutschland ihre Versorgungsstruktur auf die nun geltenden Vorgaben verbindlich anpassen. Die derzeitige Versorgungsstruktur in Niedersachsen bedarf entsprechender Anpassungen im Hinblick auf die Vorgaben.

**Methode** Ziel dieser Querschnittsstudie ist es, die Sicht der derzeit an der SAPV-KJ in Niedersachsen beteiligten Versorger auf die Chancen und Herausforderungen des BRV zu erheben und Ansatzpunkte für das zukünftige Versorgungsmodell in Niedersachsen zu identifizieren. Im Rahmen der Studie wurden 91 Fragebögen an ärztliches (n=41,7%), pflegerisches (n=38,9%) und psychosoziales (n=19,4%) Personal in der SAPV-KJ in Niedersachsen verteilt. Insgesamt wurden 36 (39,6%) Fragebögen vollständig ausgefüllt. Der Fragebogen befasste sich insbesondere mit der Frage nach Chancen und Herausforderungen des BRV, der Bereitschaft der Leistungserbringer auch zukünftig unter den neuen Vorgaben SAPV-KJ zu erbringen sowie der Bewertung von Eckpunkten eines möglichen Konzeptes.

**Ergebnisse** Gezeigt werden konnte, dass sich knapp 86% der befragten Leistungserbringer bereits mit den Inhalten des BRV vertraut gemacht haben. Als größte Chancen werden die bundesweite Vereinheitlichung und die effizientere Strukturierung der Versorgung angegeben. Große Herausforderungen werden insbesondere in organisatorischen Aspekten, wie der aufsuchenden Rufbereitschaft, Bezugspflegeplanung, den Anstellungszeiten sowie im zukünftigen Koordinationsaufwand gesehen. 8% der Befragten geben an, unter den neuen Vorgaben des BRV nicht mehr in der SAPV-KJ tätig sein zu können, 53% sind unentschlossen in Bezug auf die weitere Mitarbeit.

**Schlussfolgerung** Die Erarbeitung eines neuen Versorgungskonzeptes nach Vorgaben des BRV führt unter den Versorgenden in Niedersachsen zu großen Unsicherheiten. Insbesondere die Umsetzung der strukturellen Aspekte empfinden die Versorgenden als herausfordernd. Die Studie verdeutlicht die Notwendigkeit, die Umsetzung des BRV sorgfältig zu begleiten und zu unterstützen.

## P332 Wenn das Team sich nicht immer eins ist im Hospiz: Über eine Erfahrung besserer Kommunikation, eines möglichen Konsenz durch ethische Fallbesprechung

**Autor** Leners J-C

**Institut** Medicus Liberalis, Hospiz Omega, Ettelbruck

**DOI** 10.1055/s-0044-1788359

**Hintergrund** Seit genau 15 Jahren besteht das Hospiz mit einer Unterbringungsmöglichkeit fuer 15 Patienten/innen. Das Team besteht aus Krankenschwestern/pflegerinnen und Hilfskräften, sowie einer Psychologin, 4 Ärzten im Schichtdienst und einigen Freiwilligen mit Ausbildung für palliative Betreuung. Die größten Probleme und Uneinigkeiten, begegnen wir wenn Patienten/innen sich entscheiden für kontinuierliche Sedation oder für Reanimation. Auch wenn der Patient im singularen Gespräch mit dem Arzt seine Vorstellungen fürs Ende seines Lebens öfters eruiert, sind doch alle anderen aus dem Team auch involviert, außer es bestünde der Wunsch von Patienten/innen dies nicht mitzuteilen.

**Methode** Damit wir als Team in einer gemeinsamen Richtung den Patienten/innen bis zum Schluss begleiten wollen, ergeben sich regelmäßig Konsenzbesprechungen nach einem festen Schema: das Lernen des ethischen Denkens und Synthese mit möglichem Konsenz: vier Etappen umfasst dieses Treffen des Teams mit, klaren Vorgaben: a) Fallbeispiel vorgetragen und spontanes Aufschreiben jedes Einzelnen wie sie/er zum Fall sich stellt b) drei Gruppen, wo unterschiedliche Szenarien erstellt werden (z.B. was wäre der ideale Fall oder der schlimmste Fall oder der wahrscheinlichste Fall für den Patienten/innen)? c) Aufschreiben nach Wertvorstellungen und Folgen für Patient/innen, Team und Familie d) Vortragen der Vorschläge aus den 3 Gruppen und den Versuch eines gemeinsamen Konsenz, der für alle ein gehbarerer Weg wäre.

**Ergebnisse** Anhand eines einzelnen Fallbeispiels ist es besser vorstellbar: Patient von 64 Jahren mit amyotropher Lateralsklerose und Kommunikation über Computer durch Augenbewegungen; PEG, Tracheostomie und Tetraparalyse. Ist kognitiv klar und er spricht sich immer weiter aus für Reanimationsmaßnahmen sollte er Herzstillstand erleiden. Das Team kann dem prinzipiell nicht zustimmen und dies als eine "überzogene" Forderung sieht. Teambesprechung mit rund 30 Mitarbeitern/innen mit folgendem Ergebnis, das dem Patient mitgeteilt wird: "Hat der Patient weiterhin diesen Wunsch, müsste er sich nach einer anderen Einrichtung umsehen oder wir die mit ihm suchen." Der Patient nahm es nicht gut auf, aber eine erstaunliche (?) Entwicklung der Krankheit trat in den nächsten Wochen auf: Patient wurde bettlägerig, bekam eine Lungenentzündung und verstarb in diesem Zustand.

**Schlussfolgerung** Was hat diese ethische Fallbesprechung beim Patienten und bei uns ausgelöst? Beim Patienten war es eher der Anschein, dass er seine letzte Hoffnung auf ein noch etwas längeres Leben (Folgen einer Reanimation auch nicht vorhersehbar) aufgab und beim Team (nach der Sitzung) die Meinung unnützliche lebensverlängernde Maßnahmen verhindert zu haben, aber beim Tod des Patienten, das Gefühl im Team aufkam, ihn zu sehr gedrängt zu haben.

## Neuro, Kardio, Psychiatrie und mehr: neue Themenfelder in der Palliativversorgung

### V162 Effekt einer frühen Palliativversorgung bei Patient\*innen mit Glioblastom (EPCOG)

**Autorinnen/Autoren** Golla H<sup>1</sup>, Hellmich M<sup>2</sup>, Bausewein C<sup>3</sup>, Thon N<sup>4</sup>, Becker G<sup>5</sup>, Schnell O<sup>6</sup>, Rolke R<sup>7,8</sup>, Clusmann H<sup>8,9</sup>, Radbruch L<sup>10</sup>, Herrlinger U<sup>11</sup>, Vatter H<sup>12,13</sup>, Neukirchen M<sup>14,15,16</sup>, Sabel M<sup>17</sup>, Civallo D<sup>18</sup>, Müller D<sup>18</sup>, Voltz R<sup>1,19,20</sup>, Brumbarova T<sup>21</sup>, Goldbrunner R<sup>22</sup>, EPCOG-Studiengruppe

**Institute** 1 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin, Köln; 2 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät, Institut für Medizinische Statistik und Bioinformatik (IMSB), Köln; 3 Universität München (LMU), LMU Klinikum München, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München; 4 Universität München (LMU), LMU-Klinikum München, Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, München; 5 Universität Freiburg, Medizinische Fakultät und Uniklinik Freiburg, Klinik für Palliativmedizin, Freiburg; 6 Universität Erlangen, Medizinische Fakultät und Uniklinik Erlangen, Klinik für Neurochirurgie, Erlangen; 7 RWTH Aachen University, Medizinische Fakultät, Klinik für Palliativmedizin, Aachen; 8 RWTH Aachen University, Medizinische Fakultät, Zentrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf (CIO ABCD), Aachen; 9 RWTH Aachen University, Medizinische Fakultät, Klinik für Neurochirurgie, Aachen; 10 Universität Bonn, Medizinische Fakultät und Uniklinik Bonn, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Bonn; 11 Universität Bonn, Medizinische Fakultät und Uniklinik Bonn, Klinische Neuroonkologie, Bonn; 12 Universität Bonn, Medizinische Fakultät und Uniklinik Bonn, Klinik für Neurochirurgie, Bonn; 13 Universität Bonn, Medizinische Fakultät und Uniklinik Bonn, Zentrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf (CIO ABCD), Bonn; 14 Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Medizinische Fakultät und Uniklinik Düsseldorf, Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Düsseldorf, Düsseldorf; 15 Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Medizinische Fakultät und Uniklinik Düsseldorf, Klinik für Anästhesiologie, Düsseldorf; 16 Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Medizinische Fakultät und Uniklinik Düsseldorf, Zentrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf (CIO ABCD), Düsseldorf; 17 Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Medizinische Fakultät und Uniklinik Düsseldorf, Klinik für Neurochirurgie, Düsseldorf; 18 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE), Köln; 19 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Zentrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf (CIO ABCD), Köln;

20 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK), Köln; 21 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Zentrum für Klinische Studien (ZKS), Köln; 22 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Zentrum für Neurochirurgie, Köln  
DOI 10.1055/s-0044-1788360

**Hintergrund** Der Krankheitsverlauf von Glioblastom (GBM) Patient\*innen ist meist durch eine hohe Symptombelastung und eine kurze mittlere Überlebenszeit (ca. 14 Monate) gekennzeichnet. Dennoch erhalten sie nur selten eine spezialisierte Palliativversorgung, insbesondere in der frühen Krankheitsphase (*early integration of palliative care*, EIPC). In der Studie *Early Palliative Care for Patients with Glioblastoma* (EPCOG) wurde daher die Auswirkung von EIPC auf die Lebensqualität dieser Patient\*innen untersucht.

**Methode** Konfirmatorische, multizentrische, einfach verblindete, randomisierte, kontrollierte klinische Studie (Förderer: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), FKZ01GY1703). Patient\*innen mit Erst-/Rezidivdiagnose eines GBMs wurden in die Kontroll- oder Interventionsgruppe randomisiert. Die Intervention bestand aus strukturierten, monatlich stattfindenden persönlichen oder telefonischen Kontakten mit einem Team (Palliativärzt\*in/Sozialarbeiter\*in) der spezialisierten Palliativversorgung über ein Jahr hinweg. Die standardisierte Datenerhebung erfolgte durch verblindete Wissenschaftler\*innen zu *Baseline* sowie 3-monatlich während der 12-monatigen Interventions- und der 12-monatigen *Follow-up*-Phase. Primärer Endpunkt war die Lebensqualität gemessen mit dem Trial Outcome Index (TOI) des FACT-Br (*Functional Assessment of Cancer Therapy – Brain*) nach 6 Monaten.

**Ergebnisse** Es wurden 231/556 gescreenten Patient\*innen eingeschlossen (Interventionsgruppe 109, Kontrollgruppe 108). Beide Gruppen unterschieden sich nicht signifikant bezüglich Alter, Geschlecht, Erst-/Rezidivdiagnose. Die letzte Erhebung erfolgte bei insgesamt 34 Patient\*innen (Interventionsgruppe 15, Kontrollgruppe 19). Es verstarben nach Randomisierung 131 Patient\*innen (Interventionsgruppe 71, Kontrollgruppe 60); ein statistisch signifikanter Unterschied bestand nicht. Innerhalb des Interventionszeitraumes war die Veränderung des TOIs im Vergleich zur *Baseline*-Erhebung insbesondere nach 3 Monaten in der Interventionsgruppe tendenziell besser als in der Kontrollgruppe, jedoch war der Unterschied nicht statistisch signifikant.

**Schlussfolgerung** Dies ist die erste multizentrische, randomisierte, konfirmatorische klinische Studie, die den Einfluss von EIPC auf GBM Patient\*innen mit einem Beobachtungszeitraum untersucht, der lang genug war, um den Erkrankungsverlauf realistisch abzubilden. Trotz der sehr vulnerablen Patient\*innengruppe war die Studie im vorgesehenen Zeitraum sogar mit einer höheren als ursprünglich geplanten Patient\*innenzahl durchführbar. In den gewählten primären *Outcome*-parameter (TOI) flossen physische und funktionale, jedoch keine emotionalen und sozialen Faktoren ein, welche zur Beurteilung der Lebensqualität von GBM Patient\*innen möglicherweise eine wichtigere Rolle spielen.

### V250 Palliativmedizinische Versorgung von Patienten mit Huntington-Erkrankung

**Autorinnen/Autoren** Tsvetanova S<sup>1</sup>, Glasmacher S<sup>2</sup>, Reetz K<sup>2</sup>, Appelman I<sup>1</sup>, Rolke R<sup>1</sup>

**Institute** 1 Medizinische Fakultät RWTH Aachen, Klinik für Palliativmedizin, Aachen; 2 Medizinische Fakultät RWTH Aachen, Klinik für Neurologie, Aachen

DOI 10.1055/s-0044-1788361

**Hintergrund** Die Huntington-Erkrankung ist eine autosomal-dominante, fortschreitende neurodegenerative Erkrankung mit einem charakteristischen Phänotyp, der u.a. Chorea, kognitive Einschränkungen und psychiatrische Symptome umfasst und oft im mittleren Lebensalter auftritt. Die Erkrankung ist nicht heilbar, in ihrem Verlauf kaum beeinflussbar und geht mit erheblicher Symptombelastung für die Betroffenen und einer starken Belastung Angehöriger einher. Dennoch findet eine palliativmedizinische Versorgung dieser Patienten bislang meist erst am Lebensende statt und ist bislang bei wahrscheinlich hohem Be-

darf nicht in den Therapieleitlinien für die Huntington-Erkrankung berücksichtigt. Dieser systematische Review mit Meta-Analyse soll daher den internationalen Stand zur Palliativversorgung bei Huntington-Erkrankung beleuchten.

**Methode** Eine systematische Suche in vier Datenbanken (Embase, PubMed, Ovid und PsycInfo) wurde durchgeführt. Die Suche umfasste die Begriffe „Huntington’s disease“ in Kombination mit „Chorea Huntington“, „palliative care“ und „end of life care“. Es wurden ausschließlich Studien zu erwachsenen Patienten berücksichtigt, die zwischen 2013 und 2023 in deutscher oder englischer Sprache publiziert wurden.

**Ergebnisse** Nach Prüfung der Einschlusskriterien wurden von den initial 369 Arbeiten insgesamt 264 ausgeschlossen. Die verbleibenden 105 Arbeiten wurden einer Volltextprüfung unterzogen und weitere 85 aufgrund falscher Fokussierung, fehlendem Volltext und weiteren Gründen ausgeschlossen. Die 20 verbliebenen Arbeiten wurden in die abschließende Analyse und Bewertung aufgenommen und umfassten insgesamt 43.259 Patienten. Die Themen „Belastung Angehöriger“, „Verschlechterung der Lebensqualität“ und „Auseinandersetzung mit dem Lebensende“ stellten sich als Fokus in den analysierten Publikationen heraus. Darüber hinaus ließ sich die insgesamt selten und spät stattfindende palliativmedizinische Anbindung als positiver Einflussfaktor auf die Auseinandersetzung mit Vorsorgedokumenten identifizieren.

**Schlussfolgerung** Unser systematischer Review mit Metaanalyse leistet einen Beitrag zur Klärung der Barrieren einer palliativmedizinischen Versorgung von Patienten mit Huntington-Erkrankung. Anhand der großen Patientenzahl, die in der analysierten Literatur abgebildet war, konnten Einflussfaktoren für die Vorsorgeplanung bei Betroffenen aufgeschlüsselt werden, die weit über kognitive Defizite oder psychiatrische Symptome hinausgehen und die zukünftige Versorgung von Huntington-Patienten verbessern können. Insgesamt ist diese Arbeit von erheblicher Relevanz für die Betroffenen und deren Angehörige und ist ein Plädoyer für die enge Vernetzung der Neurologie mit der Palliativmedizin bei der Versorgung von Patienten mit Huntington-Erkrankung.

## V276 Verbessert die langfristige Unterstützung eines sektorübergreifenden Care und Case Managements die psychische Belastung bei Menschen, die schwer an Multiple Sklerose erkrankt sind?

**Autorinnen/Autoren** Dunkl V<sup>1</sup>, Köktürk Ö<sup>2</sup>, Müller A<sup>1</sup>, Hellmich M<sup>3</sup>, Müller W<sup>3</sup>, Dillen K<sup>1</sup>, Goeraci Y<sup>4</sup>, Hebben F<sup>1</sup>, Voltz R<sup>1, 5, 6</sup>, Warnke C<sup>7</sup>, Golla H<sup>1</sup>

**Institute** 1 Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin, Köln; 2 Uniklinik Köln, MVZ Onkologie, Köln; 3 Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Institut für Medizinische Statistik und Bioinformatik (IMSB), Köln; 4 St. Agatha Fachklinik für Seelische Gesundheit, Gerontopsychiatrie, Köln; 5 Uniklinik Köln, Zentrum für integrierte Onkologie Aachen Köln Bonn Düsseldorf (CIO ABCD), Köln; 6 Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Zentrum für Versorgungsforschung, Köln; 7 Uniklinik Köln, Poliklinik und Klinik für Neurologie, Köln

DOI 10.1055/s-0044-1788362

**Hintergrund** Menschen, die schwer an Multipler Sklerose (MS) erkrankt sind (*People with severe MS, PwMS*) leiden unter einer hohen psychischen Belastung mit Komorbiditäten wie Depression oder Angststörungen. Laut Literatur treten bei 20-25% suizidale Gedanken auf. Als Risikofaktoren hierfür werden Depressionen, zunehmender Autonomieverlust, Verlust der sozialen Teilhabe und das Gefühl, ausgeschlossen zu sein, genannt. Als präventive Faktoren werden das Gefühl, ein produktives Leben zu führen und ein bestehender Glaube/Spiritualität beschrieben. Diese Arbeit untersucht die Auswirkungen einer langfristigen Unterstützung eines sektorübergreifenden Care und Case Managements (CCM) auf die psychische Belastung von PwMS im Rahmen einer Sekundäranalyse der Studie Kommunikation, Koordination und Sicherheit bei Menschen mit MS (KOKOS-MS, GBA (FKZ 01VVF19029)).

**Methode** In dieser randomisierten kontrollierten Phase II klinischen Studie im Sinne einer komplexen Intervention wurden PwMS in Parallelarmen (Standard-

versorgung vs. Standardversorgung + CCM) behandelt. Die Intervention wurde über 12 Monate nach einem studienspezifischen CCM-Manual durchgeführt, welches multidimensionale Bedarfe berücksichtigt. In dieser Teilauswertung werden die Auswirkungen der Intervention auf die psychische Gesundheit, suizidale Gedanken, Autonomie, soziale Interaktionen und Teilhabe untersucht. Das CCM erfasste in diesen Gebieten Probleme (Likert Skala (LS) 0-4, kein- sehr hoch), Ressourcen (LS 0-4, keine- sehr gute) und daraus resultierende Bedarfe (LS 0-4, kein Bedarf- Krisenintervention). Die Auswertungen erfolgen primär deskriptiv. Prä-Post-Vergleiche werden mit dem Vorzeichentest für abhängige Stichproben analysiert.

**Ergebnisse** 80 PwMS wurden 1:1 randomisiert, 40% der PwMS gaben eine psychiatrische Komorbidität mit depressiven und/oder ängstlichen Symptomen an. In der Interventionsgruppe gaben 75% im Erstassessment eine wesentliche psychische Belastung (LS > = 3) an, nach der Intervention sank der Anteil auf 62,5% (LS > = 3). Sieben PwMS im Interventionsarm berichteten von suizidalen Gedanken, im Abschlussassessment waren es drei PwMS. Des Weiteren entwickelten sich die Faktoren 1) einem Hobby (inkl. Sport) nachgehen, 2) Zugehörigkeitsgefühl, 3) Ausüben einer sozialen Rolle und 4) Umgang mit Stressfaktoren zum Positiven.

**Schlussfolgerung** PwMS zeigen eine hohe psychische Belastung, welche sich durch die sektorenübergreifende, 12-monatige CCM Intervention verbesserte. Diese birgt ein hohes Potenzial für eine verbesserte Zufriedenheit und erhöhte Selbstwirksamkeit innerhalb der Lebensgestaltung bei diesen schwer betroffenen MS Patient\*innen, was zudem suizidpräventiv wirken kann.

## V288 Schlaganfall Risikoanalyse bei onkologischen Palliativpatient:innen mit Vorhofflimmern

**Autorinnen/Autoren** Mathew B<sup>1</sup>, Dorsel T<sup>1</sup>, Drescher O<sup>2</sup>, Hense J<sup>2</sup>, Mincu R<sup>3</sup>, Mathew S<sup>3</sup>, Tewes M<sup>1</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinik Essen, Palliativmedizin, Essen; 2 Universitätsklinik Essen, Westdeutsches Tumorzentrum, Innere Klinik (Tumorforschung), Essen; 3 Universitätsklinik Essen, Westdeutsches Herz- und Gefäßzentrum, Klinik für Kardiologie und Angiologie, Essen  
DOI 10.1055/s-0044-1788363

**Hintergrund** Patienten mit Tumorerkrankungen haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung häufiger Vorhofflimmern (VHF) und ein bis zu 3fach erhöhtes Risiko für arterielle Thrombembolien. Zu onkologischen Palliativpatient:innen (PP) ist wenig bekannt, da sie in Studien unterrepräsentiert sind.

**Methode** Durchführung einer retrospektiven, monozentrischen Analyse von onkologischen PP, die zwischen 07/2021 und 12/2023 in der spezialisierten Palliativversorgung (SPV) behandelt wurden. Es erfolgte eine deskriptive Analyse von Patientencharakteristika, Vorliegen von VHF, ICD10-Codes von onkologischen Diagnosen, Thrombembolien und Parameter zur Bestimmung des CHA2DS2-VASc-Scores.

**Ergebnisse** Eingeschlossen wurden 510 onkologische PP (54,1% (276/510) männlich; 65 ± 15 Jahre). VHF wiesen 219/510 (42,9%) Patienten auf. Im Gesamtkollektiv hatten in der Anamnese 6,8% einen Schlaganfall/transitorische ischämische Attacke und in der VHF Population 9,1%.

Am häufigsten konnte VHF bei PP mit einem Melanom (60,9% (14/23)) und malignen Tumoren der Haut (55,6% (10/18)) gesehen werden. PP mit Karzinom (Ca) der Lunge, Pankreas und Brust wiesen VHF mit 47,6% (50/105), 42,9% (15/35) und 41,7% (10/24) auf. Bei PP mit Tumoren des Gastrointestinal-Trakts (Kolon-Ca, Ösophagus-Ca und Magen-Ca) zeigte sich VHF mit 32,4% (12/37); 33,3% (4/12) und 21,4% (3/14). Seltener konnte VHF bei Pat. mit bösartigen Neubildungen des Knochens (22,7% (5/22)) und des Bindegewebes (13,3% (2/17)) gesehen werden. 94/203 (46,3%) Pat. mit VHF wiesen als Grunderkrankung übrige Tumore auf. Der CHA2DS2-VASc-Score lag bei 3 ± 1,6. PP mit einem Melanom und malignen Tumoren der Haut wiesen einen CHA2DS2-VASc-Score von 3,9 ± 1,8 und 4,4 ± 2 auf. Bei PP mit einem Bronchial- und Lungen-Ca, Pankreas-Ca und Mamma-Ca lag dieser bei 3,8 ± 1,6; 5 ± 2,3 und 4,2 ± 1,9. PP



mit einem Kolon-Ca, Ösophagus-Ca und Magen-Ca zeigten einen CHA2DS2-VASc-Score von  $4,1 \pm 1,8$ ;  $3,2 \pm 0,7$  und  $2,7 \pm 0,5$ . Bei PP mit bösartigen Neubildung des Knochens und bei Neubildungen des Bindegewebes lag dieser bei  $1,8 \pm 1,8$  und  $2 \pm 2$ .

**Schlussfolgerung** Sowohl die Prävalenz von VHF, als auch die Anzahl stattgehabter Schlaganfälle ist in diesem Kollektiv onkologischer PP deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung. Eine Risikostratifizierung nach dem CHA2DS2-VASc-Score zur Beurteilung des Schlaganfall-Risikos zeigt spezifische Unterschiede hinsichtlich der einzelnen Tumorentitäten. Das höchste Schlaganfallrisiko liegt hier bei Patienten mit Pankreas-Ca und das niedrigste bei Patienten mit bösartigen Neubildungen des Knochens. Ein risikoadjustierter Score anhand spezifischer Tumorentitäten könnte diese Limitation umgehen.

## P178 The early palliative care in heart failure trial. The EPCHF Randomized Clinical Trial

**Autorinnen/Autoren** Batzler Y-N<sup>1</sup>, Balata M<sup>2</sup>, Surges S<sup>3</sup>, Westenfeld R<sup>4</sup>, Weltermann B<sup>5</sup>, Nickenig G<sup>2</sup>, Neukirchen M<sup>1,6</sup>, Becher M U<sup>2,7</sup>, Radbruch L<sup>3</sup>

**Institute** 1 Department of Palliative Care Medicine, Medical Faculty and University Hospital Düsseldorf, Heinrich-Heine-University, Düsseldorf;

2 Department of Cardiology, Angiology, Pneumology and Internal Intensive Care, University Hospital Bonn, Bonn;

3 Department of Palliative Care Medicine, University Hospital Bonn, Bonn;

4 Department of Cardiology, Medical Faculty and University Hospital Düsseldorf, Heinrich-Heine-University, Düsseldorf;

5 Institute of General Practice and Family Medicine, University Hospital Bonn, Bonn;

6 Department of Anaesthesiology, Medical Faculty and University Hospital Düsseldorf, Heinrich-Heine-University, Düsseldorf;

7 Department of Cardiology, Angiology, Pneumology and Internal Intensive Care, Städtisches Klinikum Solingen, Solingen

DOI 10.1055/s-0044-1788364

**Background** Heart failure (HF) is a global health concern associated with a significant impact on patients' quality of life. Despite the progress made in medical treatments, a considerable number of HF patients still struggle with symptom burdens that diminish their quality of life. In response, the concept of palliative care has emerged as a promising complementary strategy for individuals with HF. This early integration of palliative care (EIPC) holds the potential to alleviate symptoms, enhance the health-related quality of life (HR-QOL), and potentially improve overall patient outcomes. To investigate this hypothesis in HF patients, we conducted a randomized controlled trial aiming to assess the impact of EIPC on health status and mood compared with the best support cardiac care (BSCC) in this group of patients.

**Methods** The EPCHF study is a prospective, randomized, multicenter clinical trial. Eligible patients were randomly assigned to one of two groups: those receiving BSCC with regular outpatient follow-ups or those receiving BSCC alongside monthly EIPC. The trial aims at comparing the impact of BSCC and EIPC on HF patients' health status and mood over 12 months.

**Results** Between 05/2019 and 11/2021, 205 HF patients participated in the study, with 105 in the BSCC group and 100 in the EIPC group. Over 12 months, both groups demonstrated significant improvements in "Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Palliative Care" (FACIT-PAL) scores (EIPC: 4.8; 95% CI, 3.1 to 6.6;  $p < 0.001$ , BSCC: 3.8; 95% CI, 2.01 to 5.6;  $p < 0.001$ ). "Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire overall scores" (KCCQ-OSS) significantly increased in both groups (EIPC: 22.6 points; 95% CI, 18.3 to 26.9;  $p < 0.001$ ; BSCC: 22.5 points; 95% CI, 18.1 to 26.8;  $p < 0.001$ ), with no significant intergroup differences (adjusted difference in mean scores, 0.98; 95% CI, -1.28 to 3.23;  $p = 0.4$  for FACIT-PAL, and -2.06; 95% CI, -7.89 to 3.78;  $p = 0.49$  for KCCQ-OSS). Anxiety, depression, symptom intensity, and well-being scores improved significantly in both groups, with no significant differences between both groups (anxiety:  $p = 0.57$ ; depression:  $p = 0.5$ ; symptom intensity score:  $p = 0.17$ ; well-being rating:  $p = 0.13$ ).

**Conclusion** Within this study, the implementation of EIPC did not result in significant advantages over BSCC for HF patients. However, the results of this

study do not necessarily suggest the ineffectiveness of EIPC in HF. First, the participating patients were not in the end stage of their illness. Second, due to the study nurses' and physicians' knowledge of the ongoing study there is a chance of more thorough examinations within the control group leading to better outcomes. Our results may signal the need to refine intervention strategies, enhance patient selection criteria, or adopt a more individualized approach.

## P195 Status und Herausforderungen: Klinische Versorgung an der Schnittstelle Gefäßchirurgie und Palliativmedizin

**Autorinnen/Autoren** Rechenmacher M<sup>1,2</sup>, Schnell A<sup>1,2</sup>, Schulz M<sup>3</sup>, Herr W<sup>2</sup>, Schierling W<sup>3</sup>, Pfister K<sup>3</sup>, Mair R<sup>1,2</sup>

**Institute** 1 UKR, Zentrum für Palliativmedizin, Regensburg; 2 UKR, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III, Regensburg; 3 UKR, Abteilung für Gefäßchirurgie, Regensburg

DOI 10.1055/s-0044-1788365

**Hintergrund** Palliativmedizin ist ein Konzept für alle schwerstkranken Menschen mit einer unheilbaren Erkrankung. In der Onkologie ist heute eine enge Verzahnung mit Palliativmedizin anerkannter Versorgungsstandard. Auch in der Gefäßchirurgie werden oftmals schwerstkranken Menschen behandelt, so dass hier ein großer Bedarf an Palliativversorgung anzunehmen ist. Strukturierte Untersuchungen liegen hierzu aber noch kaum vor.

**Fragen** Wie präsentiert sich aus Sicht erfahrener Gefäßchirurg:innen der aktuelle Status von Palliativversorgung in der Gefäßchirurgie? Welche Herausforderungen sollten optimiert werden? Welche Hürden bestehen hinsichtlich einer Implementierung?

**Methode** Semistrukturierte Experteninterviews mit erfahrenen Gefäßchirurg:innen via Videokonferenz und Tonspuraufnahme. Wörtliche Transkription und regelgeleitete Auswertung durch zwei Untersucher mit qualitativer Inhaltsanalyse.

**Ergebnisse** Von 37 eingeladenen Fachpersonen aus ganz Deutschland haben im Zeitraum 09-11/2022  $n = 11$  (30%; davon 3 weiblich/8 männlich) an einem Interview teilgenommen. 6 Interviewpartner (54%) arbeiten an einer Universitätsklinik. Die durchschnittliche Interviewdauer beträgt 36 Minuten.

Die aktuelle Versorgung von Patient an der Schnittstelle Gefäßchirurgie (GCH) und Palliativmedizin wird als unzureichend und defizitär eingeschätzt. Die Zusammenarbeit spezialisierte Palliativmedizin (SPV) und GCH wird gewünscht, kann aber nur partiell realisiert werden. Eine systematische Identifikation von gefäßchirurgischen Palliativpatienten findet nicht statt. Positive Effekte durch eine Einbindung von SPV werden besonders für die Bereiche Therapiezielfindung (hier unterstützend für Mitarbeitende der GCH wie für Patient gleichermaßen), Symptomkontrolle und advance care planning (in einem weit gefassten Sinn) erhofft. Es werden zahlreiche Hürden auf Seiten der GCH (wie zeitkritische Situationen der Akutmedizin, Angst vor juristischen Konsequenzen, fehlende Ressourcen, monetäre Aspekte), der SPV wie der Patienten benannt, die eine angemessene Implementierung von palliativer Versorgung aktuell erschweren. Angehörige von gefäßchirurgischen Palliativpatienten nehmen nach Ansicht der GCH eine zentrale Rolle in der Versorgung ein, zeigen multiple (oft unadressierte) Belastungen und brauchen eine spezifische Unterstützung.

**Schlussfolgerung** Aus Sicht erfahrener Gefäßchirurg:innen besteht ein erheblicher Bedarf an palliativmedizinischer Versorgung gefäßchirurgischer Patienten. Dies umfasst sowohl Bereiche der allgemeinen wie der spezialisierten Palliativversorgung. Zahlreiche Hürden verhindern aktuell eine optimale Implementierung. Weitere Untersuchungen sollten durchgeführt werden, wie eine palliativmedizinische Versorgung gefäßchirurgischer Palliativpatienten optimiert werden kann.

Präsentation auch auf Jahrestagung der DG Gefäßmedizin 2023

## P196 Evaluation eines niederschweligen digitalen Angebots zur Erfassung von unerkannten Bedürfnissen und Belastungen von Angehörigen in der spezialisierten Palliativmedizin

**Autorinnen/Autoren** Rechenmacher M<sup>1,2</sup>, Saller L<sup>1</sup>, Steger-Arand C<sup>1,2</sup>, Herr W<sup>2</sup>, Lins S<sup>3</sup>, Schnell A<sup>1,2</sup>, Mair R<sup>1,2</sup>

**Institute** 1 UKR, Zentrum für Palliativmedizin, Regensburg; 2 UKR, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III, Regensburg; 3 Caritaskrankenhaus St. Josef, Palliativmedizinischer Dienst, Regensburg

DOI 10.1055/s-0044-1788366

**Hintergrund** Die multidimensionalen und von den Patienten sich oft auch unterscheidenden Bedürfnisse und Belastung der Angehörigen sollen entsprechend der S3-Leitlinie Palliativmedizin in die Palliativversorgung (SPV) integriert werden. Um, neben ihrer Erfassung in Gesprächen, auch nicht geäußerte oder bislang nicht identifizierte Bedürfnisse zu erkennen, empfehlen Literatur und Leitlinie, eine solche Erfassung zudem mit multidimensionalen Erfassungsinstrumenten und wiederholt durchzuführen.

**Fragestellung** Ist ein zu Gesprächen additives digitales Angebot für Angehörige in der SPV aus Sicht Betroffener geeignet, unerkannte Bedürfnisse und Belastungen zu erfassen? Inwiefern könnten sich Betroffene die Implementierung eines digitalen Angebots in die klinische Routine vorstellen?

**Methode** Mittels QR-Code und klassischem Weblink Möglichkeit zur anonymen Durchführung des lokal in der SPV am UKR etablierten Assessments auf Bedürfnisse und Belastungen (27 Fragen) und anschließender Befragung zu unterschiedlichen Aspekten des digitalen Angebots (28 Fragen).

**Ergebnisse** Seit 13.11.2023 laufende Rekrutierung in der SPV des Universitären Krebszentrums Regensburg UCC-R (am UKR: Palliativstation, PMD, SAPV; St. Josef: PMD). Interimsanalyse zum 28.02.2024. n = 66 (UKR: 56, St. Josef: 10) haben nach Aufklärung ihre Teilnahmebereitschaft erklärt, n = 59 (89,4%) haben die Umfrage tatsächlich geöffnet. Von diesen haben n = 21 (35,6%) diese vollständig bearbeitet (n = 17/80,9% davon binnen 48 Stunden). Charakteristika: n = 11 w/n = 10 m; n = 15/71,4% 50-69 Jahren; durchschnittliche Belastung im Distress-Thermometer 7,2).

Nutzung eines QR-Codes ist der präferierte Zugangsweg (90,5% Zustimmung). n = 17 (81,0%) haben zu Hause teilgenommen. Die Möglichkeit der zeitlichen und örtlichen Flexibilität wird sehr positiv bewertet (95,2% Zustimmung). N = 19 (90,5%) der Teilnehmenden würden die digitale Option einer Papierversion vorziehen. Und n = 17 (80,9%) wären bereit, tatsächlich ein derartiges digitales Angebot im Rahmen der klinischen Versorgung zu nutzen. Auch die automatisierte Auswertung nach vom Palliativteam festgelegten Regeln befürwortet die deutliche Mehrheit (n = 19, 90,5%). Es zeigte sich eine hohe Zufriedenheit mit der digitalen Option (Mittel = 9,3 Punkte auf einer 10-Punkt-Likertskala). Ein (digitales) Assessment wird als eine wirksame Ergänzung zu Gesprächen in der Erkennung von Bedürfnissen und Belastungen angesehen (n = 21, 95,2%).

**Schlussfolgerung** Aus Sicht stark belasteter Angehöriger in der spezialisierten Palliativversorgung kann ein digitales Angebot zur Erfassung bislang unerkannter bzw. nicht geäußerter Belastungen und Bedürfnisse eine wirkungsvolle Ergänzung zum persönlichen Gespräch darstellen. Ein Vorteil dabei ist die einfache sowie zeit- und ortsunabhängige Bearbeitungsmöglichkeit.

## P201 Ziele und Maßnahmen eines langfristig und sektorübergreifend arbeitenden Care und Case Managements für Menschen mit schwerer Multipler Sklerose und deren Bezugspersonen

**Autorinnen/Autoren** Müller A<sup>1</sup>, Dunkl V<sup>1</sup>, Müller W<sup>2</sup>, Hellmich M<sup>2</sup>, Göreci Y<sup>3</sup>, Dillen K<sup>1</sup>, Voltz R<sup>1,4,5</sup>, Löcherbach P<sup>6</sup>, Warnke C<sup>3</sup>, Golla H<sup>1</sup>

**Institute** 1 Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin, Medizinische Fakultät, Köln; 2 Universität zu Köln, Institut für Medizinische Statistik und Bioinformatik, Medizinische Fakultät, Köln; 3 Uniklinik Köln, Klinik für

Neurologie, Medizinische Fakultät, Köln; 4 Universität zu Köln, Zentrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Cologne Düsseldorf (CIO ABCD), Köln; 5 Universität zu Köln, Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK), Köln; 6 Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC), Münster

DOI 10.1055/s-0044-1788367

**Hintergrund** Multiple Sklerose (MS) führt bei schweren Krankheitsverläufen durch fortschreitende physische, psychische und/oder kognitive Beeinträchtigungen zu zunehmender Behinderung, mit ausgeprägten sozialen und finanziellen Auswirkungen. Das Monitoring krankheitsmodifizierender Therapien, die Organisation und Koordination des Alltags sowie von Versorgenden im Gesundheits- und Sozialsystem führt zu hohen Belastungen sowohl für die Personen, die schwer an MS erkrankt sind (persons with severe MS, PwsMS), als auch für deren Bezugspersonen (BPs). Auswirkungen eines langfristig, sektorenübergreifend und individuell arbeitenden Care und Case Managements (CCM) wurden bisher für PwsMS und deren BPs nicht untersucht. Dieses Ziel hat die vom Innovationsfonds GB-A (FKZ 01VSF19029) geförderte explorative randomisierte klinische Studie Kommunikation, Koordination und Sicherheit für Patienten mit Multipler Sklerose (KOKOS-MS).

**Methode** In der Interventionsgruppe erfolgte eine nach einem studienspezifischen CCM Manual definierte 12-monatige Intervention. Sie wurde von Care und Case Manager\*innen, ausgebildet nach dem Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC), durchgeführt. Diese Teiluntersuchung der KOKOS-MS Studie stellt dar, welche Maßnahmen und Ziele nach Problem-, Ressourcen- und Bedarfsanalyse in den vier Lebensbereichen „körperliche-“, „psychische Gesundheit“, „Autarkie“, „soziale Situation und Teilhabe“ für die PwsMS und deren BPs eingeleitet/verfolgt wurden und welche Auswirkungen dies für sie hatte. Die deskriptiv statistische Auswertung erfolgte mittels IBM SPSS Statistics 29.

**Ergebnisse** 40 PwsMS wurden in den Interventionsarm randomisiert, 17 von ihnen mit BP (Drop outs: 2 bzw. 1). Für sie wurden individuelle Maßnahmenpläne und Zielvereinbarungen erstellt. Insgesamt wurden n = 507 Maßnahmen geplant. Die beiden häufigsten waren: „Informationen einholen“ (n = 52) und „Herstellung eines Kontaktes“ (n = 37). Die Zielvereinbarungen umfassten initial 507 Ziele, als häufigste: „optimale Versorgung gewährleisten“ (n = 99), „individuelles Ziel“ (n = 90) und „Symptomatik reduzieren“ (n = 70). Während der Intervention konnten bei sich ändernden Bedarfen Ziele hinzugefügt werden, was zu insgesamt 1025 Zielen führte. In 77,2% wurden die Ziele erreicht. Dadurch ergaben sich im Vergleich zur ersten durchgeführten Problem- und Ressourcenanalyse um 13,4% reduzierte Bedarfe am Ende der Intervention.

**Schlussfolgerung** Das CCM konnte gemeinsam mit den Betroffenen in großen Teilen die individuell festgelegten Ziele erreichen. Dies führt nicht nur zu einer verbesserten Versorgung sondern auch dazu, dass bei verringerten Bedarfen vorhandene Ressourcen freigesetzt werden und über die Krankheit und damit verbundene Organisationsprozesse hinaus für individuelle Lebensbedürfnisse genutzt werden können.

## P212 Risikopotential QTc-Zeit verlängernder Arzneimittel bei Palliativpatient:innen

**Autorinnen/Autoren** Vahlbrock S<sup>1,2</sup>, Bausewein C<sup>1</sup>, Berner J M<sup>1,2</sup>, Rémi C<sup>1,2</sup>

**Institute** 1 Klinik für Palliativmedizin LMU Klinikum, LMU München, München; 2 Promotionsprogramm Klinische Pharmazie, LMU Klinikum, LMU München, München

DOI 10.1055/s-0044-1788368

**Hintergrund** Für zahlreiche Arzneistoffe (AS) sind kardiale Nebenwirkungen wie QTc-Zeit-Verlängerungen > 450 ms bis hin zu Torsade de Pointes-Tachykardien beschrieben. Ungefähr 20% onkologischer Palliativpat. zeigen entsprechende Überleitungsstörungen im EKG. Die klinische Relevanz von AS-induzierten QTc-Zeit-Verlängerungen bei Palliativpat. ist nicht bekannt. Zudem ist fraglich, inwiefern die bisher publizierten Risikoscores auf Palliativpat. angewend-

bar und wann EKG-Kontrollen im palliativen Setting empfehlenswert sind. Ziel ist die Charakterisierung des Risikos einer medikamentösen QTc-Zeit-Verlängerung bei Palliativpat.

**Methode** Monozentrische, retrospektive Beobachtungsstudie auf einer Palliativstation

**Pilotauswertung:**

Retrospektive Datenanalyse (3 Monate); Ermittlung der Dokumentationsqualität relevanter Variablen, u.a. Medikation, Alter, Diagnosen

**Phase 1**

Retrospektiv (12 Monate): Identifikation häufig eingesetzter AS; Evaluation soziodemographischer und klinischer Charakteristika inkl. aktueller EKG-Befunde; Ermittlung Risikopotential einer QTc-Zeit-Verlängerung mittels Tisdale Risk Score.

**Phase 2**

Formulierung von Empfehlungen zum Umgang mit palliativmedizinisch relevanten QTc-Zeit verlängernden AS, vordergründlich Empfehlungen zu Zeitpunkten für Routine-EKG-Kontrollen vor und nach Therapiebeginn mit besonders risikobehafteten AS; Vorstellung und Umsetzung dieser Empfehlungen auf einer Palliativstation

**Phase 3**

Retrospektiv (12 Monate): gleiche Variablen wie Phase 1, zusätzlich Auswertung der EKG-Befunde zur Überprüfung der Notwendigkeit der Routinekontrollen.

**Primärer Endpunkt:**

QT/Torsade de Pointes Risikokategorie der eingesetzten Arzneistoffe gemäß der Datenbank CredibleMeds

**Sekundäre Endpunkte:**

nicht-medikamentöse Risikofaktoren

Pat.-individueller Tisdale-Risikoscore für QTc-Zeit-Verlängerung

Identifikation therapeutischer Alternativen zu AS mit hohem Risiko

Klinisch relevante QTc-Zeit-Verlängerung nach Medikamentengabe (nur Phase 3)

**Ergebnisse**

**Auszug Pilotauswertung (10/2022-12/2022):**

20/80 Pat. mit QTc-Zeit > 450 ms (25%), bei 39 Pat. (49%) kein aktuelles EKG. Verordnung von insgesamt 157 AS; 32 (20%) hiervon mit CredibleMeds-Klassifikation für QTc-Zeit-Verlängerung, 57 (36%) nicht in der Datenbank aufgeführt.

**Schlussfolgerung** Die Pilotauswertung zeigt, dass alle relevanten Daten aus den Akten extrahiert werden können. Für einen relevanten Teil der eingesetzten AS kann mittels CredibleMeds kein Risiko für eine QTc-Zeit-Verlängerung ermittelt werden, hier zeigt sich eine große Wissenslücke. QTc-Zeit-Verlängerungen wurden bei einem Viertel der Palliativpat. beobachtet. Im weiteren Verlauf soll nun der Einfluss der Arzneistoffe auf diese untersucht werden, um das Risiko für QTc-Zeit-Verlängerungen bei Palliativpat. zu charakterisieren.

## P259 Das Erleben von Pflegepersonen in der palliativen Versorgung von ALS-Erkrankten im Setting eines stationären Hospizes. Eine qualitative Erhebung.

**Autor** Kyewski R

**Institut** FH Münster, Fachbereich Gesundheit, Münster

**DOI** 10.1055/s-0044-1788369

**Hintergrund** Die amyotrophe Lateralsklerose (ALS) zählt zu den neurodegenerativen Erkrankungen und ist nicht heilbar. In der Terminalphase der Erkrankung sind die Erkrankten oft Gäste in einem stationären Hospiz. Die schwerwiegenden Symptome der ALS führen zu komplexen Pflegesituationen, die Pflegefachkräfte bewältigen.

Aufgrund der Vulnerabilität beschäftigen sich bis dato keine Studien mit der Frage, wie Pflegefachkräfte des Hospizes die Versorgung und Begleitung der Menschen mit ALS erleben. Diese Forschungsarbeit soll das subjektive Erleben der Pflegefachkräfte in der Versorgungssituation von ALS Erkrankten erfassen und Einblick in den Pflegealltag gewähren.

**Methode** Die Erhebung der Daten erfolgte durch qualitative Interviews mit acht examinieren Pflegefachkräften mit Hilfe eines Leitfadens mit sehr offen formulierten Fragen. Einschlusskriterium war, dass die Teilnehmenden Erfahrung mit der Versorgung mindestens eines Gastes mit ALS im Setting Hospiz hatten. Die qualitative Analyse erfolgte dicht am Text und wurde, angelehnt an die Grounded Theory von Strauss und Corbin, ausgewertet.

**Ergebnisse** Die Auswertung ergab, dass die Erkrankung ALS den Pflegealltag dominiert und von den Pflegefachkräften als omnipräsent erlebt wird. Die Erkrankung durchdringt alle Bereiche eines stationären Hospizes. Pflegefachkräfte berichten, dass insbesondere der Verlust der Kommunikationsmöglichkeit und die völlige Bewegungsunfähigkeit der Erkrankten, zu komplexen Versorgungssituationen führen, die eine 1:1 Betreuung durch Pflegefachkräfte erforderlich macht. Die Dominanz der Erkrankung bestimmt den Arbeitsablauf und wird von den Pflegefachkräften als herausfordernd, physisch, psychisch und mental anstrengend erlebt. Um ihrem Anspruch einer selbstbestimmten und bedürfnisorientierten Palliativversorgung gerecht zu werden, kommen Pflegefachkräfte an die Grenzen ihrer Belastbarkeit. Unter der Omnipräsens der ALS erleben sie, dass die Versorgung anderer Gäste des Hospizes unzureichend und nicht mit der nötigen Aufmerksamkeit durchgeführt werden kann, wenn die Personaldecke durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildungen zudem ausgedünnt ist. Die Allgegenwart der Erkrankung ALS in einem stationären Hospiz konkretisiert sich damit sowohl auf der pflegerischen wie auch auf der organisatorischen Ebene.

**Schlussfolgerung** Deutlich wird, dass die Versorgung eines Gastes mit ALS guter Vorbereitung hinsichtlich einer ausreichenden Personaldecke und organisatorischen Möglichkeiten der Entlastung der Pflegenden bedarf. Letztendlich bietet sich als einziger Ausweg eine temporäre Verminderung der Bettenanzahl im Hospiz an. Erforderlich sind Fallbesprechungen, Informationen zur Situation des Erkrankten und Unterstützung durch andere Berufsgruppen mit ihrer jeweiligen Expertise.

## P277 Kommunikation, Koordination und Sicherheit für Menschen mit Multipler Sklerose (KOKOS-MS): eine randomisierte kontrollierte Phase II klinische Studie im Sinne einer komplexen Intervention mit parallelen Armen

**Autorinnen/Autoren** Golla H<sup>1</sup>, Dunkl V<sup>1</sup>, Hellmich M<sup>2</sup>, Müller A<sup>1</sup>, Goeraci Y<sup>3</sup>, Hebben F<sup>1</sup>, Müller W<sup>2</sup>, Dillen K<sup>1</sup>, Civello D<sup>4</sup>, Müller D<sup>4</sup>, Voltz R<sup>1,5,6</sup>, Stahmann A<sup>7</sup>, Warnke C<sup>8</sup>

**Institute** 1 Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin, Köln;

2 Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Institut für Medizinische

Statistik und Bioinformatik (IMSB), Köln; 3 St. Agatha Fachklinik für Seelische Gesundheit, Gerontopsychiatrie, Köln; 4 Uniklinik Köln, Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE), Köln;

5 Uniklinik Köln, Zentrum für integrierte Onkologie Aachen Köln Bonn

Düsseldorf (CIO ABCD), Köln; 6 Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln,

Zentrum für Versorgungsforschung, Köln; 7 MS-Register, Hannover;

8 Uniklinik Köln, Poliklinik und Klinik für Neurologie, Köln

**DOI** 10.1055/s-0044-1788370

**Hintergrund** Menschen, die schwer von Multipler Sklerose (MS) betroffen sind (people with severe MS (PwsMS)) haben komplexe Bedarfe, beginnend mit der Organisation des Alltags, der Überwachung krankheitsspezifischer Therapien bis hin zur palliativmedizinischen Versorgung. Sie und ihre Bezugspersonen (BP) sind auf unterschiedliche Gesundheitsdienstleistungen angewiesen, die schwer zu finden und koordinieren sind. Die KOKOS-MS Studie untersuchte die Auswirkungen eines sektorübergreifenden, langfristig arbeitenden *Care und Case Managements* (CCM) für PwsMS und ihre BPs bzgl. (1) Lebensqualität (QoL) der Patient\*innen (HALEMS (deutsche Version des HAQUAMS, *Hamburg Quality of Life Questionnaire*), (2) palliativmedizinischen Bedürfnisse (*Integrated Palliative Outcome Scale Neuro S8* (IPOS-Neuro S8)) (3), Depression und Angst (*Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS)), (4) Inanspruchnahme von Ge-

sundheitsleistungen (Kostentagebuch), (5) QoL der BPs (*Short Form Health Survey* (SF-12)) und (6) Belastung der BPs (*Zarit Burden Interview* (ZBI-12)).

**Methode** PwMS wurden nach Studieneinschluss entweder in die Kontrollgruppe (Standardversorgung) oder die Interventionsgruppe (Standardversorgung plus CCM) randomisiert (TENALEA). Die 12-monatige CCM Intervention wurde anhand eines studienspezifischen CCM Manuals durchgeführt. Verblindete Wissenschaftler\*innen führten bei den Studienteilnehmenden alle 3 Monate vom Einschluss bis Monat 15 (T0-T5) eine standardisierte Messung der Ergebnisparameter durch. Der primäre Endpunkt ist die Veränderung der Lebensqualität bei PwMS vom Ausgangswert (T0) zu Monat 12 (T4). Sekundäre Endpunkte sind die Veränderung der Lebensqualität der Patient\*innen vom Ausgangswert zu Monat 3 (T1), 6 (T2), 9 (T3) und 15 (T5) sowie die Entwicklung der Unterskalen des HALEMS und der weiteren angegebenen Messinstrumente über die Zeit.

**Ergebnisse** 80 Patient\*innen wurden im Verhältnis 1:1 randomisiert. Deren Charakteristika zu T0 waren: Verhältnis m:w = 1:2, mittleres Alter 55,7 Jahre (SD 11), medianer EDSS 6,5 (IQR: 6; 7,5). Die Drop-out Rate war mit 10% niedriger als erwartet (2/8 verstorben, 4/8 Krankheitsprogression, 2/8 andere Gründe). Der HALEMS zeigte eine signifikante Verbesserung in der Interventionsgruppe (T0 zu T4,  $p = 0,044$ ), nicht aber in der Kontrollgruppe (T0 zu T4,  $p = 0,194$ ). Der selbst eingeschätzte allgemeine Gesundheitszustand im Vergleich zu "vor einem Jahr" verbesserte sich innerhalb der CCM-Intervention in der Interventionsgruppe signifikant (T0-T4,  $p > 0,001$ ), nicht aber in der Kontrollgruppe (T0-T4,  $p = 0,963$ ), der Unterschied war signifikant ( $p = 0,012$ ).

**Schlussfolgerung** PwMS profitieren von der Unterstützung des CCMs. Dies zeigt sich an einer besseren Lebensqualität und an einer Verbesserung der selbst eingeschätzten allgemeinen Gesundheitssituation im Verlauf der Intervention.

## P289 Gendermedizinische Aspekte kardiovaskulärer Erkrankungen bei onkologischen Palliativpatient:innen

**Autorinnen/Autoren** Dorsel T<sup>1</sup>, Drescher O<sup>2</sup>, Hense J<sup>2</sup>, Mathew S<sup>3</sup>, Mincu R<sup>3</sup>, Tewes M<sup>1</sup>, Mathew B<sup>1</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinik Essen, Palliativmedizin, Essen; 2 Universitätsklinik Essen, Westdeutsches Tumorzentrum, Innere Klinik (Tumorforschung), Essen; 3 Universitätsklinik Essen, Westdeutsches Herz- und Gefäßzentrum, Klinik für Kardiologie und Angiologie, Essen  
DOI 10.1055/s-0044-1788371

**Hintergrund** Herzkreislauf- (CVD) und Tumorerkrankungen treten aufgrund gemeinsamer Risikofaktoren häufig zusammen auf. Die Bedeutung der vermehrten Koinzidenz von CVD bei onkologischen Palliativpatient:innen (PP) ist bisher wenig untersucht. Begleitende CVD können die Symptomlast onkologischer PP weiter verschlechtern und die Lebensqualität bedeutend beeinträchtigen. Kenntnisse über die Relevanz von Komorbiditäten und geschlechterspezifische Unterschiede können die Therapie kardiovaskulärer Begleitsymptome erleichtern.

**Methode** Durchführung einer retrospektiven, monozentrischen Datenanalyse von 620 erwachsenen, onkologischen PP, die zwischen 01/2021 und 12/2023 in der spezialisierten Palliativversorgung (SPV) behandelt wurden: Es erfolgte eine deskriptive Analyse von Patientencharakteristika, kardiovaskuläre Risikofaktoren und Komorbiditäten.

**Ergebnisse** Eingeschlossen wurden 620 onkologische PP (56,3% männlich (349/620);  $64,6 \pm 15,4$  J). Der häufigste kardiovaskuläre Risikofaktor im Gesamtkollektiv war der arterielle Hypertonus (59,7% (208/349) bei männlichen PP und mit 50,2% (136/271) bei weiblichen PP. Ein Diabetes mellitus war mit 24,9% (87/349) bei männl. PP vs. 22,5% (61/271) bei weibl. PP präsent, ein Nikotinabusus bestand bei 14,6% (51/349) der männlichen PP und bei 10,7% (29/271) der weibl. PP. Eine manifeste Herzinsuffizienz (HI) oder eine koronare Herzerkrankung (KHK) bestanden im Gesamtkollektiv mit 23,9% (148/620 PP) und 26% (161/620 PP), wohingegen die Kombination aus beiden bei 13,9% (86/620 PP) auftrat. Beide Entitäten traten häufiger bei männl. PP (HI: 27,8%

(97/349); KHK: 33% (115/349)), als bei weibl. PP (HI: 18,8% (51/271); KHK: 17% (46/271)) auf. Die häufigste maligne Grunderkrankung im Gesamtkollektiv war das Lungen- und Bronchialkarzinom (BC) bei beiden Geschlechtern (Gesamt 123/620 (19,8%); weibliche PP 52/271 (19,1%) und männliche PP 71/349 (20,3%)), folgend vom kolorektalen Karzinom 58/620 (9,4%). Auch unter den PP mit einer KHK oder einer HI war das BC am häufigsten (40/161 (24,8%) und 31/148 (20,9%). Es zeigte sich hier, dass mehr männliche PP eine KHK und ein BC (27/40 (67,5%) vs. weibliche PP 13/40 (32,5%) und mehr männliche PP (21/31 (67,7%) vs. weibliche PP 10/31 (32,3%) eine Herzinsuffizienz und ein BC aufwiesen.

**Schlussfolgerung** Die Untersuchung zeigt eine höhere Prävalenz von kardiovaskulären Erkrankungen bei onkologischen Palliativpatient:innen und macht die Relevanz in diesem Kollektiv deutlich. Insgesamt zeigte sich bei kardiovaskulären Risikofaktoren und dem Vorhandensein einer manifesten KHK oder Herzinsuffizienz ein häufigeres Vorkommen beim männlichen Geschlecht in diesem spezifischen Patientenkollektiv. Eine geschlechtsspezifische Betrachtung ist hier notwendig.

## P302 Palliativpsychologische Unterstützung von Patienten mit Amyotropher Lateralsklerose (ALS) und deren Angehöriger – Fallbeispiele, Spezifika und Vorschläge für die Praxis

**Autorinnen/Autoren** Röseberg F<sup>1</sup>, Weydt P<sup>2</sup>, Radbruch L<sup>1,3</sup>

**Institute** 1 Helios Klinikum Bonn/Rhein-Sieg, Zentrum für Palliativmedizin, Bonn; 2 Universitätsklinikum Bonn, Ambulanz für ALS und andere Motoneuronenerkrankungen, Bonn; 3 Universitätsklinikum Bonn, Klinik für Palliativmedizin, Bonn

DOI 10.1055/s-0044-1788372

**Hintergrund** Es besteht eine hohe Bedeutung psychosozialer Versorgung bei ALS-Patienten [1] und Angehörigen [2]. In Anlehnung an psychotherapeutische Intervention für Krebspatienten mit fortgeschrittenen Erkrankungen CALM (Managing Cancer and Living Meaningfully [3], wird für Patienten mit ALS „Managing Burden in ALS and Living Meaningfully (mi-BALM)“ [4] vorgeschlagen.

**Methode** Im Rahmen einer Kooperation mit der ALS-Spezialambulanz am Universitätsklinikum Bonn sowie dem Zentrum für Palliativmedizin mit Palliativstation sowie SAPV wurden Patienten mit ALS und Angehörige palliativpsychologisch beraten und/oder begleitet. Zugangswege, Anzahl, Dauer und Art der Kontakte sowie Themen, Verlauf und Verbleib wurden dokumentiert und ausgewertet.

**Ergebnisse** Im Zeitraum von 09/2020 bis 09/2023 wurden 102 Patienten mit ALS und Angehörige palliativpsychologisch begleitet. Die Dauer der palliativpsychologischen Begleitung variierte von kürzeren Kontakten über die Weitervermittlung bis hin zur regelmäßigen Begleitung über einen längeren Zeitraum inklusive der Trauerbegleitung der Angehörigen nach dem Tod der Patienten. Krankheitsspezifische Themen in der palliativpsychologischen Beratung und/oder Begleitung konnten den mi-Balm-Dimensionen zugeordnet werden.

**Schlussfolgerung** Es ergeben sich krankheitsspezifische Implikationen für die Praxis: die Notwendigkeit eines niederschweligen, flexiblen und bedarfsorientierten Zugangs zu palliativpsychologischer Beratung und Begleitung von Patienten mit ALS und deren Angehörigen, der von palliativpsychologischer Erstberatung über Weitervermittlung, Krisenintervention bis hin zur länger andauernden Begleitung möglich sein sollte. Aufgrund der Mobilitätseinschränkungen sollte der Zugang dem Krankheitsverlauf angepasst sein (barrierefrei, online- und/oder aufsuchende Angebote) und auch in Bezug auf die zeitliche Dauer der einzelnen Sitzungen flexibel gestaltet werden können, da Patienten mit kommunikativer Einschränkung langsamer sprechen oder die PC-gestützte Kommunikation längere Zeit in Anspruch nehmen kann. Der Aufbau eines Netzwerks von Palliativpsycholog:innen bzw. Psychotherapeut:innen im ambulanten und stationären Setting und Angeboten der Trauerbegleitung ist sinnvoll.

## Literatur

- [1] Esser P., Metelmann M, Hartung T., Claßen J., Mehnert A., Koranyi S. Psychosoziale Versorgung bei Patienten mit Amyotropher Lateralsklerose: Ein narrativer Review. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2019; 69 (9/1): 372–381. doi:10.1055/a-0806-7862 2024-03-15
- [2] Hansen G., Burton-MacLeod S., Schellenberg K. ALS Health care provider wellness. *Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration* 2023; 0: 1–9. doi:10.1080/21678421.2023.2291710 2024-03-15
- [3] Hales S, Lo C, Rodin G (2010), *Managing cancer and living meaningfully (CALM) – treatment manual: an individual psychotherapy for patients with advanced cancer*. Psychosocial Oncology and Palliative Care, University Health Network, Toronto
- [4] Oberstadt MCF, Esser P, Classen J, Mehnert A Alleviation of Psychological Distress and the Improvement of Quality of Life in Patients With Amyotrophic Lateral Sclerosis: Adaptation of a Short-Term Psychotherapeutic Intervention. *Front. Neurol* 2018; 9: 231. doi:10.3389/fneur.2018.00231 2024-03-15

## P337 Behandlungspraxis epileptischer Anfälle in der Palliativversorgung

**Autorinnen/Autoren** Willert A-C, Kowski A

**Institut** Charité – Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Neurologie, Berlin  
DOI 10.1055/s-0044-1788373

**Hintergrund** Epileptische Anfälle sind relevante Krisen. Bisher ist wenig über das Management epileptischer Anfälle in der Palliativversorgung bekannt. Ziel ist die Ermittlung von Behandlungsprozessen und der medikamentösen Behandlungspraxis epileptischer Anfälle in der spezialisierten Palliativversorgung in Deutschland.

**Methode** Von 08/2023 – 10/2023 erfolgte deutschlandweit eine Onlineumfrage unter Palliativmediziner:innen (PM); Ethikvotum EA4/073/23. Diese umfasste 31 Items u.a. zu den Themen: Beginn anfallsuppressiver Medikation (ASM), Umstellung auf Benzodiazepine, Akuttherapie des Status epilepticus (SE), Herausforderungen und Bedarf einer Handlungsempfehlung. Mindestens zu 80 % beantwortete Surveys wurden eingeschlossen. Freitext wurde einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen. Quantitative Daten sind in Prozent angegeben, Mehrfachnennungen waren teilweise möglich.

**Ergebnisse** Insgesamt wurden 111 Fragebögen berücksichtigt. 59 % der PM hatten mehr als 10 Jahre palliativmedizinische Erfahrung: 63 % waren in der SAPV tätig, 54 % auf einer Palliativstation und 42 % im Konsildienst. 69 % der PM gaben an, eine ASM selten zu beginnen. Wenn, dann wurde am häufigsten Levetiracetam (97 %) angewandt und oral (90 %), i.v. (39 %) oder s.c. (31 %) appliziert. Es folgte Midazolam (74 %), das vor allem s.c. (60 %), nasal (51 %), i.v. (38 %) oder buccal (17 %) verabreicht wurde. 107 von 111 PM gaben an, eine ASM auf Benzodiazepine umzustellen; 63 % taten dies selten. Wesentliche Gründe für eine Umstellung waren der Beginn des Sterbeprozesses (86 %) oder eine erschwerte Applikation (72 %). 81 % der PM gaben an, selten einen SE zu behandeln. Als erste Stufe der SE-Behandlung wurde Midazolam in der SAPV (65 %; 30 von 46) und stationär (53 %; 18 von 34) verwendet. Während für Stufe 2 der SE-Behandlung in der SAPV weiterhin Benzodiazepine (72 %; 33 von 46) eingesetzt wurden, ist es im stationären Setting bevorzugt Levetiracetam (50 %; 17 von 34). Im Management epileptischer Anfälle fühlen sich die meisten PM (89 %) sicher bis sehr sicher. Dennoch sahen 89 % den Bedarf für eine Handlungsempfehlung zum Management epileptischer Anfälle in der Palliativversorgung. Als zentrale Herausforderungen wurde die ASM-Applikation bei fehlendem oralem Zugangsweg und eine hohe Angehörigenbelastung genannt.

**Schlussfolgerung** Das Management epileptischer Anfälle in der Palliativversorgung ist zwar selten, aber herausfordernd. In der Behandlungspraxis kommen führend Benzodiazepine zum Einsatz. Die bestehenden Leitlinien sind aufgrund der Besonderheiten in Applikationsmöglichkeiten und Therapieziel nicht zwanglos in die Palliativversorgung übertragbar, weshalb der Bedarf einer adaptierten Handlungsempfehlung besteht.

## P338 Welche Einstellung zur vorausschauenden Versorgungsplanung haben Patienten mit angeborenen Herzfehlern – Ergebnisse einer deutschlandweiten Umfrage

**Autorinnen/Autoren** von Diepenbroick A<sup>1</sup>, Schmidt R<sup>2</sup>, Helm P C<sup>3</sup>, Bauer U M<sup>3</sup>, Baumgartner H<sup>2</sup>, Diller G-P<sup>2</sup>, Lenz P<sup>1</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Münster, Zentrale Einrichtung Palliativmedizin, Münster; 2 Universitätsklinikum Münster, Klinik für Kardiologie III: Angeborene Herzfehler (EMAH) und Klappenerkrankungen, Münster; 3 Kompetenznetz Angeborene Herzfehler e. V., Berlin  
DOI 10.1055/s-0044-1788374

**Hintergrund** Palliativmedizin ist vielen Patienten mit angeborenem Herzfehler (CHD) immer noch weitgehend unbekannt; sie wird mit Ängsten und Tabus in Verbindung gebracht und ist noch viel zu selten ein natürlicher Bestandteil eines langfristigen vorausschauenden Behandlungsplanung.

**Methode** Es wurde eine Online-Umfrage unter erwachsenen Patienten mit CHD aus ganz Deutschland durchgeführt. Die Patienten wurden über das Nationale Register für angeborene Herzfehler rekrutiert und per E-Mail/Brief zur Teilnahme eingeladen.

**Ergebnisse** Insgesamt haben 1115 CHD-Patienten an der Umfrage teilgenommen (58,2 % weiblich), 41,8 % waren zwischen 18 und 30 Jahren alt (38,5 % 31–50 Jahre, 19,7 % > 50 Jahre). 18,4 % hatten einen einfachen, 49,7 % einen moderaten und 31,9 % einen komplexen Herzfehler. 55,2 % gaben an, religiös zu sein. 30,8 % gaben an, ihren Herzfehler als mild zu betrachten und keine Einschränkungen im Verlauf ihres Lebens aufgrund ihres Zustands zu erwarten. 50 % stufen ihre CHD als moderat ein und nehmen an, dass sie irgendwann wieder Probleme mit ihrem Herzen haben könnten. Nur 19,3 % glaubten, dass ihre CHD schwerwiegend sei und ihre Lebenserwartung verkürzen würde. 63 % hatten bereits darüber nachgedacht, was passieren würde, wenn sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert, während 9,6 % angaben, nicht darüber nachdenken zu wollen. 31,7 % sind besorgt darüber, frühzeitig auf die Hilfe anderer angewiesen zu sein, 39,3 % haben noch nicht darüber nachgedacht, welche medizinische Versorgung sie erhalten möchten, wenn sie Unterstützung benötigen. 64,7 % gaben an, den Unterschied zwischen einem Patientenverfügung und einer Gesundheitsvollmacht zu kennen. 28,8 % haben eine Patientenverfügung und 27,1 % haben eine Gesundheitsvollmacht.

**Schlussfolgerung** Nur wenige Patienten bewerten ihren Herzfehler persönlich als schwerwiegend. Demnach werden auch wenig persönliche Vorkehrungen getroffen. Palliativmedizin, Informationen zur Lebenserwartung, Patientenverfügungen und Gesundheitsvollmachten sollten ein natürlicher Bestandteil einer rechtzeitigen, ganzheitlichen medizinischen Versorgung bei Patient\*innen mit einem angeborenem Herzfehlern sein.

## Die 4 Dimensionen: körperlich, psychisch, sozial und spirituell

## V210 Psychische Belastungen und Lebensqualität der Angehörigen von Patient:innen mit einer unheilbaren Krebserkrankung in den ersten Wochen nach Diagnosestellung

**Autorinnen/Autoren** Hagedorn L, Theißen T, Ullrich A, Bokemeyer C, Oechsle K

**Institut** Palliativmedizin, II. Medizinische Klinik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg  
DOI 10.1055/s-0044-1788375

**Hintergrund** Angehörige von Menschen mit fortschreitenden, unheilbaren Krebserkrankungen leiden häufig unter psychosoziale Belastungen (Distress), Ängstlichkeit und Depressivität, die mit einer eingeschränkten Lebensqualität einhergehen. Jedoch fehlt es bisher an systematischen Daten, die sich auf die Belastungen der Angehörigen während der laufenden onkologischen Behandlung innerhalb der allgemeinen Palliativversorgung (APV) beziehen. Ziel der Studie ist die Erfassung von psychischen Belastungen und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQoL) bei Angehörigen von unheilbar an Krebs erkrankten Patient:innen – nach Erhalt der Diagnose – im Rahmen der APV.

**Method**e Beobachtungsstudie mit Fragebogenerhebungen, u.a. < 10 Wochen nach Diagnosestellung der unheilbaren Krebserkrankung. Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen einer laufenden longitudinalen prospektiven Mixed-Methods Studie zu psychischen Belastungen, HRQoL und Unterstützungsbedürfnissen von Angehörigen von Patient:innen mit einer unheilbaren Krebserkrankung in der APV in einem Comprehensive Cancer Center (CCC). Für diese Zwischenauswertungen wurden die psychosoziale Belastung (DT), Ängstlichkeit (GAD-7), Depressivität (PHQ-9) sowie die HRQoL (SF-8) bei Diagnosestellung (T0) analysiert.

**Ergebnisse** Von insgesamt N = 34 Angehörigen, wiesen 74 % (n = 25) einen klinisch relevanten Leidensdruck hinsichtlich ihrer psychosozialen Belastung auf (DT, Skala 0–10, Cut-off  $\geq 5$ ), zudem lag bei 32 % (n = 11) eine hochgradige Belastung (Cut-off  $\geq 8$ ) vor. Die am häufigsten angegebenen ursächlichen Probleme waren dabei Schlafprobleme (78 %, n = 25), Traurigkeit (69 %, n = 22), Sorgen und Ängste (67 %, n = 22) sowie Erschöpfung (65 %, n = 22). Hinsichtlich der Ängstlichkeit (GAD-7, Skala 0–21) gaben Angehörige im Durchschnitt geringe Werte ( $M = 6,8$ ;  $SD = 4,9$ ) an, jedoch lag bei 27 % (n = 9) ein Hinweis auf eine mögliche Angststörung (Cut-Off  $\geq 10$ ) vor. Ähnliche Werte ergaben sich für die Depressivität (PHQ-9, Skala 0–27), die im Durchschnitt bei  $M = 5,7$  ( $SD = 4,6$ ) lagen. Hinweise auf eine Depression wurden bei 24 % (n = 8) Angehörigen (Cut-Off  $\geq 10$ ) erfasst. Weiter wiesen die Angehörigen eine eingeschränkte HRQoL (SF-8, Skalen 0–100) auf. Der Wert für die Summenskala der körperlichen Gesundheit betrug im Mittel  $M = 50,1$  ( $SD = 9,4$ ) sowie  $M = 45,5$  ( $SD = 10,1$ ) für die Summenskala der psychischen Gesundheit. Die Mittelwerte für die 8 Einzelskalen der HRQoL lagen zwischen  $M = 45,1$  und  $M = 52,6$ .

**Schlussfolgerung** Diese ersten Ergebnisse weisen darauf hin, dass Angehörige bereits in den ersten Wochen nach Diagnosestellung einer unheilbaren Krebserkrankung eine relevante psychische Belastung sowie eine eingeschränkte Lebensqualität aufweisen. Die frühzeitige Erfassung der Belastungen dieser Angehörigen im Rahmen der APV erscheint sinnvoll, um eine adäquate Unterstützung anbieten zu können.

## V258 Shaping the transition: Rituals in the dying phase – results of an online survey

**Autorinnen/Autoren** Thiesbonenkamp-Maag J, Alt-Epping B  
**Institut** Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Palliativmedizin, Heidelberg

DOI 10.1055/s-0044-1788376

**Background** The process of dying is a crisis that exposes both the dying person and their relatives with major challenges. In most cultures, death is followed by certain rituals that help to cope with this transition. Rituals for the period after the death of a person are relatively well described. Little is known about the ritualization of dying and whether and how these rituals may be of help for patients, health care professionals, and family caregivers. A survey was initiated, which was embedded in an interdisciplinary project (palliative medicine, theology and cultural anthropology) aimed at professionals working in palliative care.

**Methods** An online survey tool was used. An invitation to complete the survey was circulated using the "snowball method". The questionnaire consisted of open and closed questions. The answers to the closed questions were statistically analyzed. Free-text answers were analyzed qualitatively. The questions related to the need of patients, their relatives and caregivers for a ritual, as well

what functions they have and when it makes sense to offer them. The study also examined whether and which rituals the respondents have experienced, which elements are important.

**Results** 299 questionnaires were answered; mainly by members of the following professional groups: pastoral care workers, nursing staff, doctors. The described diversity of rituals is impressive. Both religious services such as final blessing and profane acts such as a communal meal were regarded as rituals. The vast majority of the religious rituals described originate from the Christian context. All professions see a (very) high to medium need for patients and relatives. When asked about employees' need for a ritual, the majority of doctors saw a very high need and nurses a high need. Rituals at the end of life were found to be highly relevant in providing support and structure, expressing emotions, experiencing community and making memories. The appropriate time to offer a ritual is characterized by various markers, e.g. spatial nature (move to the hospice).

**Conclusion** The study has made an important contribution to ritual research per se and especially in the context of palliative care. Overall, the results make it clear that rituals in the dying phase go far beyond religious practices and can be seen as diverse, adaptable and possibly helpful tools. They can make a valuable contribution to accompanying the dying and their relatives, as well as the professional team. They can help to shape the dying process and resulting grief. The acceptance, feasibility, and effectiveness of a blueprint ritual at the end of life will have to be investigated next.

## P141 Entwicklung von Spiritual Care-Kompetenzen nach einem 40-stündigen Curriculum „Spiritual/ Existential Care interprofessionell“ (SpECi) für Angehörige der Gesundheitsfachberufe

**Autorinnen/Autoren** Gerundt M<sup>1</sup>, Büssing A<sup>1</sup>, Giebel A<sup>2</sup>  
**Institute** 1 Universität Witten/ Herdecke, Professur für Lebensqualität, Spiritualität und Coping, Herdecke; 2 Diakonie Deutschland, EWDE, Berlin  
DOI 10.1055/s-0044-1788377

**Hintergrund** Das Curriculum „Spiritual/Existential Care Interprofessional“ (SpECi) wurde im Rahmen des Modellprojekts „Spirituelle Begleitung am Lebensende“ (2020–2024) von einer interprofessionellen Expertengruppe entwickelt und erprobt ([www.speci-deutschland.de](http://www.speci-deutschland.de)). Es umfasst 10 Module bei einem zeitlichen Gesamtumfang von 40 Unterrichtsstunden und richtet sich an alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Personen aus unterschiedlichen Gesundheitsberufen sollen gemeinsam lernen und Spiritual Care-Kompetenz (SCC) entwickeln, um die psychosozialen, existenziellen und spirituellen Anliegen der von ihnen Begleiteten wahrnehmen und unterstützen zu können. Im Folgenden wird beschrieben, ob und welche SCC sich nach der Schulungsmaßnahme verändert haben.

**Method**e 85 Schulungsteilnehmende (48 % Pflegende, 18 % Sozialarbeiter:innen, 34 % andere) wurden an 7 Projektstandorten geschult. Um die Wirksamkeit zu beurteilen, wurden standardisierte Fragebögen (z. B. SCCQ, WHO-5) vor der Schulung sowie 3 und 6 Monate danach eingesetzt. Aufgrund der COVID-19-Pandemie sank die Teilnehmendenzahl von 85 (T0) auf 48 (T1) und 39 (T2).

**Ergebnisse** Die Wahrnehmung spiritueller Bedürfnisse, Gesprächskompetenzen und Wissen über andere Religionen waren bereits zu Beginn hoch ausgeprägt, während Selbstwahrnehmung, Teamgeist und Dokumentationskompetenzen eher gering waren. Im Zeitverlauf nahmen Dokumentationskompetenzen ( $p < 0,001$ ;  $\text{Eta}^2 = 0,297$ ), Selbstwahrnehmung ( $p = 0,005$ ;  $\text{Eta}^2 = 0,060$ ) und im Trend auch Empowerment-Kompetenzen zu ( $p = 0,022$ ;  $\text{Eta}^2 = 0,044$ ). Nach dem Kurs fühlten sich 85 % sicherer im Umgang mit den spirituellen Bedürfnissen der begleiteten Personen, und 87 % gaben an, dass sie gerne mehr Zeit hätten, um über diese Bedürfnisse zu sprechen. Zudem konnte erhoben werden, dass eine angemessene Spiritual Care-Kompetenz auch die Unterstützungszufriedenheit der Patient:innen fördern kann.

**Schlussfolgerung** Die Schulung anhand des 40-stündigen SpECi-Curriculums diente der Sensibilisierung der Gesundheitsfachkräfte sowie der Vermittlung von Basiskompetenzen, um auf die Bedürfnisse ihrer Patient:innen einzugehen und sie bestmöglich zu unterstützen. Spiritual Care sollte perspektivisch Teil der Ausbildung helfender Berufe im Sozial- und Gesundheitswesen werden. Zudem sollten SpECi-Schulungen seitens der Leistungsträger der Dienste und Einrichtungen anerkannt und finanziell gefördert werden.

## P219 Biographische Hörbücher in der Palliativsituation: Qualitative Interviews zur Feasibility und zur Effektivität auf Coping und Krankheitserleben

**Autorinnen/Autoren** Enders S<sup>1</sup>, Greinacher A<sup>1,2,3</sup>, Ditzen B<sup>2</sup>, Buschhorn L<sup>4</sup>, Alt-Epping B<sup>1</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Palliativmedizin, Heidelberg; 2 Universitätsklinikum Heidelberg, Institut für Medizinische Psychologie, Heidelberg; 3 Universität Mannheim, Lehrstuhl für Klinische Psychologie, Interaktions- und Psychotherapieforschung, Mannheim; 4 Nationales Centrum für Tumorerkrankungen und Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Medizinische Onkologie, Heidelberg

DOI 10.1055/s-0044-1788378

**Hintergrund** Biographiearbeit ist ein therapeutischer Ansatz, der in der Palliativversorgung zunehmend in den Fokus rückt. Verschiedene biografische Interventionen wirken sich positiv auf die Lebensqualität sowie das seelische Wohlbefinden aus. Darüber hinaus bieten sie die Möglichkeit, ein Vermächtnis für die Angehörigen zu hinterlassen. Das Angebot des Familienhörbuchs ist speziell auf unheilbar erkrankte Eltern mit mindestens einem minderjährigen Kind zugeschnitten. Die vorliegende Studie untersucht, welche positiven und negativen Auswirkungen die Aufnahme eines Familienhörbuchs für die Patient\*innen hat.

**Methode** 12 Patient\*innen mit inkurabler Krebserkrankung und mit minderjährigen Kindern wurden mittels semi-strukturiertem Interviewleitfaden nach der Aufnahme des eigenen Hörbuchs zu ihren Erfahrungen, zu den damit verbundenen positiven sowie negativen Auswirkungen auf sie selbst und ihre Familien, zu Wünschen und Verbesserungsvorschlägen für das Projekt sowie zu der Umsetzbarkeit des Hörbuchs interviewt. Die qualitativen Daten wurden transkribiert und inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet.

**Ergebnisse** Die Patient\*innen berichteten von positiven und von negativen Affekten, die sie im Rahmen der Hörbuchaufnahme wahrnahmen. Einerseits war die Aufnahme mit Gefühlen wie Freude und Erleichterung verbunden; andererseits aber auch mit Traurigkeit und Verunsicherung. Die Aufnahme selbst wurde häufig als Anstrengung beschrieben. Alle Patient\*innen würden die Hörbuchintervention jedoch weiterempfehlen. Die Hörbuchaufnahme war gut umsetzbar (feasible), da die Planung und Durchführung individuell auf die Bedürfnisse der Patient\*innen angepasst wurden.

**Schlussfolgerung** Die Teilnehmenden zogen mehr positive als negative Schlüsse aus der Hörbuchaufnahme. Es gab Hinweise darauf, dass das Hörbuch die Coping-Strategien stärkt. Allerdings wurde der Prozess auch als anstrengend und herausfordernd beschrieben, weshalb die Patienten in einer ausreichend guten psychischen und körperlichen Verfassung sein sollten, wenn sie mit der Aufnahme beginnen.

## P223 Eine Interdisziplinäre Psychoonkologie/Palliativ-Sprechstunde [IPPS] in der hämatologisch-onkologischen Hochschulambulanz – Erste Ergebnisse einer Evaluations- und Machbarkeitsstudie

**Autorinnen/Autoren** Haller K, Behzadi A, Ahn J

**Institut** Charité – Universitätsmedizin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Hämatologie, Onkologie und Tumorimmunologie am Campus Virchow-Klinikum, Berlin

DOI 10.1055/s-0044-1788379

**Hintergrund** Obwohl die Benefits einer integrierten symptomorientierten Palliativversorgung bekannt sind, fehlen Angebotsstrukturen, welche die multidimensionalen Belastungen von Patient:innen während einer Tumorthherapie adäquat adressieren. Die Interdisziplinäre Psychoonkologie/Palliativ-Sprechstunde (IPPS) einer hämatologisch-onkologischen Hochschulambulanz will diese Versorgungslücke schließen. In einer Pilotstudie wird die Machbarkeit des Angebots untersucht und der Effekt evaluiert.

**Methode** Die IPPS bietet eine synchrone interdisziplinäre Beratung (Hämatologie/Onkologie/Palliativmedizin und Psychoonkologie/Psychotherapie) in 1–5 Sitzungen á 60 Minuten. Die Zuweisung erfolgt über ein Distressscreening in der hämatologisch-onkologischen Hochschulambulanz sowie durch Anmeldung der Ambulanzärzt:innen. Im Rahmen der Evaluations- und Machbarkeitsstudie werden im Erstgespräch die Anliegen der Patient:innen erfasst, die zum Aufsuchen der Sprechstunde führen. Die Auswertung erfolgt qualitativ inhaltsanalytisch. Weiterhin werden körperliche Symptome (PBA), Distress (NCCN), Depressivität/Angst (PHQ-4), Lebensqualität (QUAL-EC) und krebspezifische Selbstwirksamkeitserwartung (CBI-B-D) vor und nach der IPPS fragebogenunterstützt erfasst. Die Auswertung der Effekte der IPPS auf Symptomebene erfolgt quantitativ.

**Ergebnisse** Bisher haben 27 Patient:innen (48% weiblich, Altersdurchschnitt 51 Jahre) die IPPS wahrgenommen. Alle haben eine potenziell lebenszeitbegrenzende, mehrheitlich metastasierte Tumorerkrankung. Zum Zeitpunkt des Erstkontaktes befinden sich alle in einer tumorspezifischen Therapie ohne zusätzliche (spezialisierte) palliative Unterstützung. Aktuell liegen erste Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse zu Supportive Care Needs vor. Die Anliegen sind vielfältig und komplex. 70% formulieren Unterstützungsbedürfnisse bei psychologischen Belastungen. Ebenfalls häufig sind Informationswünsche zur ambulanten Versorgung sowie Unterstützung bei der Bewältigung von Beziehungsproblemen, interpersonellen Konflikten und der Auseinandersetzung mit Krankheit, Tod und Sterben (jeweils 30%). Weniger häufig werden körperliche Beschwerden oder sozialrechtliche Anliegen formuliert (10–20%).

**Schlussfolgerung** Die ersten Ergebnisse zur Inanspruchnahme stärken die Bedeutsamkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit von Palliativmedizin und Psychoonkologie. Auch unter laufender tumorspezifischer Therapie scheint diese Form eines multiprofessionellen Angebots den komplexen Anliegen von Patient:innen einer universitären Hochschulambulanz zu entsprechen. Spezifika des Angebots sowie Selektionseffekte durch die Form der Screenings und Zuweisung werden diskutiert. Perspektivisch soll die IPPS in einem multizentrischen randomisiert-kontrollierten Design evaluiert werden.

## P290 Psychosoziale Arbeit in der SAPV. Die Ausgestaltung in der SAPV-KJ und Übertragbarkeit für die SAPV für erwachsene Patient:innen.

**Autorinnen/Autoren** Janisch M<sup>1</sup>, Schneider A-L<sup>2</sup>, Nolte-Buchholtz S<sup>2</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Sächsisches Kinderpalliativzentrum und Universitätspalliativzentrum, Dresden;

2 Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Sächsisches Kinderpalliativzentrum, Dresden

DOI 10.1055/s-0044-1788380

**Hintergrund** Das Selbstverständnis der Palliativversorgung umfasst medizinische, pflegerische, psychische, soziale und spirituelle Aspekte und Dimensionen in der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen. Zwar werden diese Themen von den in der SAPV tätigen Ärzt:innen und Pflegenden häufig mit Bedacht und punktuell aufgegriffen, können jedoch nicht umfassend bearbeitet werden. In den SAPV-Teams für Kinder und Jugendliche (SAPV-KJ) haben sich in den zurückliegenden Jahren psychosoziale Fachkräfte etabliert und konnten im Bundesrahmenvertrag verankert werden.

**Methode** Mit einer Telefonbefragung (n = 57) erfolgte eine Bestandsaufnahme zur psychosozialen Arbeit in der SAPV-KJ (Professionen, Qualifikation, Aufgaben,

Herausforderungen). In einem weiteren Schritt wurde in einem Expertengruppeninterview (n = 7) untersucht, welche Aspekte von Haltung, Wissen und Fähigkeiten für die Soziale Arbeit in der SAPV-KJ essentiell sind.

**Ergebnisse** Sozialarbeiter:innen und Psycholog:innen stellen mit 63 % den Großteil der psychosozialen Fachkräfte in der SAPV-KJ. Drei von vier Fachkräften verfügen über bzw. planen eine Weiterbildung in (Pädiatrischer) Palliative Care. Die Aufgabenfelder liegen in den Familien (Sozialanamnese, sozialrechtliche Beratung, psychosoziale Begleitung, Vernetzung, Kooperation, Trauerbegleitung) und den Teams (Informationsweitergabe/-austausch, Vertretung der psychosozialen Perspektive, Moderation, Unterstützung/Entlastung, Fort- und Weiterbildung). Die professionelle Soziale Arbeit in der SAPV-KJ basiert auf einer Haltung von Empathie, Wertschätzung, Ressourcenorientierung, Authentizität, Allparteilichkeit, Ambiguitätstoleranz sowie Selbstreflexion. Die Wissensebene beinhaltet Kenntnisse zu Assessment/Auftragsklärung, Kommunikation/Gesprächsführung, Krankheitsbewältigung, Entwicklungspsychologie, systemischen Konzepten und Netzwerkarbeit. Hinzu kommen Fähigkeiten wie Kompetenz in Gesprächsführung, Beratung, Teamarbeit, Moderation/Mediation, Abgrenzung/Vermittlung sowie Evaluation/Reflexion.

**Schlussfolgerung** Die Arbeit von psychosozialen Fachkräften in der SAPV-KJ hat sich in den zurückliegenden Jahren etabliert. Vielfältige Aspekte der psychosozialen Arbeit in der SAPV-KJ lassen sich auf die Versorgung erwachsener Palliativpatienten übertragen.

## P295 Erfahrungen biografischer Schmerzen sehen; vielleicht verstehen lernen

**Autor** Hummel R

**Institut** Lebenshilfe Landesverband Hessen e.V., Hochheim am Main

**DOI** 10.1055/s-0044-1788381

**Hintergrund** Schmerzhaftes Erleben prägt Lebensgeschichten. Werden Menschen nach schmerzhaften Erfahrungen gefragt, öffnet sich ein Raum, in dem sie beginnen, darüber zu sprechen, zu reflektieren, diese neu zu ordnen. Wird das Verständnis zu Schmerzen, wie Cicely Saunders es prägte, zugrunde gelegt, zeigt sich die Mehrdimensionalität im biografischen Erleben und Erzählen. Im Rahmen meiner Dissertation erzählten fünf Frauen ihre Geschichten im Kontext von Behindertenhilfe und Palliative Care. Eine von ihnen war Lieselotte. Eine ältere Dame, auch Mutter einer schwerbehinderten Tochter, die einen Einblick gab in ihre Biografie und wie Erlebtes ihr Leben prägt.

**Methode** In einer Narrative Inquiry steht im Mittelpunkt, die eigenen und, vor allem, die Erfahrungen der Menschen zu studieren, um Erfahrungen sichtbar machen, diese mit Theorie zu verknüpfen und mögliche Handlungsoptionen ableiten zu können.

**Ergebnisse** Im Erzählen der biografischen Geschichten wurden drei Narrative Threads sichtbar, die das Erleben der Frauen maßgeblich beeinflussen: Gibt es spirituelle Erfahrungsräume im Umgang mit Schmerz? Wird Schmerz als lebensgeschichtliche Erfahrung verstanden? Werden Spannungsfelder der Begegnung wahrgenommen? Mit Blick auf professionelle Versorgungsoptionen in der Behindertenhilfe, aber auch in der Altenhilfe bedeutet dies, sich zu fragen, wie aus den Einblicken in die Geschichten der anderen, eine Qualität für die Gestaltung von Begleitprozessen abgeleitet werden kann.

**Schlussfolgerung** Fokussieren wir die lebensgeschichtlichen Erzählungen von Lieselotte wird uns ermöglicht, sie in ihrem Sein zu verstehen, indem wir ihre Geschichte versuchen zu verstehen: als Frau, als Mutter, als die Person, die im Leben ihrer Tochter eine zentrale Rolle spielt. Zudem formulierte Lieselotte: *Aber Schmerz ist was ganz Unerträgliches [...], das kann man nicht beschreiben, das ist manchmal, als wenn dein Kopf platzt, als wenn der ganze Körper nicht mehr ist. Und das verändert einen auch.* Gleichzeitig werden Fragen sichtbar, die sich auf die Gestaltung ihres eigenen Altwerdens beziehen. Wie kann dies gelingen in einem Leben, das unter anderem geprägt war durch das Wirken von Institu-

tionen und sog. Professionellen, die immer wieder Bestandteil der schmerzhaften Erfahrungen von Lieselotte waren. Wie kann ein sensibler Blick auf Biografie zu einer professionellen Begleitung beitragen? Durch die Einblicke, die Lieselotte uns gibt, besteht die Chance, lebenslange Erfahrungen zu professioneller institutioneller Begleitung sowie lebenslang erlebte Schmerzerfahrungen behutsam in den Blick zu nehmen.

## P339 Einfluss eines systematischen Screenings auf die Erfassung und Adressierung spiritueller Bedürfnisse in der stationären Palliativmedizin

**Autorinnen/Autoren** Grunthal W<sup>1,2</sup>, Bernhardt F<sup>1,2</sup>, Wittenbecher L<sup>3</sup>, Büssing A<sup>4</sup>, Lenz P<sup>1,2</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Münster, Zentrale Einrichtung Palliativmedizin, Münster; 2 Westdeutsches Tumorzentrum (WTZ), Netzwerkpartner Münster, Münster; 3 Universitätsklinikum Münster, Seelsorge, Münster; 4 Universität Witten/Herdecke, Professur für Lebensqualität, Spiritualität und Coping, Witten/Herdecke  
**DOI** 10.1055/s-0044-1788382

**Hintergrund** Das Erkennen und Adressieren spiritueller Bedürfnisse ist in der S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patient:innen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ aufgeführt: Spiritual Care dient der interdisziplinären Abdeckung existenzieller, religiöser und spiritueller Bedürfnisse von Patient:innen und ihren Zugehörigen. Frühere Studien und Erfahrungsberichte zeigen jedoch, dass die Erfassung und Entsprechung solcher Bedürfnisse bei der Versorgung palliativer Patient:innen oftmals unzureichend und der Bedarf nach adäquater Spiritual Care daher häufig ungenügend gedeckt ist. Die vorliegende Studie dient der Erfassung spiritueller Bedürfnisse palliativer Patient:innen mithilfe des sog. Spiritual Needs-Questionnaire (SpNQ) in der Screener-Version, der Adressierung dieser Bedürfnisse und der Bewertung der interventionellen Maßnahmen durch die Versorgenden.

**Methode** Der validierte SpNQ-Screener wird über sechs Monate im klinischen Alltag eines Palliativdienstes und einer Palliativstation eingesetzt, um prospektiv Daten zu spirituellen Bedürfnissen palliativer Patient:innen zu erheben. Zur Abschätzung der Effekte des SpNQ-Screeners erfolgt außerdem eine retrospektive Datenanalyse einer Vergleichsgruppe des Vorjahreszeitraums. Parallel zur Datenerhebung finden Fokusgruppen mit Vertretenden der in die palliative Versorgung eingebundenen Berufsgruppen statt, um deren Sichtweise auf den Ist- und Soll-Zustand von Spiritual Care am Studienzentrum und relevante Faktoren zur Implementierung des Screeners auszuwerten.

**Ergebnisse** Es liegen erste Ergebnisse der Fokusgruppen vor. Hierbei wurde betont, dass Spiritual Care in der Palliativmedizin ein multiprofessionaler Ansatz sei, der aktuell u. a. durch wöchentlichen Austausch in interdisziplinären Teambesprechungen thematisiert würde. Vorurteile und Voreingenommenheit gegenüber Spiritual Care müssten allerdings weiter abgebaut und überwunden werden, damit durch eine gezielte Sensibilisierung für die Relevanz spiritueller Begleitung der Stellenwert von Seelsorge und Spiritual Care in der palliativen Therapie eingeordnet werden könne. Entscheidend sei zudem die niederschwellige Erreichbarkeit dieser Angebote. Von den Versorgenden geäußerte Bedenken hinsichtlich der praktischen Umsetzung des Screeners – wie Zeitaufwand, technische Handhabung, geeigneter Zeitpunkt der Erhebung oder Konsequenzen eines positiven Ergebnisses – müssen im Verlauf und nach Abschluss der Studie (re-)evaluiert werden.

**Schlussfolgerung** Eine standardisierte Erfassung stärkt das Bewusstsein für spirituelle Bedürfnisse sowohl für die Mitarbeitenden als auch die Patient:innen. Ob die Implementierung eines Screeners nachhaltig dazu führt, diese spirituellen Bedürfnisse besser erfassen und im multimodalen Behandlungskonzept adäquat(er) adressieren zu können, muss weiter untersucht werden.



## Hands on Symptomkontrolle

### P140 Schon Sedierung? Pilotierung einer medizinischen Entscheidungshilfe für sedierende Medikamente in der stationären und ambulanten spezialisierten Palliativversorgung in Bayern

**Autorinnen/Autoren** Krauss S H<sup>1</sup>, Odierna B<sup>1</sup>, Rémi C<sup>1</sup>, Bausewein C<sup>1</sup>, Ostgathe C<sup>2</sup>, Kremling A<sup>3</sup>, Schildmann J<sup>3</sup>, Schildmann E<sup>4</sup>

**Institute** 1 Ludwig-Maximilians-Universität München, LMU Klinikum, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München; 2 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Universitätsklinikum Erlangen, Palliativmedizinische Abteilung, Erlangen; 3 Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Halle; 4 Universität Augsburg, Medizinische Fakultät, Palliativmedizin, Augsburg  
DOI 10.1055/s-0044-1788383

**Hintergrund** Potentiell sedierende Medikamente werden in der Palliativversorgung oft verwendet. In der Praxis bestehen bei ihrem Einsatz Unsicherheiten, beabsichtigte oder unbeabsichtigte sedierende Effekte als solche zu erkennen, zu benennen und Konsequenzen für die weiteren Entscheidungen zu ziehen (Dosisreduktion? Substanzwechsel? Gezielte Sedierung?). Im Projekt iSedPall (Forschungsverbund iSedPall, BMBF: 01GY2020A-C) wurde eine Papierversion einer Entscheidungshilfe (clinical decision support tool, CDST) entwickelt, die evidenzbasierte, von Expert:innen konsentiertere Grenzwerte verschiedener Medikamente enthält, bei denen für eine:n definierte:n Standardpatient:in mit leichter oder tiefer Sedierung zu rechnen ist. Diese „Warnliste“ soll die Beurteilung in zwei schwierigen Situationen unterstützen: 1) ob bei einer gegebenen oder geplanten Dosis eines potentiell sedierenden Medikaments, das nicht mit dem Ziel einer Sedierung gegeben wird, eine sedierende Wirkung zu erwarten ist; 2) ob eine beobachtete Bewusstseinsverminderung wahrscheinlich (teilweise) durch das Medikament verursacht wurde. Ziel der Pilotierung ist die Prüfung der Akzeptanz, Angemessenheit und Machbarkeit der Implementierung des CDST.

**Methode** Mixed-Methods-Pilotstudie mit 4 Pilotzentren (2 Palliativstationen, 2 SAPV-Teams) in Bayern unter Anwendung von Patientenaktenanalysen, einer Online-Befragung, 6 Fokusgruppen, Besuchen vor Ort und regelmäßigen Online-Sitzungen mit den Zentren.

**Ergebnisse** Grundsätzlich wird das Ziel der Warnliste gut verstanden und sie findet Zustimmung. Ärzt:innen und Pflegefachpersonen sehen ihren Nutzen vor allem in der Edukation und als Information im Hintergrund. Sie trägt damit zur Handlungssicherheit bei. Sie findet außerdem, jedoch seltener als erwartet, Anwendung bei täglichen Fallbesprechungen. Ärzt:innen betonen die Notwendigkeit einer individuellen Beurteilung und weisen auf ihre eigene umfangreiche Erfahrung hin. Von einigen wird eine elektronische Umsetzung präferiert. Potentielle Risiken bestehen darin, dass die für eine:n „Standardpatient:in“ vorgeschlagenen Dosen die individuelle klinische Beurteilung ersetzen, und dass die Warnliste als Dosisempfehlung für gezieltes Sedieren fehlinterpretiert wird.

**Schlussfolgerung** Die Warnliste als medizinische Entscheidungshilfe erscheint aus Sicht der Fachkräfte akzeptabel, angemessen und ihre Implementierung machbar zu sein. Der Mixed-Methods-Ansatz hat sich als wertvoll erwiesen, da er eine sorgfältige Untersuchung der Risiken und des Nutzens ermöglicht.

### P149 What is high-dose opioid therapy? – A Systematic Review and Meta-analysis to define a high-dose opioid therapy

**Autorinnen/Autoren** Brocke F<sup>1</sup>, Lampert A<sup>2</sup>, Peuckmann-Post V<sup>3</sup>, Magerl W<sup>4</sup>, Weber S<sup>5</sup>, Rolke R<sup>1</sup>

**Institute** 1 Uniklinik RWTH Aachen, Klinik für Palliativmedizin, Aachen; 2 Uniklinik RWTH Aachen, Institut für Neurophysiologie, Aachen; 3 Uniklinik RWTH Aachen, Klinik für Anästhesiologie, Aachen;

4 Medizinische Fakultät Mannheim, Neurophysiologie, Mannheim; 5 Uniklinik RWTH Aachen, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Aachen

DOI 10.1055/s-0044-1788384

**Background** Chronic pain is a common symptom and often treated with opioids. Almost 30 % of the general population experience chronic pain during life-time and are impaired in their quality of life and ability to work. Different pain entities such as cancer or neuropathic pain are treated using opioids. The potential side effects were found to correlate with accelerating doses. The opioid crisis has drawn attention to the sometimes life-threatening side effects. Until today guidelines are inconsistent regarding an evidence-based threshold for a high-dose opioid therapy.

**Methods** A systematic review and meta-analysis were undertaken in accordance with the PRISMA 2020 statement and following the recommendations of the Cochrane Collaboration. The literature search was conducted in 4 databases until January 2023. Studies were eligible if participants were able to titrate their dosage to a sufficient pain relief amongst different pain syndromes. The studies were assessed for risk of bias. Dosages were converted into an oral morphine equivalent (OME; mg/d). A weighted mean was calculated and heterogeneity and data were tested for normal distribution, followed by calculation of the 97,5 % percentile. Secondary normalization was performed by log transformation and the 97,5 % percentile was determined as a threshold for “high-dose”.

**Results** From 2456 screened and 175 assessed for eligibility studies, 19 included studies investigating eight opioids with a total of 3111 participants. The studies were geographically distributed worldwide and the date of publication ranged from 1990 to 2020. Most were observational studies. 57 % of the participants were female, the average age was 64 years. The underlying pain conditions were cancer pain in 11 and chronic non-cancer pain in 10 study groups. Baseline pain was a median of 6.1 NRS (0-10), the pain decrease during opioid titration was 3.9 points. The weighted mean was 74.70mg OME and the 97.5 % percentile of data distribution corresponded to 139mg OME as a threshold for “high dose” opioid treatment. The OME between opioids varied significantly, and differences were also found between subgroups defined by opioid experience, age or pain score. Although the risk of bias was low in many domains, allocation bias contributed to an overall moderate risk of bias.

**Conclusion** The aim was to investigate a threshold for defining a “high-dose” opioid therapy in chronic pain that is consistent with any opioid therapy beyond roughly 140mg/d OME. As far as known, this is the first analysis with a systematic approach. Despite the overall moderate risk of bias and heterogeneity in pain conditions, the reference range of typically prescribed dosages could successfully be investigated. This threshold could provide guidance and alertness to that may improve safety in opioid therapy.

### P186 Auswirkung eines klinischen Behandlungspfades auf die Therapie von Übelkeit und Erbrechen in der Palliativversorgung

**Autorinnen/Autoren** Berner J<sup>1,2</sup>, Bausewein C<sup>1</sup>, Rémi C<sup>1,2</sup>

**Institute** 1 Klinikum der Universität München, Klinik für Palliativmedizin, München; 2 Klinikum der Universität München, Promotionsprogramm Klinische Pharmazie, München  
DOI 10.1055/s-0044-1788385

**Hintergrund** Übelkeit und Erbrechen (Ü/E) sind häufige Symptome bei Palliativpatient:innen und gehen mit einer starken Einschränkung der Lebensqualität einher. Die Therapie ist u.a. aufgrund des heterogenen Kollektivs und begrenzter Evidenz herausfordernd. Ziel des Projekts ist die Entwicklung und Implementierung eines evidenzbasierten Behandlungspfades (BP) zur Verbesserung der Therapiequalität bei diesen vulnerablen Patient:innen.

**Methode**

**Monozentrische Vorher-Nachher-Studie:**

**Phase 1** (Ph1): retrospektiv; Evaluation Status Quo (15 Monate; Januar 2021 – März 2022)

**Phase 2:** Entwicklung evidenzbasierter Behandlungspfad

**Phase 3 (Ph3):** retrospektiv; Effekt des BP auf Therapiequalität (12 Monate; März 2023 – Februar 2024)

**Eingeschlossen:** alle Pat. im Studienzeitraum mit Liegedauer > 2 Tage

**Endpunkte:** Bewertung Therapiequalität:

- Qualitätsindikator (QI; Anteil Pat. mit Senkung der Symptomlast nach IPOS für Ü bzw. E nach 2 Tagen)
- Länge der Symptomlast

**Ergebnisse** Zum Zeitpunkt der Abstract-Einreichung waren 9/12 Monaten (Phase 3) ausgewertet (Pilotauswertung). Präsentation der vollständigen Daten auf dem DGP-Kongress.

**Phase 1:** 330 Pat. (Alter<sub>Median</sub> 71, 50.9% weiblich, Charlson Comorbidity Index CCI<sub>Median</sub> 8, 67.0% Tumorerkrankung), davon 172 Pat. mit Ü/E (52.1%).

**Phase 3:** 219 Pat. (Alter<sub>Median</sub> 71, 53.0% weiblich, CCI<sub>Median</sub> 8, 75.8% Tumorerkrankung), davon 110 Pat. mit Ü/E (50.2%). Therapieentscheidung nach BP wurde bei 86/110 Pat. dokumentiert (78.2%).

**Signifikante Verbesserung der Qualitätsindikatoren nach Einführung des BP:**

$QI_{Ü,Ph1} = 90/129^* (69.8\%)$ ;  $QI_{Ü,Ph3} = 80/94^* (85.1\%)$ ;  $p = 0.01249$

$QI_{E,Ph1} = 52/71 = 73.2\%$ ;  $QI_{E,Ph3} = 51/59 (86.4\%)$ ;  $p = 0.1031$

\* bei fehlenden Daten/Symptomlast kein QI berechnet

**Reduktion der Länge der Symptomlast nach Einführung des BP:**

Symptomlänge<sub>Ph1, Median</sub> = 2 (0-25); Symptomlänge<sub>Ph3, Median</sub> = 2 (0-13)

$IQR(25-75\%)_{Ph1} = 2-5$ ,  $IQR(25-75\%)_{Ph3} = 1-3$

**Schlussfolgerung** Die antiemetische Therapie wurde bei einem Großteil der Patient:innen nach dem entwickelten Behandlungspfad umgesetzt und dokumentiert. Die Pilotauswertung zeigt eine im Vergleich zu Phase 1 signifikante Verbesserung der Therapiequalität mit einer Reduktion der Symptomlast bereits zwei Tage nach Therapiebeginn. Zudem ist die Länge der Symptomlast deutlich reduziert, mit kürzeren Episoden in Phase 3. Die abschließende Auswertung steht noch aus, jedoch lassen diese Ergebnisse darauf schließen, dass der entwickelte Behandlungspfad eine raschere Reduktion der belastenden Symptome für Palliativpat:innen ermöglicht. Ein Ausblick auf das Folgeprojekt umfasst die Integration von Rückmeldungen der Behandelnden zum Pfad in eine Weiterentwicklung sowie die Bereitstellung auf nationaler Ebene.

## P187 Entwicklung eines klinischen Behandlungspfad für die Therapie von Übelkeit und Erbrechen in der Palliativversorgung

**Autorinnen/Autoren** Berner J<sup>1,2</sup>, Bausewein C<sup>1</sup>, Rémi C<sup>1,2</sup>

**Institute** 1 Klinikum der Universität München, Klinik für Palliativmedizin, München; 2 Klinikum der Universität München, Promotionsprogramm Klinische Pharmazie, München

DOI 10.1055/s-0044-1788386

**Hintergrund** Übelkeit und Erbrechen (Ü&E) stellen häufig auftretende und belastende Symptome bei Patient:innen der Palliativversorgung dar. Die therapeutischen Ansätze in der klinischen Praxis sind jedoch oft unbefriedigend, bedingt durch ein heterogenes Patient:innenkollektiv, eine vielschichtige Ätiologie und eine begrenzte Evidenzlage. Die deutsche „S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung“ bleibt in ihren Empfehlungen häufig vage und bezieht sich nur auf Tumorpatient:innen. Die praktische Umsetzung der Empfehlungen im klinischen Alltag erweist sich daher immer wieder als herausfordernd.

Ziel des präsentierten Teilprojekts ist die Entwicklung eines evidenzbasierten Behandlungspfad (BP) für Ü&E bei Palliativpatient:innen.

Übergeordnetes Ziel des Forschungsvorhabens ist die Verbesserung der Therapie von Übelkeit und Erbrechen in der Palliativversorgung.

**Methode**

Die Entwicklung des Behandlungspfad ist Teil einer Vorher-Nachher-Studie (3 Phasen):

1) retrospektiv; Evaluierung der vorherrschenden Behandlungssituation (15 Monate)

2) Entwicklung des Behandlungspfad

3) retrospektiv; Effekt des BP auf Therapiequalität (12 Monate)

Die Entwicklung des BP erfolgte auf Basis

- a) der Ergebnisse aus Phase 1
- b) aktueller wissenschaftlicher Evidenz
- c) internationaler Leitlinien.

Entwicklung des BP unter Berücksichtigung multiprofessioneller Versorgungssaspekte (Medizin, Pharmazie, Pflege).

**Ergebnisse** Therapiebezogene Herausforderungen aus (Phase 1), aktuelle Literatur und 8 internationale Leitlinien bildeten die Basis für den Behandlungspfad.

Der entwickelte BP besteht aus:

- 1) Darstellung der Therapieschemata bei Ü&E für sieben Primärszenarien (versch. Ursachen) und insg. zehn Arzneimittel (First- und Second-Line)
- 2) Erläuterungen zum Gebrauch des BP, inkl. relevanter Differentialdiagnosen
- 3) Anwendungshinweise für im BP empfohlene Arzneistoffe inkl. sinnvoller Arzneimittel-Kombinationen

**Schlussfolgerung** Aufgrund der begrenzten Evidenzlage war die Entwicklung des BP herausfordernd. Seit März 2023 wird der BP zur Therapie von Ü&E auf einer Palliativstation eingesetzt. Das vorläufige Feedback der Behandler ergab eine erleichterte Therapiefindung im klinischen Alltag. Im weiteren Verlauf wird die Therapiequalität evaluiert und mit den Ergebnissen der ersten Phase verglichen. Es wird erwartet, dass der Behandlungspfad die Therapie von Ü&E vereinfacht und verbessert. Das übergeordnete Ziel besteht darin, eine sichere und wirksame Therapie unter Berücksichtigung des aktuellen wissenschaftlichen Stands nachhaltig zu etablieren.

## P191 Verordnungspraxis supportiver Cannabinoidtherapie in palliativ- radioonkologischer Therapie; retrospektive Untersuchung eines PatientInnenkollektivs über 6 Jahre

**Autorinnen/Autoren** Schöneich M<sup>1</sup>, Junghanß P<sup>1</sup>, Krug D<sup>1</sup>, Borgerding J<sup>1</sup>, Knipper P<sup>1</sup>, Dunst J<sup>1</sup>, Schmalz C<sup>1,2</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Klinik für Strahlentherapie, Kiel; 2 hospiz-initiative-kiel e.V., Ambulanter Hospizdienst, Kiel

DOI 10.1055/s-0044-1788387

**Hintergrund** Medizinische Cannabinoide (medCB) und ihr Einsatz in Tumorschmerztherapie und Palliativmedizin werden kontrovers diskutiert. Positive Einflüsse wurden u.a. auf Lebensqualität, Appetit und Emesis beschrieben [1, 2]. Seit 2017 kann in Deutschland medCB im Einzelfall verordnet werden. In der Klinik für Radioonkologie des UKSH Kiel wird Tetrahydrocannabinol (THC, Dronabinol) in öliger Lösung bei palliativ therapierten PatientInnen mit diesen Symptomen regelmäßig während des stationären Aufenthalts als supportive Therapie eingesetzt. Im vorliegenden Projekt sollen die bisherigen Anwendungssituationen und die Symptomlast der PatientInnen retrospektiv untersucht werden. Spezifische Fragestellungen betrafen PatientInnencharakteristika (u.a. Alter, Geschlecht, Tumorentität), Indikationen bzw. Symptome als Verordnungsgrund (Inappetenz, Nausea, Emesis, Unruhe, Schlaflosigkeit, Schmerzen) sowie Therapieparameter (Tagesdosis, Therapiedauer).

**Methode** Aus den elektronischen Datenbanken des UKSH und der BtM-Dokumentation wurden u.a. Pat.- und Tumorcharakteristika, Symptomlast und medCB-Indikation erfasst.

**Ergebnisse** Insgesamt wurden Daten von insgesamt 121 PatientInnen der Klinik (66 weiblich, 55 männlich), die von Oktober 2018 bis Januar 2024 mit THC in öliger Lösung behandelt wurden, erfasst. Die Zahl der therapierten PatientInnen nahm im Verlauf zu (2019: 14, 2022: 33). Das durchschnittliche

Alter betrug 67 Jahre (32 bis 90 Jahre, median 68 Jahre). Die durchschnittliche Behandlungsdauer mit THC betrug 14 Tage (ein Tag bis 65 Tage, median 11 Tage). Die durchschnittliche Tagesdosis betrug 7 mg (2,5 mg bis 18 mg; median 6 mg). Bei 58 Fällen wurde die THC-Dosis im Verlauf einschleichend bis zu einem Plateau erhöht, in 60 Fällen wurde die Initialdosis beibehalten, und in 23 Fällen musste die Dosis reduziert werden bzw. das Medikament abgesetzt werden. Die drei häufigsten Indikationen für die Therapie mit THC waren Inappetenz (43%), Schmerzen (21%) und Nausea (17%). Weitere Indikationen waren PatientenInnenwunsch, Insomnie und Emesis. In 10% war retrospektiv die Indikation nicht zu ermitteln.

**Schlussfolgerung** Die Therapie mit THC erscheint bei palliativ radioonkologisch behandelten PatientInnen eine mögliche Supportivtherapie bei den Indikationen Inappetenz, Schmerz und Nausea. Eine multizentrische, randomisierte Therapiestudie (BELCANTO) zum Einsatz von THC in diesem Kollektiv steht kurz vor der Rekrutierung.

#### Literatur

- [1] Mücke M et al. Systematic review and meta-analysis of cannabinoids in palliative medicine, Wiley Online Library. J Cachexia Sarcopenia Muscle 2018; 9 (2): 220–234. 2024-03-18. doi:10.1002/jcsm.12273
- [2] Kreuzkamp B Cannabinoide in der Palliation: Erste Studie zum Rückgang der Gesamtsymptomlast ermutigend. Schmerzmedizin 2020; 28: 36. doi:10.1007/s00940-020-1762-5 2024-03-18, doi.org/10.1007/s00940-020-1762-5

## P228 Inhalative Anwendung verschiedener Medikamente in der Palliativmedizin: Ergebnisse einer Umfrage unter PalliativmedizinerInnen in Deutschland

**Autorinnen/Autoren** Mair R<sup>1,2</sup>, Schnell A<sup>1,2</sup>, Steger-Arand C<sup>1,2</sup>, Herr W<sup>1</sup>, Rechenmacher M<sup>1,2</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Regensburg, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III, Regensburg; 2 Universitätsklinikum Regensburg, Zentrum für Palliativmedizin, Regensburg  
DOI 10.1055/s-0044-1788388

**Hintergrund** In der Palliativmedizin sind oft alternative Applikationswege zur oralen und i.v.-Gabe erforderlich – häufig auch als sogenannter Off-Label-Use. Bezüglich der Kenntnis der inhalativen Gabe verschiedener Medikamente, deren Einsatz und Dosierung im Alltag, sowie der Einschätzung der Relevanz dieses Applikationsweges zur Symptomkontrolle aus der Sicht von PalliativmedizinerInnen ist bisher wenig bekannt.

**Methode** Wir führten zwischen 9. September 2021 und 21. April 2022 eine anonyme Online-Umfrage unter PalliativmedizinerInnen in ganz Deutschland durch. Es wurden soziodemographische Daten, sowie Angaben zur Kenntnis, zum Einsatz und der eingeschätzten Relevanz von 21 Medikamenten in Bezug auf deren inhalative Anwendung abgefragt. Die Daten wurden mit Methoden der deskriptiven Statistik ausgewertet.

**Ergebnisse** Es konnten insgesamt 108 vollständig ausgefüllte Fragebögen ausgewertet werden. Die TeilnehmerInnen besaßen überwiegend eine langjährige palliativmedizinische Erfahrung. Insbesondere war die inhalative Anwendung von NaCl, Medikamenten zur Mukolyse und Bronchodilatation, sowie von Budesonid bei den Teilnehmern bekannt und wurde auch im klinischen Alltag eingesetzt. Etwa 50% der Teilnehmenden berichteten über die Kenntnis und den Einsatz der antiödematösen und vasokonstriktiven Substanz Epinephrin bzw. der hämostyptischen Substanz Tranexamsäure. Die genannten Medikamente wurden von mehr als 60% auch als relevant oder sehr relevant für den klinischen Alltag eingeschätzt. Die inhalative Anwendung von Opioiden, Iloprost, verschiedenen Antibiotika, Heparin, Ketamin und Lidocain wurde als wenig bekannt angegeben und scheint auch bezüglich des Einsatzes eine geringe Rolle im palliativmedizinischen Alltag zu spielen.

**Schlussfolgerung** Unsere Untersuchung zeigt als erste, dass die inhalative Gabe von Medikamenten im Praxisalltag der Palliativmedizin eine Rolle spielt. Für viele der abgefragten Substanzen gibt es in der Literatur jedoch nur wenige Daten und zudem bleibt oft unklar, ob die vorhandenen Daten direkt auf das

palliativmedizinische Setting übertragbar sind. Unsere Ergebnisse unterstreichen daher die Notwendigkeit für weitere Untersuchungen zur inhalativen Anwendung von Medikamenten in der Palliativmedizin. Zudem zeigt sich ein möglicherweise bestehender Fortbildungsbedarf, da selbst die wenigen für die inhalative Anwendung zugelassenen Medikamente teilweise nur wenigen TeilnehmerInnen bekannt waren.

## P325 Korrelation von prognostisch relevanten Laborparametern mit dem Symptom Schmerz und Effizienz der Symptomkontrolle bei PatientInnen auf der Palliativstation

**Autorinnen/Autoren** Rechenmacher M<sup>1</sup>, Summerer L<sup>1</sup>, Böhm A<sup>1</sup>, Lassen C<sup>2</sup>, Herr W<sup>3</sup>, Pietsch P<sup>1</sup>, Zeman F<sup>4</sup>, Mair R<sup>1</sup>, Schnell A<sup>1</sup>

**Institute** 1 Uniklinik Regensburg, Zentrum für Palliativmedizin, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III, Regensburg; 2 Uniklinik Regensburg, Zentrum für Palliativmedizin, Zentrum für interdisziplinäre Schmerztherapie, Klinik für Anästhesiologie, Regensburg; 3 Uniklinik Regensburg, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III, Regensburg; 4 Uniklinik Regensburg, Zentrum für Klinische Studien, Regensburg  
DOI 10.1055/s-0044-1788389

**Hintergrund** Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von PatientInnen und ihren Angehörigen, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, gewissenhafte Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art. In vielen klinischen Verläufen gelingt es bei PatientInnen mit schweren Symptomen zügig eine suffiziente Symptomkontrolle zu erzielen. Trotz optimaler Behandlung analog der S3 Leitlinie Palliativmedizin gibt es aber immer wieder PatientInnen im klinischen Alltag, deren Symptome über viele Tage *insuffizient* kontrolliert sind, da die nach Leitlinie üblichen Medikationen und deren Dosierungen nicht den zu erwartenden Effekt zeigen. Dieses bedeutet, trotz engmaschigen Handlungen zur Linderung der Symptomatik, ein erhebliches Leid für die PatientInnen. Langfristiges Ziel ist es, diese PatientInnen an Hand von prädiktiven Markern frühzeitig zu identifizieren, um in einem weiteren Schritt eine Optimierung und Anpassung der Therapie zu erzielen. So soll durch frühzeitiges Erkennen, dem Leiden vorgebeugt werden.

Verschiedene Laborparameter wurden bereits in definierten Populationen, insbesondere in Assoziation mit der Tumorkachexie, als mögliche prädiktive Marker diskutiert. Retrospektive Auswertungen zur Korrelation von Laborparametern mit der Symptomlast und Effizienz der Symptomkontrolle im spezialisiert palliativmedizinischen Patientenkollektiv einer Palliativstation wurden wissenschaftlich bisher nur unzureichend adressiert.

**Methode** 802 PatientInnen wurden ausgewertet, 200 in die Studie eingeschlossen. Es erfolgte eine retrospektive Erfassung prognostisch relevanter Laborparameter, die im Rahmen der Routinediagnostik auf der Palliativstation über 4 Jahre (2019–2022) erhoben wurden. Diese wurden mit dem Therapieerfolg (fortlaufende Symptomerfassung, IPOS) durch verschiedene Medikationen (Wirkstoffe, Dosierungen, Applikationsarten) korreliert.

**Ergebnisse** Sowohl die Schmerzstärke als auch die Morphinäquivalenzdosis wurden über 3 Tage bei Symptombeginn und erneut über 3 Tage vor Entlassung oder Beginn der Sterbephase erfasst. Eine erfolgreiche Schmerzreduktion wurde als Wert < 4 auf der NRS Skala und/oder als Schmerzreduktion > 30% / > 60% des Ausgangswertes definiert und im Verhältnis zu der dazu erforderlichen Morphinäquivalenzdosis angegeben. Erfolg der Therapie und die dazu erforderliche Opiatdosis wurden mit prognostisch relevanten Laborparametern korreliert.

**Schlussfolgerung** Ziel ist es, an Hand von diesen prädiktiven Markern Therapieversagen unter Standarddosierungen zu verhindern, die Symptomkontrolle zu optimieren und Leid zu verhindern.

## P328 **DigiCare**-Stakeholderanalyse für die Entwicklung eines digitalen Selbstmanagements in transektoralen, interprofessionellen Versorgungsstrukturen in der Onkologie

**Autorinnen/Autoren** Fischer L S<sup>1</sup>, Heming M<sup>2</sup>, Tewes M<sup>3</sup>, Hosters B<sup>4</sup>, Recken H<sup>5</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Essen (AöR), Essen; 2 HFH Hamburger-Fernhochschule, Forschungsbereich Gesundheit und Pflege, Essen; 3 Universitätsklinikum Essen (AöR), Palliativmedizin der Universitätsmedizin, Essen; 4 Universitätsklinikum Essen (AöR), Pflegedirektion Stabstelle Entwicklung und Forschung Pflege, Essen; 5 HFH Hamburger-Fernhochschule, Forschungsbeauftragter im Fachbereich Gesundheit und Pflege, Essen

DOI 10.1055/s-0044-1788390

**Hintergrund** Onkologische Patient:innen (Pt) werden oft über Jahre in einer komplexen Versorgungstruktur betreut, in der häufig Versorgungslücken auftreten. Diese sind u. a. auf mangelndes Selbstmanagement, unzureichende Informationen oder eine verspätete Einbeziehung der Palliativmedizin zurückzuführen [1, 2]. In dem Forschungsprojekt DigiCare soll eine neue, digitale, transektorale Versorgungsstruktur durch die Integration einer eHealth-Applikation etabliert werden. Neben der technischen Entwicklung soll insbesondere eine aktive Rolle der Advanced Practice Nurse (APN) untersucht werden, die die Informationssteuerung zwischen den Pt und den Behandelnden anleiten soll. Beide Entwicklungsstränge sollen sicherstellen, die aktive Rolle der Pt im Behandlungsprozess zu stärken, die Lebensqualität durch Selbstmanagement zu fördern und personalisierte Wissensvermittlung zu ermöglichen.

**Methode** Um eine Nutzerorientierung sicherzustellen und Informationen über die Versorgungssituation zu generieren, werden Stakeholder und Betroffene aktiv in den Analyseprozess einbezogen. Im Fokus stehen hierbei 2 Online-Workshops, die mit insgesamt 21 Teilnehmenden aus der Medizin und Pflege (insb. Palliativmedizin und APN), Psychoonkologie sowie der Patient:innenvertretung durchgeführt wurden. Im Projektteam wurden vier Fragen formuliert, um Einblicke in die Gestaltungswünsche der App sowie die Versorgung durch eine:n APN zu ermitteln. Die schriftlich festgehaltenen Diskussionsbeiträge wurden mittels MAXQDA-Software strukturiert, kategorisiert und inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet.

**Ergebnisse** Symptome wie Mangelernährung, orale Mucositis, Fatigue, Nausea und Emesis wurden für die App als relevant bewertet. Die App soll evidenzbasiert über Symptome und Behandlungsmöglichkeiten aufklären sowie Behandlungsbedarfe erkennen, auf die die/der APN reagiert und handelt. In der Kategorie der Funktionalität wurde zudem eine Tagebuchfunktion, eine KI-basierte Auswertung von Assessments und eine Chatbot-Funktion hervorgehoben. APNs sollen in der App insb. die Rolle als Gateopener zur Palliativversorgung und als persönliche Kontaktperson, z. B. für Schulung und Beratung, übernehmen.

**Schlussfolgerung** Auf dieser Basis der vorgenommenen Datenerhebungen können im Projektverlauf leitlinienorientierte Assessmentinstrumente zur individuellen Erfassung der Symptome integriert, evidenzbasierte Gesundheitsinformationen und Handlungsempfehlungen mitaufgenommen und die Rolle der APN als Vermittler von Gesundheitsinformationen geschärft werden.

### Literatur

[1] Barnes B, Kraywinkel K, Nowossadek E, Schönfeld I, Starker A, Wienecke A et al(2016), Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016 <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3264/28oaKVmf0wDk.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Robert Koch Institut

[2] Girgis A. The role of self-management in cancer survivorship care. The Lancet Oncology. 2021; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31838013/>

## Komplementäre Therapien und Angebote

### V224 Ergotherapie in der Palliativmedizin – eine systematische Literaturrecherche

**Autorinnen/Autoren** Fleck P<sup>1</sup>, Pape A E<sup>2</sup>, Morin A<sup>1</sup>, Volberg C<sup>1,3</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg, Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie, Marburg; 2 Klinikum Bremen-Ost, Therapie Somatik, Bremen; 3 Philipps-Universität Marburg, Dekanat Humanmedizin, AG Ethik in der Medizin, Marburg

DOI 10.1055/s-0044-1788391

**Hintergrund** Ergotherapie in der Palliativmedizin hat das Ziel, Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen zu befähigen, am täglichen Leben sowie an für sie bedeutungsvollen Aktivitäten teilzunehmen und diese Teilhabe so lange wie möglich aufrechtzuerhalten. Dabei liegt der Fokus auf den Wünschen und Bedürfnissen der schwer erkrankten Patienten. Dennoch wird in der Palliativmedizin zumeist mehr Physio- als Ergotherapie genutzt, was z.B. durch Fachkräftemangel, die fehlende Kenntnis über Therapieoptionen oder auch in Abrechnungsmodalitäten begründet liegt. Diese Arbeit zielt darauf ab, den Mehrwert der Ergotherapie in der palliativmedizinischen Komplexbehandlung hervorzuheben.

**Methode** Eine systematische Literaturrecherche wurde für den Zeitraum vom 01.01.2000 bis zum 11. 11.2023 unter Verwendung der Datenbanken Pubmed, Cochrane, Embase und Web of Science durchgeführt. Aus insgesamt 6043 ermittelten Einträgen wurden 185 Artikel im Hinblick auf die Verbesserung der Lebensqualität durch Ergotherapie in der Palliativmedizin in mehreren Schritten gefiltert. Diese Studien wurden im Volltext geprüft, woraus 88 Artikel ausgewählt, kategorisiert und zusammenfassend dargestellt wurden.

**Ergebnisse** Die Ergotherapie zielt nicht nur definitionsgemäß darauf ab, die Lebensqualität von Palliativpatienten zu verbessern, sondern die analysierten Studien decken eine Reihe von Schlüsselaspekten der Ergotherapie für Palliativpatienten auf und lassen sich in verschiedene Themenbereiche gliedern. Im persönlichen Kontext werden Kategorien wie **Bedarfs- und Symptomerleben**, **Individualität** sowie **psychosoziale Stressfaktoren** und die Bedeutung des **familiären Umfelds** identifiziert. Ein wesentlicher Aspekt ist die Wiederherstellung und langfristige Bewahrung der **Autonomie** durch ergotherapeutische Interventionen, einschließlich der Bereitstellung von Hilfsmitteln und der Anwendung gezielter Übungen. Zusätzlich beleuchten einige Studien die **Herausforderungen in der Ausbildung und im Berufsalltag von Ergotherapeuten**. Diese Themenschwerpunkte unterstreichen die vielschichtige Rolle der Ergotherapie in der Palliativversorgung und bieten vielfältige Ansätze zur Steigerung der Lebensqualität von Palliativpatienten.

**Schlussfolgerung** Die Kernpunkte betonen die zentrale Bedeutung der Ergotherapie in der palliativen Versorgung, indem sie auf Individualität, Autonomie, soziale Teilhabe und Lebensqualitätsverbesserung abzielen. Ergotherapie berücksichtigt ganzheitlich die Bedürfnisse der betroffenen Personen – sowohl physisch als auch psychisch – und unterstützt Palliativpatienten entscheidend in einer schwierigen Lebensphase. Sie sollte als integraler und individuell angepasster Teil der palliativen Betreuung stärker genutzt und die möglichen Therapieformen innerhalb der Palliativmedizin besser bekannt gemacht werden.

### P120 „Sterbe-Doulas“ in der deutschen Palliativversorgung – Nur selten bekannt und kaum genutzt

**Autorinnen/Autoren** Volberg C<sup>1,2</sup>, Makdsi A<sup>1</sup>, Eersink 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 Intensivtherapie, Marburg; 2 Philipps-Universität Marburg, Dekanat Humanmedizin, AG Ethik in der Medizin, Marburg; 3 Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg, Klinik für Dermatologie und Allergologie, Hauttumorzentrum, Marburg

DOI 10.1055/s-0044-1788392

**Hintergrund** Die Unterstützung durch „Sterbe-Doulas“ (SD) in der Sterbebegleitung ist in den letzten 20 Jahren entstanden und kommt langsam aus anderen Ländern nach Deutschland. Sie bieten individualisierte Unterstützung in der Sterbebegleitung. Die Aufgabenfelder der SD sind aber sehr vielfältig und in der Literatur noch unklar definiert. Dazu kommt, dass die meisten Studien und wissenschaftlichen Artikel über diese Tätigkeit aus dem englischsprachigen Raum stammen und sich vorwiegend nur auf diesen konzentrieren. Daher ist die Rolle, die SD in der Palliativversorgung in Deutschland spielen und das Ausmaß ihrer Unterstützung in der Sterbebegleitung bisher weitgehend unbekannt. Ziel dieser landesweiten Umfrage ist es zu zeigen, inwieweit SD die Palliativversorgung in Deutschland unterstützen und wie Vertreter der Palliativversorgung den Bedarf daran einschätzen.

**Methode** Eine Umfrage aus insgesamt 18 Fragen zur Kooperation mit SD wurde in Papierform an alle deutschen Hospize (259), Palliativstationen (323) sowie SAPV-Teams (347) verschickt. Die Erhebung der Daten erfolgte anonymisiert und die Auswertung rein deskriptiv.

**Ergebnisse** Über einen Zeitraum von vier Monaten (November 2022 bis März 2023) wurden insgesamt 338 ausgefüllte Fragebögen (36,4%) zurückgeschickt. Es antworteten 120 Hospize (46,3%), 112 Palliativstationen (34,7%) und 136 spezialisierte ambulante Palliativdienste (39,2%). Der Begriff „Sterbe-Doula“ war nur 27% der antwortenden Personen bekannt und nur 18 (5,3%) Institutionen gaben an, dass die Unterstützung durch SD bei ihnen genutzt wird. 78% der Einrichtungen, die mit SD arbeiten, schätzen den Bedarf als „hoch“ ein und 94% würden die Arbeit mit SD anderen Einrichtungen empfehlen. 88% der Einrichtungen, die nicht mit SD arbeiten, gaben an, dass die Aufgaben durch andere Professionen übernommen werden und lediglich 37% sehen die Tätigkeit von SD als eine sinnvolle Ergänzung in der Sterbebegleitung an. Von allen teilnehmenden Einrichtungen wünschen sich 60% mehr Informationen zu dem Thema.

**Schlussfolgerung** „Sterbe-Doulas“ haben bis jetzt keine große Rolle in der deutschen Palliativversorgung. Es scheint insgesamt keinen großen Bedarf zu geben, weil das Aufgabenfeld aktuell durch andere Professionen und ehrenamtliche Mitarbeiter gut abgedeckt wird. Da SD oftmals eine andere Herangehensweise in ihrer Arbeit haben, wäre es interessant zu sehen, ob ein breiteres Wissen über ihre Arbeit und ihr Angebot die Qualität in der Sterbebegleitung verbessern könnte.

## P122 Evidenzbasiertes und interprofessionelles Handwerkszeug – die Komplementären Methoden aus der Pflege

**Autor** Liebscher-Koch S

**Institut** Universitätsmedizin Göttingen, Komplementäre Pflege, Göttingen  
DOI 10.1055/s-0044-1788393

**Hintergrund** Der Schwerpunkt der Komplementären Pflege (KP) liegt im Bereich der nicht-medikamentösen Interventionen und beschreibt ein autonomes Handlungsfeld im Symptom- und Nebenwirkungsmanagement in der Pflege [1] Dies kann gerade in der Pflege und Behandlung von onkologischen Palliativpatienten\*innen eine entscheidende Rolle bezogen auf die Lebensqualität, das Wohlbefinden und die Individualität spielen. KP und deren Methoden ist ein auf Erfahrung aufgebautes, langjähriges, pflegerisches Expertenwissen [2]

Die Entwicklung zeigt ein zunehmendes Interesse zu den Wirkungsbereichen in Form einer pflegerisch-therapeutischen Maßnahme, wie der Aromapflege oder den äußeren Anwendungen. Aus pflege-theoretischer Sicht ist die Bereitstellung und Bereitschaft, die KP Methoden anzuwenden, eine Möglichkeit des Ausdrucks einer ganzheitlichen Sichtweise. Der Bedarf einer strukturierten, fundierten, sowie fachgerechten Einbindung in die Behandlungskonzepte der verschiedenen Versorgungssettings ist zu erkennen (ebd.). Im professionellen Pflegeprozess zeigt sich eine erweiterte Einflussnahme durch die komplementär spezialisierten Pflegefachpersonen. Die Integrative Medizin und Pflege sind durch Wissensschnittstellen eng miteinander verknüpft, durch die KP werden

Pflegende zu einem zentralen Bindeglied zwischen Patient\*innen, Ärzt\*innen und dem therapeutischen Team [3].

**Methode** Zur Klärung der Forschungsfrage, für welche Pflegeprobleme die Pflegefachperson für Komplementäre Pflege (PFPKP) zur Versorgung von onkologischen Patient\*innen in Anspruch genommen wird und welche pflegerischen Interventionen daraus resultieren, wird ein Mixed-Method Ansatz verwendet.

**Ergebnisse** In der Studie von Klafke et al. 2016, wurde ein Maßnahmenpaket, welches 14 Symptome und 40 Interventionen darstellt, gefunden. In der Dokumentenanalyse konnten ähnliche Symptome und Interventionen aufgezeigt werden [4].

**Schlussfolgerung** Es zeigt sich, dass bei onkologischen Patient\*innen die Lebensqualität, das Wohlbefinden und die Selbstwirksamkeit durch die Methoden der Komplementären Pflege gestärkt und verbessert werden können, sowie dass das vorhandene Wissen von Pflegenden bereits in der Praxis etabliert ist und zu evidenzbasierten Handlungsempfehlungen beiträgt.

### Literatur

[1] Stolz R., Kaschdailewitsch E., Kröger B., Noack B., Mahler C. Evidenzbasierte naturheilkundliche Pflegeinterventionen in der Schmerztherapie. Springer, Der Schmerz Vorab-Onlinepublikation; 2023: 1–8. doi:10.1007/s00482-023-00705-w 2023-11-27

[2] Kohler S., Alig B. Pflegezeitschrift. Komplementäre Pflege in der Onkologie. Springer, Pflegezeitschrift; 2021: 74: 28–30. doi:10.1007/s41906-021-1013-y 2023-11-27

[3] Prinz B.K. Naturheilkundliche Anwendungen in der Pflege. Springer; Berlin Heidelberg: 2020. doi:10.1007/978-3-662-60477-9 2023-11-27

[4] Klafke N., Mahler C., von Hagens C., Blaser G., Bentner M., Joos S. Developing and implementing a complex Complementary and Alternative (CAM) nursing intervention for breast and gynecologic cancer patients undergoing chemotherapy--report from the CONGO (complementary nursing in gynecologic oncology) study. Supportive care in cancer 2016; 24: 2341–2350. doi:10.1007/s00520-015-3038-5 2023-11-27

## P132 Physiotherapie in der deutschen Palliativversorgung

**Autorinnen/Autoren** Volberg C<sup>1,2</sup>, Vradelis P<sup>1</sup>, Morin A<sup>1</sup>, Gschnell M<sup>3</sup>, Pape A E<sup>4</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg, Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie, Marburg; 2 Philipps-Universität Marburg, Dekanat Humanmedizin, AG Ethik in der Medizin, Marburg;

3 Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg, Klinik für Dermatologie und Allergologie, Hauttumorzentrum, Marburg; 4 Klinikum Bremen-Ost, Therapie Somatik, Bremen

DOI 10.1055/s-0044-1788394

**Hintergrund** Aufgabe physiotherapeutischer Maßnahmen bei Palliativpatienten ist zu meist Schmerzlinderung, Förderung der aktiven Bewegungsmöglichkeiten und damit Verbesserung von Lebensqualität und Wohlbefinden. Damit stellt die Physiotherapie in der palliativmedizinischen Versorgung eine wichtige Ergänzung zur ärztlichen und medikamentösen Therapie dar. Ziel dieser Studie ist, die spezifischen Herausforderungen, Selbstwahrnehmung und Therapieansätze von Physiotherapeut:innen in der deutschen Palliativversorgung zu erfassen.

**Methode** Es wurde im Zeitraum 27.01.–31.05.23 eine anonyme Online-Befragung deutscher Physiotherapeut:innen mit einem 22 Fragen umfassenden Fragebogen durchgeführt. Die Daten wurden deskriptiv analysiert und die Freitextantworten thematisch ausgewertet.

**Ergebnisse** Insgesamt 450 gültige Antworten wurden ausgewertet, wovon 349 (78%) Teilnehmer:innen in der Palliativversorgung tätig sind. Eine der Hauptaufgaben bei der Behandlung von Palliativpatient:innen ist die Atemtherapie (85%), allgemeine krankengymnastische Maßnahmen (82%) und Massageanwendungen (72%). Des Weiteren führen 71% ADL-Training durch. Die Auswertung der Freitextantworten ergab 5 Themenbereiche, die die Arbeit und Herausforderungen der Physiotherapeut:innen in der Palliativpflege näher

darstellen. Es wurde deutlich, dass die Rolle der Physiotherapeut:innen über die rein therapeutischen Aufgaben hinausgeht und auch psychosoziale Unterstützung bietet. Ein zentrales Problem ist die von Krankenkassen finanzierte Therapiedauer von lediglich 20 Minuten, die oft nicht ausreicht, um die Therapie individuell an den Tageszustand der Patient:innen anzupassen. Physiotherapeut:innen, die bisher nicht mit Palliativpatient:innen gearbeitet haben, haben einen hohen Fortbildungsbedarf und fühlen sich ohne geeignete Weiterbildung oft nicht in der Lage, angemessen mit dieser Patientengruppe umzugehen. Viele Physiotherapeut:innen empfinden, zu spät in die Behandlung einbezogen zu werden und es mangelt ihrer Ansicht nach bei anderen Berufsgruppen oftmals an Wissen über das Spektrum ihrer Expertise.

**Schlussfolgerung** Die besondere Herausforderung der in Palliative Care tätigen Physiotherapeut:innen besteht darin, dass sie eine besondere Sensibilität und Flexibilität aufweisen müssen, um sich individuell an den Gesundheitszustand und die Bedürfnisse ihrer Patient:innen anzupassen. Ein von den Krankenkassen festgelegter Zeitrahmen von 20 Minuten pro Behandlungseinheit entspricht nicht immer den tatsächlichen Anforderungen und Bedürfnissen der schwerkranken Patient:innen. Es bedarf mehr Aus- und Fortbildungsprogrammen, sowohl auf Seiten der Physiotherapeut:innen als auch bei anderen Berufsgruppen der Palliativversorgung, um Physiotherapeut:innen entsprechend ihrer Qualifikation gezielt und frühzeitig einsetzen zu können.

## P164 Machbarkeitanalyse von Trainingsinterventionen für Patienten einer Palliativstation

**Autorinnen/Autoren** Schwonke I<sup>1</sup>, Freitag N<sup>2</sup>, Aschendorf P<sup>3</sup>, Wucharz K<sup>4</sup>, Thieme J<sup>5</sup>, Appellmann I<sup>1</sup>, Schumann M<sup>6</sup>, Elsner F<sup>1</sup>

**Institute** 1 UKA RWTH Aachen, Palliativmedizin, Aachen; 2 Olympia Stützpunkt Berlin, Berlin; 3 Deutsche Sporthochschule Köln, Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin, Molekulare und zelluläre Sportmedizin, Köln; 4 Franziska Schervier Schul- und Bildungszentrum, Physiotherapie, Stolberg; 5 Pro Sanum – Gesundheits- und Therapiezentren Eifel, Physiotherapie, Nettersheim; 6 Technische Universität, Sportmedizin und Sporttherapie, Chemnitz

DOI 10.1055/s-0044-1788395

**Hintergrund** Verschiedene Studien haben gezeigt, dass Verbesserungen der Lebensqualität und Fitness bei Patienten mit chronischen Erkrankungen und insbesondere auch bei Krebspatienten durch körperliches Training möglich und zu befürworten sind. Untersuchungen mit geplantem und gezieltem körperlichem Training in der direkten palliativen Versorgungsstruktur mit unterschiedlichen Therapiezielen und kürzeren Lebenserwartungen fehlen jedoch bisher. Unsere Studie zielte auf eine Machbarkeitsanalyse von Trainingsinterventionen auf einer Palliativstation ab. Wir analysierten die Anzahl potenziell geeigneter Patienten, die Akzeptanz und Präferenzen sowie Sicherheit und Adhärenz im Follow-Up. Sekundäre Zielpunkte waren die Analyse der Lebensqualitäts- und Fitnessveränderungen.

**Methode** In einem Zeitraum von 6 Monaten wurden alle Patienten der Palliativstation gesichtet. Alle infrage kommenden Patienten bekamen die Möglichkeit im Rahmen einer einarmigen Studie ohne Kontrollgruppe, an der zweiwöchigen Trainingsintervention teilzunehmen, welche je nach täglicher Präferenz aus Kraft- oder Ausdauertraining mit unterschiedlichen Intensitäten bestand. Lebensqualität und Fitness wurden zu Beginn und Ende der Intervention erfasst. In einem Interview nach der Intervention wurden Erwartungen und Erfahrungen abgefragt. Für das vierwöchige Follow-Up erhielten die Patienten Informationen zum eigenständigen Training. Nach 1 und 4 Wochen wurde erneut die Lebensqualität erfasst und ein qualitatives Interview durchgeführt.

**Ergebnisse** Von 124 gescreenten Palliativstationspatienten haben 10 die Intervention mit einer Adhärenz von  $80 \pm 25\%$  und 6 das Follow-Up abgeschlossen. Ein moderates Ausdauertraining war die häufigste Trainingsart. Gangtraining war dabei die beliebteste Art des Ausdauertrainings, jedoch nur mit Abweichungen vom Trainingsplan durchführbar. Beim Training mit dem Handkurbelergometer waren weniger Anpassungen nötig. Nur wenige Komplika-

tionen (Grad1-2 nach CTCA) wurden in direktem Zusammenhang mit den Interventionen registriert. Die körperliche Lebensqualität und die Ergebnisse des Arm-curl Test sowie des Time-up and go verbesserten sich. Die mentale Lebensqualität und weitere Fitnesstests blieben jedoch unverändert [1].

**Schlussfolgerung** Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Screening- und Testprozess aufgrund der für Palliativpatienten typischen wechselnden mentalen und physischen Kapazitäten und wegen der Abläufe auf einer Palliativstation herausfordernd war. Dennoch ist eine zweiwöchige Trainingsintervention machbar, sicher und wird gut bewertet. Kurzfristige Verbesserungen der Lebensqualität und der Fitness sind zudem möglich. Dennoch werden weitere Studien mit entsprechenden Fallzahlen insbesondere zur Bestätigung der Ergebnisse von gezieltem körperlichem Training benötigt.

### Literatur

[1] Inken Schwonke, Nils Freitag, Paula Aschendorf, Kerstin Wucharz, Johanna Thieme, Iris Appellmann, Moritz Schumann & Frank Elsner, (24), Feasibility of a physical exercise intervention for patients on a palliative care unit: a critical analysis, Springer Nature, BMC Palliative Care, 58/23, Feasibility of a physical exercise intervention for patients on a palliative care unit: a critical analysis

## P235 Ein haptisch-visuelles Medium als therapeutenunabhängige Interventionsmöglichkeit der Hospiz- und Palliativversorgung bei Sinnfragen und Würdeverletzungen

**Autor** Hanke R

**Institut** Roland Martin Hanke, Sorgeskultur | Würdearbeit, Fürth

DOI 10.1055/s-0044-1788396

**Hintergrund** Die subjektive Wahrnehmung während palliativer und hospizlicher Begleitungen von Menschen am Lebensende lässt vermuten, dass ein erschwerter Sterbeprozess abhängig ist von der fehlenden Rückversicherung der Sinnhaftigkeit des gelebten Lebens, von erfahrenen und nicht versöhnten Würdeverletzungen und dem verwehrten Bedürfnis nach Generativität hinsichtlich der Sorge um die Nachlebenden. Die Bereitschaft hierzu und das gegenseitige Adressieren von Gesprächsangeboten ist jedoch erfahrungsgemäß gering. Der Dignity talk nach Guo Q et al. nutzt die strukturierten Fragen des psychotherapeutischen Interventionsverfahrens der Dignity therapy nach H.M. Chochinov. Im Zentrum beider Verfahren steht ein Gesprächsangebot zur narrativen Reflektion eines Menschen am Lebensende über sein vergangenes Leben und über sein Vermächtnis an die Nachlebenden.

**Methode** Als therapeutenunabhängiges Gesprächsangebot wurde ein Satz von Karten in einem ungewohnten Behältnis gestaltet. Diese unterscheiden sich voneinander durch die Leitbegriffe auf der Vorderseite und die ausformulierten Fragen auf der Rückseite. Das Kartenset wird vor den Befragten ausbreitet. Diese haben die Möglichkeit, aus ihnen nacheinander Karten in der ihnen wichtig erscheinenden Reihenfolge zu wählen und verbal zu reflektieren. Der einladende Initiator des Gesprächssettings bleibt währenddessen passiv oder lediglich als Facilitator motivierend. Er dokumentiert neben den medizinischen Stammdaten die Reihenfolge der gewählten Fragen. Ziel ist die niederschwellige Ermöglichung von Gesprächen innerhalb des näheren Bezugssystems zur Linderung psychosozialen Leids und dessen Befähigung zum Umgang mit dem zu erwartenden Verlust [1].

**Ergebnisse** Neben der Entlastung des Patienten weist unter anderem die Reihenfolge der gewählten Fragen auf die Relevanz der Themen hin, die für das Bezugssystem zur Entlastung des Patienten bedeutsam sein können. Gleichzeitig werden krankheitsbedingte oder im sozialen Kontext erlebte Würdeverletzungen thematisiert. Erste Dokumentationen unterstreichen diesen Forschungsansatz.

**Schlussfolgerung** Der Gebrauch eines spezifisch gestalteten Kartensets als haptisch-visuelles Medium ist ein therapeutenunabhängiges Gesprächsangebot an Menschen mit einer hohen Symptomlast und/oder einem erschweren Sterbeprozess. Durch die Entlastung von erfahrenen Lebensbrüchen und die Be-

kräftigung von Lebenszeugnissen werden belastende Symptome verringert. Die Versöhnung mit dem Lebensende und dessen Akzeptanz wird gefördert.

#### Literatur

[1] Guo Q, Chochinov HM, McClement S et al. Development and evaluation of the Dignity Talk question framework for palliative patients and their families: A mixed-methods study. *Palliative Medicine* 2018; Vol. 32 (1): 195–205

### P301 Studierende der Kunsttherapie in der stationären und ambulanten Palliativversorgung – eine institutionelle Kooperation

**Autorinnen/Autoren** Röseberg F<sup>1</sup>, Gruber H<sup>2</sup>, Kern M<sup>1</sup>, Radbruch L<sup>1,3</sup>

**Institute** 1 Helios Klinikum Bonn/Rhein-Sieg, Zentrum für Palliativmedizin, Bonn; 2 Alanus Hochschule für Kunst und Gesellschaft, Fachbereich Künstlerische Therapien und Therapiewissenschaft, Alfter;

3 Universitätsklinikum Bonn, Klinik für Palliativmedizin, Bonn

**DOI** 10.1055/s-0044-1788397

**Hintergrund** Palliativpatienten wird heute in vielen Einrichtungen eine ganzheitliche Behandlung angeboten und Kunsttherapie kann dazu beitragen, die Lebensqualität von Palliativpatienten zu verbessern [1]. Am Beispiel einer seit 11 Jahren bestehenden Kooperation zwischen einer Hochschule mit dem Fachbereich Kunsttherapie und einer Einrichtung für Palliativmedizin soll dargestellt werden, welche Synergieeffekte sich aus der institutionellen Kooperation ergeben.

**Methode** Studierende im Masterstudiengang Kunsttherapie absolvieren im Rahmen einer Kooperation zwischen dem Zentrum für Palliativmedizin am Helios Klinikum Bonn/Rhein-Sieg und der Alanus Hochschule Alfter Praktika im Bereich Palliativmedizin. Die Studierenden werden kunsttherapeutisch und palliativpsychologisch durch Mitarbeiter:innen beide Institutionen supervidiert.

**Ergebnisse** Im Zeitraum von 2013 bis 2024 haben 18 Studierende ein studienbegleitendes Praktikum von 6 bzw. 12 Wochen am Zentrum für Palliativmedizin absolviert. 10 Studierenden schrieben ihre Masterarbeit zum Thema Kunsttherapie in der Palliativversorgung. Zusätzlich zur kunsttherapeutischen Arbeit mit Patienten und Angehörigen im Einzel- und Gruppensetting wurden interaktive Angebote etabliert, die über den Zeitraum des Praktikums hinaus genutzt werden. Durch den Förderverein wurden kunsttherapeutische Angebote so verstetigt, dass Patienten und Angehörige auf zwei Palliativstationen sowie im ambulanten Setting im Rahmen von SAPV kunsttherapeutisch begleitet werden. In drei weiteren Bereichen fand die Kunsttherapie über die Kooperation ebenfalls Einzug: im Rahmen der Selbstsorge wurden kunsttherapeutische *Mitarbeiterangebote* vom interdisziplinären Teams in Anspruch angenommen, die Kunsttherapie unterstützte die *Öffentlichkeitsarbeit* der palliativmedizinischen Einrichtung und seit 2016 wird regelmäßig ein Kurs zur kunsttherapeutischen Begleitung von Patient:innen, Angehörigen und Trauernden im Rahmen der *Fort- und Weiterbildung* für haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter:innen im Bereich Hospiz und Palliativversorgung angeboten. Über Tagungen [2] und Publikationen [3] wird der Dialog in den Bereichen Palliativmedizin, Palliativpsychologie und Kunsttherapie fortgeführt.

**Schlussfolgerung** Es ergeben sich als Synergieeffekte u.a. Kompetenzerwerb der Studierenden im Umgang mit Palliativpatienten und Etablierung von Kunsttherapie in der Palliativversorgung.

#### Literatur

[1] Kortum R, Koch S.C., Radbruch L., Gruber H. Kunsttherapie in der Palliativversorgung. Ein narratives Review. Teil II: Praxis- und Erfahrungsstand. *Zeitschrift für Komplementärmedizin (zkm)* 2018; 1: 42–50

[2] Gruber H., Reichelt S. Kunsttherapie in der Palliativmedizin. EB-Verlag; Berlin: 2016

[3] Schmitz E. Eine Rose hält das Gleichgewicht – Kunst und Poesie als Resource im Sterbeprozess. *Pallia Med.*; Bonn: 2017

## Was Sie schon immer über Methoden der Palliativforschung wissen wollten

### P168 Belastungen und Unterstützungsbedürfnisse von Angehörigen in der spezialisierten Palliativversorgung – Kontext, Planung und Umsetzung einer multizentrischen, longitudinalen Studie

**Autorinnen/Autoren** Haufschild C<sup>1</sup>, Daubmann A<sup>2</sup>, Weber P<sup>2</sup>, Oechsle K<sup>1</sup>, Schulz H<sup>3</sup>, Zapf A<sup>2</sup>, Bokemeyer C<sup>1</sup>, Ullrich A<sup>1</sup>

**Institute** 1 Palliativmedizin, II. Medizinische Klinik und Poliklinik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg; 2 Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg; 3 Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg

**DOI** 10.1055/s-0044-1788398

**Hintergrund** Angehörige von Menschen mit unheilbaren, fortschreitenden Erkrankungen leiden unter einer Vielzahl psychosozialer Belastungen und unerfüllter Unterstützungsbedürfnisse. Obwohl in der S3-Leitlinie Palliativmedizin die regelmäßige Erfassung von Belastungen und Bedürfnissen sowohl bei Patient:innen als auch bei deren Angehörigen empfohlen wird, ist bisher wenig darüber bekannt, wie sich Belastungen und Bedürfnisse von Angehörigen im Verlauf der spezialisierten Palliativversorgung (SPV) verändern. Gleichzeitig fehlen ökonomische Messinstrumente, die eine multidimensionale Erfassung der Belastungen und Bedürfnisse von Angehörigen im klinischen Alltag ermöglichen. Vor diesem Hintergrund wurde die 3-jährige, von der Deutschen Krebs-hilfe e.V. geförderte Studie „ScreenAng“ initiiert, deren Kontext, Planung und Umsetzung in diesem Konferenzbeitrag erörtert wird.

**Methode** Ein Ziel der Studie besteht in der Erfassung der Belastungen und Bedürfnisse von Angehörigen im Verlauf der SPV sowie in der Analyse möglicher Verlaufstypen und Einflussfaktoren. Als zweites Ziel soll ein neu entwickeltes, multidimensionales, kurzes Screening-Instrument (CAREPAL-8) validiert werden. Dafür wird ein multizentrisches, prospektives, longitudinales Design umgesetzt. Angehörige werden deutschlandweit in 16 Zentren auf Palliativstationen, in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sowie in Multiprofessionellen Palliativdiensten bei Aufnahme sowie wöchentlich im Verlauf für bis zu 10 Wochen mittels validierter Fragebögen befragt. Der wöchentliche Befragungsrhythmus wurde in Anlehnung an die geforderte regelmäßige Evaluation der Belastungen und Bedürfnisse der Patient:innen zur Abrechnung des entsprechenden OPS-Codes für SPV in Deutschland gewählt. Um die Belastung durch die engmaschige Befragung für die Angehörigen zu reduzieren, wird ein Design mit geplanten fehlenden Werten (Planned Missing Data-Design) umgesetzt. Die Rekrutierung hat im August 2023 begonnen.

**Ergebnisse** Der Kontext sowie der Forschungsprozess von Planung bis Umsetzung dieser Studie wird reflektiert. Dabei werden Erkenntnisse aus dem laufenden Forschungsprozess sowie der aktuelle Stand der Rekrutierung berichtet. Neben der Umsetzung des longitudinalen Designs mit geplanten fehlenden Werten wird ein Fokus auf den Schnittstellen zwischen Forschung und klinischer Versorgung liegen, da diese Zusammenarbeit essentiell für den Erfolg dieser und weiterer Studien ist.

**Schlussfolgerung** Die Studie soll Erkenntnisse über Belastungen und Bedürfnisse von Angehörigen im Verlauf der SPV liefern. Die Ergebnisse können dazu beitragen, die Diagnostik und Versorgung von Angehörigen zu verbessern. Gleichzeitig können die Erfahrungen aus der Planungs- und Umsetzungsphase dieser Studie wichtige Anhaltspunkte für zukünftige Studien mit ähnlichem Design liefern.

## P179 Herausforderungen klinischer Forschung am Lebensende am Beispiel einer AMG-Studie

**Autorinnen/Autoren** Hirschinger H<sup>1,2</sup>, Hofmann W-K<sup>1</sup>, Boch T<sup>1</sup>, Gencer D<sup>3</sup>, Rémi C<sup>4</sup>

**Institute** 1 Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg, III. Medizinische Klinik, Mannheim; 2 Universitätsklinikum Mannheim, Apotheke, Mannheim; 3 Klinik Öschelbronn, Zentrum für Integrierte Onkologie, Schmerz- und Palliativmedizin, Niefern-Öschelbronn; 4 LMU Klinikum, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München

DOI 10.1055/s-0044-1788399

**Hintergrund** Die Anwendung alternativer Darreichungsformen (DF) zur palliativmedizinischen Symptomkontrolle ist wegen fehlender Evidenz oft nur aufgrund Erfahrungswissen möglich. Um vulnerablen Patient:innen (Pat.) möglichst sichere und wirksame Therapien anbieten zu können braucht es klinische Arzneimittelstudien. Wegen begrenztem wirtschaftlichen Interesse, müssten solche Studien präferenziert (IIT) geplant und durchgeführt werden. Zu finanziellen Hürden klinischer Forschung kommen methodische und ethische Herausforderungen der Palliativmedizin. Diese und mögliche Lösungsstrategien zur Durchführung solcher IITs sollen am Beispiel einer Studie zur Anwendung von Midazolam Nasenspray bei terminaler Unruhe aufgezeigt werden.

**Methode** Herausforderungen bei Planung und Durchführung unserer Studie umfassten:

- 1: Studiengenehmigung durch Behörden und Ethikkommission
- 2: Festlegung geeigneter Interventionen und Endpunkte; Erstellung und Validierung von Messinstrumenten zur Bewertung von Wirksamkeit und Sicherheit der Prüfmedikation
- 3: Sicherstellung der Eignung des Prüfzentrums; Rekrutierung und protokollkonforme Durchführung

**Ergebnisse** Angepasst an palliativmedizinische Bedürfnisse erfolgt die Durchführung unter Beachtung verschiedener Besonderheiten:

- 1: Frühzeitige Rekrutierung und Aufklärung der Pat. zur Sicherstellung der Einwilligungsfähigkeit und Entkoppelung von der Sterbephase. Durchführung von zwei Screening Visits.
- 2: Pilotstudie wegen nicht ausreichender Daten für gute Fallzahlplanung. Auswahl einfacher und praxistauglicher Interventionen (5 mg Midazolam Einmalgabe bei Bedarf (Prüfarm: intranasal, Kontrollarm: subkutan)). Nicht Placebo-kontrolliertes Studiendesign, um Pat. keine wirksame Therapie vorzuenthalten. Gewährleistung Wirksamkeit und Sicherheit der Prüfmedikation durch geeignete Bewertungsmethoden (einfache Erfassung Symptomlast sowie Vitalparameter). Keine zusätzliche Patbelastung durch unverblindetes Design und nur wenige Blutproben für Analytische Quantifizierung der Plasmakonzentration.
- 3: Integration Studienprozeduren in die Routineversorgung am Prüfzentrum. Zum Zeitpunkt des Abstracts sind 2/3 der Pat. zur Erreichung des Studienziels behandelt, voraussichtliches Studienende und Auswertung der Daten ab 07/2024 geplant.

**Schlussfolgerung** AMG-Studien am Lebensende können durch sorgfältige Planung trotz aller Herausforderungen erfolgreich durchgeführt werden, sodass die Versorgungsqualität durch evidenzbasierte Therapieentscheidungen zur Symptomkontrolle mittels alternativer DF verbessert werden kann. Dabei ist wichtig die speziellen Bedürfnisse der Pat. und der komplexen Versorgungssituation bei Planung und Durchführung zu berücksichtigen. Hier sind alle Beteiligten gefordert. Bei geringer Zusatzbelastung für die Pat. können so wertvolle Erkenntnisse für künftige Behandlungen gewonnen werden.

## P221 Herausforderungen in der praktischen Durchführung einer palliativmedizinischen, klinischen, randomisierten Studie mit Glioblastom-Patient\*innen

**Autorinnen/Autoren** Joshi M<sup>1</sup>, Müller W<sup>2</sup>, Hellmich M<sup>2</sup>, Nettekoven C<sup>1,3</sup>, Kochs S<sup>3</sup>, Bausewein C<sup>4</sup>, Thon N<sup>5</sup>, Becker G<sup>6</sup>, Schnell O<sup>7</sup>, Rolke R<sup>8,9</sup>, Clusmann H<sup>9,10</sup>, Radbruch L<sup>11</sup>, Herrlinger U<sup>12</sup>, Vatter H<sup>13,14</sup>, Neukirchen M<sup>15,16,17</sup>, Sabel M<sup>18</sup>, Civello D<sup>19</sup>, Müller D<sup>19</sup>, Voltz R<sup>1,20,21</sup>, Brumbarova T<sup>22</sup>, Goldbrunner R<sup>3</sup>, Golla H<sup>1</sup>

**Institute** 1 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin, Köln; 2 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät, Institut für Medizinische Statistik und Bioinformatik (IMSB), Köln; 3 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Zentrum für Neurochirurgie, Köln; 4 Universität München (LMU), LMU Klinikum München, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München; 5 Universität München (LMU), LMU-Klinikum München, Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, München; 6 Universität Freiburg, Medizinische Fakultät und Uniklinik Freiburg, Klinik für Palliativmedizin, Freiburg; 7 Universität Erlangen, Medizinische Fakultät und Uniklinik Erlangen, Klinik für Neurochirurgie, Erlangen; 8 RWTH Aachen University, Medizinische Fakultät, Klinik für Palliativmedizin, Aachen; 9 RWTH Aachen University, Medizinische Fakultät, Zentrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf (CIO ABCD), Aachen; 10 RWTH Aachen University, Medizinische Fakultät, Klinik für Neurochirurgie, Aachen; 11 Universität Bonn, Medizinische Fakultät und Uniklinik Bonn, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Bonn; 12 Universität Bonn, Medizinische Fakultät und Uniklinik Bonn, Klinische Neuroonkologie, Bonn; 13 Universität Bonn, Medizinische Fakultät und Uniklinik Bonn, Klinik für Neurochirurgie, Bonn; 14 Universität Bonn, Medizinische Fakultät und Uniklinik Bonn, Zentrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf (CIO ABCD), Bonn; 15 Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Medizinische Fakultät und Uniklinik Düsseldorf, Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Düsseldorf, Düsseldorf; 16 Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Medizinische Fakultät und Uniklinik Düsseldorf, Klinik für Anästhesiologie, Düsseldorf; 17 Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Medizinische Fakultät und Uniklinik Düsseldorf, Zentrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf (CIO ABCD), Düsseldorf; 18 Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Medizinische Fakultät und Uniklinik Düsseldorf, Klinik für Neurochirurgie, Düsseldorf; 19 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE), Köln; 20 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Zentrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf (CIO ABCD), Köln; 21 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK), Köln; 22 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Zentrum für Klinische Studien (ZKS), Köln

DOI 10.1055/s-0044-1788400

**Hintergrund** Die Durchführung palliativmedizinischer, klinischer Studien geht mit vielen ethischen und praktischen Herausforderungen einher. Studien mit Glioblastom-Patient\*innen werden besonders durch den raschen Krankheitsverlauf und die krankheitsbedingten neurologischen, psychiatrischen und/oder neuropsychologischen Veränderungen erschwert. Diese speziellen Herausforderungen darzustellen war Ziel dieser Sub-Studie im Rahmen der multizentrischen Studie *Early Palliative Care for Patients with Glioblastoma* (EPCOG, Förderer: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), FKZ01GY1703).

**Methode** Die EPCOG-Studie untersucht den Effekt und die Nachhaltigkeit einer frühen spezialisierten, 12-monatigen Palliativintervention in Deutschland über 24 Monate hinweg. In der hier beschriebenen Analyse wurden Screening-Protokolle und Protokollabweichungen in Bezug auf Nichtteilnahme an Visiten



innerhalb der Studie (neurochirurgische Visiten, *Outcome Assessment* Visiten, Interventionsvisiten) qualitativ und quantitativ (deskriptiv) ausgewertet.

**Ergebnisse** 231/556 (42 %) der gescreenten Patient\*innen wurden eingeschlossen, davon wurden 108 in der Kontrollgruppe und 109 in der Interventionsgruppe behandelt. Gründe für *screening failures* waren: mangelndes Interesse (26%), niedriger Funktionsstatus (ECOG > 2) (12 %), Behandlung außerhalb der Studienzentren (5 %), neuropsychologische Defizite wie kognitive Beeinträchtigung (3 %) und Aphasie (neben weiteren Sprachbarrieren, (3 %)), Belastung (3 %) und eingeschränkte Erreichbarkeit (3 %). Nach Studieneinschluss schieden 133 Patient\*innen durch Tod, 11 wegen Krankheit und 49 aus anderen Gründen vor dem regulären Studienende aus. Insgesamt konnten 356/822 (43 %) der neurochirurgischen Visiten, 62/1008 (6 %) der *Outcome Assessments* und 45/993 (5 %) der Interventionsvisiten (zunehmend über Studienverlauf) nicht stattfinden. Bei nicht durchgeführten Interventionsvisiten waren die meistgenannten Gründe: Nicht-Erreichbarkeit (n = 15), Patient\*innenwunsch (n = 8), beginnende Sterbephase (n = 4) und Belastung (n = 6). Bei 52 Patient\*innen erfolgte die Entblindung der/des Wissenschaftler\*in, da Patient\*innen über die Palliativintervention berichteten.

**Schlussfolgerung** Die in der Studienplanung wegen der vulnerablen Patienten\*innengruppe antizipierten *screening failures* von 66 % wurden mit 58 % unterschritten. Der Visitenausfall der *Outcome Assessments* und Interventionsvisiten lag je unter 10 %. Beides spricht dafür, dass die Studie seitens der Teilnehmenden (Patient\*innen, Studienpersonal) als wichtig eingeschätzt wurde. Die Gründe für Protokollverletzungen spiegeln die hohe Vulnerabilität der Patient\*innen wieder, welche bei der Studienplanung, -durchführung, statistischen Auswertung und Dateninterpretation randomisierter klinischer Studien in der Palliativmedizin berücksichtigt werden müssen.

## P249 Wie erfasst man valide Patientendaten? Entwicklung eines Instrumentes zur Patientendatenextraktion und damit verbundene Herausforderungen – am Beispiel des Projektes iSedPall

**Autorinnen/Autoren** Kauzner S<sup>1</sup>, Schneider M<sup>1</sup>, Heckel M<sup>1</sup>, Ostgathe C<sup>1</sup>, Schildmann E<sup>2</sup>, Krauss S H<sup>3</sup>, Kolmhuber S<sup>3</sup>, Schildmann J<sup>4</sup>, Klein C<sup>1</sup>

**Institute** 1 Uniklinik Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Palliativmedizinische Abteilung, Erlangen; 2 Universität Augsburg, Palliativmedizin, Medizinische Fakultät, Augsburg; 3 LMU Klinikum, Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München; 4 Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Halle  
DOI 10.1055/s-0044-1788401

**Hintergrund** Im Projekt iSedPall (BMBF: 01GY2020A-C) wurde eine komplexe Intervention entwickelt, um bestehende Empfehlungen zum Gebrauch sedierender Medikamente in praktikable Handlungshilfen (Tools) zu überführen. Die Intervention wurde in Einrichtungen der spezialisierten Palliativversorgung (ambulant/stationär) für 9 Monate pilotiert und mithilfe eines mixed-methods Ansatzes auf Machbarkeit geprüft. Zur Wahrung der Datenschutzkonformität wurden die Pilotzentren dazu befähigt, eigenverantwortlich Daten aus Patientenakten, als Teil der quantitativen Datenerhebung für die Machbarkeitsprüfung, zu extrahieren. Ziel ist die Beschreibung der Entwicklung eines Instrumentes zur Patientendatenextraktion und damit verbundener Herausforderungen.

**Methode** Der Entwicklungsprozess des Datenextraktionsblattes erfolgte iterativ, in Zusammenarbeit mit den Pilotzentren. Es folgte eine 3-monatige Pre-Test Phase des vorläufigen Instrumentes, in welcher die Pilotzentren mithilfe einer Schulung und regelmäßigem Austausch dazu angeleitet wurden, Daten retrospektiv aus den Patientenakten zu extrahieren und in das entwickelte Instrument zu überführen. Bei der Nutzung des Instrumentes während der Pre-Test Phase zeichneten sich Herausforderungen ab. Auf Basis dieser Erkenntnisse wurde das Instrument überarbeitet und für die eigentliche Pilotphase neu eingeführt.

**Ergebnisse** Das Datenextraktionsblatt wurde mit Excel umgesetzt und umfasst insgesamt 81 Items, die sich u.a. auf Angaben zu potentiell sedierenden Medikamenten und der Anwendungshäufigkeit der Tools beziehen. Die Herausforderungen hinsichtlich Nutzerfreundlichkeit und Verständlichkeit bezogen sich auf Unklarheiten bei der Datenerfassung, das Extrahieren der Daten aus analogen und digitalen Patientenakten und das Nachvollziehen von selbstberichteten Angaben der Patient:innen zur Medikamenteneinnahme. Diesen Herausforderungen wurde durch eine Überarbeitung des Instrumentes, z.B. zusätzliche Erklärungstexte, begegnet, um die Datenvalidität während der eigentlichen Pilotphase zu gewährleisten. Erschwert wurde die testweise Nutzung auch durch die knappen Ressourcen im Versorgungsalltag, da die Study Nurses z.T. auch in die Routineversorgung eingebunden waren und so ihre Zeit für die Datenextraktion verkürzt war.

**Schlussfolgerung** Die berichteten Herausforderungen könnten die Datenvalidität beeinträchtigen. Zudem lassen sich die z.T. komplexen Patientenfälle nicht ausschließlich mit quantitativen Daten abbilden. Deswegen können mögliche Verzerrungen vom Forschungsteam nur schwer nachvollzogen werden. Weitere patientenbezogene Daten wurden deshalb im persönlichen Austausch erhoben, um ein möglichst umfassendes Datenbild zu generieren. Für eine mögliche Implementierungsstudie wird eine Prüfung der Interrater-Reliabilität für ausgewählte Items des Instrumentes angestrebt.

## P268 Partizipative Forschung in der Allgemein- und Palliativmedizin

**Autorinnen/Autoren** Heckel M<sup>1</sup>, Stark S<sup>2</sup>, Rink L<sup>2</sup>, Gehrmann J<sup>3, 4</sup>

**Institute** 1 Uniklinikum Erlangen, Palliativmedizinische Abteilung, Erlangen; 2 Uniklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Allgemeinmedizinisches Institut, Erlangen; 3 Technische Universität München, Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, TUM School of Medicine and Health, Department Clinical Medicine, München; 4 Technische Universität München, Lehrstuhl für Soziale Determinanten der Gesundheit, TUM School of Medicine and Health, Department Health and Sport Sciences, München  
DOI 10.1055/s-0044-1788402

**Hintergrund** Die Integration partizipativer Forschungsansätze in der Palliativmedizin (PM) und Allgemeinmedizin (AM) verspricht verbesserte Forschungsqualität und Transparenz. Diese Studie untersucht die Anwendung und Wirkung partizipativer Forschung in beiden Fachbereichen.

**Methode** Mittels eines selbst entwickelten Online-Fragebogen, verteilt über die AG Forschung der DGP und direkte Ansprache allgemeinmedizinischer Institute und Lehrstühle, sowie über die AG Partizipation der Initiative DESAM-ForNet, wurde die Anwendung partizipativer Forschung von März–Juni 2022 (PM), sowie von August–Oktober 2023 (AM) erforscht. Die Auswertung der Daten aus 30 Einrichtungen (10 PM, 20 AM) erfolgte deskriptiv.

**Ergebnisse** In der PM berichteten 80 % (8 von 10) und in der AM 95 % (19 von 20) der Einrichtungen von der Anwendung partizipativer Forschungsmethoden. In der PM werden vorrangig Angehörige und Fachpersonal (je 87,5 %), in der AM Patient:innen (78,9 %), Hausärzt:innen (73,7 %) und Bürger:innen (63,2 %) einbezogen. Etwa die Hälfte der Einrichtungen in beiden Fachbereichen bindet regelmäßig Partizipations-Gruppen in ihre Forschung ein. Die partizipative Gesundheitsforschung nach Unger/Wright wird in beiden Bereichen jeweils von etwa der Hälfte der Einrichtungen genannt (Mehrfachnennungen). PM-Einrichtungen orientieren sich konzeptionell eher an Action Research, während INVOLVE in der AM häufiger Anwendung findet. Die Mehrheit erkannte positive Effekte der Partizipation auf die Forschungsqualität (AM 76,5%/PM 85,7 %) und berichtete in der AM von einer erhöhten Transparenz (76,5 %) sowie in der PM von einer erleichterten Dissemination (85,7 %). Eine Mehrheit der Befragten fühlte sich gut auf partizipative Forschung vorbereitet (AM 80%/PM 70 %). Beide Fachrichtungen betonen jedoch die Notwendigkeit personeller Ressourcen, Fortbildungsangebote und Netzwerke zum Austausch für eine effektive Durchführung partizipativer Forschung.

**Schlussfolgerung** Die Ergebnisse deuten auf eine breite Akzeptanz und positive Bewertung partizipativer Forschungsansätze in beiden Fachbereichen hin, unterstreichen jedoch auch verbundene Aufwände. Der hohe Anteil der Bürger:innen- und Patient:innenbeteiligung in der AM ist auf die geförderte Forschungsinfrastruktur im Rahmen der Initiative DESAM-ForNet zurückzuführen. Zukünftige Forschung sollte konkrete Auswirkungen partizipativer Methoden messen sowie evaluieren und Herausforderungen in der Umsetzung adressieren.

### P313 Implementierung einer Biobank in der Palliativversorgung, ein Pilotierungsprojekt

**Autorinnen/Autoren** Plath L, Malessa A, Heckel M, Öhl N, Puta S, Ostgathe C, Steigleder T

**Institut** Universitätsklinikum Erlangen, Palliativmedizinische Abteilung, Erlangen

**DOI** 10.1055/s-0044-1788403

**Hintergrund** Die Pilotierung eines Biobankprojektes auf einer Palliativstation markiert einen bedeutenden Schritt in der medizinischen Forschung. Diese wegweisende Initiative ermöglicht die Sammlung und Analyse biologischer Proben von Patientinnen und Patienten am Ende ihres Lebens. Die Etablierung einer Biobank auf der Palliativstation ermöglicht es erstmals, wertvolle Proben zu sammeln und aufzubewahren, um die Erforschung des Endstadiums von Krankheiten zu befördern, individualisierte Therapieansätze zu entwickeln und die Palliativversorgung zu verbessern.

**Forschungsfrage:** Ist die Implementierung einer Biobank in der Palliativversorgung möglich? Welches sind Beförderungs- und Behinderungsfaktoren?

**Methode** Seit Januar 2024 werden am Universitätsklinikum Erlangen Patientinnen und Patienten gescreent, ob eine Studienteilnahme möglich sei. Bei Einwilligungsfähigkeit werden Aufklärung und Einwilligung nach Vorgaben des Broad Consent im Rahmen der German Biobank Node (GBN) eingeholt. Von Patientinnen und Patienten, die eingewilligt haben, werden Blutproben entnommen (zusätzliche Proben im Rahmen von klinisch motivierten Butentnahmen).

**Ergebnisse** Die Aufklärung eines Patienten beansprucht im Durchschnitt etwa 90 Personalminuten inklusive Vor- und Nachbereitung. Eingeschlossen werden können alle Patientinnen und Patienten mit ausreichenden kognitiven Fähigkeiten für die eigenständige Einwilligung in das Forschungsprojekt. Bislang wurden n = 29 Patienten gescreent, von denen n = 10 eingeschlossen werden konnten, mit einer Anzahl von n = 9 durchgeführten Blutentnahmen. Ein deutliches Interesse an Forschung und der Abgabe von Bioproben seitens der Patientinnen und Patienten ist zu beobachten. (Stand: 13. März 2024)

**Schlussfolgerung** Die Pilotierung zeigt die Machbarkeit der Implementierung einer Biobank in der Palliativversorgung.

Folgende Projekte haben oder werden begonnen:

*Sozialwissenschaftliches Akzeptanzprojekt, läuft:* Erfassung von soziodemographischen Daten, personen- und erkrankungsbezogenen Faktoren und Untersuchung subjektiver Gründe für Zustimmung oder Ablehnung von Probenabgaben, um Perspektiven und Bedenken der Patientinnen und Patienten bezüglich der Forschung am Lebensende besser zu verstehen.

*Hypovitaminoseprojekt, läuft:* Blutkonzentrationen der B- Vitamine bei Palliativpatientinnen und -patienten bestimmen, um potenzielle Zusammenhänge mit typischen Symptomen (Fatigue, Konzentrationsstörung) zu identifizieren.

*Kachexie-Anorexie-Projekt, projektiert:* Frühzeitige Marker-basierte Diagnosen des Kachexie-Anorexie-Syndroms. Basierend auf diesen Erkenntnissen sollen gezielte Empfehlungen zu künstlicher Ernährung abgeleitet werden.

## Palliative Care für zuhause: SAPV, AAPV, BQKPMV und mehr

### V237 Angehörige von Patient:innen in spezialisierter ambulanter Palliativversorgung: Belastungen, Lebensqualität und Ressourcen

**Autorinnen/Autoren** Ullrich A<sup>1</sup>, Wortberg E<sup>1,2</sup>, Bokemeyer C<sup>1</sup>, Oechsle K<sup>1</sup>  
**Institute** 1 Palliativmedizin, II. Medizinische Klinik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg; 2 Palliative Care Team Aurich/Ostfriesland GmbH, Aurich

**DOI** 10.1055/s-0044-1788404

**Hintergrund** Angehörige von Menschen mit fortschreitenden, unheilbaren Erkrankungen leiden häufig unter psychischen Belastungen und eingeschränkter gesundheitsbezogener Lebensqualität (HRQoL). Zudem entsteht aufgrund der Erkrankungs- und Versorgungssituation oft ein Gefühl sozialer Isolation und Limitierung persönlicher Kraftquellen. Die vorliegende Studie untersucht diese Parameter bei Angehörigen, die durch ein Team der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) mitbetreut werden.

**Methode** Querschnittliche Beobachtungsstudie mit konsekutiver Rekrutierung und Befragung primärer Angehöriger (> 18 Jahre) innerhalb von 72 Stunden nach Aufnahme des/der Patient:in in die SAPV. Der Fragebogen enthielt validierte Skalen zur Erfassung psychosozialer Belastung (Distress-Thermometer, DT, Skala 0–10), Ängstlichkeit (General Anxiety Disorder Scale, GAD-7, Skala 0–21), Depressivität (Patient Health Questionnaire–Depressionsmodul, PHQ-9, Skala 0–27), HRQoL (Short Form-8 Health Survey, SF-8, Skalen 0–100), sozialer Unterstützung (Oslo Social Support Scale, OSLO-3, Skala 3–14) sowie der Anzahl wichtiger Kraftquellen (Sources of Meaning Profile, SOMP-R, Skala 0–17).

**Ergebnisse** Von den 76 teilnehmenden Angehörigen (im Mittel 62 Jahre, 63 % weiblich, 53 % Partner:innen/37 % erwachsene Kinder) wiesen 79 % eine klinisch relevante (Cut-off:  $\geq 5$ ) und 46 % eine hochgradige ( $\geq 8$ ) psychosoziale Belastung auf. Bei einem Drittel deuteten die berichteten Symptome auf eine Angststörung (36 %) bzw. eine depressive Störung (33 %; jeweils Cut-off:  $\geq 10$ ) hin. Ein Viertel (25 %) zeigte ein mögliches komorbides Vorliegen beider Störungsbilder. Die mentale (Summenskala: M = 44,6, SD = 10,1) und körperliche (M = 45,9, SD = 9,4) HRQoL erreichte ein ähnlich eingeschränktes Niveau. Die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung nahmen 22 % der Angehörigen als gering (Cut-off: 3–8), 32 % als moderat (9–11) und 46 % als hoch ( $\geq 12$ ) wahr. Im Durchschnitt wurden M = 6,5 (SD = 3,6) von 17 Kraftquellen als wichtig bewertet, insbesondere „wichtige Beziehungen zu Familie/Freund:innen“ (81 %), „Gefühl finanzieller Sicherheit“ (71 %) und „für andere da sein“ (68 %).

**Schlussfolgerung** Angehörige sind zum Zeitpunkt der Aufnahme in die SAPV relevant belastet, berichten aber auch ein Spektrum an verbliebenen Kraftquellen und vielfach eine Verfügbarkeit sozialer Unterstützung. Eine frühzeitige Erfassung der Belastungen und Ressourcen zu Beginn der SAPV kann eine adäquate Mitbetreuung der Angehörigen im weiteren Versorgungsverlauf unterstützen.

### P134 Häusliche Palliativversorgung in Zeiten von Notfällen, Krisen und Katastrophen – Impulse aus dem AUPIK Projekt

**Autorinnen/Autoren** Ewers M, Ballmann J

**Institut** Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Berlin

**DOI** 10.1055/s-0044-1788405

**Hintergrund** Natürliche oder von Menschen verursachte Gefahren nehmen weltweit zu und auch in Deutschland können z.B. Extremwetter, Stromausfälle oder die Folgen gewaltsamer Auseinandersetzungen zu erheblichen Alltagsstörungen führen. Davon bleibt auch die häusliche Versorgung von schwer kranken und sterbenden Menschen nicht unberührt. Vielmehr stellt sich die

Frage, wie die dezentrale gesundheitliche und pflegerische Versorgung – darunter auch die häusliche Palliativversorgung – unter widrigen Bedingungen und erschwerten Umständen möglichst lange aufrecht erhalten werden kann.

**Methode** Im vom BMBF im Rahmen der Sicherheitsforschung durchgeführten AUIK-Projekt zur "Aufrechterhaltung ambulanter Pflegeinfrastrukturen in Krisen und Katastrophen" wurden von 2020-2023 (TP 3) in einem mehrstufigen Prozess neben mehreren Literaturanalysen und empirischen Erhebungen (z.B. teilstandardisierte Online-Befragung N = 100 und leitfadengestützten Experteninterviews N = 8 und Diskussionsgruppen N = 4) aufwändige diskursive Validierungsprozesse mit diversen Interessengruppen zur Konsensfindung durchgeführt. Die Ergebnisse wurden verdichtet, publikationsförmig aufbereitet und in verschiedenen personalkommunikativen Formen präsentiert.

**Ergebnisse** Ambulante Infrastrukturen – darunter Pflegedienste oder niedergelassene Ärzte und Apotheken – sind noch kaum auf weitreichende Alltagsstörungen vorbereitet, was bei Notfällen, Krisen und Katastrophen zu Sicherheitsproblemen führen kann. Neben dem Problembewusstsein für die wachsenden Gefahren, mangelt es an Informationen über die Möglichkeiten von Behörden mit Sicherheitsaufgaben oder Blaulichtorganisationen sowie einer etablierten Zusammenarbeit. Auch fehlt es weitgehend an Risikoanalysen und einer vorausschauenden Katastrophenschutzplanung – was im Ereignisfall zu zusätzlichen Sicherheitsrisiken für Patient\*innen, Angehörige und Mitarbeitende führen kann.

**Schlussfolgerung** Um die Resilienz der häuslichen Palliativversorgung gegenüber Notfällen, Krisen und Katastrophen zu erhöhen, müssen neben einer Erweiterung des Problembewusstseins auch Maßnahmen des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes entwickelt werden ([1, 2]). Dazu gehört u.a. die Verpflichtung zur Erarbeitung von Katastrophenschutzplänen. Bei deren Gestaltung und Implementierung werden Einrichtungen der ambulanten Palliativversorgung aber gezielte Unterstützung benötigen ([3]).

#### Literatur

[1] Ewers M, Lessinnes S, Kibler A, Gröbe S, Köhler M (2022), Vorsorge für Krisen, Notfälle und Katastrophen in der häuslichen Pflege. Ansatzpunkte zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit ambulanter Pflegedienste und ihrer Mitarbeiter\*innen., Veröffentlichungsreihe der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, DOI: 10.13140/RG.2.2.13317.42726, 2024-01-26, Charité – Universitätsmedizin Berlin

[2] Lessinnes S., Köhler M., Ewers M Evidence of Disaster Planning by Home Care Providers: An Integrative Literature Review. Int. J. Environ. Res. Public Health 2023; 20: 5658. doi:10.3390/ijerph200956582024-01-26 <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/9/5658> Charité – Universitätsmedizin Berlin

[3] Ewers M, Köhler M, (Hrsg.), (2023), Organisatorische Maßnahmen zur Vorbereitung ambulanter Pflegedienste auf Notfälle, Krisen und Katastrophen, Working Paper No. 23-02 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. , Berlin, <https://doi.org/10.17169/refubium-39403.2>, 2024-01-26, Freie Universität – REFUBIUM , Charité – Universitätsmedizin Berlin..

## P163 Prädiktoren psychischer Belastungen bei pflegenden Zugehörigen von SAPV-betreuten Patient:innen

**Autorinnen/Autoren** Langguth P<sup>1</sup>, Müller T<sup>1</sup>, Helbig B<sup>2</sup>, Janisch M<sup>2</sup>, Haering C<sup>1</sup>, Schuler U<sup>2</sup>, Hornemann B<sup>1</sup>, Schütte K<sup>2</sup>, Hentschel U<sup>1</sup>  
**Institute** 1 Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT/UCC), Psychoonkologischer Dienst, Dresden; 2 Universitätsklinik Car Gustav Carus, Universitäts PalliativCentrum (UPC), Dresden  
DOI 10.1055/s-0044-1788406

**Hintergrund** Pflegenden Zugehörige (engl. informal caregivers; ICs) von Patient:innen mit fortgeschrittenen Erkrankungen sind mit diversen Herausforderungen, insbesondere mit einem hohen Maß an psychischer Belastung, konfrontiert. Es liegen bisher nur wenige Daten darüber vor, welche Faktoren mit einem erhöhten Maß an psychischer Belastung der ICs assoziiert sind.

**Methode** Die PREPP-Studie (Predicting Readmission of Palliative Outpatients), eine monozentrische, longitudinale Beobachtungsstudie, wurde zwischen April 2021 und August 2022 durchgeführt. Es wurden die Daten von 250

Patient:innen sowie 152 ICs mit SAPV-Anbindung erhoben. Die psychische Verfassung wurde mittels standardisierter Fragebögen (NCCN Distress-Thermometer, PHQ-9, GAD-7) erhoben. Zur Identifikation potenzieller Prädiktoren wurden klinische, soziodemographische sowie patientenbezogene Daten herangezogen. Um die Assoziation zwischen klinisch relevanter psychischer Belastung (NCCN DT  $\geq 5$ , GAD  $\geq 10$ , PHQ  $\geq 10$ ) und Prädiktorvariablen zu bewerten, wurden multiple logistische Regressionen berechnet, nachdem mögliche Prädiktoren zuvor durch Gruppenvergleiche identifiziert wurden. Belastungen aufgrund der Corona-Pandemie wurden als Kontrollvariable in alle Regressionen miteinbezogen.

**Ergebnisse** Während etwa zwei Drittel der teilnehmenden ICs klinisch relevante Depressivität und Ängstlichkeit erlebten, trat klinisch relevanter Distress bei 80 % auf. Obwohl nicht statistisch signifikant, könnte die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes (Odds: 2.832; p = .069) sowie ein höheres Bildungsniveau der ICs (Odds: 5.077; p = .056) als Prädiktoren in Frage kommen. Als signifikanter Prädiktor für klinisch relevante Depressivität konnte neben Belastungen aufgrund der Corona-Pandemie (Odds: 1.142; p = .048), eine höhere Pflegezeit (Odds: 3.215; p = .026) als Prädiktor identifiziert werden. Bezüglich klinisch relevante Ängstlichkeit stellten die Belastungen aufgrund der Corona-Pandemie (Odds: .856; p = .014) einen signifikanten Prädiktor dar.

**Schlussfolgerung** ICs von Patient:innen in der spezialisierten ambulanten Versorgung haben aufgrund hoher Prävalenzen psychischen Distresses sowie klinisch relevanter Depressivitäts- und Ängstlichkeitssymptome einen dringenden psychologischen Versorgungsbedarf. Neben den Einflüssen der Corona-Pandemie scheinen vor allem pflegerische Faktoren, wie die Länge der Pflegezeit einen Zusammenhang zur psychischen Belastungen von ICs zu haben. Die Wirkrichtung dieser Zusammenhänge sollte in weiteren Studien überprüft werden.

## P181 Beratung von Patient:innen und Angehörigen in der SAPV: das Gefühl von Sicherheit stärken. Eine ethnografische Studie

**Autorinnen/Autoren** Doll A<sup>1</sup>, Reitinger E<sup>2</sup>  
**Institute** 1 Universitätsklinikum, Zentrum für Palliativmedizin, Köln; 2 Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft, Wien  
DOI 10.1055/s-0044-1788407

**Hintergrund** Palliativpatient\*innen (Pat.) wünschen sich möglichst zu Hause sterben zu können. Dies bringt eine Vielzahl an Herausforderungen und Belastungen für Angehörige(Ang.) und Pat. mit sich: z.B. ein möglichst selbstbestimmtes Symptommanagement und die emotionale Anpassung an meist schnell wechselnde Situationen. Ang. müssen sowohl ihre Rolle als Kümmerer ausfüllen als auch ihre eigene emotionale Belastungen als Kummernde bewältigen. Ziel dieser Studie war es daher zu identifizieren, welche Unterstützungsbedürfnisse Pat. und Ang. haben und welche Beratung sie von den SAPV-Teams (PCTs) brauchen, um zu Hause gut leben und sterben zu können.

**Methode** Die Datenerhebung erfolgte mit Hilfe eines partizipativen ethnografischen Designs. Der Forscher beobachtete Beratungsgespräche in 6 SAPV-Teams (Pflegende [n = 24] /Ärzt:innen [n = 9]) und dokumentierte 60 Beratungen von 44 Pat. und ihren Ang. Mit der Grounded-Theory-Methodik wurden diese Feldnotizen kodiert und zentrale Konzepte identifiziert. In einer partizipativen Fokusgruppe mit den PCTs wurden diese Konzepte diskutiert.

**Ergebnisse** In den Daten wurden zwei Kernkonzepte identifiziert: die Verunsicherungen der Pat. und Ang. (z.B. Vorbereitet-Sein auf das Symptommanagement und die Sterbebegleitung) und die Strategien der PCTs, um diese Verunsicherungen zu reduzieren. Daraus wurde ein Modell „Management von Verunsicherung“ entwickelt: Zur Stärkung des Sicherheitsgefühl der Pat. und ihrer Ang., verwendeten die PCTs vier verschiedene Strategien: Zwei bestärkende und zwei entlastende Strategien.

Bestätigende und rückversichernde Strategien beinhalteten positives Feedback und das Geben von Komplimenten über nützliche Bewältigungs- und Selbstmanagementstrategien. Das empathische Würdigen von belastenden Gefühlen

stärkt ebenfalls das Sicherheitsgefühl. Durch empowernde Strategien schulten und befähigten die Teams Pat. und ihre Ang. mit ihren Symptomen und Gefühlen so selbstbestimmt wie möglich umzugehen. Die SAPV-Teams nutzten auch „beschwichtigende“ Strategien, um die Verunsicherung zu reduzieren oder sie gaben „direktive Instruktionen“, um ein sicheres Symptomanagement zu gewährleisten. Beratung zur Gesundheitsförderung und Entlastung der Ang. spielte eine eher untergeordnete Rolle.

**Schlussfolgerung** Die Studie verdeutlicht sowohl die vielfältigen Verunsicherungen der Pat. und Ang. als auch die Bedeutung der vier Strategien der PCTs zur Stärkung derer Sicherheitsgefühle.

Weitere Forschung zur Effektivität von identifizierten Beratungsstrategien wie z.B. Empowerment, Rückversicherung ist zielführend. Wie hilfreich entlastende Strategien z.B. Beschwichtigen oder Instruktionen empfunden werden, sollte weiter untersucht werden.

Schulungen der SAPV-Teams zu den Verunsicherungen und den vier Strategien kann ihre Beratung erweitern und bewusster werden lassen.

### P184 Sagt psychische Belastung die Lebensqualität von pflegenden Zugehörigen SAPV-betreuter Patient:innen voraus?

**Autorinnen/Autoren** Senftleben D<sup>1</sup>, Knauer L<sup>2</sup>, Müller T<sup>1</sup>, Helbig B<sup>3</sup>, Janisch M<sup>3</sup>, Langguth P<sup>1</sup>, Haering C<sup>1</sup>, Schütte K<sup>3</sup>, Schuler U<sup>3</sup>, Hornemann B<sup>1</sup>, Hentschel L<sup>1</sup>

**Institute** 1 Nationales Centrum für Tumorerkrankungen, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Psychoonkologischer Dienst, Dresden; 2 Institut für Psychologie, Friedrich Schiller Universität, Jena; 3 Universitäts PalliativCentrum, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden

DOI 10.1055/s-0044-1788408

**Hintergrund** Pflegende Zugehörige (engl. Informal caregivers, IC) von Patient:innen mit fortgeschrittener Erkrankung werden mit verschiedenen Belastungen wie herabgesetzter Lebensqualität und psychischem Distress konfrontiert. Es sollten Faktoren identifiziert werden, die mit einer herabgesetzten Lebensqualität assoziiert sind.

**Methode** Das PRePP-Projekt (Predicting Readmission of Palliative Outpatients) ist eine monozentrische, longitudinale Beobachtungsstudie, welche zwischen 04/2021 und 08/2022 durchgeführt wurde. Eingeschlossen wurden 250 Patient:innen sowie 152 ICs mit SAPV-Anbindung erhoben. Die psychische Verfassung wurde mittels standardisierter Fragebögen (NCCN Distress-Thermometer, PHQ-9, GAD-7) erhoben. Zur Identifikation potenzieller Prädiktoren wurden klinische, soziodemographische sowie patientenbezogene Daten herangezogen. Explorative (moderierte) Mediationsanalyse mit psychischer Belastung als Prädiktor verschiedener Lebensqualitätsdimensionen sowie Ängsten und Depressivität als potentiellen Mediatoren wurden berechnet.

**Ergebnisse** Es lagen auswertbare Datensätze von 116 pflegenden Zugehörigen (Durchschnittsalter: 65 Jahre, 70 % weiblich, 69 % (Ehe-)Partner:innen) vor. Die verschiedenen Lebensqualitätsdimensionen waren mit denen der Allgemeinbevölkerung vergleichbar. Jedoch wiesen 82 % der Teilnehmenden einen überschweligen Wert psychischer Belastung auf. Es gab überwiegend mäßige bis große Korrelationen zwischen DT, GAD-7, PHQ-9-Werten und verschiedenen Bereichen der Lebensqualität. Depressionen und Angstzustände vermittelten die Auswirkungen der DT auf die psychische und physische Lebensqualität vollständig.

**Schlussfolgerung** Entgegen den Erwartungen entsprachen die Gesamtwerte für die Lebensqualität von pflegenden Zugehörigen denen der Allgemeinbevölkerung. Die Studie bestätigt jedoch, dass psychische Belastungen die Lebensqualität von informellen Pflegekräften signifikant vorhersagen. Diese Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit weiterer Forschung mit einer breiteren Stichprobe, um diese Schlussfolgerungen zu bestätigen und wirksame Unterstützungsmechanismen für Pflegende zu identifizieren.

### P255 Palliativversorgung Geflüchteter aus der Ukraine

**Autorinnen/Autoren** Barnard K<sup>1</sup>, Untch A<sup>2</sup>, Wiszniewska I<sup>3</sup>, Chayka R<sup>4</sup>  
**Institute** 1 Johannesstift Diakonie gAG, Stabsstelle Palliativ- und Supportivmedizin, Berlin; 2 Arztpraxis für Spezialisierte Ambulante Palliativ-Versorgung (SAPV) Ute Fischer-Kramps, Berlin; 3 Johannesstift Diakonie gAG, Pflege & Wohnen im Johannesstift (Diakoniestation Johannesstift), Berlin; 4 Johannesstift Diakonie gAG, DialOG-IN (Johannesstift Diakonie Proclusio), Berlin  
DOI 10.1055/s-0044-1788409

**Hintergrund** Zur Unterbringung und Versorgung von schwersterkrankten Geflüchteten aus der Ukraine, die aufgrund der Komplexität nicht in Massenunterkünften leben können, wurde ein Spezialversorgungsangebot für bis zu 14 Betroffene und deren Angehörige geschaffen. In Analogie zur Häuslichkeit erfolgt nach Krankenhausentlassung eine Betreuung im Rahmen der SAPV sowie durch Mitarbeitende aus der Pflege, Hauswirtschaft und dem Sozialdienst. Ziel ist die Stabilisierung der Patient\*innen zur weiteren Versorgung in Unterkünften bzw. eine würdevolle Begleitung bis zum Tod und spätere Betreuung der Angehörigen. Die Finanzierung erfolgte zunächst durch den Integrationsfonds des Bezirks Spandau und nun durch das Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten Berlin.

**Methode** Die Evaluierung erfolgte durch Auswertungen der Patient\*innendaten inkl. der Zugangswege und dem Verbleib sowie der Auswertung der psychosozialen Interventionen.

**Ergebnisse** Die Patient\*innen befanden sich in einem unterschiedlich komplexen Gesundheitszustand und konnten gut stabilisiert werden oder verstarben.

Von Mai-Dezember 2023 wurden 12 Patient\*innen und 11 Angehörige versorgt. Es gab zusätzlich 25 Anfragen, die aus Gründen der Indikation nicht angenommen werden konnten. Bis Ende 2023 verstarben 2 Patient\*innen. Es zeigt sich, dass Patient\*innen meist nur für kurative Therapien offen waren. Ein Versterben in Deutschland war meist nicht vorstellbar.

Durch die Sprachbarriere werden v. a. Übersetzungsleistung und Leistungen in der Sozialberatung sowie pflegerische Versorgung genutzt. Eine 24-Stunden-Rufbereitschaft über das SAPV-Team wurde selten in Anspruch genommen. Angebote zur Integration der Betroffenen und deren Angehörigen z. B. durch Deutschkurse und Handarbeit-Aktivitäten wurden sehr gut angenommen.

**Schlussfolgerung** Die Analogie einer häuslichen Betreuung wurde nahezu vollumfänglich aufgebaut und sehr gut von den Betroffenen und Angehörigen aufgenommen. Besonders wertvoll dabei ist eine Betreuung durch ukrainische Mitarbeitende. Es bedarf eines flexiblen hochengagierten multiprofessionellen Teams, um die immer wieder neu auftretenden, täglichen Herausforderungen zu meistern und so die Versorgung zu garantieren. Dazu gehört u. a., dass eine (frühe) Integration der Palliativversorgung aufgrund einer fehlenden Kultur zum Umgang mit dem Thema Tod und Sterben in der Ukraine schwierig ist. Es bedarf Sensibilisierung bzgl. Palliativthemen für Geflüchtete mit schweren Erkrankungen. Für den Erfolg des Projektes sind enge Kooperationen vor Ort mit Akteur\*innen, wie SAPV-Teams, den Behörden und Ehrenamtlichen zentral. Weitere Angebote sollten – auch für Geflüchtete anderer Nationen – geschaffen werden. So können letztlich lange Krankenhausaufenthalte für Betroffene vermieden und trotz aller Umstände eine möglichst gute Lebensqualität erreicht werden.

### P342 Einfluss der COVID-19 Pandemie auf den Aufnahmezeitpunkt von Patienten in die spezialisierte ambulante Palliativversorgung

**Autorinnen/Autoren** Trianti S M, Sossalla L, Schmitzer J  
**Institut** Leipziger Palliativgesellschaft mbH, Leipzig  
DOI 10.1055/s-0044-1788410

**Hintergrund** Der Einfluss der COVID-19 Pandemie auf die Aufnahmemuster und Behandlung von Patienten in der ambulanten Palliativbehandlung ist

ungewiss. Wir untersuchten, ob die Pandemie, z.B. durch eine verzögerte Diagnostik oder suboptimale Behandlung, mit einer Änderung des Zeitraums von der Erstdiagnose bis zur palliativen Behandlung assoziiert war.

**Methode** Wir untersuchten 2.492 konsekutive Patienten, die in einem SAPV Team in Sachsen vom 1.3.2018 bis zum 28.2.2021 behandelt wurden. Der Zeitraum wurde in zwei Perioden unterteilt: a) vom 1.3.2018 bis zum 29.2.2020 (Prä-Pandemie) und b) vom 1.3.2020 bis zum 28.2.2021 (Pandemie). Zwischen Patienten der zwei Gruppen wurden Baseline-Charakteristika, sowie Zeiträume von Erstdiagnose bis zur Aufnahme in den Palliativdienst und die Anzahl der Versorgungstage im Palliativdienst verglichen.

**Ergebnisse** Es wurden insgesamt 1.665 Patienten in der Prä-Pandemie und 827 in der Pandemie behandelt. Die jährliche Anzahl der Patienten unterschied sich nicht (832/Jahr versus 827/Jahr). Baseline-Charakteristika wie Alter und Geschlecht waren in beiden Gruppen vergleichbar (Alter: Median 78 Jahre, Interquartilbereich 17 Jahre versus [77;17] Jahre,  $p = 0,299$ ; männliches Geschlecht 856 (52%) versus 445 (54%),  $p = 0,259$ ). Es gab keinen Unterschied in dem Zeitraum zwischen Erstdiagnose und Aufnahme im ambulanten Palliativdienst: [Median; Interquartilbereich 214; 730 Tage] versus [277; 963 Tage],  $p = 0,322$  oder der Anzahl der Versorgungstage im Palliativdienst ([30; 71 Tage] versus [34; 71 Tage],  $p = 0,357$ ).

**Schlussfolgerung** Die COVID-19 Pandemie war nicht mit einer Änderung der Anzahl der im ambulanten Palliativnotdienst aufgenommenen Patienten assoziiert. Ein Unterschied in der Zeit von Stellung der Diagnose bis zur Aufnahme im Palliativdienst oder eine Änderung der Dauer der ambulanten Palliativbehandlung waren ebenfalls nicht zu verzeichnen.

### P343 Verteilung der onkologischen Hauptdiagnosen in der spezialisierten ambulanten Palliativbehandlung in den letzten 12 Jahren

**Autorinnen/Autoren** Trianti S M, Sossalla L, Schmitzer I

**Institut** Leipziger Palliativgesellschaft mbH, Leipzig

**DOI** 10.1055/s-0044-1788411

**Hintergrund** Die onkologische Therapie hat in den letzten Jahren enorme Fortschritte gemacht mit der Entwicklung von personalisierten Therapieansätzen. Gleichzeitig gab es Änderungen in der Screeningpraxis und der Diagnostik. Es gibt jedoch nur ungenügende Daten über eine eventuell daraus resultierende Verschiebung des Spektrums der onkologischen Hauptdiagnosen in der ambulanten Palliativbehandlung.

**Methode** Wir untersuchten konsekutive Patienten, die zwischen 2011 und 2023 in einer ambulanten Palliativversorgung in Sachsen behandelt wurden, im Hinblick auf Unterschiede zwischen dem ersten Teil dieses Zeitraums (1.4.2011-1.4.2017) und dem zweiten Teil (2.4.2017-2.4.2023). Wir konzentrierten uns auf die sechs wesentlichen onkologischen Haupterkrankungen (Prostata, Melanom, Mamma, Pankreas, Lunge und Kolon).

**Ergebnisse** Insgesamt wurden in den Jahren 2011 bis 2023 5.909 Patienten behandelt: 2.520 von 2011 bis 2017 und 3.389 von 2017 bis 2023. Die sechs wichtigsten onkologischen Haupterkrankungen machten jeweils 37% und 38% der Fälle aus. Die Verteilung der onkologischen Haupterkrankungen und der Prozentsatz dieser unter den Hauptdiagnosen waren in beiden Zeiträumen ähnlich ( $p = 0,25$ ): Prostatakarzinom 177 (7,0%) versus 281 (8,3%), Melanom 30 (1,2%) versus 42 (1,2%), Mammakarzinom 164 (6,5%) versus 235 (6,9%), Pankreaskarzinom 211 (8,4%) versus 308 (9,1%), Lungenkarzinom 165 (6,5%) versus 228 (6,7%) und Kolonkarzinom 180 (7,1%) 203 (6,0%).

**Schlussfolgerung** In einem großen Kollektiv von ambulant behandelten Palliativpatienten gab es über einen Zeitraum von 12 Jahren keine Verschiebung des Spektrums der onkologischen Haupterkrankungen.

## Wenn es nur stationär geht: Palliativversorgung im Krankenhaus und Hospiz

### V167 Untersuchung des Nutzens des elektronischen Betäubungsmittelschranks am Beispiel der Palliativstation der Uniklinik Köln

**Autorinnen/Autoren** Herzhoff L<sup>1</sup>, Golla H<sup>1</sup>, Simic D<sup>2</sup>, Groß T<sup>3</sup>

**Institute** 1 Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum Köln, Zentrum für Palliativmedizin, Köln; 2 Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum Köln, Institut für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie, Köln; 3 Universitätsklinikum Köln, Zentralbereich Medizinische Synergien, Köln  
**DOI** 10.1055/s-0044-1788412

**Hintergrund** Insbesondere auf Palliativstationen ist die Symptomkontrolle mit Betäubungsmitteln (BtM) ein fester Bestandteil der täglichen Arbeit. Patient\*innen haben häufig eine hohe Symptomlast (z.B. Schmerz- und Luftnotattacken), die u.a. durch die zeitnahe Gabe von Betäubungsmitteln rasch gelindert werden kann. Hierbei stellen die rechtlichen Anforderungen an die BtM-Lagerung, Entnahme sowie an den Umgang eine Herausforderung im klinischen Alltag dar. In der Arbeit wird, der auf der Palliativstation implementierte, elektronische BtM Schrank hinsichtlich des Nutzens im Vergleich zum analogen BtM-Tresor untersucht.

**Methode** Zur Prüfung der Hypothese, ob der elektronische BtM Schrank zu einem Nutzen gegenüber dem analogen Tresor führt, wurden alle Pflege teammitglieder der Palliativstation mithilfe eines Web-Surveys befragt. Dieser umfasste einen quantitativen und einen qualitativen Teil. Die quantitative Abfrage erfolgte zu den Applikationszeiten (pre/post), der qualitative Teil enthielt eine Abfrage zur Zufriedenheit und Weiterempfehlung sowie offene Fragen zur Nutzung und den wichtigsten Veränderungen. Der quantitative Teil der Umfrage wurde deskriptiv ausgewertet. Bei den offenen Fragen wurde ein Ranking nach Häufigkeit der genannten Antworten erstellt.

**Ergebnisse** Die Rücklaufquote der Umfrage lag bei 84,6% ( $n = 22$ ). Die am häufigsten genannten Veränderungen bezogen sich auf die Schnelligkeit/Zeitersparnis (60%), die zweithäufigste Nennung mit 22% bezog sich auf die „Tresorschlüsselsuche“. Vier Nennungen erhielten eine negative Zuschreibung (zeitaufwendige Befüllung, weniger Platz im Stationszimmer und geringe Gesamtübersicht). Die Applikationszeit beim analogen Tresor lag bei 6,23 min 95%-KI [5,03;7,43], beim elektronischen Schrank lag diese dagegen bei 3,86 min 95%KI [3,09;4,63]. Die Störungsdauer des analogen Tresores lag bei 6,05 min, 95%KI [4,54;7,56], beim elektronischen Schrank bei 3,75 min 95%KI [2,05;5,09]. Die Störungshäufigkeit war bei dem elektronischen Tresor deutlich geringer. Alle Befragten waren mit dem Schrank zufrieden (77%) oder eher zufrieden (23%). 91% empfahlen den Schrank weiter.

**Schlussfolgerung** Die Umfrage hat gezeigt, dass es durch die Implementierung des neuen BtM Schrankes zu einer Zeitersparnis von fast 50% kam. Auch die Störungshäufigkeit nahm bei dem elektronischen BtM Schrank deutlich ab. Insbesondere die hohe Zufriedenheit des Teams durch eine Arbeitserleichterung und eingesparter Arbeitszeit führt zu mehr Zeit für patient\*innennahe Tätigkeiten. Auch die Patient\*innen profitieren durch die schnellere Applikation der Bedarfsmedikation und der damit schnelleren Symptomlinderung von der Implementierung des Schrankes.

### V169 Thanatophobie und ihre Prädiktoren – Ergebnisse einer Querschnittsstudie mit Versorgenden von Normal- und Intensivstationen

**Autorinnen/Autoren** Oubaid N<sup>1</sup>, Kaur S<sup>2</sup>, Milke V<sup>1</sup>, Meesters S<sup>2</sup>, Leminski C<sup>3</sup>, Ullrich A<sup>1</sup>, Schieferdecker A<sup>1</sup>, Kreimeike K<sup>2</sup>, Schulz H<sup>4</sup>, Voltz R<sup>2,5,6</sup>, Oechsle K<sup>1</sup>

**Institute** 1 Palliativmedizin, II. Medizinische Klinik und Poliklinik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Hamburg; 2 Zentrum für Palliativmedizin, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum Köln (UKK),

Universität zu Köln, Köln; 3 Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR), Humanwissenschaftliche Fakultät und Medizinische Fakultät Universitätsklinikum Köln (UKK), Universität zu Köln, Köln; 4 Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Hamburg; 5 Medizinische Fakultät, Zentrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf (CIO ABCD), Universitätsklinikum Köln (UKK), Köln; 6 Medizinische Fakultät, Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK), Universitätsklinikum Köln (UKK), Köln  
DOI 10.1055/s-0044-1788413

**Hintergrund** Die meisten Menschen in Deutschland sterben im Krankenhaus auf nicht-palliativspezialisierten Stationen. Demnach sind Versorgende auf Normal- und Intensivstationen zuständig für die Begleitung der Sterbenden und ihrer Angehörigen. Es ist davon auszugehen, dass sich eine eigene Angst vor der Behandlung sterbender Patient:innen (Thanatophobie) auf die Versorgung auswirkt. Ein Ziel dieser vom Innovationsfonds des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geförderten Studie ist deshalb die Identifizierung von Prädiktoren der Ausprägung von Thanatophobie bei Versorgenden auf Normal- und Intensivstationen.

**Methode** Online-Mitarbeitendenbefragung (n = 201) auf 4 Normal- und 6 Intensivstationen an den Universitätskliniken Köln und Hamburg-Eppendorf, u.a. mit der Thanatophobie-Skala (7 7-stufig Likert-skalierte Items, Summenwert 7-49, hohe Werte stehen für hohe Ausprägung der Thanatophobie). Zur Auswertung wurde ein lineares, hierarchisches Regressionsmodell mit dem Thanatophobie-Summenwert als abhängige Variable und 7 theoretisch abgeleiteten potenziellen Prädiktoren (Modell 1: Geschlecht, Alter, Stationstyp, Berufsgruppe, Religiosität; Modell 2: Modell 1 + Abgrenzungsfähigkeit, Kenntnisse über Palliativarbeit) berechnet.

**Ergebnisse** Der Thanatophobie-Summenwert beträgt  $M = 16,5$  ( $SD = 8,0$ ). Modell 1 ist signifikant ( $p = 0,002$ ) und erklärt 9% der Gesamtvarianz ( $R^2$ ). Jüngerer Alter ( $\beta = -0,16$   $p = 0,032$ ), männliches Geschlecht ( $\beta = 0,14$   $p = 0,044$ ), ärztliche oder pflegerische Tätigkeit ( $\beta = -0,16$   $p = 0,030$ ) und die Tätigkeit auf einer Normalstation ( $\beta = 0,19$   $p = 0,008$ ) erhöhen die Thanatophobie. Modell 2 ist signifikant ( $p < 0,001$ ) und erklärt 34% ( $\Delta 25\%$ ) der Gesamtvarianz. Die Tätigkeit auf einer Normalstation ( $\beta = 0,15$   $p = 0,016$ ), geringere Abgrenzungsfähigkeiten ( $\beta = -0,39$   $p < 0,001$ ) und geringere Kenntnisse über Palliativarbeit ( $\beta = -0,27$   $p < 0,001$ ) erhöhen die Thanatophobie.

**Schlussfolgerung** Die Soziodemografie und Stationszugehörigkeit der Versorgenden sind zwar Prädiktoren des Ausprägungsgrads von Thanatophobie, jedoch wird die Wichtigkeit soziodemografischer Merkmale bei der zusätzlichen Einbeziehung von emotionalen und wissensbezogenen Aspekten zur Versorgung sterbender Patient:innen deutlich relativiert. Um Thanatophobie vorzubeugen und zu reduzieren, sollte sie konkret in Fortbildungen adressiert werden – u.a. im Zusammenhang mit möglichen Abgrenzungsstrategien und Wissen um die Versorgung sterbender Patient:innen. Dies bietet sich insbesondere für Versorgende von Normalstationen an.

## V264 Palliativstationen in Deutschland – eine bundesweite Befragung zu Strukturen und Patientenversorgung

**Autorinnen/Autoren** Dasch B<sup>1</sup>, Melching H<sup>2</sup>, Maier B O<sup>2,3</sup>, Lenz P<sup>1</sup>, Bausewein C<sup>2,4</sup>, Rosenbruch J<sup>4</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Münster, Zentrale Einrichtung Palliativmedizin, Münster; 2 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP), Berlin; 3 St. Josefs-Hospital Wiesbaden, Medizinische Klinik III – Palliativ und Onkologie, Wiesbaden; 4 LMU Klinikum München, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München  
DOI 10.1055/s-0044-1788414

**Hintergrund** Aktuelle Daten zur Struktur und Gesundheitsversorgung an deutschen Palliativstationen sind vom gesundheitspolitischen Interesse.

**Methode** Zwischen Mai und Juni 2023 wurde an alle deutschen Palliativstationen ein Fragebogen zur Stationsstruktur und zur Patientenversorgung im Jahr 2022 verschickt. Die Teilnahme war schriftlich oder via online Umfragetool möglich. Die Datenauswertung erfolgte deskriptiv.

**Ergebnisse** Zum Stand 05/2023 waren insgesamt 336 Palliativstationen bundesweit existent, entsprechend einer Prävalenz von 17,8% bezogen auf alle 1.887 deutschen Krankenhäuser. An der Befragung nahmen 219 Palliativstationen teil (response rate 65,2%). Die meisten Neugründungen erfolgten in den Jahren 2005-2012. Im Mittel standen 34,1 Palliativbetten pro 1 Mio. Einwohner bundesweit zur Verfügung. Neben der Palliativstation existierten noch folgende palliativmedizinische Versorgungsangebote: Palliativdienst (allgemein u./od. spezialisiert (55,7% (122)), Palliativambulanz (17,4% (38)), palliativmedizinische Tagesklinik (2,7% (6)), SAPV-Team (36,5% (80)). Am häufigsten lag eine Stationsgröße von 8-10 Betten vor (43,8% (96)). Folgender Personalstand (Vollkräftewert (VK) pro Bett) wurde ermittelt: Ärzte  $\geq 0,2$  VK (57,1% (125)), Pflegefachkräfte  $\geq 1,2$  VK (55,3% (121)). Die Finanzierung erfolgte wie folgt: OPS 8-982.x (20,1% (44)), OPS 8-98e.x (52,5% (115)), besondere Einrichtung (BE) (22,8% (50)). Im Durchschnitt wurden 262 [95%-KI: 245-279] Patient:innenfälle im Jahr 2022 betreut, davon 210 [95%-KI: 195-225] onkologische Fälle und 130 [95%-KI: 118-142] Sterbefälle. Sorge vor einer Stationschließung gaben 23,7% (52) der teilnehmenden Palliativstationen an.

**Schlussfolgerung** An etwa jedem fünften Krankenhaus in Deutschland ist eine Palliativstation existent. Mehrheitlich werden dort Tumorpatient:innen behandelt. Im Mittel verstirbt die Hälfte der betreuten Patient:innen. Im Kontext der geplanten Krankenhausstrukturreform äußert etwa jede vierte Palliativstation Sorge vor einer Stationschließung.

## P133 Rückblick auf 5 Jahre Palliativeinheit an der Klinik Sinsheim der Gesundheitszentren Rhein-Neckar (GRN)

**Autorinnen/Autoren** Gruhlke B, Köhler D, Serf C

**Institut** GRN Klinik Sinsheim, Anästhesie und Intensivmedizin, Sinsheim  
DOI 10.1055/s-0044-1788415

**Hintergrund** Ende 2017 wurde an der GRN Klinik Sinsheim (225 Betten, 9 Fachdisziplinen, 12.000 stationäre Pat/Jahr, MVZ-Onkologie) eine 6 Betten umfassende Palliativeinheit eröffnet. Die Klinik ist Teil eines Verbunds mit insgesamt vier Kliniken sowie Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen in der Metropolregion Rhein-Neckar. Der Abstract bietet eine statistische Aufbereitung der PatientInnenzahlen und der geleisteten Arbeit des Palliativteams der ersten 5 Betriebsjahre.

**Methode** Retrospektive Auswertung der geführten Datensammlung. Patientinnen und Patienten wurden anonymisiert mit Daten zu Erkrankung, Behandlungsdauer, Aufenthaltsort vor Aufnahme auf die Palliativeinheit und Entlassungsart sowie Zielort nach Entlassung erhoben.

**Ergebnisse** Es wurden auf der Palliativeinheit an 1046 Personen insgesamt 9486 Pfliegetage erbracht. In 5 Jahren konnten von 823 begonnenen palliativmedizinischen Komplexprozeduren 489 komplettiert und abgerechnet werden. Die durchschnittliche Behandlungsdauer lag bei 9 Tagen (Range: 1-54 Tage). 48,2% der PatientInnen verstarben auf der Einheit. Bei einer Liegedauer von unter 7 Tagen lag der Anteil der Sterbefälle bei 70%, bei 7-13 Tagen 35%, 14-20 Tage 27%, 28-34 Tage 31% und bei über 34 Tagen Liegedauer bei 50%. Dies spiegelt den hohen Anteil an Sterbebegleitungen wider. 68,4% der Behandelten litten an einer Tumorerkrankung als führende Diagnose. Die häufigsten Tumorarten betrafen die Hohlorgane des Gastrointestinaltraktes (155), gefolgt von den soliden abdominalen Organen (125), Malignomen der weiblichen (Mamma: 86, Genital: 64) und männlichen (50) Geschlechtsorgane sowie Lungentumoren (78). 31,6% hatten eine nonmaligne palliative Diagnose. Die häufigsten nonmalignen Erkrankungen waren pulmonal (94), neurodegenerativ (60), kardial (49) oder thromboembolisch (49) bedingt. 55,9% der PatientInnen wurden innerklinisch auf die Palliativeinheit verlegt, 21,5% davon kamen von der Intensivstation. Die Entlassungen (51,8%) erfolgten jeweils zu 67,7% nach

Hause, 7,4% in eine andere Klinik, 16,3% in eine Pflegeeinrichtung und 8,7% in ein Hospiz. Die durchschnittliche Belegung der Einheit lag über die Zeit bei 90%. Die Zahlen decken sich gut mit der Erhebung von Dasch et.al. (Dtsch Arztebl Int 2024; 121: 92–3).

**Schlussfolgerung** Die Palliativeinheit hat sich trotz Einschränkungen durch die Coronapandemie fest etabliert und ist aus dem klinischen Portfolio weder für die Behandelten und ihre An- und Zugehörigen noch für die Behandelnden wegzudenken. Durch die Übernahme von PalliativpatientInnen werden andere Bereiche der Klinik entlastet und die Erlössituation durch die Abrechnung der Komplexprozeduren verbessert. Das Personal der Palliativeinheit unterstützt zusätzlich die Mitarbeitenden der Klinik durch Übernahme und multiprofessionelle Begleitung bei akuten Sterbefällen.

## P151 Sterben auf der chirurgischen Intensivstation – Veränderungen in den letzten 15 Jahren

**Autorinnen/Autoren** Bastian J M<sup>1</sup>, Dielmann K<sup>1</sup>, Wulf H<sup>1</sup>, Volberg C<sup>1,2</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg, Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie, Marburg; 2 Philipps-Universität Marburg, Dekanat Humanmedizin, AG Ethik in der Medizin, Marburg

**DOI** 10.1055/s-0044-1788416

**Hintergrund** Die Auseinandersetzung mit dem Lebensende auf Intensivstationen ist von zentraler Bedeutung, da die Mortalität während der Intensivbehandlung, insbesondere bei älteren Patienten, mit bis zu 26,4% sehr hoch ist [1, 2]. Seit 2009 stellt die Patientenverfügung eine rechtskräftige Vorausverfügung des Patientenwillens dar. Unklar ist jedoch, ob und wie sich der Umgang mit Sterben und der Findung des Therapieziels auf Intensivstationen über die Zeit dadurch verändert hat.

**Methode** Retrospektive Analyse aller verstorbenen chirurgischen Patienten der anästhesiologisch geführten Intensivstationen des Universitätsklinikums Marburg mithilfe der digitalen und papierbasierten Patientenakten von 2007 bis 2021. Der Datensatz umfasst 870 Patienten.

**Ergebnisse** Die Gesamtzahl aller verstorbenen Patienten nahm über den Zeitraum von 15 Jahren jährlich um 1,95 Patienten ab ( $p < 0,05$ ), besonders signifikant im weiblichen Patientenkollektiv ( $p < 0,01$ ). Das durchschnittliche Todesalter von 70 Jahren änderte sich nicht signifikant. Insgesamt wurde bei 122 Patienten (14%) eine Patientenverfügung (PV) dokumentiert, mit einem jährlichem Anstieg um etwa 0,9 Verfügungen. Die durchschnittliche Beatmungsdauer für Patienten, die länger als einen Tag stationär behandelt wurden, betrug mit PV 174h und ohne 236h ( $p = 0,03$ ). Patienten mit einer PV wurden im Schnitt 1,07-mal operiert, ohne PV hingegen 1,69-mal ( $p < 0,001$ ). Bei 77% aller Patienten wurde eine Therapiezieländerung festgelegt, da die medizinische Indikation und/oder der Patientenwille zur Weiterführung der initiierten Therapie fehlten. Die restlichen 23% sind unter maximaler Intensivtherapie, ohne Therapiezieländerung, verstorben. Es zeigt sich bei zweiter Gruppe jedoch eine jährliche Abnahme des Anteils am Gesamtkollektiv ( $p = 0,02$ ). Patienten ohne Therapiezieländerung verbrachten im Durchschnitt 4,36 Tage auf der Intensivstation, mit Therapiezieländerung 5,79 Tage ( $p = 0,03$ ). In der Gruppe mit Therapiezieländerung gab es häufiger dokumentierte Gespräche mit Angehörigen ( $p < 0,001$ ).

**Schlussfolgerung** Trotz allgemeiner wissenschaftlicher Aufklärung und gesellschaftlicher Diskussion ist die Anzahl an Patienten mit dokumentierter Patientenverfügung auf den untersuchten Intensivstationen nicht wie erwartet in den letzten Jahren deutlich angestiegen. Jedoch zeigt sich, dass Patientenverfügungen einen signifikanten Einfluss auf die Anzahl durchgeführter Interventionen sowie die Beatmungsdauer haben und Gespräche mit Angehörigen häufiger zu einer Therapiezieländerung führen. Um ungewollte Therapien zu vermeiden und die Patientenautonomie weiter zu stärken, bedarf es somit weiterhin einer Zunahme an Patientenverfügungen. Es sind aber auch weitere Studien erforderlich, um das Sterben auf Intensivstationen besser verstehen und die palliative Begleitung optimieren zu können.

## Literatur

[1] Pavoni V., Giancesello L., Paparella L., Buoninsegni L.T., Mori E., Gori G. Outcome and quality of life of elderly critically ill patients: an Italian prospective observational study. Arch Gerontol Geriatr 2012; 54 (2): p e193–8

[2] Kvale R., Flaatten H. Changes in intensive care from 1987 to 1997 – has outcome improved? A single centre study. Intensive Care Med 2002; 28 (8): p. 1110–6

## P160 Priorisierung von Aufnahmeanfragen für stationäre Hospize

**Autorinnen/Autoren** Wiese M<sup>1</sup>, Latteck Ä-D<sup>2</sup>, Büker C<sup>2</sup>

**Institute** 1 Hospiz am EVK Düsseldorf, Düsseldorf; 2 Hochschule Bielefeld, Bielefeld

**DOI** 10.1055/s-0044-1788417

**Hintergrund** Die Anzahl der Aufnahmeanfragen in stationären Hospizen übersteigt die vorhandenen Bettenkapazitäten. Dies hat zur Folge, dass die Einrichtungen mit Wartelisten arbeiten und eine Priorisierung der Aufnahmeanfragen vornehmen müssen. Ein regelgeleitetes und transparentes Vorgehen gibt es nicht [1]. Dies erscheint – auch ethisch betrachtet – umso problematischer, als dass nicht allen Erkrankten auf den Wartelisten rechtzeitig ein Platz angeboten werden kann [2]. Ziel der Studie war die Darstellung von beeinflussenden Faktoren auf die Priorisierung von Aufnahmeanfragen für stationäre Hospize. Aus den Ergebnissen wurden Empfehlungen für die Entscheidungsfindung abgeleitet.

**Methode** Es erfolgten eine internationale Literaturliteraturanalyse und qualitative, leitfadengestützte Experteninterviews nach informierter Einwilligung mit zwanzig am Entscheidungsprozess zur Aufnahme beteiligten Personen aus verschiedenen Hospizen in NRW. Die Datenauswertung erfolgte als inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse angelehnt an Kuckartz & Rädiker (2022).

**Ergebnisse** Es wurden elf Faktoren identifiziert, die die Entscheidung zur Priorisierung der Aufnahmeanfragen beeinflussen. Dominierend ist die Priorisierung nach der Länge der Wartezeit und/oder der Dringlichkeit der Anfragen. Als Herausforderung nannten die Befragten zeitlichen Druck, fehlende Ressourcen und nicht ausreichende Informationen. Sie beschrieben einen emotionalen Druck und Sorge, ob das eigene Vorgehen gerecht ist. Zudem wurde über eine zunehmende Anzahl an Auszügen aus Hospizen berichtet, die Diskussionen über die Hospiznotwendigkeit mit sich bringen. Das Anfrage- und Aufnahmemanagement geht mit einem hohen Beratungsanteil und zeitlichem Aufwand einher.

**Schlussfolgerung** Die Entscheidungsfindung zur Priorisierung von Aufnahmeanfragen für stationäre Hospize ist komplex. Zahlreiche Faktoren werden unter ethischen Aspekten abgewogen. Zur Bewertung der Dringlichkeit ist es sinnvoll, ein umfassendes Bild von der Situation der angemeldeten Personen zu erhalten. Die Autorin hat Leitfragen entwickelt, die in der Fachgemeinschaft interdisziplinär diskutiert werden sollten. Ein transparentes Vorgehen ist nicht nur unter dem Aspekt der Gerechtigkeit sinnvoll. Es zeigt auch auf, welcher Zeitaufwand und wie viel Verantwortung diese Aufgabe impliziert.

## Literatur

[1] Herbold-Ohmes C. Schwerkranken und Sterbende im Hospiz und auf der Palliativstation. Eine vergleichende, verlaufsorientierte Studie von zwei exemplarischen Betreuungsmodellen. Dissertation. 2007; <https://ediss.uni-goettingen.de/handle/11858/00-1735-0000-0006-B3EB-2> 2023-03-15

[2] Jansky M., Nauck F., Jaspers B. Gutachten zum Bedarf an Hospizbetten in Nordrhein-Westfalen. 2017; [https://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2017/05/gutachten\\_bedarf\\_hospizbetten\\_nrw\\_2017.pdf](https://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2017/05/gutachten_bedarf_hospizbetten_nrw_2017.pdf) 2023-04-22

## P165 PALL-ICU – Der Einfluss proaktiver palliativmedizinischer Interventionen auf die Zufriedenheit der Angehörigen und die biopsychosoziale Belastung von Patienten auf einer anästhesiologisch-operativen Intensivstation

Autorinnen/Autoren Ferner M<sup>1</sup>, Hemmer J<sup>2</sup>, Laufenberg R<sup>3</sup>

Institute 1 Universitätsmedizin Mainz, Interdisziplinäre Abteilung für Palliativmedizin, Mainz; 2 Universitätsmedizin Mainz, Klinik für Anästhesiologie, Mainz; 3 DRK Schmerz-Zentrum Mainz, Mainz  
DOI 10.1055/s-0044-1788418

**Hintergrund** Die Integration palliativmedizinischer Konzepte ist ein wichtiger Bestandteil in der Behandlung kritisch kranker Patienten, kommt jedoch auf Intensivstationen bisher wenig zum Einsatz. In der Pall-ICU Studie wurde der Einfluss proaktiver palliativmedizinischer Interventionen auf die Angehörigenzufriedenheit von Patienten auf einer anästhesiologisch-operativen Intensivstation untersucht.

**Methode** Die Studie wurde als prospektive monozentrische Interventionsstudie im Vorher-Nachher-Design von April 2017 bis Juni 2023 durchgeführt. Eingeschlossen wurden Patienten > 18 J. nach > dreitägiger Intensivtherapie und zusätzlich einem vorab definierten Triggerkriterium für eine palliativmedizinische Intervention. 100 Patienten wurden nach bisherigem Standard (Usual Care) behandelt, 100 Patienten erhielten zusätzlich ein palliatives Behandlungsangebot (Proactive Palliative Care). Primäres Ziel war eine höhere Zufriedenheit Angehöriger mit der Intensivbehandlung, erfasst mit einem standardisierten Fragebogen (FS-ICU 24) nach Entlassung von der ICU. Sekundäre Ziele waren die Evaluation biopsychosozialer Belastungsfaktoren von Patienten acht Wochen nach Entlassung von der Intensivstation, gemessen mit NCCN Distress-Thermometer und PHQ-2 Fragebogen. Weitere Messparameter waren Verweildauer auf ICU bzw. im Krankenhaus, 1-Jahres-Überlebensrate sowie die Alltagskompetenz der Patienten (Barthel-Index) ein Jahr nach Intensivtherapie.

**Ergebnisse** Bei 194 auswertbaren Patienten betrug die Rücklaufquote der Angehörigenfragebögen 86 % (Kontrollgruppe) vs. 49 % (Interventionsgruppe). Beim primären Endpunkt „Gesamtzufriedenheit“ im FS-ICU 24 lag der Wert in der Interventionsgruppe nach Adjustierung von Störfaktoren im Mittel um 7,73 Punkte höher als in der Kontrollgruppe ( $p = 0,034$ ). Bezüglich biopsychosozialer Belastung der Patienten zeigte sich nach acht Wochen kein signifikanter Gruppenunterschied. Ein Jahr nach Entlassung unterschieden sich Kontroll- und Interventionsgruppe nicht signifikant hinsichtlich der Alltagskompetenz. In der Interventionsgruppe wurden signifikant häufiger Therapielimitationen festgelegt ( $p < 0,001$ ) und Verlegungen auf die Palliativstation durchgeführt ( $N = 17$  vs  $0$ ,  $p < 0,001$ ).

**Schlussfolgerung** Unabhängig vom Ausgang der Behandlung konnte gezeigt werden, dass eine palliativmedizinische Mitbehandlung schwerkranker Intensivpatienten zu einer erhöhten Zufriedenheit der Angehörigen mit der Intensivtherapie führt. Die Ergebnisse der Studie lassen vermuten, dass sich die Integration von palliativmedizinischen Konzepten auf anästhesiologisch-operativen Intensivstationen positiv auf die Versorgung von Patienten und die Zufriedenheit ihrer Angehörigen auswirkt.

## P176 Umgang mit Sterbenden und ihren Angehörigen im Krankenhaus: Einstellungen und Kenntnisse nicht palliativ-spezialisierter Versorgender über die Hospiz- und Palliativversorgung

Autorinnen/Autoren Milke V<sup>1</sup>, Oubaid N<sup>1</sup>, Schieferdecker A<sup>1</sup>, Ullrich A<sup>1</sup>, Schulz H<sup>2</sup>, Kaur S<sup>3</sup>, Meesters S<sup>3</sup>, Kreimeike K<sup>3</sup>, Leminski C<sup>4</sup>, Voltz R<sup>3, 5, 6</sup>, Oechsle K<sup>1</sup>

Institute 1 Palliativmedizin, II. Medizinische Klinik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg; 2 Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum

Hamburg-Eppendorf, Hamburg; 3 Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin, Universität zu Köln, Köln;

4 Humanwissenschaftliche Fakultät & Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft, Lehrstuhl für Qualitätsentwicklung und Evaluation in der Rehabilitation, Universität zu Köln, Köln; 5 Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Zentrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf (CIO ABCD), Universität zu Köln, Köln; 6 Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK), Universität zu Köln, Köln

DOI 10.1055/s-0044-1788419

**Hintergrund** In Deutschland versterben die meisten Menschen im Krankenhaus auf nicht-palliativspezialisierten Stationen. Daher begleiten Versorgende dieser Stationen auch Sterbende und deren Angehörigen. Ziel dieser Studie ist, zu untersuchen, (1) welche Einstellungen und Kenntnisse diese Versorgenden in Bezug auf die Hospiz- und Palliativversorgung haben und (2) ob sich verschiedene Berufsgruppen und Stationstypen diesbezüglich unterscheiden.

**Methode** Online-Mitarbeitendenbefragung auf 10 nicht-palliativspezialisierten Stationen (6 Intensiv, 4 Normal), u.a. zur Selbsteinschätzung im Umgang mit Sterbenden und Angehörigen (19 Likert-skalierte Items: ‚1‘ *stimmt nicht* bis ‚5‘ *stimmt*). Explorative Gruppenvergleiche erfolgten auf Einzelitem-Ebene (Stationstyp: Mann-Whitney-U-Test; Berufsgruppen: Kruskal-Wallis-Test)

**Ergebnisse** Insgesamt nahmen  $n = 201$  Mitarbeitende teil ( $n = 7$  ausgeschlossen; Stationstyp:  $n = 124$  Intensiv,  $n = 70$  Normal; Berufsgruppe:  $n = 54$  ärztlich,  $n = 115$  pflegerisch und  $n = 25$  andere). Diese schätzten ihre Fähigkeiten im Umgang mit Sterbenden und Angehörigen überwiegend positiv ein ( $M = 3,8$  ( $SD = 0,9$ ) bis  $M = 4,1$  ( $SD = 0,9$ ); 62 % der Item-Mittelwerte  $\geq 4$ ). Kenntnisse über die relevante Gesetzgebung, Inhalte und Arbeitsweisen lokaler Netzwerkstrukturen und die Initiierung der Begleitung von Patient:innen und Angehörigen durch Hospiz- und Palliativversorgung lagen kaum oder teilweise vor ( $M = 2,3$  ( $SD = 1,1$ ) bis  $M = 3,3$  ( $SD = 1,2$ )). Auch bei Konflikten zwischen ethischen Grundsätzen der Autonomie und Fürsorge berichteten Mitarbeitende teilweise unsicher zu sein ( $M = 3,4$ ,  $SD = 1,0$ ). Mitarbeitende der Intensiv- oder Normalstationen unterschieden sich weder in Bezug auf die Einstellung im Umgang mit Sterbenden und Angehörigen noch auf die vorhandenen Kenntnisse über die Hospiz- und Palliativversorgung voneinander ( $p = 0,054$  bis  $p = 0,887$ ). In Bezug auf die Berufsgruppenzugehörigkeit berichteten Pflegefachkräfte ( $M = 4,1$ ,  $SD = 0,9$ ), besser als Ärzt:innen spüren zu können, was ihnen schadet oder guttut ( $M = 3,7$ ,  $SD = 0,9$ ;  $p = 0,004$ ,  $r = 0,23$ ; schwacher Effekt). Ärzt:innen ( $M = 4,3$ ,  $SD = 0,7$ ) wiederum fiel es im Vergleich zu Pflegefachkräften ( $M = 3,3$ ,  $SD = 1,2$ ) leichter, mit Patient:innen und Angehörigen über Hospiz- und Palliativversorgung zu sprechen ( $p < 0,001$ ,  $r = 0,32$ , mittlerer Effekt).

**Schlussfolgerung** Mitarbeitende schätzen ihre Fähigkeiten in der Versorgung von sterbenden Patienten positiv ein. Aber es gibt vor allem im Bereich der ethischen Fragestellung Unsicherheiten, die den Einsatz von ethischen Fallbesprechungen bekräftigen. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Versorgenden nicht-palliativspezialisierter Stationen mit den Sozial- und (multiprofessionellen) Palliativdiensten sowie kurze Informationsblätter über die Hospiz- und Palliativversorgung könnten zur Verbesserung der Kenntnisse von Versorgenden beitragen.

## P204 Stationäre spezialisierte Palliativversorgung von Patient:innen mit hämatologischen Neoplasien

Autorinnen/Autoren Stübig T<sup>1</sup>, Comy A<sup>1</sup>, Schieferdecker A<sup>1</sup>, Weidmann J<sup>1</sup>, Gebert T<sup>1</sup>, Ullrich A<sup>1</sup>, Bokemeyer C<sup>2</sup>, Oechsle K<sup>1</sup>

Institute 1 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, II. Medizinische Klinik – Palliativmedizin, Hamburg; 2 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, II. Medizinische Klinik, Hamburg

DOI 10.1055/s-0044-1788420

**Hintergrund** Patient:innen (Pat.) mit hämatologischen Neoplasien sind häufig durch ihre Tumorerkrankung stark belastet, dennoch gehört diese Gruppe



zu den Pat., die meist zu selten und zu spät Zugänge zur Palliativmedizin finden. Zur Erhebung einer Ausgangssituation sowie zur Identifizierung von besonders belastenden Symptomen haben wir die Daten unseres Zentrums als „real world“ Situation analysiert.

**Methode** Ausgewertet wurden die Daten aller Anfragen auf palliativmedizinische Mitbetreuung für Pat. mit hämatologischer Neoplasie im Jahr 2023. Neben den Daten der einmaligen Mitbetreuung (Konsil) wurde auch der Verlauf in der spezialisierten stationären Palliativversorgung (Palliativstation oder Betreuung im Multiprofessionellen Palliativdienst (MPD) nach OPS 8-98h ff., zusammengefasst als SPV) analysiert. Die Symptomlast wurde mittels mod. MIDOS Bogen ermittelt (18 Items, keine Beschwerden 0, leicht 1, mittel 2, stark 3). Die Unterschiede wurden mittels „students' t-Test“ bzw. Chi-Quadrat geprüft.

**Ergebnisse** Insgesamt handelte es sich bei 6,4% (58) der insgesamt 909 Anfragen um Pat. mit hämatologischen Neoplasien. Von diesen wurden 56,9% (33) konsiliarisch betreut und 43,0% (25) in den MPD übernommen. Lymphome, akute Leukämien und Myelome waren die größten Entitätengruppen. Aus der Gesamtkohorte wurden nach dem Erstkontakt 14,8% entlassen, während 19,3% der Pat. im Krankenhaus verstarben. 65% der Pat. wurden zur weiteren symptomorientierten Therapie auf die Palliativstation übernommen. In der Analyse der Pat., die weiter in der SPV betreut wurden, zeigte sich ein medianes Überleben von nur 7 Tagen nach Erstkontakt. Nur 5,1% der Pat. konnten nach Hause entlassen werden und 20,2% erhielten eine Weiterversorgung im Hospiz. Der überwiegende Anteil der Pat. (74,3%) verstarb im Krankenhaus. Alle Pat. zeigten bei Einschluss in die SPV eine komplexe Symptomlast: die mediane Belastung durch die Symptome lag bei 1,9 (Range 0 bis 3). Hilfestellung bei täglichen Aktivitäten (median 2,6) und Schwäche (2,7) waren die am stärksten ausgeprägten Symptome. Am wenigsten relevant war die Symptomlast durch Erbrechen (1,3). Pat., die im Krankenhaus verstarben, zeigten einen signifikant schlechteren ECOG-Status (3,0 vs. 3,7;  $p < 0,001$ ) sowie ein signifikant stärkeres Schwächegefühl ( $p < 0,05$ ) und stärkere Schlafstörungen ( $p < 0,05$ ) als Pat., die entlassen werden konnten.

**Schlussfolgerung** Die hohe Sterberate und hohe Symptomlast bei Übernahme in die SPV bestätigen, dass Pat. mit hämatologischen Neoplasien immer noch zu spät einer Palliativversorgung zugeführt werden. Schwäche scheint nicht nur von hoher Relevanz zu sein, sondern auch zu beeinflussen, ob eine Entlassung erreicht werden kann. Die Ergebnisse sollten anhand einer größeren Patient:innengruppe und über einen längeren Zeitraum für eine Bestätigung reevaluiert werden

## P225 Optimierung der Versorgung in der Sterbephase im Krankenhaus: Wie lässt sich eine partizipativ mit Mitarbeitenden geplante Intervention umsetzen?

**Autorinnen/Autoren** Meesters S<sup>1</sup>, Kaur S<sup>1</sup>, Milke V<sup>2</sup>, Schieferdecker A<sup>2</sup>, Leminski C<sup>3</sup>, Oubaid N<sup>2</sup>, Pfaff H<sup>3,4</sup>, Schulz H<sup>5</sup>, Oechsle K<sup>2</sup>, Voltz R<sup>1,4,6</sup>, Kreimeike K<sup>1</sup>

**Institute** 1 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin, Köln; 2 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, II. Medizinische Klinik: Palliativmedizin, Zentrum für Onkologie, Hamburg; 3 Universität zu Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät & Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft, Lehrstuhl für Qualitätsentwicklung und Evaluation in der Rehabilitation, Köln;

4 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK), Köln; 5 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Hamburg;

6 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Zentrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf (CIO ABCD), Köln

DOI 10.1055/s-0044-1788421

**Hintergrund** Das Krankenhaus wird häufig als veränderungsträges Setting beschrieben. Obwohl partizipative Ansätze eine vielversprechende Alternative zu vorherrschenden Top-Down-Methoden darstellen, gibt es kaum Erkenntnis-

se zur Umsetzung. Ziel der vorliegenden Studie ist es, einen partizipativen Ansatz zur Entwicklung stationsspezifischer Maßnahmen in Arbeitsgruppen (AGs) mit Mitarbeitenden umfassend zu beschreiben und zu bewerten. Die Maßnahmen sollen zur Optimierung der Versorgung in der Sterbephase auf Krankenhausstationen außerhalb spezialisierter Palliativstationen beitragen.

**Methode** Mixed-Methods Prozessevaluation einer Interventionsstudie, die auf zehn Stationen an zwei deutschen Universitätskliniken durchgeführt wurde. Die Intervention umfasste einen AG-Prozess zur partizipativen Entwicklung stationsspezifischer Maßnahmen, der von Januar bis Dezember 2022 durchgeführt wurde. Die Prozessevaluation beinhaltet 1) Daten zur Prä-Erhebung: Aktenanalyse sowie Befragungen von Mitarbeitenden und Angehörigen, 2) AG-Protokolle und 3) Online-Befragung der AG-Teilnehmenden. Um die für den AG-Prozess relevanten Einflussfaktoren zu analysieren, wurde das *Consolidated Framework for Implementation Research 2.0* verwendet. Deskriptive Analyse von quantitativen Daten mittels R und inhaltsanalytische Analyse von qualitativen Daten mittels MAXQDA.

**Ergebnisse** Auf allen Stationen konnten multiprofessionelle AGs gebildet werden. Diese umfassten 3-6 Teilnehmende (Mittelwert: 4) und trafen sich 5-12 mal (Mittelwert: 7). Es war wichtig, den AG-Prozess an die Wünsche und Bedürfnisse der Teilnehmenden anzupassen, insbesondere das gewünschte Maß an inhaltlicher und struktureller Mitgestaltung durch das Projektteam. Wir identifizierten vier hinderliche (z.B. mangelnde Kontinuität der AGs, abnehmende Teilnahme) und sieben förderliche Faktoren (z.B. Einbeziehung von mittleren Führungskräften, multiprofessionelle Zusammensetzung) für den AG-Prozess. Die Teilnehmenden äußerten sich grundsätzlich positiv über den Prozess. In der Online-Befragung zeigten sich 66% zufrieden mit dem Ergebnis der AG und 77% würden wieder an einer AG teilnehmen. Insgesamt konnten 30 verschiedene Maßnahmen in 5 Themenbereichen entwickelt werden, z.B. eine multiprofessionelle Fallbesprechung oder Flyer für trauernde Angehörige.

**Schlussfolgerung** Der partizipative Ansatz hat sich in diesem Setting als praktikabel und nützlich erwiesen. Es scheint jedoch sinnvoll, auch Top-Down-Elemente mit einzubeziehen. Für die erfolgreiche Übertragung des Ansatzes auf weitere Krankenhausstationen können die identifizierten hinderlichen und förderlichen Faktoren wichtige Hilfestellungen geben.

## P254 397 gut investierte Minuten: Entwicklung und Nutzenanalyse des Palliativdienstes der Uniklinik Aachen

**Autorinnen/Autoren** Lafleur J, Krumm N, Rolke R, Appelman I

**Institut** Medizinische Fakultät RWTH Aachen, Klinik für Palliativmedizin, Aachen

DOI 10.1055/s-0044-1788422

**Hintergrund** Klinikinternen Palliativdiensten kommt eine zunehmende Bedeutung in der spezialisierten Patientenversorgung zu. Der seit 2015 bestehende Palliativdienst am Uniklinikum Aachen wird als Beispiel für eine gelungene Entwicklung eines solchen Dienstes dargestellt und die Kennzahlen der Patientenversorgung sowie der Nutzen durch diesen Dienst in der vorliegenden Arbeit analysiert.

**Methode** Die durch den klinikinternen Palliativdienst der Uniklinik Aachen in den Jahren zwischen 2017 und 2022 versorgten Patienten wurden hinsichtlich ihrer Charakteristika, der Vorstellungsgründe und der weiteren Verläufe retrospektiv analysiert.

**Ergebnisse** 397 Minuten verbrachte das multiprofessionelle Team des klinikinternen Palliativdienstes der Uniklinik Aachen (PD UKA) im Rahmen palliativer Komplexbehandlungen durchschnittlich beim Patienten. Ein deutlich zunehmender Bedarf an klinikinterner spezialisierter Palliativversorgung ließ sich an der Steigerung der in der palliativen Komplexbehandlung versorgten Patienten um 423% zwischen 2017 und 2022 ablesen. Der hohe Anteil der nicht an malignen Erkrankungen leidenden Patienten von 49,5% fällt im Vergleich zu den aus der Literatur bekannten, onkologisch dominierten Kollektiven auf. Dies spiegelt die zunehmende Vielfalt der anfordernden Abteilungen wider. Das

Intervall bis zur Einbindung des PD UKA sank im Beobachtungszeitraum um 3 Tage, gleichzeitig stieg die Dauer der Mitbehandlung durch den PD UKA um 2 Tage, so dass der stationäre 2022 Aufenthalt durchschnittlich einen Tag kürzer war als 2017. Bemerkenswert ist der Anstieg der in die Häuslichkeit entlassenen Patienten von 27 % zu Beginn des Dokumentationszeitraums auf 43 % im Jahr 2022.

**Schlussfolgerung** Ein klinikinterner Palliativdienst ist für Krankenhäuser nicht nur für die Versorgung onkologischer Patienten von großem Nutzen, sondern kann andere Fachabteilungen durch Versorgungsoptimierung und Symptomkontrolle signifikant entlasten. Die stark steigenden Fallzahlen des Palliativdienstes des UKA unterstreichen die wachsende Nachfrage an palliativer Versorgung. Ein Palliativdienst bietet die Möglichkeit sich diesem hohen Bedarf anzunähern und verbessert nicht nur die Symptomkontrolle, sondern auch die Berücksichtigung von Versorgungswünschen der Betroffenen und deren Angehöriger. Darüber hinaus kann durch klinikinterne Palliativdienste zur finanziellen Entlastung des Gesundheitssystems beigetragen werden, da die Patienten durch die Einbindung des PD UKA insgesamt kürzer stationär bleiben und eine zunehmende Anzahl von Patienten in der Häuslichkeit anstelle anderer stationärer Einrichtungen versorgt werden kann.

## P262 Zugangsbarrieren zu Palliative Care im Krankenhaus

**Autorinnen/Autoren** Pitzer S<sup>1</sup>, Kutschar P<sup>1</sup>, Paal P<sup>2</sup>, Mülleder P<sup>1</sup>, Lorenz L<sup>2</sup>, Wosko P<sup>3</sup>, Osterbrink J<sup>1</sup>, Bükki J<sup>4</sup>

**Institute** 1 Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Institut für Pflegewissenschaft und -praxis, Salzburg; 2 Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Institut für Palliative Care, Salzburg; 3 Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), Wien; 4 Helios-Kliniken Schwerin, Zentrum für Palliativmedizin, Schwerin

DOI 10.1055/s-0044-1788423

**Hintergrund** Palliative Care kann Leiden verringern, die Lebensqualität von Patient\*innen und deren Angehörigen verbessern sowie die Kosten am Lebensende reduzieren. Diese Erkenntnisse förderten die Implementierung neuer Palliative Care-Angebote und erleichterten den Zugang. Im klinischen Alltag hängt dieser jedoch meist von der konkreten Zuweisungspraxis ab, welche wiederum von institutionellen Faktoren, individuellen Überzeugungen und soziokulturellen Variablen beeinflusst wird. Der Zugang zu Palliative Care ist damit nach wie vor kontingent und zahlreiche stationär behandelten Patient\*innen erhalten keine Palliativversorgung. Eine systematische Aufbereitung potenzieller und existierender Barrieren könnte die Entwicklung von Strategien zu deren Überwindung befördern.

**Methode** Systematisches Mixed-Methods-Review unter Verwendung eines integrierten konvergenten Ansatzes und thematischer Synthese. Die Datenbanken Cochrane Library, MEDLINE, CINAHL und PsycINFO wurden nach Studien des Zeitraums 10/2003 (letztes Review zu Zugangsbarrieren im Krankenhaus) bis 12/2020 durchsucht. Studien jeglichen Designs, die Evidenz zu Hindernissen des Zugangs zur im Krankenhaus verfügbaren Palliativversorgung bieten, wurden inkludiert.

**Ergebnisse** Nach initialem Screening von 3359 Datenbankeinträgen und Prüfung von 555 Volltexten wurden 79 Studien eingeschlossen. Die thematische Synthese ergab 149 zugangsbezogene Phänomene in sechs Hauptkategorien: (1) Soziodemografische Merkmale, (2) Gesundheitsbezogene Merkmale von Patient\*innen, (3) Individuelle Überzeugungen und Haltungen, (4) Interindividuelle Kooperation und Unterstützung, (5) Verfügbarkeit und Zuteilung von Ressourcen sowie (6) Emotionale Herausforderungen. Während die Ergebnisse für die meisten soziodemografischen Faktoren nicht konklusiv waren, kristallisierten sich folgende Barrieren heraus: eine andere Erkrankung als Krebs oder geringe Symptomlast, ein generell kurativer therapeutischer Fokus zulasten palliativer Maßnahmen, die Nicht-Akzeptanz der bestehenden Prognose, negative Wahrnehmungen zu Palliative Care, missverständliche Kommunikation und widersprüchliche Versorgungspräferenzen, fehlende Ressourcen, schlech-

te Koordination, unzureichende Fachkenntnisse sowie emotionales Unbehagen des medizinischen Personals.

**Schlussfolgerung** Die Ergebnisse des Reviews verdeutlichen, dass der Zugang zur Palliativversorgung in Krankenhäusern mit diversen mehrdimensionalen Barrieren verbunden ist. Der Vergleich mit früheren Reviews zeigt zudem, dass zahlreiche dieser Barrieren über Jahrzehnte hinweg persistieren. Es besteht somit nicht nur praktischer Bedarf an Abbau und Prävention von Barrieren, sondern auch an Forschungsprojekten, welche die Mechanismen der Aufrechterhaltung dieser Barrieren durchleuchten.

## P304 Welche Bedeutung hat die Palliativversorgung im Krankenhaus? Welche Bedingungen müssen erfüllt sein, aus Sicht der Mitarbeitenden, um Palliativversorgung im stationären Setting umzusetzen?

**Autor** Wiens K

**Institut** Evangelische Lungenklinik Berlin Buch, Station 205 B, Pneumologische Onkologie, Berlin

DOI 10.1055/s-0044-1788424

**Hintergrund** Palliative Angebote sollen allen schwerstkranken Patienten im Krankenhaus zur Verfügung stehen bzw. sollen sie Informationen darüber erhalten. Fachkräftemangel, Arbeitsverdichtung, die hohe Anzahl an Patienten mit immer kürzeren Liegedauern und die geplante Ambulantisierung stehen dem gegenüber. Wie kann dieser Auftrag dennoch erfüllt werden? Wie kann jeder Einzelne des Behandlungsteams seinen Beitrag leisten und was braucht er dafür?

**Methode** Es wurden stichprobenartig strukturierte Interviews geführt, mit allen Berufsgruppen, die zum Behandlungsteam gehören. Ärzte, Pflegekräfte, Psychoonkologen, Sozialarbeiter, Physiotherapeuten, Servicemitarbeiter. Diese wurden handschriftlich transkribiert und nach Mayring inhaltsanalytisch ausgewertet.

**Ergebnisse** Die Relevanz und Bedeutung der palliativen Versorgung im Krankenhaus ist allen Mitarbeitenden bewusst und ein Bedürfnis sie umzusetzen. Vorhandene Strukturen, veraltete Arbeitszeitmodelle, Kommunikationsstörungen zwischen den einzelnen Berufsgruppen, die fehlende Transparenz und unzureichende Fachweiterbildungen werden als Hindernisse benannt. Gleichzeitig wird klar, dass die Bereitschaft für Veränderungen bei allen Befragten sehr groß ist.

**Schlussfolgerung** Es ist notwendig, feste Beauftragte aus verschiedenen Berufsgruppen zu benennen, die im Team, die palliative Versorgung planen, gemeinsam mit allen Mitarbeitenden der Stationen durchführen und begleiten. Sie sind ständige Ansprechpartner für Patienten, An- und Zugehörige, sowie Mitarbeitende in der Klinik. Diese müssen eine Fachweiterbildung Palliative Care besucht haben und mit der notwendigen Mandatierung ausgestattet sein, um in Eigenverantwortung individuelle Konzepte zur Versorgung der schwerstkranken Patienten zu entwickeln. Sie sind ausdrücklich auch verantwortlich für die Qualitätssicherung, die Fortbildung der Mitarbeitenden, sind Ansprechpartner für aktuell auftretende Fragen, unterstützen mit ihrer Fachexpertise bei den Herausforderungen der Versorgung schwerstkranker Patienten und deren An- und Zugehörigen. Innovative Dienstplanmodelle machen eine Freistellung für diese Tätigkeiten möglich. Bei allen strukturellen Bedingungen, die erfüllt sein müssen, ist die Haltung gegenüber den schwerstkranken Patienten und ihren An- und Zugehörigen, die Motivation und das Durchhaltevermögen der beauftragten Mitarbeiter Basis für die Umsetzung der "palliativen Kultur" im Krankenhaus.

## P327 Systemtherapien am Lebensende von Krebspatienten

**Autorinnen/Autoren** Schulte-Hürmann H, Arnold D, Schilling G

**Institut** Asklepios Tumorzentrum Hamburg, Hamburg

DOI 10.1055/s-0044-1788425

**Hintergrund** Die Beendigung einer Systemtherapie am Lebensende onkologischer Patienten stellt eine große Herausforderung dar. Trotz ihrer Vorteile, wie eine Verlängerung des Überlebens und der Symptomkontrolle, können sie auch unerwünschte Arzneimittelwirkungen, eine verringerte Lebensqualität, eine verzögerte Verlegung in Hospize und eine geringere Sterblichkeit in der häuslichen Umgebung verursachen. Es ist von großer Bedeutung, die Vor- und Nachteile sorgfältig abzuwägen. Systemtherapien werden jedoch häufig eingeleitet oder fortgesetzt, weil von einer zu optimistischen Prognose ausgegangen wird und/oder um die verzweifelten Wünsche von Patienten und Angehörigen zu erfüllen. Diese Studie untersucht Muster in der Verabreichung von Systemtherapien am Lebensende.

**Methode** In dieser retrospektiven, multizentrischen Studie wurden alle Patienten mit einer Krebsdiagnose untersucht, die zwischen November 2018 und Juli 2023 auf der Palliativstation der Asklepios Klinik Altona und der Asklepios Klinik St. Georg verstorben sind. Es wurde das Intervall zwischen der letzten Verabreichung einer systemischen Therapie und dem Lebensende (< 30 Tage, 1 – 3 Monate, > 3 Monate) sowie die Einleitung der letzten Therapielinie vor dem Tod untersucht. Unterschiede, je nach Therapieart (Chemo-, Immun- und zielgerichtete Therapie) waren ebenfalls von Interesse.

**Ergebnisse** In die Studie wurden 940 Patienten aus zwei Kliniken (AK Altona: 357/ AK St. Georg: 583) eingeschlossen. 46% der Patienten erhielten keine systemische Therapie, während 30% Chemotherapie, 6% zielgerichtete Therapie und 6% Immuntherapie als letzte Therapiekategorie erhalten haben. Weitere 13% erhielten eine Kombination dieser Medikamentenklassen als letzte Therapie. Von den Patienten, die eine Therapie erhielten, haben 70% die Therapie noch in den letzten drei Lebensmonaten verabreicht bekommen und 43% sogar in den letzten 30 Lebenstagen. Eine neue Therapiekategorie wurde bei 38% der Patienten, die eine Systemtherapie erhalten haben, in den letzten drei Lebensmonaten neu initiiert und bei 12% im letzten Lebensmonat. Es gab Unterschiede zwischen den Krankenhäusern: In einem Krankenhaus erhielten die Patienten signifikant seltener eine Systemtherapie ( $p < .001$ ) und diese wurde signifikant seltener in den letzten 30 Lebenstagen verabreicht ( $p < .001$ ).

**Schlussfolgerung** Unsere Studie ergab, dass 70% der Patienten in den letzten drei Lebensmonaten noch eine Systemtherapie erhalten haben, die bei 43% bis in den letzten Lebensmonat fortgesetzt wurde. Es gibt Unterschiede zwischen den Krankenhäusern in Abhängigkeit des Patientenkollektivs und der Fachabteilungen des Krankenhauses. Diese Ergebnisse zeigen, dass weitere Instrumente benötigt werden, um selektiver und rücksichtsvoller bei der Verabreichung von Systemtherapien am Lebensende vorzugehen.

### P335 Kooperation zwischen der gynäkologischen Onkologie und Palliativmedizin: Ein Best Practice-Beispiel eines zeitgerechten Integrationsmodells

**Autorinnen/Autoren** Nüssing T S<sup>1,2</sup>, Bernhardt F<sup>1,2</sup>, Bückmann A<sup>1,2</sup>, Kiesel L<sup>2,3</sup>, Wittler R<sup>2,3</sup>, Lenz P<sup>1,2</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Münster, Zentrale Einrichtung Palliativmedizin, Münster; 2 Westdeutsches Tumorzentrum (WTZ), Netzwerkpartner Münster, Münster; 3 Universitätsklinikum Münster, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Münster  
DOI 10.1055/s-0044-1788426

**Hintergrund** Patientinnen mit gynäkologischen Tumorerkrankungen stellen einen nicht unerheblichen Teil der Menschen mit palliativen Bedürfnissen im stationären Setting dar. Für eine sinnvolle Kooperation zwischen den primär behandelnden Fachabteilungen und der Palliativmedizin hat sich seit längerem eine zeitgerechte, bereits frühzeitig im Behandlungsverlauf einsetzende Integration palliativmedizinischer Expertise als vorteilhaft erwiesen. Im Studienzentrum wurde sich daher – neben weiteren Fachabteilungen mit einer hohen Anzahl fortgeschritten erkrankter onkologischer Patientinnen – dafür entschieden, bei möglichst vielen Patientinnen mit gynäkologischen Tumorerkrankungen möglichst frühzeitig eine standardisierte Erstvorstellung der Palliativmedizin zu etablieren. Ziel der Studie war es, dieses Best Practice-Integrationsmodell nun wissenschaftlich auszuwerten und mögliche Vorteile dieser zeitgerechten Integration herauszuarbeiten.

**Methode** Dies ist eine retrospektive, monozentrische Beobachtungsstudie. Eingeschlossen wurden alle gynäkologischen Patientinnen mit Tumorerkrankungen, die zwischen Januar 2016 und Dezember 2021 vom palliativen Konsildienst gesehen wurden. Ausgeschlossen wurden senologische Patientinnen. Alle erhobenen Daten wurden dem klinischen Informationssystem entnommen und deskriptiv in SPSS ausgewertet.

**Ergebnisse** Es wurden Daten von insgesamt 495 Patientinnen analysiert. Hier von wurden 89,5% ( $n = 443$ ) mindestens einmal vom palliativen Konsildienst gesehen. Durchschnittlich vergingen vom Zeitpunkt der stationären Krankenhausaufnahme bis zur Involvierung der Palliativmedizin  $2,38 \pm 3,56$  Tage. Die häufigsten Diagnosen waren Ovarialkarzinome ( $n = 118$ ; 26,6%), Zervixkarzinome ( $n = 91$ ; 20,5%), Vulvakarzinome ( $n = 84$ ; 18,9%) und Endometriumkarzinome ( $n = 83$ ; 18,7%). Weitere Parameter werden aktuell ausgewertet.

**Schlussfolgerung** Durch eine standardisierte Involvierung des palliativen Konsildiensts kann ein Großteil der Patientinnen mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen innerhalb weniger Tage nach Krankenhausaufnahme erstbeachtet werden. Da hierdurch Patientinnen mit ausgeprägten palliativen Bedürfnissen bereits frühzeitig der spezialisierten Palliativmedizin bekannt sind und erwartbare Verschlechterungen oder die Weiterversorgungsplanung zeitnah antizipiert werden können, ist die Mehrarbeit im Vergleich zu einer nicht-standardisierten, ggf. auf akuten Exazerbationen beruhenden Integration aus Sicht des Studienzentrums gleichwohl als eher moderat einzuschätzen.

## Fort- und Weiterbildung in der Hospiz- und Palliativversorgung

### P161 Das Duale Prozessmodell der Bewältigung von Verlusten verständlich vermitteln

**Autorinnen/Autoren** Münch U<sup>1</sup>, Müller H<sup>2</sup>, Kiepke-Ziemes S<sup>3</sup>

**Institute** 1 DRK Kliniken Berlin | Westend, Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie/Ethikkomitee, Berlin; 2 Trauerzentrum Frankfurt, Frankfurt/Main; 3 Caritasverband für die Region Kempen-Viersen e.V., Projektkoordinatorin: „Würdige Sterbebegleitung“, Viersen  
DOI 10.1055/s-0044-1788427

**Hintergrund** Die Idee, dass Sterbe- und Trauerprozesse in Phasen verlaufen, ist empirisch nicht nachweisbar und kann für Betroffene gefährlich sein (Stroebe et al., 2017). Dennoch werden Phasenmodelle (z.B. von Kübler-Ross) weiterhin unkritisch gelehrt. So etwa in der medizinischen oder pflegerischen Lehre. Auch in Fachzeitschriften, auf Webseiten von Krankenkassen oder Fachverbänden findet sich die Idee unhinterfragt wieder. Lehrende empfinden die Vermittlung von Phasenmodellen als einfach, das wissenschaftliche basierte und empirisch sehr gut belegte Duale Prozessmodell zur Bewältigung von Verlusten (DPM; Stroebe & Schut, 1999, Erweiterungen Müller et al., 2022) jedoch als kompliziert. Expert:innen der Sektion Psychologie und der AG Psychosoziale, spirituelle und trauerspezifische Versorgung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) haben das Ziel, DPM-spezifisches Unterrichtsmaterial zu erstellen. Dies soll es Multiplikator:innen erleichtern, das DPM regelhaft in der Lehre sicher und leicht verständlich vermitteln zu können.

**Methode** Überprüfung (z.B. per TED) auf Anwendungstauglichkeit des erarbeiteten Unterrichtsmaterials im Sinne eines Praxistests durch die Teilnehmenden des Auditoriums. Dabei soll sichergestellt werden, dass auch implizite Inhalte des DPM leicht verständlich sind.

**Ergebnisse** Die entwickelten Unterrichtsmaterialien sollen nach dem Praxistest angepasst und im Sinne eines Best Practice Beispiels in die Breite der Lehre getragen werden.

**Schlussfolgerung** Auch komplex anmutende Modelle wie das DPM lassen sich praxisnah und verständlich vermitteln. Die Anwendung wissenschaftlich basierter und empirisch überprüfter Ideen ist für die Versorgung von Sterbenden und Trauernden von zentraler Bedeutung.

## P183 Allgemeine Palliativversorgung an einem Krankenhaus der Maximalversorgung Evaluation eines multiprofessionellen Schulungsangebotes

**Autorinnen/Autoren** Régincos P<sup>1</sup>, Bauer D<sup>1</sup>, Jenner N<sup>1</sup>, Lang O<sup>2</sup>, Illerhaus G<sup>1</sup>  
**Institute** 1 Klinikum Stuttgart, Klinik für Hämatologie, Onkologie, Stammzelltransplantation und Palliativmedizin, Stuttgart; 2 Klinikum Stuttgart, Zentrum für Innere Medizin, Stuttgart  
 DOI 10.1055/s-0044-1788428

**Hintergrund** In allen Bereichen der Krankenhäuser liegen palliative und sterbende Patient:innen. Deren Begleitung führt im Alltag zu Unsicherheiten. Den Mitarbeitenden mehr Expertise und Sicherheit in dieser Situation zu geben war Ziel unseres niederschweligen Schulungsangebotes allgemeine Palliativversorgung.

**Methode** Zunächst wurde eine Ist-Analyse mit 6 leitfadengestützten Interviews durchgeführt. In den Jahren 2021–22 erfolgten im Rahmen eines Pilotprojektes 4 multiprofessionelle Schulungen per E Learning und 2,5 Tage in Präsenz zu den Themen Symptomkontrolle, Kommunikation, Sterbephase, unterstützende Dienste. Evaluiert wurde die Schulung mittels Fragebogen bestehend aus 16 Items mit einer 6-stufigen Likert-Skala 2 Monaten nach deren Besuch. Die Items des Fragebogens wurden aus den Interviews zu folgenden Themen generiert: persönliche Entwicklung, Wissensvermittlung, Umsetzung der vermittelten Inhalte, interprofessionelle Zusammenarbeit. Die Auswertung bezog sich auf die Häufigkeit der Angaben „Stimme überwiegend zu/Stimme voll zu“ bei den einzelnen Items.

**Ergebnisse** Geschult wurden 44 Mitarbeitende. Davon absolvierten 37 (21 Pflege, 12 Medizin, 1 Soziale Arbeit, 1 Casemanagement, 2 Patientenlotsinnen) aus den Bereichen Radioonkologie, Neurochirurgie, Neurologie, Gynäkologie, Onkologie die komplette Schulung. Der Rücklauf der Evaluation betrug 75 % (28/37). Die Schulungen führten bei 68 % (19/28) zu einer verbesserten Wahrnehmung von Palliativsituationen. Indikationen für das Einbeziehen von Palliativdiensten konnten besser eingeschätzt werden (86 %; 24/28). 81 % (21/26) der Mitarbeitenden gab mehr Sicherheit in der Betreuung palliativer Patient:innen sowie 93 % (26/28) mehr Sicherheit in der Unterstützung von Mitarbeitenden bei palliative care Situationen an. Der multiprofessionelle Ansatz wurde von 96 % (25/26) als positiv für die Zusammenarbeit im Alltag gewertet. 96 % (26/27) berichteten von einer persönlichen Weiterentwicklung durch die Schulung. Grenzen bei der Umsetzung der Schulungsinhalte zeigten sich am Beispiel Kommunikation: zwar gaben 89 % (25/28) an, neue Tipps zur Kommunikation erhalten zu haben, aber nur 57 % (16/28) der Teilnehmenden konnten diese im Alltag anwenden. Auch konnten die Schulungen nicht wie geplant in allen Abteilungen umgesetzt werden und die Freistellung der Mitarbeitenden für die Schulung war vereinzelt nicht umsetzbar.

**Schlussfolgerung** Ein multiprofessionelles Schulungsangebot allgemeine Palliativversorgung führt zu einem Zuwachs an Wissen und Sicherheit der Mitarbeitenden bei der Begleitung von Palliativpatient:innen. Der Einfluss von Führungspersonen, die die Auseinandersetzung mit Palliative Care unterstützen ist entscheidend. Weitere Analysen zur Erfassung der Ursachen von Barrieren bei der Umsetzung der Schulungsinhalte im Alltag sind notwendig.

## P203 Palliativmedizinische Ausbildung im Medizinstudium und Wissenstransfer in die Praxis – eine multizentrische Erhebung unter Studierenden und Ärzt\*innen in Weiterbildung in Deutschland nach Mixed-Methods Design

**Autorinnen/Autoren** Dronia M-C<sup>1</sup>, Dillen K<sup>1</sup>, Elsner F<sup>2</sup>, Schallenburg M<sup>3</sup>, Neukirchen M<sup>3,4</sup>, Hagemeier A<sup>5</sup>, Hamacher S<sup>5</sup>, Doll A<sup>1</sup>, Voltz R<sup>1,6,7</sup>, Golla H<sup>1</sup>  
**Institute** 1 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum, Zentrum für Palliativmedizin, Köln; 2 Medizinische Fakultät RWTH Aachen University, Klinik für Palliativmedizin, Aachen; 3 Heinrich-Heine-Universität, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum, Düsseldorf, Interdisziplinäres Zentrum für

Palliativmedizin, Zentrum für Integrierte Onkologie Aachen, Bonn, Köln, Düsseldorf (CIO ABCD), Düsseldorf; 4 Heinrich-Heine-Universität, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum, Düsseldorf, Klinik für Anästhesiologie, Düsseldorf; 5 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum, Institut für Medizinische Statistik und Bioinformatik, Köln; 6 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum, Zentrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Cologne Düsseldorf (CIO ABCD), Köln; 7 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum, Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK), Köln

DOI 10.1055/s-0044-1788429

**Hintergrund** 2009 wurde Palliativmedizin als Querschnittsbereich 13 (QB13) in das Curriculum Humanmedizin aufgenommen und Lehrkonzepte entwickelt und implementiert. Die vorliegende Arbeit umfasst folgende Fragestellungen: Wie bewerten Studierende im praktischen Jahr (PJ) und Ärzt\*innen in Weiterbildung (ÄiW) die palliativmedizinische Lehre an unterschiedlichen Standorten? Fühlen sie sich durch die Lehre bereit für die palliativmedizinische Versorgung? Inwieweit gelingt der Transfer in die Praxis?

Wie erleben sie die derzeitigen palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen? Ziel war es, Stärken und Defizite der Lehre für die palliativmedizinische Versorgung im klinischen Alltag multizentrisch zu ermitteln und Verbesserungspotenzial zu identifizieren.

**Methode** Es erfolgte eine Erhebung mittels Online-Fragebogen unter PJ-Studierenden sowie ÄiW an der Universität zu Köln, der RWTH Aachen und der Heinrich-Heine-Universität (HHU) Düsseldorf. Der Fragebogen wurde deskriptiv statistisch ausgewertet; die Freitextantworten mittels induktiver Kategorienbildung analysiert.

Die Tiefeninterviews mit den ÄiW (Mixed-Method-Design) wurden an Hand eines Leitfadens durchgeführt, der auf „The global IMEP (Internationale Assessment of Medical Education in Palliative Care) Initiative“ basierte. Die inhaltsanalytische Auswertung erfolgte nach Empfehlungen zur fokussierten Interviewanalyse nach Kuckartz.

**Ergebnisse** Der Fragebogenrücklauf belief sich auf 161 (19%), 23 Interviews wurden durchgeführt. Die Auswertung ergab, dass die Teilnehmenden insbesondere von praxisnahen Veranstaltungen mit geringer Teilnehmendenzahl (z.B. Kommunikationsunterricht unter Einsatz von Schauspielpatient\*innen) profitierten. Vorlesungen und virtuelle Formate wurden als weniger hilfreich eingestuft. Bei z.T. universitätsspezifischen Unterschieden wurde ein Hauptschulungsbedarf von den PJ-Studierenden für die Terminalphase, von den ÄiW im Umgang mit An-/Zugehörigen gesehen. Letztere beklagten zudem Defizite bei der Symptomkontrolle und Umsetzung einer Therapiezieländerung. Nicht für alle ÄiW sei es möglich, eigenverantwortlich Erfahrungen zu machen. Bei den PJ-Studierenden war das Defizit noch gravierender: Nur 1,7 %, gaben an, in die Behandlung von Patient\*innen mit palliativmedizinischem Konzept einbezogen zu werden.

**Schlussfolgerung** Der QB13 sollte in universitätsübergreifenden Curricula organisiert werden und hierbei genügend Ressourcen für praxisnahen Kleingruppenunterricht vorhalten. Angelehnt an die „unit of care“ sollte neben der Versorgung von Palliativpatient\*innen auch der Umgang mit An- und Zugehörigen einen Lehrschwerpunkt darstellen. Zur Verbesserung der Transferleistung in den klinischen Alltag hinein sollten Studierende aktiv in die Versorgung von Palliativpatient\*innen einbezogen werden.

## P242 SeRAH – Online-Fortbildung zur Stärkung der ethischen Reflexion in der Altenhilfe

**Autorinnen/Autoren** Sörensen C<sup>1</sup>, Koenig A<sup>1</sup>, Meißner V<sup>2</sup>, Schneider J<sup>1</sup>, Kopke K<sup>2</sup>

**Institute** 1 HAW Hamburg, Department Pflege und Management/ KoPM-Zentrum, Hamburg; 2 Hochschule Hannover, Fakultät V, Diakonie, Gesundheit und Soziales, Hannover

DOI 10.1055/s-0044-1788430

**Hintergrund** Die Palliative Geriatrie ist ein multiprofessioneller Betreuungsansatz, welcher die Prinzipien der Geriatrie mit denen von Hospiz- und Palliativversorgung (HPV) vereint. Das Ziel liegt im Erhalt und der Förderung der Autonomie und Lebensqualität hochbetagter Menschen. In der Betreuung und Versorgung dieser Personengruppe treten nicht selten ethisch geladene Handlungssituationen auf. Um diese Situationen erkennen, analysieren und bestmöglich lösen zu können, bedürfen Mitarbeiter:innen der Altenhilfe Kompetenzen zur ethischen Reflexion. Ziel des Projektes ist es, eine orts- und zeitunabhängige Online-Fortbildung zu konzipieren und zu pilotieren, die es Mitarbeiter:innen aus Einrichtungen der (stationären) Altenhilfe ermöglicht, ihre Kompetenzen in den Bereichen palliative Versorgung, ethische Reflexion und interdisziplinäre Entscheidungsfindung zu erweitern. Optimalerweise werden die Teilnehmenden zu Multiplikator:innen für ihre Pflegeeinrichtung.

**Methode** Die Online-Fortbildung wird im Sinne eines Design-Based Research Ansatzes entwickelt, pilotiert und fortlaufend evaluiert. Methodisch kommen dabei halbstrukturierte Fokusgruppeninterviews zur inhaltlichen Konzeption sowie quantitative Prä-, Modul- und Post-Befragungen zur Evaluation zum Einsatz.

**Ergebnisse** Die Ergebnisse der quantitativen Befragungen zeigen, dass nur ein geringer Anteil der Teilnehmer:innen bisher Fortbildungs- oder Qualifizierungsmaßnahmen zu Themen der HPV oder Ethischer Reflexion besucht hat. In den meisten Einrichtungen werden zwar Fortbildungen zur HPV angeboten, allerdings lediglich in 6 von 16 Einrichtungen zu ethischer Reflexion. Gleichzeitig musste festgestellt werden, dass die Vermittlung von praktischen Kompetenzen über ein Online-Selbststudium besondere Hürden nehmen muss. Dies betrifft vor allem den Bereich Theorie-Praxis-Transfer sowie die inhaltliche Relevanz für die eigene berufliche Tätigkeit.

**Schlussfolgerung** Die Ergebnisse bestätigen ein großes Interesse und vor allem einen hohen Bedarf an Fortbildungen zu ethischen Themen. Somit kann das Angebot dazu beitragen den bestehenden Bedarf zu decken. Während das Grundgerüst der Fortbildung als passend empfunden wird, sollte die Modulstruktur sowie die Vermittlung von Handlungskompetenzen noch stärker an die Bedürfnisse der Zielgruppe(n) angepasst werden. Gleichzeitig wird deutlich, dass diese Art der Kompetenzvermittlung für die Entwicklung einer Multiplikator:innen-Rolle nicht geeignet ist. Die Online-Fortbildung trägt jedoch zu einer Sensibilisierung für palliativ-geriatriische und ethische Themen bei.

## P282 Entwicklung eines Evaluationssystems für KI-gestützte Kommunikationstrainings – vorläufige Ergebnisse

**Autorinnen/Autoren** Matzkowitz A, Heckel M, Ostgathe C, Klein C  
**Institut** Universitätsklinikum Erlangen, Comprehensive Cancer Center CCC Erlangen-EMN, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU), Palliativmedizinische Abteilung, Erlangen  
**DOI** 10.1055/s-0044-1788431

**Hintergrund** In der Palliativmedizin spielt die Kommunikation zwischen Behandlungsteam und Patientinnen und Patienten eine große Rolle für Behandlungserfolg und Zufriedenheit. Inzwischen gibt es verschiedene Publikationen, die sich mit Kommunikationstrainings unter Verwendung von künstlicher Intelligenz (KI; „Chatbot“), befassen, um die bisherigen Trainingsmethoden zu ergänzen und den Studierenden eine effizientere und flexiblere Trainingsmöglichkeit zu bieten. Die Chatbots basieren auf verschiedenen, oft proprietären Systemen, die einer raschen Veränderung und Entwicklung unterliegen. Da sie selbständig handelnde Lehrsysteme darstellen, ergibt sich die Notwendigkeit der inhaltlichen Qualitätssicherung. Bisher existiert kein auf diesen spezifischen Fall angepasstes Evaluationssystem.

**Methode** Aufbauend auf einer Literatursuche zur Lehrevaluation und zu KI in der Lehre wurde ein Bewertungssystem entworfen, das den besonderen Bedingungen eines Chatbot gerecht wird. Nach Bewertung, Anpassung und Konsentierung in einem Delphi-Verfahren durch Lehrende mit Erfahrungen in der

Anwendung von digitalen Lehrformaten und in der Lehrevaluation wird das Bewertungssystem anhand eines Kursangebots zum Thema „Übermittlung schlechter Nachrichten“ pilotiert.

**Ergebnisse** Im Gegensatz zu anderen elektronischen Hilfsmitteln in der Lehre sind die Antworten des Chatbots nicht sicher festgelegt. Daher rücken die Kriterien Fachwissen, Didaktik und Kommunikation zusätzlich als Variablen in den Fokus. Bestehende Lehr-Bewertungssysteme können die besondere Situation eines nicht-menschlichen Trainers nicht adäquat abbilden und wurden entsprechend angepasst. Das entwickelte Evaluationssystem beinhaltet eine Befragung der Studierenden und zusätzlich eine beispielhafte Auswertung der Kommunikation („Chats“) anhand von Leitfragen durch Fachpersonen. Die Leitfragen orientieren sich an den Kriterien für die Bewertung einer Lehrprobe für angehende Lehrkräfte. Der Fragebogen für die Studierenden umfasst 14 Fragen, die an ein bestehendes Evaluationssystem angelehnt sind. [1] Für die Auswertung der Chats wurden 11 Leitfragen entwickelt, die sowohl strukturiert als auch zusammenfassend bewertet werden. Dabei werden fachliche, kommunikative und didaktische Kriterien berücksichtigt. Für das Delphi-Verfahren sind 20 Expertinnen und Experten eingeladen worden.

**Schlussfolgerung** Der Einsatz von KI in der Lehre wirft Fragen der Bewertung eines nicht vollständig deterministisch handelnden Systems auf. Die vorgestellte Evaluation kann Qualitätssicherung und Weiterentwicklung von KI-gestützten Kommunikationstrainings durch ein standardisiertes, nachvollziehbares Bewertungssystem befördern.

### Literatur

[1] Kärchner H., Gehle M., Schwinger M. Entwicklung und Validierung des Modularen Fragebogens zur Evaluation digitaler Lehr-Lern-Szenarien (MOFE-DILLS), ZeHf – Zeitschrift für empirische Hochschulforschung. S 2022; 62-84. doi:10.3224/zehf.v6i1.05 2023-03-01

## P293 Palliative Counseling als interprofessionelle Kommunikationskompetenz

**Autor** Schütte-Bäumner C  
**Institut** Hochschule RheinMain, Fachbereich Sozialwesen, Wiesbaden  
**DOI** 10.1055/s-0044-1788432

**Hintergrund** Die Soziale Arbeit befasst sich bereits seit langem mit der Entwicklung eines kompetenzbasierten Curriculums, um ihr Wissen und Können zu konkretisieren, darzustellen und schließlich für die Weiterbildung fruchtbar zu machen. 2022 wurde ein entsprechendes Curriculum für die Soziale Arbeit veröffentlicht [1].

**Methode** Es handelt sich um ein mehrstufiges Curriculum. Insgesamt drei Kompetenzstufen beschreiben den Bildungsweg Sozialer Arbeit. Neben Modul und Kompetenzstufe 1 (Multiprofessionelles Curriculum Palliative Care (40 UE) und Modul und Kompetenzstufe 2 (Basiscurriculum Soziale Arbeit in Palliative Care (80UE), wird in Modul und Kompetenzstufe ein aufbauendes Curriculum Palliative Counseling (40UE) dargestellt und definiert. Das Curriculum Palliative Counseling fokussiert sowohl Fachkräfte der Sozialen Arbeit, wie auch andere Berufsgruppen, die in der hospizlich-palliativen Versorgung auf kommunikationsbasierte Expertisen zurückgreifen müssen. Insofern gelingt es, das Konzept Palliative Counseling als **interprofessionelle Kompetenz** zu nutzen, so dass auf Kommunikationsgrundlagen aufbauend, spezifisches Wissen im Bereich Kommunikation, Gesprächsführung grundlegend und Beratung aufbauend spezifisch erlernt werden kann.

**Ergebnisse** Palliative Counseling beschreibt eine basale Kunstfertigkeit zugewandter Kommunikation. Wie es bereits Kriz [2] in Bezug auf die Integration personenzentrierter und systemischer Beratungsansätze formuliert, lassen sich Elemente aus verschiedenen Gesprächsführungskonzepten unter besonderer Berücksichtigung einer systemischen Orientierung gewinnbringend miteinander verknüpfen. Damit lässt sich die Herangehensweise als eklektisches Prinzip nachvollziehen. Professionelle Beratung greift auf unterschiedliche Theorien und Ansätze zurück, steht damit für ein breit angelegtes Counseling-Prinzip, das sich allerdings in der Konkretion Palliative Counseling auf Anlässe im Bereich Hospiz und Palliative Care fokussiert.

**Schlussfolgerung** Palliative Counseling beschreibt eine advanced competence. Spezifische Wissens- bzw. Lernelemente für eine basale Kunstfertigkeit zugewandter Kommunikation im Praxisfeld Hospiz und Palliative Care bzw. den verschiedenen Settings werden vermittelt. Ausgehend von der Zusammenfassung einzelner Kommunikations- und Gesprächsführungsansätze (z.B. Beratung, Coaching, Supervision) wird ein Schwerpunkt auf systemisch fundierte **Fallsteuerung und Netzwerkkoordination** gelegt.

#### Literatur

- [1] Schütte-Bäumner, Christian; Neupert, Ingo; Kiepke-Ziemes, Susanne; Lehmann, Denise, (2022), Curriculum Palliative Care für Soziale Arbeit, Bonn  
[2] Kriz J Personzentrierte Systemtheorie. Kriz, Jürgen; Göttingen: 2017: 235–278

### P305 Das ist palliativ – ein interdisziplinäres Lehrprojekt

**Autorinnen/Autoren** Schmalz C<sup>1,2</sup>, Gahlen-Hoops W<sup>3</sup>, Tiede K<sup>4</sup>, Rossen K<sup>5</sup>, Siebrecht D<sup>5</sup>, Richter B<sup>6</sup>, Letsch A<sup>7</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Klinik für Strahlentherapie, Kiel; 2 hospiz-initiative-kiel e.V., Ambulanter Hospizdienst, Kiel; 3 Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Didaktik der Pflege und Gesundheitsberufe, Medizinische Fakultät, Kiel; 4 Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Dezernat Apotheke, Kiel; 5 Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Zentrum für Palliativmedizin, Kiel; 6 Rönne Verlag, Kiel; 7 Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Klinik für Hämatologie und Onkologie, Kiel

DOI 10.1055/s-0044-1788433

**Hintergrund** Palliativversorgung adressiert als interdisziplinärer und interprofessioneller Ansatz vielschichtige physische, psychische, soziale und spirituelle Belastungen von Patient:innen und Angehörigen. Die Intention dieses Lehrprojekts war es, eine Vorstellung von Inhalten und Herausforderungen sowie von den bereichernden Aspekten von Palliativversorgung zu vermitteln. Es sollten Vorbehalte abgebaut, der Zugang erleichtert, kommunikative Kompetenzen verbessert und interprofessionelles Arbeiten gefördert werden.

**Methode** Interprofessionelles Lehrprojekt mit mixed-method-Ansatz: Vorlesung, thinktank, Kleingruppen, Rollenspiele, Kreativarbeit. Studierende der Humanmedizin (HM) ab dem 5. Semester erhielten das Angebot der freiwilligen Teilnahme, für Pflegepädagogik-Studierende (PP) der Christian-Albrechts-Universität (CAU) zu Kiel wurde das Seminar ins Curriculum des 3. Semesters integriert. Das Projekt erfolgte in zwei alternativen Formaten als 90 min Kleingruppen-Seminare sowie als Wochenendblockseminar. Thematisiert wurden u.a. Palliativversorgung und Ehrenamt, Kommunikation/breaking bad news, Phyto- und Aromatherapie, Bestattungen in unterschiedlichen Kulturen und ordnungsrechtliche Bestattungen, kreative Auseinandersetzung mit den Themen Tod und Sterben. Zur Evaluation wurden die Teilnehmenden pseudonymisiert um eine Gesamt-Schulnote gebeten und befragt mit Antwortmöglichkeiten auf einer Likert Skala (1 = „stimme voll zu“ bis 5 = „stimme gar nicht zu“).

**Ergebnisse** An dem neuen Seminarangebot haben insgesamt 25 ausschließlich weibliche Studierende teilgenommen, davon 16 Studierende HM und 9 PP. Eine schriftliche Evaluation des Seminars erfolgte durch 23/25 Studierende (16HM/7PP). Das gesamte Seminar erhielt die Schulnote 1,9 (HM und PP). Weitere Evaluationskategorien waren u.a.: „Das Seminar hat mir neues Wissen vermittelt“: PP: 1,7; HM: 1,9; „Das Seminar hat mich interessiert“: PP: 1,1; HM: 1,1.

**Schlussfolgerung** Das lebhaftes Echo der Studierenden ist eine große Motivation, innovative Lehrformate im Bereich der Palliativversorgung weiterzuentwickeln. Es ergaben sich Diskussionen um die Fragen „was ist gute Lehre“ und „was sind unsere disziplinären Lehr-/Lernkulturen“. Diese Debatten blieben hinter Fachthemen zurück, könnten aber ein Desiderat sein für Ideen und Grundlagen einer insgesamt kommunikativer, interaktiver und interprofessioneller

ausgerichteten Lehr/Lernkultur an einer Medizinischen Fakultät, bei der Palliativversorgung eine führende Rolle einnehmen kann. Als Limitationen zeigten sich, dass Kreativangebote für Studierende ungewohnt erscheinen und möglicherweise eine integrierte Schreibwerkstatt in der Projektmitte besser geeignet ist als eine Abgabe am Schluss. Die Hospitationen (in gemischten Zweiertams) sollen künftig am Anfang stattfinden, um gemeinsames Feedback zu ermöglichen.

### P321 Entwicklung einer multiprofessionellen Schulung für Behandler\*innen von Patient\*innen mit allogener Stammzelltransplantation

**Autorinnen/Autoren** Kaur S<sup>1,2</sup>, Schoerger B<sup>1,2</sup>, Pralong A<sup>1,2</sup>, Reimer A<sup>1,2</sup>, Ley M<sup>1,2</sup>, Schepers C<sup>1,2</sup>, Voltz R<sup>1,2,3</sup>, Holtick U<sup>4</sup>, Herling M<sup>5</sup>, Scheid C<sup>4,6</sup>, Hallek M<sup>2,4</sup>, Simon S T<sup>1,2</sup>

**Institute** 1 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum, Abteilung für Palliativmedizin, Köln; 2 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum, Zentrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf (CIO ABCD), Köln; 3 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum, Zentrum für Versorgungsforschung, Köln; 4 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum, Klinik I für Innere Medizin, Köln; 5 Universitätsklinikum Leipzig, Klinik für Hämatologie, Zelltherapie, Hämostaseologie und Infektiologie, Leipzig; 6 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum, Zentrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf (CIO ABCD), Köln

DOI 10.1055/s-0044-1788434

**Hintergrund** Die allogene Stammzelltransplantation (allo-SZT) ist eine kurative Therapiemodalität bei bestimmten hämatologischen Neoplasien, birgt jedoch ein signifikantes Sterberisiko. Patient\*innen sowie ihre Angehörigen, wie auch ihre Behandler sind hinsichtlich Symptombelastung, Einschränkung der Lebensqualität, dem Umgang mit der Lebensbedrohung und der Angst vor Sterben und Tod belastet und herausgefordert. Aus diesem Grund stellt sich die Frage, wie ein palliativ-supportives Unterstützungsangebot für diese Zielgruppe aussehen kann.

**Methode** Das dreiphasige Forschungsprojekt „Palliativ-supportives Therapieangebot in der allogenen Stammzelltransplantation (AlloPaS)\*“ entwickelte auf der Basis von quantitativ-qualitativ erhobenen Erfahrungen und Sichtweisen von Patient\*innen, Angehörigen und Behandelnden (Phase 1) ein palliativ-supportives Unterstützungsangebot. Es wurden eine Fragebogenerhebung (n=61 Patient\*innen, n=31 Angehörige, n=131 Behandler\*innen) sowie multi- und monoprofessionelle Fokusgruppen (n=3) und Einzelinterviews (n=17 Patient\*innen, n=13 Angehörige, n=17 Behandelnde) durchgeführt. Unter Anwendung der Design-Thinking-Methode, welche eine kollaborative Ideengenerierung integriert, wurde ein Unterstützungsangebot für Behandelnde entwickelt, welches die Bedürfnisse aller beteiligten Akteure berücksichtigt.

**Ergebnisse** Auf der Basis der Daten aus Phase 1 zeigte sich die Notwendigkeit und Wunsch, nicht ein zusätzliches Angebot für die Patient\*innen und Angehörigen zu erstellen, sondern das Behandlungsteam für den Themenkomplex in einer Schulung zu stärken und weiterzubilden. In Phase 2 wurde deshalb eine Schulung zur Stärkung der supportiv-palliativmedizinischen Expertise des Teams in der Steigerung der Selbstsicherheit in der Betreuung und Begleitung von Patient\*innen mit einer allo-SZT entwickelt. Die Schulung adressierte fünf übergeordnete Themen: Ablauf einer Therapiezielklärung bzw. -änderung, Umgang mit Lebensbedrohlichkeit/Angst vor dem Sterben, Symptomlinderung und Sterbebegleitung, sowie Angehörigenunterstützung. Die Schulung findet interaktiv statt, bietet Hilfsmittel und Tools für die klinische Arbeit an und dauert einen Tag. Es werden das gesamte ärztliche und pflegerische Behandlungsteam der KMT (Station und Ambulanz) zur Teilnahme eingeladen. Die Schulung soll im nächsten Schritt pilotiert und evaluiert werden.

**Schlussfolgerung** Die Erhebung zeigte überraschenderweise ein Schulungsbedarf für das Behandlungsteam. Auch Patient\*innen und Angehörigen wünschten sich das Behandlungsteam als primären Ansprechpartner hinsichtlich der Lebensbedrohung, Angst vor dem Sterben und Symptombelastung. Die Evaluation und Pilotierung der Schulung steht nun in Phase 3 an.

### P323 Wieviel Spiritual Care gehört ins Medizinstudium? Die Sicht der Studierenden

**Autorinnen/Autoren** Alt-Epping B<sup>1</sup>, Schuchter P<sup>2</sup>, Greinacher A<sup>3</sup>, Frick E<sup>4, 5</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Palliativmedizin, Heidelberg; 2 Universität Graz, Zentrum für Interdisziplinäre Alters- und Care-Forschung, Graz; 3 Universität Mannheim, Institut für Medizinische Psychologie, Mannheim; 4 Hochschule für Philosophie, München;

5 Technische Universität, München

DOI 10.1055/s-0044-1788435

**Hintergrund** Vor allem im Kontext lebenslimitierender Grunderkrankungen rücken neben medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Problemen auch Fragen zu existenziellen Themen in den Vordergrund. Traditionell greift die Seelsorge diese Fragen auf, dennoch besteht Konsens, dass alle involvierten Berufsgruppen, auch Ärztinnen und Ärzte, eine Wahrnehmung dieser spirituellen Bedürfnisse haben sollten, sowie eine Grundkenntnis, wie diese Nöte von den primären therapeutischen Bezugspersonen aufgegriffen werden können. Spirituelle und existenzielle Themen sind bislang nur implizit Teil des Medizinstudiums, und werden gelegentlich z.B. im QB13 Palliativmedizin adressiert. Soll Spiritual Care expliziter im Medizinstudium verankert werden? Wenn ja, wo im Curriculum? In welchen Lehrformaten? Mit welchem Grad der Eigenständigkeit? Bis hin zum eigenen benoteten Schein?

**Methode** Auf dem Bundeskongress der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) wurde eine Fokusgruppendifkussion zum Thema „Spiritual Care im Medizinstudium?“ durchgeführt und die Perspektive der Studierenden exploriert. Das Audiotape wurde transkribiert, kodiert und inhaltsanalytisch ausgewertet.

**Ergebnisse** Es wurden Einstellungen, Erfahrungen und Wünsche der Medizinstudierenden erfasst. Studierende sehen, dass spirituelle und existenzielle Fragen und die Offenheit und Kompetenz, mit diesen umzugehen, für ihren angestrebten Beruf wichtig sein werden. Eine Haltung, dass man als WissenschaftlerIn mit dem Themenfeld Spiritualität nichts zu tun haben möchte, wurde abgelehnt. Die Studierenden forderten die Vermittlung des erforderlichen Wissens und Könnens sowie Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit dem Thema auch in Bezug auf eigene Ängste und Befürchtungen. Die Frage nach der Verpflichtung im Curriculum wurde kontrovers diskutiert: ein Kompromiss könne sein zunächst in einer Pflichtveranstaltung grundlegendes Wissen zu vermitteln und dann weitere freiwillige Veranstaltungen anzubieten, bei denen auch Austausch und Selbstreflexion Raum haben.

**Schlussfolgerung** Fachpolitisch engagierte Medizinstudierende mit Erfahrung in der curricularen Entwicklung unterstreichen die Bedeutung existenzieller Themen gerade für schwer und lebenslimitierend erkrankte Patient\*innen und deren Angehörige, sowie die erforderliche Kompetenzvermittlung und Unterstützung in der eigenen Positionsbildung, die im Medizinstudium mitgegeben werden sollte.

**Danksagung:** Unser herzlichster Dank gilt dem Vorstand der bvmd (Laura Schmidt).

## Netzwerke und Übergänge in der Hospiz- und Palliativversorgung

### V188 Regionale Hospiz- und Palliativnetzwerke in Deutschland: Ergebnisse einer Netzwerkanalyse anhand eines Reifegradmodells

**Autorinnen/Autoren** Röwer H A<sup>1</sup>, Herbst F A<sup>1</sup>, Doctor E<sup>2</sup>, Buck C<sup>3</sup>, Schwabe S<sup>1</sup>

**Institute** 1 Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin, Hannover; 2 Forschungsinstitut für Informationsmanagement, Bayreuth; 3 Forschungsinstitut für Informationsmanagement, Augsburg

DOI 10.1055/s-0044-1788436

**Hintergrund** Reifegradmodelle sind Bewertungsinstrumente zur Einschätzung des Entwicklungsstands von Prozessen und Organisationen. Anhand von Dimensionen und Subdimensionen können verschiedene Bereiche des jeweiligen Prozesses oder der Organisation differenzierter und detaillierter bewertet werden. Das im Rahmen des Forschungsprojekts HOPAN (Förderung: Innovationsfonds beim G-BA, Förderkennzeichen 01VSF22042; Förderzeitraum: 01/2023-12/2024) entwickelte Reifegradmodell ermöglicht die differenzierte Bewertung von regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken (RHPN).

**Methode** Zur Entwicklung des Reifegradmodells fanden zwischen Mai und August 2023 insgesamt sechs Online-Entwicklungsworkshops mit  $N = 19$  Expert:innen und Netzwerkkordinator:innen aus dem gesamten Bundesgebiet statt. Das Reifegradmodell wurde im Winter 2023/24 im Rahmen einer Online-Befragung von bestehenden RHPN in Deutschland angewendet. Ergänzend wurden Daten zur Netzwerkstruktur der RHPN, Erfahrungen in der Netzwerkarbeit und soziodemografischen Variablen erhoben. Die Umfrage wurde über SoSciSurvey durchgeführt und an insgesamt  $N = 390$  Personen, die im Bereich der RHPN tätig sind, versandt sowie über Newsletter verbreitet.

**Ergebnisse** Das vorab erarbeitete Reifegradmodell umfasst die sechs Dimensionen „Netzwerkmoderation“, „Netzwerkinfrastruktur“, „Öffentlichkeitsarbeit und Informationsaustausch“, „Auf- und Ausbau“, „Fort- und Weiterbildungen“ und „Weiterentwicklung regionaler Versorgung“. Diese Dimensionen weisen zwischen vier und sechs Subdimensionen auf ( $N = 28$ ) mit vier Stufen pro Subdimension (0 bis 3). Insgesamt wurde die Erhebung für  $n = 70$  Netzwerke abschließend ausgefüllt. Die Netzwerke wurden zwischen 2001 und 2024 gegründet und 52 % der RHPN ( $n = 36$ ) streben für 2024 eine Förderung nach SGB V §39d an. Die Subdimension, bei der sich die meisten RHPN auf dem niedrigsten Reifegrad (Stufe 0) einordnen, ist „Finanzierung“ aus der Dimension „Netzwerkinfrastruktur“ mit 47 % der RHPN ( $n = 31$ ). Die Subdimension, in der sich die meisten RHPN in die höchste Stufe, Stufe 3, einordnen, ist „Strukturierung der Netzwerktreffen“ aus der Dimension „Netzwerkmoderation“ (44,8 %,  $n = 30$ ).

**Schlussfolgerung** Die Entwicklung und Anwendung eines Reifegradmodells für RHPN hat eine wichtige Grundlage für die strukturierte Weiterentwicklung und Verbesserung dieser Netzwerke geschaffen. Durch die Selbstbewertung anhand verschiedener Dimensionen und Subdimensionen können die Netzwerke gezielt ihre eigenen Stärken, Schwächen und Entwicklungspotenziale identifizieren. Im Verlauf des Projekts HOPAN werden gezielte, stufenspezifischen Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Struktur und Arbeitsweise der Netzwerke entwickelt.

### V253 Hospiz und Hämatologie: Hindernisse der Hospiznutzung für Patienten mit malignen hämatologischen Erkrankungen

**Autorinnen/Autoren** Regitz D, Rolke R, Appelmann I

**Institut** Medizinische Fakultät RWTH Aachen, Klinik für Palliativmedizin, Aachen

DOI 10.1055/s-0044-1788437

**Hintergrund** Die hospizliche Versorgung von Patienten mit lebensbegrenzender Krebserkrankung verbessert die Lebensqualität der Betroffenen und verringert das Depressionsrisiko für sorgende Angehörige. Trotz dieser Vorteile werden Patienten mit malignen hämatologischen Erkrankungen selten in Hospizen versorgt. Ein wichtiges Hindernis ist u.a., dass eine Transfusionsabhängigkeit von Blutkrebspatient:innen der Hospiznutzung entgegensteht. In einem systematischen Review mit Metaanalyse wurden internationale Daten zusammengetragen, um die Gründe für die Disparität der hospizlichen Versorgung von Patienten mit malignen hämatologischen im Vergleich zu onkologischen Erkrankungen zu analysieren.

**Methode** Eine systematische Suche wurde in den Datenbanken Embase, PubMed, Scopus und PsycInfo durchgeführt. Die Suche beschränkte sich auf englischsprachige Arbeiten und umfasste die Begriffe „hospice“, „hematologic malignancy“ und „transfusion“. Als Einschlusskriterien wurden „Volltext verfügbar“, „maligne hämatologische Erkrankung“, „erwachsene Patienten“ und „Hospiznutzung“ angewendet.

**Ergebnisse** Insgesamt 19 Arbeiten wurden in die Analyse und Bewertung aufgenommen. Die schlechte Vorhersehbarkeit des Krankheitsverlaufs, die enge Bindung zwischen Patienten und behandelndem Hämatologen, festgelegte Wünsche in Vorsorgedokumenten, verspätete Thematisierung von Versorgungsproblemen am Lebensende und ein generelles Missverständnis der Intention einer Palliativversorgung bei hämatologischen Patienten waren zusätzlich zur meistens fehlenden Transfusionsinfrastruktur die Gründe für die seltene Hospizversorgung dieser Patientengruppe.

**Schlussfolgerung** Dieser systematische Review mit Metaanalyse leistet einen Beitrag zur Klärung von Hinderungsgründen einer Hospizaufnahme für Patienten mit Blutkrebs und möchte einen Weg für prospektive Studien zu diesem Thema bereiten. Die Gründe für die Diskrepanz zwischen Bedarf und Realisierbarkeit von Hospizversorgung für Patienten mit malignen hämatologischen Erkrankungen konnten in diesem Review aufgeschlüsselt werden und gehen weit über die fehlende Transfusionsinfrastruktur hinaus. All diese Gründe sind Basis für Empfehlungen, die die zukünftige Versorgung von Blutkrebspatienten im Hospiz deutlich erleichtern können, so dass diese Arbeit von hoher Relevanz für diese Patientengruppe ist und ein Plädoyer für die enge Vernetzung auch der Hämatologie mit der Palliativmedizin darstellt.

## V292 Hospizlich-Palliative Netzwerkarbeit in strukturschwachen Sozialräumen. Ergebnisse der Datenanalyse qualitativer Expert:innen-Interviews

**Autor** Schütte-Bäumner C

**Institut** Hochschule RheinMain, Fachbereich Sozialwesen, Wiesbaden

**DOI** 10.1055/s-0044-1788438

**Hintergrund** In Bezug auf die vorhandenen palliativen Versorgungsangebote lassen sich regional sehr große Unterschiede identifizieren. Hierbei weisen insbesondere ländliche Regionen ausgeprägte Versorgungslücken zwischen Versorgungsbedarfen der Bevölkerung und vorhandenen Angeboten auf. Im Rahmen des vom BMFSFJ geförderten Forschungsprojektes „Sterben wo man lebt und zu Hause ist“ wird u.a. danach gefragt, wie Expert:innen **innovative Interventionsangebote** (Hospizzimmer, Palliativ-WG) vor dem Hintergrund der **Strukturschwäche** arrangieren.

**Methode** Insgesamt wurden 15 Expert:innen nach Meuser & Nagel (1991) [2] geführt und inhaltsanalytisch nach Mayring (2023) [3] ausgewertet. An *drei exemplarischen Sozialräumen* gibt eine qualitative Sozialraumanalyse zunächst Einblick in die jeweils spezifischen Bedingungskontexte. Auf diese Weise kann präzise nachvollzogen werden, wie sich die Sozialräume voneinander unterscheiden und welche Auswirkungen die Strukturschwäche auf die erfolgreiche Umsetzung der innovativen Interventionsangebote konkret hat. Die Datenauswertung der Expert:innen-Interviews steht im Kontext der jeweiligen Sozialraumspezifika.

**Ergebnisse** Die Auswertung der Expert:innen-Interviews gibt Einblicke in Potentiale sowie auch Fallstricke hospizlich-palliativer Versorgungsformen, die angetreten sind, durch projektbezogene neue Ansätze, die Limitierung der Strukturschwäche in einer Weise zu kompensieren, dass die Qualität der hospizlich-palliativen Versorgung selbst gesteuert wird. Ein sehr wesentlicher Befund bezieht sich auf die Qualität der Netzwerke [1], die Netzwerkarbeit sowie die Netzwerkkoordination. Es können Aussagen getroffen werden, wie Netzwerkarbeit im strukturschwachen Raum praktiziert wird und welche Ansätze die Qualität von Netzwerkkoordination zukünftig optimieren könnte.

**Schlussfolgerung** Netzwerkkoordination kann einerseits auf eine lange Tradition in hospizlich-palliativen Dienstleistungen zurückblicken. Andererseits sehen sich Versorgungsanbieter:innen mit enormen Herausforderungen konfrontiert, die eine erfolgreiche Netzwerkkoordination erschweren. Es wird deutlich, dass eine empirisch fundierte *Präzisierung sowie Weiterentwicklung der Methode Netzwerkarbeit resp. Netzwerkkoordination im hospizlich-palliativen Arbeitsfeld* erforderlich ist.

### Literatur

[1] Fischer, Jörg; Kosellek, Tobias (Hg.), (2019), Netzwerke und Soziale Arbeit. Theorien, Methoden, Anwendungen, Fischer, Jörg; Kosellek, Tobias (Hg.), Weinheim und Basel

[2] Meuser, Michael; Nagel, Ulrike, (1991), ExpertInneninterview. vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion, Garz, Detlef/Kraimer, Klaus, Opladen

[3] Mayring, Philipp, (2023), Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken, Mayring, Philipp, Weinheim und Basel

## P121 Herausforderungen regionaler Hospiz- und Palliativnetzwerke in Deutschland: Ergebnisse von Fokusgruppeninterviews im Rahmen des HOPAN-Projektes

**Autorinnen/Autoren** Schwabe S<sup>1</sup>, Buck C<sup>2</sup>, Doctor E<sup>3</sup>, Röwer H<sup>1</sup>, Herbst F<sup>1</sup>

**Institute** 1 Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin, Hannover; 2 Technische Hochschule Augsburg, Forschungsinstitut für Informationsmanagement, Institutsteil Wirtschaftsinformatik des Fraunhofer FIT, Fakultät für Informatik, Augsburg; 3 Universität Bayreuth, Forschungsinstitut für Informationsmanagement, Institutsteil Wirtschaftsinformatik des Fraunhofer FIT, Bayreuth

**DOI** 10.1055/s-0044-1788439

**Hintergrund** Regionale Hospiz- und Palliativnetzwerke (RHPN) fördern die lokalen Akteure der Hospizarbeit und Palliativversorgung darin, sich untereinander besser abzustimmen und ihre Aktivitäten zu koordinieren. Seit 2022 können RHPN gemäß §39d SGB V unter bestimmten Bedingungen durch die gesetzlichen Krankenkassen gefördert werden. Im Rahmen des durch den Innovationsfonds beim G-BA geförderten HOPAN-Projektes (FKZ 01VSF22042) wird der Bestand von RHPN in Deutschland untersucht. Die Netzwerke werden mithilfe eines Reifegradmodells analysiert. Welche Herausforderungen erleben RHPN in der Netzwerkarbeit?

**Methode** Zwischen Mai und August 2023 wurden N = 6 Online-Fokusgruppen mit N = 19 Fachexpert:innen und Koordinator:innen von RHPN durchgeführt (Mehrfachteilnahme möglich, insgesamt N = 58 Teilnahmen, Range: 6-12). Die Teilnehmenden wurden gezielt aus RHPN aus unterschiedlichen Bundesländern und mit unterschiedlichen Gründungsjahren und unterschiedlichem Förderstatus eingeladen (purposive sampling). Diskutiert wurden die Themenfelder 1) Netzwerkauf- und -ausbau, 2) Infrastruktur, 3) Moderation, 4) Öffentlichkeitsarbeit, 5) Fort- und Weiterbildung, und 6) Weiterentwicklung regionaler Versorgungsangebote. Die Fokusgruppen wurden audiovisuell aufgezeichnet, transkribiert und in MAXQDA strukturiert-inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet.



**Ergebnisse** RHPN erleben Herausforderungen in allen diskutierten Themenfeldern. Insbesondere zu Beginn der Netzwerkarbeit stellen die Etablierung der finanziellen Infrastruktur und die Gewinnung von Netzwerkpartnern zentrale Herausforderungen dar. Für RHPN mit Förderinteresse nach § 39d SGB V können die fehlende Unterstützung der Kommune, die begrenzte Förderdauer sowie Konflikte und Konkurrenz zwischen den (potenziellen) Netzwerkpartnern Hürden darstellen. Innerhalb des Netzwerks werden unklare Erwartungen und unzureichende Rollenklärungen zwischen Netzwerkträgern, Koordinator:innen und Netzwerkpartnern als hinderlich erlebt. Für die Durchführung von Fort- und Weiterbildungen sowie die Weiterentwicklung regionaler Versorgungsangebote und -standards sind die RHPN auf die aktive Mitarbeit der Netzwerkpartner angewiesen. Diese kann von den Koordinator:innen allerdings nur in begrenztem Maße hergestellt werden.

**Schlussfolgerung** RHPN haben das Potenzial die Zusammenarbeit der regionalen Akteure der Hospizarbeit und Palliativversorgung zu fördern. Derzeit wird diese Arbeit jedoch durch zahlreiche Herausforderungen erschwert. Zur Verbesserung der Netzwerkarbeit sollten Förderbedingungen vereinfacht, der Mehrwert der RHPN für potenzielle Netzwerkpartner verdeutlicht und die Kompetenzen der Koordinator:innen gestärkt werden.

## P152 Regionale Hospiz- und Palliativnetzwerke – Ein Scoping Review

**Autorinnen/Autoren** Röwer H A, Herbst F A, Schwabe S  
**Institut** Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin, Hannover  
**DOI** 10.1055/s-0044-1788440

**Hintergrund** Regionale Hospiz- und Palliativnetzwerke (RHPNs) werden zunehmend zur Stärkung der integrativen Versorgung von Patient:innen mit lebenslimitierenden Erkrankungen aufgebaut. Das Scoping Review zielt darauf ab, die Fragen zu beantworten, was die internationale Literatur über RHPNs in Bezug auf ihre Strukturen, Outcomes und Nutzen sowie Erfolgsfaktoren und gute Praktiken berichtet.

**Methode** Unter Anwendung des Rahmens von Arksey und O'Malley (2005) erfolgte am 07.07.23 eine Suche in den Datenbanken CINAHL, Google Scholar, PubMed und Web of Science. Eingeschlossen wurden Studien zu regionalen Netzwerken auf struktureller Ebene in der Hospiz- und Palliativversorgung. Die Analyse berücksichtigt Originalarbeiten, Qualifikationsarbeiten und deskriptive Berichte in Deutsch und Englisch, ohne zeitliche Begrenzung aufgrund der erwarteten Seltenheit des Konzepts RHPNs. Dieses Scoping Review ist Teil des Forschungsprojekts HOPAN (Förderung: Innovationsfonds beim G-BA, Förderkennzeichen 01VSF22042; Förderzeitraum: 01/2023–12/2024).

**Ergebnisse** Insgesamt wurden N = 777 Artikel identifiziert. Nach Prüfung von Titeln und Abstracts wurden n = 103 Volltexte untersucht, von denen schließlich n = 24 in die Analyse einbezogen wurden. Der früheste Artikel stammt aus dem Jahr 1980, mit nur sechs Veröffentlichungen in den letzten zehn Jahren, hauptsächlich aus Deutschland (n = 4). Die eingeschlossenen Studien verwenden verschiedene Forschungsmethoden, darunter Interviews, Fokusgruppen und standardisierte Fragebogenerhebungen, wobei qualitative Forschung dominiert. In n = 17 Artikeln werden unterschiedliche Strukturen und Formalisierungsgrade von RHPN behandelt. In ebenfalls n = 17 Artikeln werden Outcomes und Nutzen beschrieben, darunter verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit, Kompetenzgewinne von Mitarbeitenden und eine verbesserte Versorgung in der Region. Erfolgsfaktoren und bewährte Praktiken werden in allen n = 24 Artikeln erwähnt, wobei Kommunikation, Koordination, Transparenz und Strategien für die Finanzierung besonders betont werden.

**Schlussfolgerung** RHPNs spielen eine bedeutende Rolle bei der Verbesserung der Palliativversorgung. Die Ergebnisse zeigen, dass RHPNs unterschiedlich organisiert sind und dass erfolgreiche Praktiken sich positiv auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit und individuelle Fähigkeiten der Mitarbeitenden sowie die regionale Versorgung auswirken.

## P238 Eine Matrix der Komplexität: Belastungen und Bedürfnisse von Angehörigen im Verlauf der Hospiz- und Palliativversorgung

**Autorinnen/Autoren** Ullrich A<sup>1</sup>, Hasselgruber T<sup>1</sup>, Theißen T<sup>1</sup>, Schallenburg M<sup>2</sup>, Neukirchen M<sup>2</sup>, Bokemeyer C<sup>1</sup>, Oechsle K<sup>1</sup>  
**Institute** 1 Palliativmedizin, II. Medizinische Klinik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg; 2 Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf  
**DOI** 10.1055/s-0044-1788441

**Hintergrund** Angehörige von Menschen mit unheilbaren, fortschreitenden Erkrankungen sind im Verlauf der Hospiz- und Palliativversorgung mit vielen Belastungen konfrontiert und ihre Bedürfnisse bleiben häufig unerfüllt. Bisher beziehen sich Studien überwiegend auf einzelne Versorgungsformen oder -phasen. Die vorliegende Studie hat das Ziel, die Situation Angehöriger mittels einer übergreifenden Erfassung und Interpretation von Belastungen und Bedürfnissen in ihrem Gesamtzusammenhang zu betrachten.

**Methode** Bizentrische qualitative Studie basierend auf der Grounded Theory mit offenen, leitfadengestützten Fokusgruppen (n = 2; 13 Teilnehmende) und Einzelinterviews (n = 4). Eingeschlossen wurden auf Palliativstationen mitbetreute Angehörige (1) während der Versorgung oder (2) in der Trauerphase. Die Auswertung erfolgte unter Anwendung des Kodierparadigmas nach Corbin & Strauss und abduktivem Schlussfolgern.

**Ergebnisse** Insgesamt wurden 13 Kernphänomene (Probleme) identifiziert und jeweils Zusammenhangsmodelle zu ihren ursächlichen, kontextuellen und intervenierenden Bedingungen, Handlungsstrategien zum Umgang mit dem Problem sowie Konsequenzen herausgearbeitet. Diese Probleme sind auf verschiedenen Achsen verankert: (1) mit Bezug auf den Zeitverlauf, z.B. „Zunehmende existenzielle und psychische Belastung in der Sterbephase durch Konfrontation mit Verfall und Endlichkeit“; (2) mit Bezug auf die stationäre/ambulante Versorgung, z.B. „Allein-gelassen-fühlen in der nächtlichen Betreuung während der häuslichen Versorgung“; (3) mit Bezug auf die Versorgenden-/Betroffenenrolle, z.B. „Unsicherheit in der Versorgendenrolle durch fehlendes Fachwissen“. Die Komplexität wird noch gesteigert dadurch, dass mit den Problemen zusammenhängende Bedürfnisse verschieden persistent, intensiv und erfüllbar sein können. Zu allen Problemen konnten Handlungsstrategien identifiziert werden, die in der Konsequenz zur Vermeidung oder Reduzierung der Probleme führen können und damit für die Klinik konkrete Ansatzpunkte zur Optimierung der Mitbetreuung von Angehörigen liefern

**Schlussfolgerung** Die Einordnung der Zusammenhangsmodelle in einer Matrix mit den Achsen Zeit, Versorgungsstruktur und Rolle liefert wichtige Impulse, um die Situation Angehöriger noch besser zu verstehen und übergeordnete, koordinierte Konzepte für die Angehörigen-Mitbetreuung zu entwickeln. Angehörigenbelastungen und -bedürfnisse sind dabei systematisch zu erfassen und bewusst mit verschiedenen „Brillen“ zu betrachten, um der Lebenswirklichkeit Angehöriger nahe zu kommen.

## P257 Hospiz- und Palliativversorgung für Menschen ohne eigenen Wohnraum in Berlin – Koordinierungsstelle KoWohl für ein vernetztes Miteinander

**Autorinnen/Autoren** Repsch A<sup>1</sup>, Fuchs T<sup>2</sup>, Kraft M<sup>3</sup>, Barnard K<sup>4</sup>  
**Institute** 1 Johannesstift Diakonie gAG, Stabsstelle Palliativ- und Supportivmedizin; Koordinierungsstelle zur Versorgung Wohnungsloser mit lebensbegrenzender Erkrankung in Berlin (KoWohl), Berlin; 2 Verein für Berliner Stadtmission, Koordinierungsstelle zur Versorgung Wohnungsloser mit lebensbegrenzender Erkrankung in Berlin (KoWohl), Berlin; 3 Verein für Berliner Stadtmission, Dienstbereich Diakonie, Berlin; 4 Johannesstift Diakonie gAG, Stabsstelle Palliativ- und Supportivmedizin, Berlin  
**DOI** 10.1055/s-0044-1788442

**Hintergrund** Das Projekt *Koordinierungsstelle zur Versorgung Wohnungsloser mit lebensbegrenzender Erkrankung in Berlin (KoWohl)* des Vereins für Berliner Stadtmision und der Johannesstift Diakonie gAG startete im Januar 2023 – gefördert von der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege. Zentrales Ziel ist eine Hand-in-Hand-Versorgung von lebenslimitierend erkrankten wohnungslosen Menschen, die eine schwellenlose Versorgungskette sicherstellt.

**Methode** Die KoWohl bezieht Akteur\*innen des Hilfe-/Versorgungssystems in einen interdisziplinären Dialog ein und baut gemeinsam mit ihnen ein gesamtstädtisches, multiprofessionelles Fachnetzwerk auf, das sich v.a. an der praktischen Verbesserung der Situation der Betroffenen messen lassen will. Dazu wurde die multiprofessionelle AG KoWohl gegründet, die folgende Themen konkret bearbeitet: bedarfsgerechte, niederschwellige Strukturen/Angebote; Schließen von Versorgungslücken; Klärung von Kosten(-übernahme-)fragen.

**Ergebnisse** Als ersten Schritt für den Eintritt in die palliative Versorgungskette hat die KoWohl ein Screening zur Identifikation palliativer Bedarfe für den Kontext Wohnungsnotfallhilfe konzipiert, das 2024 pilotiert wird. In Arbeit ist zudem ein Fallbesprechungsformat, eine Netzwerkliste sowie Handlungsleitfäden. Für den niederschweligen Zugang zu erarbeiteten Instrumenten, Informationen und Netzwerkpartner\*innen wurde eine Website aufgebaut. Durch die Bündelung von Expertise, Erfahrungswerten und Kontakten konnten Betroffene bedarfsgerecht leichter weitervermittelt werden. Dem Aufbau eines lebendigen Netzwerkes diente der Fachtag der KoWohl 2023. Zur Beförderung des Fachdiskurses und Wissenstransfers beteiligt sich die KoWohl an diversen Austauschforen. Um den Weg zu einer Verbesserung der Situation der Betroffenen im gesundheitspolitischen Kontext zu ebnet, engagiert sich die KoWohl im Zieleprozess der Berliner Landesgesundheitskonferenz. Die Ziele für das entsprechende Handlungsfeld wurden 2023 einstimmig angenommen.

**Schlussfolgerung** Immer deutlicher wird, dass eine reibungslose Hand-in-Hand-Versorgung der Zielgruppe nur in enger Abstimmung mit den Akteur\*innen der Wohnungsnotfallhilfe und Hospiz-/Palliativarbeit zu bewältigen ist. Mit Unterstützung hochengagierter Netzwerkpartner\*innen wurden zentrale Themen bereits konkret bearbeitet. Hieran gilt es weiter anzuknüpfen. Aus gewonnenen Erkenntnissen gilt es die Handlungspraxis weiter zu reflektieren, diskutieren und auf der Basis Veränderungsprozesse anzuregen. Ein gutes Signal ist die Annahme der Gesundheitsziele, um mit allen relevanten Akteur\*innen den Problemlagen zielgerichtet zu begegnen. Für die weitere Umsetzung ist v.a. die Einbindung weiterer Entscheider\*innen zentral, um strukturelle Weiterentwicklungen für spürbare Verbesserungen in der Versorgung der Zielgruppe zu erreichen.

## P267 Von „Buddies“ und „Caring Communities“: Neue Unterstützungssysteme für die Begleitung schwerstkranker Menschen und ihrer Nahestehenden

**Autorinnen/Autoren** Kasdorf A<sup>1</sup>, Voltz R<sup>1</sup>, Ohler K<sup>2</sup>, Veith I<sup>3</sup>, Strupp J<sup>1</sup>  
**Institute** 1 Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin, Köln; 2 Caring Community Köln, Köln; 3 Endlich. Palliativ & Hospiz Verein, Köln  
 DOI 10.1055/s-0044-1788443

**Hintergrund** Die Bedürfnisse von Menschen, die zu Hause gepflegt werden und sterben möchten, sind sehr hoch. Obwohl Strukturen und Dienstleistungen zur Unterstützung von Patient:innen und Nahestehenden vorhanden sind, erreichen diese die Betroffenen nicht rechtzeitig oder dann, wenn sie am dringendsten benötigt werden. Welche Unterstützungssysteme sind notwendig, um die Lücke zwischen Bedarf und Angebot zu schließen?

**Methode** Semi-strukturierte Einzelinterviews mit Angehörigen von Verstorbenen, pflegenden Angehörigen sowie schwer und unheilbar Erkrankten. Die qualitative Inhaltsanalyse der verbal transkribierten Interviews erfolgte mit MAXQDA. Die Ergebnisse sind im Rahmen der vom BMFSFJ geförderten Studie „Sterben zu Hause“ entstanden.

**Ergebnisse** Bundesweit wurden Interviews mit Hinterbliebenen (n = 30), Patient:innen und pflegenden Angehörigen (n = 22) durchgeführt. Ausgehend von den wahrgenommenen Belastungssituationen, die sich für Schwerstkranke und Angehörige ergeben, wurden verschiedene Bedürfniskonstellationen beschrieben. In allen vier Dimensionen sozialer Unterstützung wurden Bedürfnisse genannt. Die größte Dimension, in der Bedürfnisse kommuniziert wurden, war die informative Unterstützung, gefolgt von der instrumentellen, der emotionalen und der so genannten „Bewertungs“-Unterstützung [3]. Das Erkennen und Kommunizieren eigener Bedürfnisse wurde auch als Grund für die Nichtnutzung von Angeboten genannt. Die Befragten gaben an, dass eine Person fehlt, die über Unterstützungsangebote informiert, emotional auffängt und leicht erreichbar ist – ein sogenannter "Buddy".

**Schlussfolgerung** Unzureichende Kenntnisse über die verfügbaren Versorgungsangebote beeinträchtigen die vielfältigen Bedürfnisse der Betroffenen und erhöhen die Wahrscheinlichkeit, im Krankenhaus zu versterben [1]. Die Einführung eines "Buddy"-Systems hat sich als eine Möglichkeit erwiesen, bestehende Strukturen zu verknüpfen und den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht zu werden [2]. Das Buddy-System bringt Schwerstkranke mit geschulten "Buddies" zusammen, die soziale und emotionale Unterstützung, Begleitung und praktische Hilfe leisten (buddy-koeln.de). Auch die Entwicklung kommunaler Kapazitäten im Form einer Caring Community, wie es sie in Köln gibt, stellt ein neues Unterstützungssystem dar und beginnt bei den Bürger:innen, die ihre Gemeinschaft positiv verändern wollen. Sie werden befähigt, indem sie sich das Wissen, die Fähigkeiten und Ressourcen aneignen, die sie brauchen, um Schwerstkranke und ihre Familien zu unterstützen.

### Literatur

- [1] Kasdorf A., Voltz R., Strupp J Dying at home: What is needed? Findings from a nationwide retrospective cross-sectional online survey of bereaved people in Germany. *Palliative and Supportive Care*. 2024; (accepted)  
 [2] Kasdorf A., Voltz R., Strupp J The Buddy intervention: designing an additional support system for the last year of life. *Qualitative insights from triangulated interviews and focus group discussions*. *J Public Health (Berl.)*. 2023;  
 [3] Strupp J, Kasdorf A, Karnebogen J, Voltz R What keeps the family caregiver motivated to care for their dying relative at home? A brief report of a qualitative interview study. *Palliative Medicine Reports*. 2024; (accepted)

## P312 Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken (FVET) bei Nicht-Palliativpatient:innen als Herausforderung in Netzwerken der Hospiz- und Palliativversorgung

**Autorinnen/Autoren** Gasper A<sup>1</sup>, von Schmude A<sup>1</sup>, Kern M<sup>2</sup>, Radbruch L<sup>3</sup>  
**Institute** 1 Netzwerke Hospiz- und Palliativversorgung Bonn/Rhein-Sieg, Bonn; 2 ALPHA Rheinland, Bonn; 3 Klinik für Palliativmedizin Universitätsklinikum Bonn, Bonn  
 DOI 10.1055/s-0044-1788444

**Hintergrund** Im Kontext und möglicherweise als Folge des schwebenden Gesetzesverfahrens zu den Umsetzungsregelungen bei Assistiertem Suizid steigt die Zahl von Anfragen zum Freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken (FVET) als Alternative zu einem Assistierten Suizid. Zunehmend sehen sich die Leistungserbringer der Hospiz- und Palliativversorgung damit konfrontiert, dass Menschen diese Möglichkeit nutzen möchten und sich dazu eine professionelle Begleitung wünschen. Besteht in der Regel Einigkeit unter den Kooperationspartnern in einem Netzwerk der Hospiz- und Palliativversorgung darüber, dass Patient:innen in palliativen Situationen auch nach der Entscheidung für FVET professionelle Begleitung erhalten, stellt sich das für Menschen ohne lebenslimitierende Erkrankung nicht eindeutig dar. Nach der Handreichung der DGP sollte FVET nicht ohne eine qualifizierte Begleitung erfolgen. Sowohl die einzelnen Berufsgruppen wie auch die regionalen Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung sind angefragt, einen Standpunkt zum Umgang mit diesen Anfragen zu finden.

**Methode** In einem regional agierenden Netz der Hospiz- und Palliativversorgung greift das leitende Gremium – hier: die Steuerungsgruppe – das Thema

FVET bei Nicht-Palliativpatient:innen auf. Moderiert durch die Netzwerkkoordination finden zunächst nach Dienst- bzw. Einrichtungsart getrennte Diskussionsrunden statt, die dem Meinungs austausch und der Sondierung dienen. Aus jeder dieser Runden werden Meinungen und Standpunkte gesammelt und zusammengeführt. Steuerungsgruppe und Netzwerkkoordination erarbeiten den Entwurf einer Stellungnahme. Im Rahmen eines Fachtages für alle Kooperationspartner im Netzwerk wird der Entwurf vorgestellt, diskutiert und im Anschluss zur Konsentierung gebracht.

**Ergebnisse** Das regionale Netzwerk verfügt über ein konsentiertes Positionspapier mit Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Anfragen zu FVET – sowohl von Palliativpatient:innen als auch von Menschen ohne eine solche Indikation. Nachdem zunächst die einzelnen Dienste und Einrichtungen jeweils gemeinsam einen Findungsprozess vollzogen haben, konnte dieser auf der übergeordneten Ebene des gesamten Netzwerkes erfolgen. Alle Beteiligten können nun zeitnah und mit dem Rückhalt von Positionspapier und Handlungsempfehlungen auf Anfragen nach FVET reagieren.

**Schlussfolgerung** Wie in anderen Fragestellungen erweist sich auch hier, dass die Findung von Standpunkten und Erarbeitung von Handlungsempfehlungen nur in Gemeinschaft mit allen an der Versorgung und Begleitung Beteiligten sinnvoll ist. Regionale Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung bergen das Potenzial, für herausfordernde Fragestellungen in einem zeitlich überschaubaren Rahmen verlässliche Antworten zu finden.

### P317 Bedeutung der Struktur eines Netzwerkes der Hospiz- und Palliativversorgung für den Umgang mit herausfordernden Situationen

**Autorinnen/Autoren** Gasper A<sup>1</sup>, von Schmude A<sup>1</sup>, Kern M<sup>2</sup>, Radbruch L<sup>3</sup>

**Institute** 1 Netzwerke Hospiz- und Palliativversorgung Bonn/Rhein-Sieg, Bonn; 2 ALPHA Rheinland, Bonn; 3 Klinik für Palliativmedizin Universitätsklinikum Bonn, Bonn

**DOI** 10.1055/s-0044-1788445

**Hintergrund** Regionale Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland unterscheiden sich u.a. hinsichtlich ihrer Größe, ihrer Strukturen, ihrer Arbeitsweise und ihrer Kultur. Sich etablierende Netzwerke haben nicht nur Kooperationspartner zu gewinnen, sondern auch Integrationprozesse mit bereits bestehenden Strukturen zu bearbeiten. Prüfsteine gelingender Zusammenarbeit in einem Netzwerk sind z.B. der Umgang mit ethisch umstrittenen Themen. Tiefe und Reifegrad von Netzwerken werden besonders in Abstimmungsprozessen sichtbar.

**Methode** Im Hospiz- und Palliativnetzwerk Bonn/Rhein-Sieg-Kreis wurde zunächst ein Organigramm erstellt, an dem alle Kooperationspartner in einem mehrstufigen und parallel geführten Prozess beteiligt waren. In diesem werden Rollen und Verantwortlichkeiten z.B. Sicherstellung von Neutralität, Mandate und Weisungsbefugnis sichtbar. Als Strukturelemente wurden eine Steuerungsgruppe sowie Arbeitsgruppen (AG) etabliert. Der zuvor bestehende informelle Zusammenschluss von ambulanten Hospizdiensten wurde zu einer von fünf AG im Netzwerk. In der Steuerungsgruppe, die u.a. aus jeweils einem Mitglied der AGs besteht, wurde eine Kooperationsvereinbarung formuliert. Darin werden u.a. Gremien und Aufgaben beschrieben und Prozesse für den Umgang mit Konflikten und ethischen Dilemmata festgelegt. Aktuell wird aufgrund stark zunehmender Anfragen zur Begleitung von Menschen, die einen freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken (FVET) durchführen wollen, ein gemeinsames Positionspapier erarbeitet. Methodisch geführt wird dieser Prozess durch institutionsspezifische Diskussionsrunden, einen Fachtage für alle Kooperationspartner des Netzwerkes und die abschließende Konsentierung eines gemeinsamen Papiers.

**Ergebnisse** Der Abstimmungsprozess zu Anfragen von Begleitungen im Kontext von FVET konnte bis hin zu einem Positionspapier erfolgen, das alle Kooperationspartner im Netzwerk mittragen. Möglich war dies, da zuvor Struktur,

Regeln und Konfliktmanagementinstrumente etabliert wurden und bereits zuvor bestehende Strukturen in das Netzwerk integriert werden konnten. Der gelungene Abstimmungsprozess zu FVET stärkt die Identifikation aller mit dem Netzwerk. Zugleich entlastet das Positionspapier die einzelnen Dienste und Einrichtungen in der Entscheidungsfindung zum Umgang mit Anfragen nach Begleitung von FVET – vor allem bei Menschen ohne lebenslimitierende Erkrankung – im konkreten Fall.

**Schlussfolgerung** Gemeinsame Positionen innerhalb eines Netzwerkes der Hospiz- und Palliativversorgung können tragfähig nur erarbeitet werden, wenn zuvor Strukturen und Regeln festgeschrieben wurden. Gemeinsame Abstimmungsprozesse stärken die Identifikation innerhalb eines Netzwerkes.

### P319 Lots:innen bleiben an Bord – Gelingende Versorgung von ALS-Patient:innen durch sektorenübergreifendes und interdisziplinäres Schnittstellenmanagement

**Autorinnen/Autoren** Gasper A<sup>1</sup>, Bensen S<sup>2</sup>, Weydt P<sup>2</sup>, Radbruch L<sup>3</sup>

**Institute** 1 Netzwerke Hospiz- und Palliativversorgung Bonn/Rhein-Sieg, Bonn; 2 Motoneuron- und ALS-Ambulanz Universitätsklinikum Bonn, Bonn; 3 Klinik für Palliativmedizin Universitätsklinikum Bonn, Bonn

**DOI** 10.1055/s-0044-1788446

**Hintergrund** Die Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) ist eine neurodegenerative Erkrankung, die durch den rasch progredienten Verlust der Willkürmotorik mit den damit einhergehenden körperlichen Einschränkungen die Patient:innen und Angehörigen vor vielfältige und meist zeitkritische Entscheidungen und Aufgaben stellt. Beim Management der alltäglichen Versorgung stellt die zunehmende Differenziertheit der Angebotsstrukturen im Sozial- und Gesundheitssystem die Betroffenen und ihre Angehörige oftmals vor unüberwindbare Hürden. Mit der Etablierung von Lots:innen soll eine Schnittstelle zwischen den medizinischen Aspekten der Versorgung und den Bedürfnissen und Anforderungen des/der einzelnen Patient:innen und Angehörigen hergestellt werden. Dies ermöglicht bedarfsgerechte und symptom-spezifische Unterstützung und Beratung.

**Methode** In einer Spezialambulanz erfolgt frühzeitig nach Diagnosestellung eine persönliche Beratung zu pflege- und sozialrechtlichen Fragen, Hilfsmittelversorgung und Wohnraumanpassung, vorausschauender Versorgungsplanung sowie zur Einbindung von hospizlichen und palliativen Angeboten. Flankierend kommen Online-Videokontakte, E-Mail- und Telefonkontakten hinzu – im Sinne eines *people processing service* und zur Evaluierung eingeleiteter Maßnahmen. ALS-Lots:innen fungieren auch als Ansprechpartner:innen für externe Behandler- und Versorger:innen. Das Konzept folgt den Ergebnissen eines Modellprojektes des Landes Nordrhein-Westfalen (G. Ates, A. Gasper, B. Jaspers, Modellprojekt zur Entwicklung eines Konzeptes zur Palliativversorgung von Patient:innen mit Amyotropher Lateralsklerose (ALS), 2019, [https://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2020/10/a\\_abschlussbericht-als-150819-final.pdf](https://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2020/10/a_abschlussbericht-als-150819-final.pdf)).

**Ergebnisse** Die ALS-Lotsenfunktion wird mit ihrem speziellen Beratungsangebot als wirksam von Patient:innen, Angehörigen und Behandler:innen wahrgenommen. Durch vorausschauende Planung und eine begleitende Betreuung kann der Einsatz von ALS-Lots:innen den Umgang mit der Erkrankung erleichtern und Versorgungsdiskontinuitäten bzw. -lücken reduzieren.

**Schlussfolgerung** Der Aufbau eines Netzes regional arbeitender ALS-Lots:innen kann zu einer deutlichen Versorgungsverbesserung dieser Patient:innengruppe beitragen. Das Modell kann auf andere Erkrankungsarten übertragen werden.

## Versorgungsqualität, Fehlerkultur und Outcome-Parameter

### V108 Medizin auf Cannabisbasis verlängert die Überlebenszeit bei palliativen Krebspatienten: Eine retrospektive multizentrische Kohortenstudie mit 11883 Patienten aus der ambulanten speziellen Palliativversorgung

**Autorinnen/Autoren** Gastmeier K<sup>1</sup>, Gastmeier A<sup>2</sup>, Schwab F<sup>3</sup>, Herdegen T<sup>4</sup>

**Institute** 1 Praxis für spezielle ambulante Palliativmedizin, Potsdam;

2 Facharztpraxis für Innere Medizin und Lungenheilkunde, Kleinmachnow;

3 Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité Universitätsmedizin

Berlin, Berlin; 4 Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Kiel

DOI 10.1055/s-0044-1788447

**Hintergrund** Cannabisbasierte Medizin (CBM) wird häufig ambulanten Palliativpatienten verschrieben, um die Schlafqualität und den Appetit zu verbessern und Angstzustände, Stress und Schmerzen zu reduzieren. Es ist jedoch nicht bekannt, ob CBM auch einen Einfluss auf die Mortalität dieser Patienten hat.

**Methode** Für diese Analyse wurden Daten aus der palliativen Behandlungsdokumentation von 5 ambulanten Palliativteams in Brandenburg verwendet. Die Überlebenszeit wurde für 3 Patientengruppen berechnet: 1) Ohne CBM; 2) mit Tetrahydrocannabinol (THC) in einer niedrigen Dosierung (<4,7 mg pro Tag) und 3) THC in höheren Dosen (>4,7 mg pro Tag). Die Analyse wurde für zwei Patientenkohorten durchgeführt: 1) alle Patienten mit einer Überlebenszeit von mindestens 7 Tagen nach Einschluss in die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) und 2) eine Untergruppe von Patienten mit einer Überlebenszeit zwischen 7 und 100 Tagen. Es wurden Kaplan-Meier-Kurven erstellt und eine multivariate Analyse durchgeführt, um den Einfluss von CBM auf die Mortalität zu untersuchen.

**Ergebnisse** Von den insgesamt 11883 wurden 9419 Patienten mit einer Überlebenszeit von mindestens 7 Tagen nach Einschluss in die SAPV in die Analyse eingeschlossen (Kohorte 1) und 7085 von ihnen hatten eine Überlebenszeit zwischen 7 und 100 Tagen (Kohorte 2). In beiden Kohorten wurde die Überlebenszeit durch CBM signifikant verlängert, aber nur, wenn die tägliche THC-Dosis über dem Median von 4,7 mg lag. Die Überlebenszeit war in Kohorte 2 um 15 Tage länger (40 vs. 25 Tage), wenn mindestens 4,7 mg THC pro Tag verschrieben wurden.

**Schlussfolgerung** CBM hat einen signifikanten Einfluss auf das Überleben von ambulanten Palliativpatienten. Wir empfehlen die rechtzeitige Verwendung von CBM mit einer THC-Dosierung von >4,7 mg/d.

### P116 Welche Unterstützung braucht es, damit ein Sterben zu Hause ermöglicht werden kann? Ergebnisse einer bundesweiten retrospektiven Online-Panel-Befragung von hinterbliebenen Nahestehenden

**Autorinnen/Autoren** Strupp J, Kasdorf A, Voltz R

**Institut** Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin, Köln

DOI 10.1055/s-0044-1788448

**Hintergrund** Laut der Studie „Das letzte Lebensjahr in Köln“ [1] wollten 68 % der Patient:innen mit einer schweren und unheilbaren Krankheit zu Hause sterben, aber 42 % starben im Krankenhaus. Nur jeder Fünfte starb zu Hause. Auch wenn sich die meisten Menschen wünschen, zu Hause versorgt zu werden und zu sterben, zeigt die Realität, dass dies nicht immer möglich ist. Es werden evidenzbasierte Empfehlungen benötigt, wie Familien am besten unterstützt werden können, damit Menschen zu Hause sterben können, wenn dies ihr bevorzugter Sterbeort ist.

**Methode** Bundesweite retrospektive quantitative Online-Querschnittbefragung pflegender Nahestehender mittels Panel. Der Survey bestand aus drei Teilen: i) Items, die aus qualitativen Daten generiert wurden [2], ii) einer deutschen Version des Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) [3] und iii) soziodemographischen und Patientenmerkmalen. Insgesamt wurden 80 Items verwendet, um den Unterstützungsbedarf in Bezug auf häusliche Pflege, Finanzen, Alltag, Arbeit und weitere Aspekte zu erfassen. Die Rekrutierung erfolgte über i) ein Panel, ii) Netzwerke und Online-Anzeigen. Alle Datenanalysen wurden mit SPSS 28 durchgeführt. Kontinuierliche Variablen wurden mit dem unabhängigen t-Test und kategoriale Variablen mit dem  $\chi^2$ -Test verglichen.

**Ergebnisse** Die Bedürfnisse von 320 Angehörigen von Patient:innen, die zu Hause sterben wollten, wurden untersucht. Davon starben 198 Patient:innen zu Hause und 122 nicht, obwohl es gewünscht war. In den letzten drei Lebensmonaten benötigten die Angehörigen Unterstützung bei der Versorgung außerhalb der Praxiszeiten ( $p < 0,001$ ), bei der Finanzierung der Pflege ( $p = 0,012$ ), bei der Vorbereitung und Organisation der häuslichen Versorgung (beide  $p < 0,001$ ), bei der Kommunikation mit dem/der Patienten/Patientin und dem medizinischen Personal ( $p = 0,012$  bzw.  $p = 0,009$ ) sowie bei der Schmerzbehandlung ( $p < 0,001$ ). Angehörige, deren Nahestehende nicht zu Hause verstorben sind, hatten einen höheren Bedarf.

**Schlussfolgerung** Das Sterben zu Hause beginnt lange vor dem Sterbeprozess mit der Einleitung und Vorbereitung der häuslichen Versorgung. Um die Chancen für ein Sterben zu Hause zu maximieren und die Belastung der Pflegenden und die Symptome zu minimieren, sind frühzeitige Versorgungspläne für die häusliche Versorgung erforderlich, die eine kontinuierliche Neubewertung und Erfassung der Wünsche der Patient:innen und der Versorgungsmöglichkeiten durch die Familie beinhalten, z.B. durch einen Buddy [2].

#### Literatur

[1] Voltz R, Dust G, Schippel N, Hamacher S, Payne S, Scholten N, Pfaff H, Rietz C, Strupp J Improving regional care in the last year of life by setting up a pragmatic evidence-based Plan-Do-Study-Act cycle: results from a cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2020;

[2] Kasdorf A, Voltz R, Strupp J The Buddy intervention: designing an additional support system for the last year of life. Qualitative insights from triangulated interviews and focus group discussions. *J Public Health*. 2023;

[3] Kreyer C, Bükki J, Pleschberger S Development of a German version of the Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT). *Palliat Support Care*. 2020;

### P124 Abhängigkeitsproblematik bei palliativ betreuten Patienten – eine deutschlandweite Erhebung über Substanzabusus in der Palliativversorgung

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

**Institute** 1 Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg,

Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie, Marburg; 2 Universitätsklinikum

Gießen und Marburg, Standort Marburg, Klinik für Dermatologie und

Allergologie, Hauttumorzentrum, Marburg; 3 Philipps-Universität Marburg,

Dekanat Humanmedizin, AG Ethik in der Medizin, Marburg

DOI 10.1055/s-0044-1788449

**Hintergrund** In der Palliativmedizin steht die Symptomkontrolle und damit Verbesserung der Lebensqualität der Patienten im Vordergrund. Um dies zu erreichen, werden oftmals Medikamente eingesetzt, die ein Suchtpotential besitzen. Aufgrund diverser Fallberichte über eine durch palliativmedizinische Behandlung hergeführte Abhängigkeit, soll diese Studie darstellen, inwieweit Behandler das Problem der Abhängigkeit bei palliativen Patienten einschätzen.

**Methode** Es wurde ein 23 Fragen umfassender Fragebogen erstellt und an alle auf der Webseite der deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin aufgelisteten Palliativstationen ( $n = 334$ ) und SAPV-Dienste ( $n = 366$ ) verschickt. Die Antworten wurden deskriptiv ausgewertet.

**Ergebnisse** Insgesamt sind 116 Antworten von Palliativstationen (34,7 %) und 129 Antworten von SAPV-Diensten (35,2 %) in die Auswertung eingegangen.

Die Hälfte der Teilnehmer von Palliativstationen und SAPV-Diensten gibt an, dass schätzungsweise 1-5% ihrer Patienten an einer Medikamentenabhängigkeit leiden. Der Großteil der Befragten (Palliativstationen 72,4%, SAPV 65,9%) schätzt, dass 1-5% ihrer Patienten Drogen konsumieren. 62,9% der Palliativstationen und 69,8% der SAPV-Dienste screenen ihre Patienten nicht regelhaft auf das Vorliegen einer Suchterkrankung. Demgegenüber untersuchen nur 0,9% der Palliativstationen und 3,1% der SAPV-Dienste regelmäßig auf eine Suchterkrankung. Bei Vorliegen einer Suchtproblematik führen 55,2% der Palliativstationen und 65,9% der SAPV-Dienste keine Maßnahmen durch. Der Großteil der Befragten bezeichnet die eigene Einstellung zur Verordnung von Medikamenten mit einem Abhängigkeitspotential als liberal (Palliativstationen 71,6%, SAPV-Dienste 70,5%) bis sehr liberal (Palliativstation 12,9%, SAPV-Dienste 13,2%). 78,4% der Befragten von Palliativstationen und 85% aus der SAPV geben an, dass sie das Suchtpotential eines Medikaments wenig bis sehr wenig bei der Verschreibung beeinflusst. Mehr Fortbildungsangebote zum Thema Sucht in der Palliativmedizin wünschen sich 67,2% Teilnehmende der Palliativstationen und 62,0% aus der SAPV.

**Schlussfolgerung** Laut den vorliegenden Daten wird die Abhängigkeit von Substanzen oder Medikamenten nicht als Problem in der Palliativmedizin gesehen. Hier ist jedoch einzuschränken, dass fast keine Palliativstation oder SAPV Patienten auf das Vorliegen einer Abhängigkeit screenen. Hier sollte in der Zukunft weitere Forschung betrieben werden um verlässliche Zahlen zum Vorliegen von Suchterkrankungen in der Palliativversorgung zu generieren. Durch neue Therapien können Patienten deutlich länger leben und werden eher "chronisch palliativ". Deshalb gilt es Patienten mit einem Risiko für Suchterkrankungen vor iatrogen induziertem Substanzmissbrauch zu schützen.

## P130 Die Grundlage sinnhaften Sterbehandelns aufgrund unseres Sprachgebrauchs

Autor Thönnnes M

Institut Universität Zürich/Fachhochschule Münster, Kommunikationswissenschaften/Gesundheit, Egg bei Zürich

DOI 10.1055/s-0044-1788450

**Hintergrund** Wir sind es in der Arbeit im pflegerisch-medizinischen Kontext gewohnt, dass sich in standardisierten Prozessen allen Akteur:innen einfach und unmissverständlich erschließt, um was es geht, wenn die Arbeit organisiert und über hilfreiche und sinnvolle Maßnahmen entschieden wird. Daran knüpft der Vortrag mit der Frage an, ob für die Hospiz- und Palliativversorgung die Einigung auf klar verständliche Begriffe im Kontext von Sterben, Tod und Trauer notwendig oder gegeben ist.

**Methode** Der Vortrag präsentiert Studienergebnisse zur Begriffsbestimmung von Sterbebegleitung in Deutschland (2021-2023). Unter Anwendung qualitativer Sozialforschungsmethoden wurde eine Analyse im Weiterbildungssektor durchgeführt, die klärt, wie der Begriff Sterbebegleitung im pflegerisch-medizinischen Kontext Sterbender verwendet wird.

**Ergebnisse** Es zeigt sich, wie vielfältig das Verständnis von Sterbebegleitung im Arbeits- und Berufskontext von Sterbenden ist und wie die damit verbundenen Handlungen einzuordnen sind. Das Verständnis von Sterbebegleitung ist innerhalb und zwischen den Berufsgruppen der Pflege, Medizin, Sozialarbeit oder Seelsorge nicht festgeschrieben und nicht einheitlich.

**Schlussfolgerung** Der Vortrag zielt darauf ab, dass eine zukünftige gemeinsame Einigung auf einen Sprachgebrauch unter haupt- und nebenberuflichen Sterbebegleiter:innen Grundlage für Selbstfürsorge, gegenseitige Wertschätzung und interprofessionelle Zusammenarbeit sein kann. Dies wird erreicht, wenn der bisher in unterschiedlicher oder konkurrierender Bedeutung verwendete Begriff der Sterbebegleitung durch eine begrifflich präzise und terminologisch eindeutige Formulierung eine sachliche und unmissverständliche Auseinandersetzung mit Sterbebegleitung einleitet.

## P131 Trauerbegleitung – Was verstehen Fachkräfte in der Schweiz und in Deutschland darunter?

Autorinnen/Autoren Thönnnes M<sup>1</sup>, Müller H<sup>2</sup>

Institute 1 Universität Zürich/Fachhochschule Münster, Kommunikationswissenschaften/Gesundheit, Egg bei Zürich;

2 Trauerzentrum Frankfurt, Frankfurt

DOI 10.1055/s-0044-1788451

**Hintergrund** Trauerbegleitung ist im deutschsprachigen Raum Bestandteil der hospizlichen und palliativen Versorgung. In beiden Ländern ist das Angebot für Trauernde in den letzten Jahren stets erweitert worden und nimmt das Angebot von Fachkräften in diesem Versorgungsbereich stetig zu. Der Vortrag stellt Ergebnisse einer Studie vor, was Fachkräfte im deutschsprachigen Raum unter Trauerbegleitung verstehen. Welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten in der Trauerbegleitung lassen sich aus den offenen Antworten der Befragten herleiten?

**Methode** In einer Studie im Mixed-Methods-Design wurden Fachkräfte aus Deutschland, Österreich und der Schweiz danach befragt, was sie unter Trauerbegleitung verstehen.

**Ergebnisse** 2.050 Personen haben an der teilstandardisierten Online-Befragung Winter 2023 teilgenommen. Dieser Vortrag stellt erste Ergebnisse vor und konzentriert sich dabei auf den Vergleich zwischen Fachkräften aus der Schweiz und aus Deutschland.

**Schlussfolgerung** Einblicke darin, was schweizerische und deutsche Fachkräfte unter Trauerbegleitung verstehen, kann dazu beitragen, das Verständnis unter Fachkräften zu erhöhen und die grenzübergreifende Versorgung Trauernder im deutschsprachigen Raum weiterzuentwickeln und Angebote zu verbessern.

## P143 Sinnvoll oder sinnlos? Die Reanimation von hochbetagten Patienten – eine retrospektive Analyse

Autorinnen/Autoren Heuser N<sup>1</sup>, Rupp D<sup>2</sup>, Glass S<sup>3</sup>, Sassen M C<sup>3,4</sup>, Morin A<sup>1</sup>, Volberg C<sup>1,5</sup>

Institute 1 Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg, Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie, Marburg; 2 DRK Rettungsdienst Mittelhessen gGmbH, Gießen; 3 DGD Diakonie-Krankenhaus Wehrda, Akut- und Notfallmedizin, Marburg; 4 Landkreis Marburg-Biedenkopf, Fachbereich Gefahrenabwehr, Marburg; 5 Philipps-Universität Marburg, Dekanat Humanmedizin, AG Ethik in der Medizin, Marburg

DOI 10.1055/s-0044-1788452

**Hintergrund** Die Reanimation beim außerklinischen Herzstillstand (OHCA) ist ein in der Notfallmedizin stark beforschtes Einsatzbild. Durch feste Algorithmen und intensives Training können Überlebensraten bis zu 11% erreicht werden [1]. Es kommt jedoch immer mehr zu einer Verschiebung der Alterskurve hin zu hochbetagten Menschen, sodass auch die Versorgung dieses alternden Patientenkontexts zunehmend Relevanz im Notarztdienst hat [2]. Auch der Anteil hochbetagter Patienten (>80 Jahre), welche außerklinisch reanimiert werden nimmt immer weiter zu, wobei sich die Frage der Sinnhaftigkeit aufdrängt. So waren im Jahr 2022 mehr als 34% der in Deutschland reanimierten Personen älter als 80 Jahre [1]. Dies ist insofern interessant, da ein hohes Alter, sowie Gebrechlichkeit und Komorbidität als schlechte Prädiktoren für das Outcome einer Reanimation gelten [3, 4]. In diesem Zusammenhang gibt es auch ethische Empfehlungen der Fachgesellschaften, die Vorgaben machen, ab wann eine Reanimation als aussichtslos betrachtet werden kann und dann auch abgebrochen werden sollte [5]. Inwieweit diese Empfehlungen jedoch Anwendung finden, ist unklar.

**Methode** Retrospektive Auswertung von außerklinischen Reanimationen bei Patienten ≥ 80 Jahre des Zeitraums 01.01.2014 – 31.12.2022.

**Ergebnisse** Insgesamt wurden 578 Datensätze ausgewertet. Ein ROSC konnte bei 26% (n = 148) erzielt werden, jedoch überlebten nur 6,1% (n = 35) der Patienten. Die Reanimationsdauer betrug im Median 17 Minuten (IQR: 18 Minuten). Je älter die Patienten waren, desto schlechter war das Überleben (p = 0,05) und

umso kürzer war die Reanimation bis zur Beendigung ( $p < 0,001$ ). Ebenfalls war die Reanimation bei schlechterem ASA-Status signifikant kürzer bis zum Abbruch ( $p < 0,001$ ). Assistenzärzte reanimierten signifikant länger als Fachärzte ( $p = 0,02$ ), während es zwischen verschiedenen Fachrichtungen keinen Unterschied gab ( $p = 0,09$ ). Bei den überlebenden Patienten zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen kurzer Reanimationsdauer und gutem CPC-Wert (Median: CPC1/2 = 5 Min. vs. CPC 3/4 = 18 Min.;  $p = 0,01$ ).

**Schlussfolgerung** Ein höheres Lebensalter sowie ein schlechterer Gesundheitsstatus sind beim OHCA mit einer schlechteren Prognose vergesellschaftet. Dies deckt sich mit Ergebnissen anderer Arbeiten [3, 4]. Wir können darstellen, dass eine kurze Reanimationszeit mit einem besseren CPC-Wert einhergeht. Bei der Reanimation hochbetagter Patienten sollte deshalb noch stärker darauf geachtet werden, dass reversible Ursachen schnell behoben werden, um einen ROSC und ein gutes Outcome zu erzielen. Reanimationen von mehr als 20 Minuten sollten analog den ToR-Kriterien [3] auf jeden Fall vermieden werden, um dem Patienten entsprechend der ethischen Grundprinzipien nicht zu schaden und, bei nur minimaler Chance auf Überleben, den Sterbeprozess nicht unnötig in die Länge zu ziehen.

#### Literatur

- [1] Fischer M., Wnent J., Gräsner J.-T., Seewald S., Brenner S., Bein B., Ristau P., Bohn A. & die teilnehmenden Rettungsdienste im Deutschen Reanimationsregister, (2023), Öffentlicher Jahresbericht 2022 des Deutschen Reanimationsregisters: Außerklinische Reanimation 2022 [Internet]., Verfügbar unter: [www.reanimationsregister.de/berichte.html](http://www.reanimationsregister.de/berichte.html)
- [2] Roessler M, Eulitz N Palliativmedizin im Notarzdienst. Anaesthesist, Mai 2018; 67 ((5):) 366–74
- [3] Goto Y, Funada A, Maeda T, Okada H, Goto Y Field termination-of-resuscitation rule for refractory out-of-hospital cardiac arrests in Japan. J Cardiol, März 2019; 73 (3): 240–6
- [4] Smith RJ, Reid DA, Santamaria JD Frailty is associated with reduced prospect of discharge home after in-hospital cardiac arrest. Intern Med J 2019; 49 (8): 978–85
- [5] Morrison LJ, Kierzek G, Diekema DS, Sayre MR, Silvers SM, Idris AH u. a. , (2010), Part 3: Ethics: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care., Circulation. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.110.970905

## P153 Die Implementierung von Leitlinien in der palliativmedizinischen Versorgung – Ergebnisse eines Scoping Reviews

**Autorinnen/Autoren** Ernst A, Schade F, Stiel S, Herbst F, van Baal K  
**Institut** Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin, Hannover  
 DOI 10.1055/s-0044-1788453

**Hintergrund** Medizinische Leitlinien wie die S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patient\*innen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung stellen ein wichtiges Instrument zur Qualitätssicherung der Versorgung dar. Bisher ist unklar, inwieweit Leitlinien bei der palliativmedizinischen Versorgung von Patient\*innen praktisch umgesetzt werden. Ziel ist es, einen Überblick über die Erkenntnisse zur Implementierung von Leitlinien in der palliativmedizinischen Versorgung zu gewinnen.

**Method** Als Teil des Projektes Quincie (Förderung: Deutsche Krebshilfe; Fördernummer 70115061; Laufzeit 02/2023-07/2025) wird ein Scoping Review durchgeführt. Das Review folgt der fünfstufigen Methode von Arksey und O'Malley (2005). Die Literatursuche erfolgt in den Datenbanken CINAHL, LIVIO, PubMed und Web of Science Core Collection. Titel und Abstracts werden anhand vorab formulierter Ein- und Ausschlusskriterien mithilfe von EndNote und rayyan von zwei Autorinnen unabhängig voneinander bewertet. Eingeschlossen werden englisch- und deutschsprachige Arbeiten ohne Begrenzung des Zeitraums oder der Publikationsart. Ausgeschlossen werden Arbeiten ohne inhaltlichen Schwerpunkt in der Palliativmedizin, ohne Bezug zu Leitlinien bzw. zu

Qualitätsindikatoren der Versorgung sowie ohne Betrachtung der Implementierung von Leitlinien. Potentiell passende Volltexte werden anschließend ebenfalls hinsichtlich derselben Kriterien beurteilt. Eingeschlossene Volltexte werden deskriptiv ausgewertet und inhaltliche Schwerpunkte herausgearbeitet.

**Ergebnisse** Die systematische Literaturrecherche am 04.01.2024 ergab 2085 Treffer, davon 766 in PubMed, 890 im Web of Science Core Collection, 379 in CINAHL und 51 in LIVIO. Nach Ausschluss von Duplikaten verblieben 1252 Treffer. Im Zuge des Titel- und Abstractscreenings wurden insgesamt 1143 Treffer ausgeschlossen und 109 Abstracts in das Volltextscreening inkludiert, davon 102 englisch- und 7 deutschsprachig.

**Schlussfolgerung** Die entwickelte Suchstrategie hat sich als erfolgreich herausgestellt, da relevante Treffer für die Volltextprüfung identifiziert werden konnten. Die Auswertung dauert aktuell an und wird voraussichtlich wichtige Erkenntnisse zu förderlichen und hinderlichen Faktoren der Leitlinienimplementierung in der Palliativmedizin bereitstellen.

## P172 Praxisprojekt zur Implementierung der Richmond Agitation Sedation Skala in der Palliativversion (RASS-PAL) auf der Palliativstation des Klinikums Stuttgart

**Autorinnen/Autoren** Jenner N<sup>1</sup>, Régincos P<sup>2</sup>, Lang O<sup>3</sup>, Illerhaus G<sup>2</sup>, Schäfer J<sup>4</sup>

**Institute** 1 Klinikum Stuttgart, Palliativstation, Stuttgart; 2 Klinikum Stuttgart, Klinik für Hämatologie, Onkologie, Stammzelltransplantation und Palliativmedizin, Stuttgart; 3 Klinikum Stuttgart, Zentrum für Innere Medizin, Stuttgart; 4 Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Freiburg  
 DOI 10.1055/s-0044-1788454

**Hintergrund** Die Richmond Agitation Sedation Skala in der Palliativversion (RASS-PAL) wird bei gezielter Sedierung angewendet, um die Sedierungstiefe zu überwachen und dient der Umsetzung des Prinzips der Proportionalität. Die Einführung neuer Assessmentinstrumente bedeutet einen Veränderungsprozess für Pflegenden und bedarf effektiver Implementierungsstrategien für eine nachhaltige Umsetzung. Im Rahmen eines studentischen pflegewissenschaftlichen Praxisprojekts sollte die RASS-PAL auf der Palliativstation des Klinikums Stuttgart implementiert werden.

**Method** Das Projekt fand vom 28.2.-24.7.2023 statt und orientierte sich methodisch am integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services (i-PARIHS) Framework. Ausgehend von den Ergebnissen der Nutzen/Risiken-Analyse lag der Fokus der Facilitation auf den Pflegenden als Anwender:innen der RASS-PAL. Ziel war es, Motivation und Bereitschaft zur Veränderung zu fördern und Partizipation zu ermöglichen. Der Implementierung vorgeschaltet dienten 4 Fortbildungen der Reflexion der aktuellen Praxis, Einbeziehung in Entscheidungen, Auseinandersetzung mit Nutzen/Schaden einer Sedierung und Relevanz der Überwachung. Ergänzend wurden die Inhalte als One-Minute-Wonder (OMW) Poster 2-3 Wochen auf der Station ausgehängt. Zur Implementierung wurde eine Kombination aus 4 Schulungen in Kleingruppen und Bereitstellung von Informationsmaterial in Form von OMW und Kitteltaschenkarten zur RASS-PAL gewählt. Als Ziel wurde eine Schulungsquote von 70% angestrebt. Die Wirksamkeit der Implementierungsstrategien wurde mittels Dokumentationsanalyse im Zeitraum 1.6.-24.7.2023 evaluiert.

**Ergebnisse** Die Schulungen fanden zwischen 1.6.-4.7.2023 statt und lagen teilweise im Evaluationszeitraum. Eine Schulungsquote von 72% (18/25 Pflegenden) wurde erreicht. Die Dokumentationsanalyse bezog sich auf 5 Fälle mit gezielter Sedierung und einer Gesamtdauer von 340 Stunden (Range 2-176 Stunden). Insgesamt wurde die Dokumentation von 18 Pflegenden in 47 Diensten ausgewertet. In 37/47 (79%) Diensten war eine Einschätzung der RASS-PAL dokumentiert, wobei der Grad der Umsetzung nach Abschluss der Schulungen zunahm. Im Juni war bei 2 Fällen in 8/17 (47%) Diensten die RASS-PAL doku-

mentiert, wobei 7/12 (58 %) der involvierten Pflegenden geschult waren. In 3 Fällen nach Abschluss der Schulungen im Juli war in 29/30 (97 %) Diensten die RASS-PAL dokumentiert, wobei 10/11 (90 %) der involvierten Pflegenden geschult waren.

**Schlussfolgerung** Zusammenfassend wird das Projekt aufgrund des Umsetzungstrends als Erfolg gewertet und es wurden Grundlagen für eine langfristige Implementierung gelegt. Die Nachhaltigkeit der Umsetzung wird in diesem Jahr evaluiert.

## P205 Palliativmedizin reduziert potentielle Überbehandlung von Krebspatienten am Lebensende

**Autorinnen/Autoren** Eckerlin D, Appelman I, Rolke R

**Institut** RWTH Aachen, Klinik für Palliativmedizin, Aachen

**DOI** 10.1055/s-0044-1788455

**Hintergrund** Überbehandlung am Lebensende sowie Strategien zu ihrer Vermeidung sind zunehmend Gegenstand klinischer Forschung. Während Sekundärdaten zum Thema der Unterbehandlung von Krebspatienten vorliegen, ist dies für das Thema der Überbehandlung in dieser Patientengruppe bisher nicht der Fall. Wir möchten diese Wissenslücke schließen sowie nachweislich erfolgreiche Mittel zur Reduktion potenzieller Übertherapie vorstellen.

**Methode** Es wurde eine weltweite systematische Literaturrecherche zur medizinischen Versorgung erwachsener Krebspatienten am Lebensende durchgeführt sowie gewonnene Daten mittels quantitativ-statistischer Methoden in Form einer Meta-Analyse ausgewertet. Maßnahmen, die objektiv, quantifizierbar auf eine Überbehandlung hinweisen oder zur Bewertung der Lebensqualität am Lebensende herangezogen werden können, wurden inkludiert. Als Zeiträume für das Lebensende wurden die letzten 7, 14, 30 Lebenstage festgelegt. Inkludierte Studien mussten frühestens ab 2012 Daten beinhalten und durften keine vorselektierte Patientenpopulation enthalten (Vermeidung Selektionsbias). Als Endpunkte wurden v.a. Messwerte verwendet, die im klinischen Alltag (auch retrospektiv) zuverlässig und vergleichbar erhoben werden können, u.a.: Notaufnahmehaufenthalte, Einsatz von Chemotherapie, Krankenhaus- und gesondert Intensivstationaufenthalte und Sterbeorte. Darüber hinaus wurde untersucht, ob und inwieweit es Einflussfaktoren gibt, die die genannten Endpunkte günstig beeinflussen können.

**Ergebnisse** Es wurden 40 Studien, mehrheitlich aus den USA und Europa, mit Daten von insgesamt 435.995 Patienten inkludiert. Die wichtigsten Endpunkte in Bezug auf die Prävalenz der Überbehandlung wurden jeweils von 13–25 Studien mit 206.000–272.000 Patienten erfasst. 70 % aller Krebspatienten werden im letzten Lebensmonat mindestens einmal stationär behandelt. 12 % aller Krebspatienten werden sogar mindestens einmal im letzten Lebensmonat intensivmedizinisch betreut. 19 % aller Krebspatienten erhalten im letzten Monat eine Chemotherapie, 11 % in den letzten 14 Tagen ihres Lebens. 61 % aller Krebspatienten sterben im Krankenhaus, nur 18 % sterben zu Hause. Anbindung an palliativmedizinische Versorgung verringert das relative Risiko, im Krankenhaus zu sterben, um 60 %. Zudem wird das relative Risiko für Chemotherapie im letzten Lebensmonat um 39 % und in den letzten 14 Tagen des Lebens um 63 % gesenkt.

**Schlussfolgerung** Es zeigt sich eine hohe Prävalenz von Überbehandlung am Lebensende onkologischer Patienten. Es existieren klinische Parameter, die eine vergleichende Bewertung der Lebensqualität ermöglichen. Palliativmedizinische Anbindung kann das Risiko der Überbehandlung statistisch signifikant und klinisch relevant reduzieren.

Encore Abstract: Poster bei WAT 2024, hier weitere Zahlen zu präsentieren

- keine Interessenskonflikte

## P213 „Ich würde das ganze Material als Angebot sehen“: Settingspezifische Sichtweisen auf eine komplexe Intervention zum Umgang mit sedierenden Medikamenten in der spezialisierten Palliativversorgung

**Autorinnen/Autoren** Krauss S H<sup>1</sup>, Odierna B<sup>1</sup>, Kolmhuber S<sup>1</sup>, Bausewein C<sup>1</sup>, Kautzner S<sup>2</sup>, Schneider M<sup>2</sup>, Kremling A<sup>3</sup>, Schildmann E<sup>4</sup>

**Institute** 1 Ludwig-Maximilians-Universität München, LMU Klinikum, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München; 2 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Universitätsklinikum Erlangen, Palliativmedizinische Abteilung, Erlangen; 3 Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Halle; 4 Universität Augsburg, Medizinische Fakultät, Palliativmedizin, Augsburg  
**DOI** 10.1055/s-0044-1788456

**Hintergrund** Um den Umgang mit sedierenden Medikamenten zu verbessern, wurde im Rahmen des iSedPall-Projekts (Forschungsverbund iSedPall, BMBF: 01GY2020A-C) auf Basis von Handlungsempfehlungen aus dem Vorgängerprojekt SedPall eine komplexe Intervention mit verschiedenen „Tools“ (u.a. Entscheidungshilfen, Dokumentationsbogen, Checklisten) entwickelt. Einführung und Anwendung der „Toolbox“ wurden im Rahmen einer Pilotierung untersucht. Ziel war die Prüfung der Machbarkeit der Implementierung sowie der Akzeptanz und Angemessenheit der Intervention unter Berücksichtigung möglicher Unterschiede zwischen Versorgungsformen.

**Methode** Insgesamt 6 Fokusgruppen mit Ärzt:innen, Pflegefachpersonen und weiteren Berufsgruppen – teilweise in leitender Funktion – im Rahmen einer Mixed-Methods-Pilotstudie mit 4 Pilotzentren, davon 2 Palliativstationen und 2 SAPV-Teams. Die Fokusgruppen fanden jeweils pro Pilotzentrum (4) und zusätzlich pro Setting zentrumsübergreifend (1 Station, 1 SAPV) statt.

**Ergebnisse** Vorläufige Auswertungen zeigen deutliche Unterschiede zwischen den beiden Versorgungsformen, aber auch Gemeinsamkeiten. Unterschiede betreffen sowohl die Frage der Anwender:innen als auch die Bewertung einzelner Tools. Während im stationären Setting die Intervention als wenig wichtig für die Pflege angesehen wird, wird von Ärzt:innen und Pflegefachpersonen der SAPV eine ähnliche Relevanz der Tools für ihre Berufsgruppen gesehen. Darüber hinaus sind für das ambulante Umfeld nicht spezialisierte Fachkräfte und Angehörige bedeutsam. Sie sind daher potentielle Nutzer:innen des Dokumentationsbogens. In Bezug auf die Bewertung der Tools gibt es unterschiedliche Sichtweisen auf die Dosisempfehlung für den Start einer gezielten Sedierung. Mitarbeitende der Kliniken kritisieren diese kaum. Die SAPV empfindet die Dosierungen jedoch als zu niedrig. Erwähnt wird die Gefahr einer kritischen Situation im häuslichen Umfeld, die zu einer Klinikeinweisung führen kann. Ähnlichkeiten gibt es dagegen bei den Tools zur Aufklärung und zu ethischen Fragen.

**Schlussfolgerung** Im Rahmen der Fokusgruppen zeigen sich einerseits die unterschiedliche Rolle von Pflegefachpersonen in beiden Settings und andererseits grundlegende Unterschiede des häuslichen Umfelds im Vergleich zur Klinik. So ist im ambulanten Setting eine kontinuierliche Überwachung durch Fachkräfte nicht gegeben und insbesondere die gezielte Sedierung stellt eine erhebliche Herausforderung dar. Dies ist bei der weiteren Planung und Entwicklung der Intervention zu berücksichtigen.

## P217 Support Formats for Informal Caregivers – Utilization and Barriers: Results of an online Survey

**Autorinnen/Autoren** Coym A, Oubaid N, Ullrich A, Bokemeyer C, Oechsle K  
**Institut** Palliativmedizin, II. Medizinische Klinik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg

**DOI** 10.1055/s-0044-1788457

**Background** Informal caregivers (ICs) are an important source of support for patients with incurable diseases but are in need too. There is evidence that ICs benefit from IC-directed support, nevertheless many do not engage in support

offers. However, reasons for this mismatch remain unclear. This study examines which support formats are used or not used by ICs and how ICs and HCPs evaluate certain aspects of these formats.

**Methods** A nationwide online survey for ICs and HCPs with self-developed questions using different items (multiple answers possible) concerning organizational or format-related aspects for collecting data on ICs engaging in support formats (e.g. "personal consultation", "e-learning"). In addition, questions concerning barriers for utilizing support formats were included. Survey participants were recruited via mailing lists from collaboration partners. Data were evaluated descriptively on support format participation/non-participation and potential barriers. Differences between ICs and HCPs were examined on statistical independence (Chi<sup>2</sup>-Test).

**Results** 47 ICs (86 % female, 67 % > 50 years), and 117 HCPs (78 % female, 48 % > 50 years) answered the questionnaires. The utilization of 8 analyzed formats varied: 0-69 %. ICs engage mainly in "personal consultations" (69 %) and "written information material" (55 %), digital formats are not used (0 %). Consistently across all formats, the top 3 barriers mentioned by ICs are "lack of time" (55-70 %), "missing knowledge of support formats" (40-67 %) and "no one to care for the patient" (19-50 %). ICs and HCPs differ in their assessment of relevance of the most often used format "personal consultation" concerning "time flexibility" ( $p = 0.014$ ), "availability in different languages" ( $p = 0.001$ ) and "to use the support formats without technical aid" ( $p < 0.001$ ). The "e-learning" format, which is not used, shows differences in "detachment" ( $p = 0.008$ ), "availability in different languages" ( $p = 0.003$ ) and "option of repeated use" ( $p = 0.004$ ). HCPs consider these aspects as more important than ICs. ICs wish to receive information on support mainly from general practitioners (86 %).

**Conclusion** This study provides further evidence that support formats for ICs are used rarely. Barriers that might lead to a lack of utilization seem to be similar across all formats like missing awareness of the existence of certain offers and a lack of time on ICs side. Interestingly, time aspects are not assessed differently in formats that are usually more time friendly like digital formats. In addition, ICs' and HCPs' perception of relevance differ: this might lead to hindered referrals and information to support formats. Physicians in particular should be encouraged to educate ICs on support offers. Further research especially focusing on digital support formats is needed.

## P229 Bedarfsorientierte Einbindung der onkologischen Fachpflege als Teil der allgemeinen Palliativversorgung in Behandlungsprozesse ambulanter und stationärer Patient:innen

**Autorinnen/Autoren** Gottlieb T<sup>1</sup>, Spindelmann S<sup>2</sup>, Salvador Comino M R<sup>2</sup>, Skoda E<sup>3,4</sup>, Tewes M<sup>2</sup>, Hosters B<sup>1</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Essen, Pflegedirektion, Stabsstelle Entwicklung und Forschung Pflege, Essen; 2 Universitätsklinikum Essen, Palliativmedizin der Universitätsmedizin Essen, Essen; 3 LVR-Universitätsklinik Essen, Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Essen; 4 University of Duisburg-Essen, Center for Translational Neuro-and Behavioral Sciences (C-TNBS), Essen

DOI 10.1055/s-0044-1788458

**Hintergrund** Die Grenzen zwischen Supportiv- und der Palliativversorgung sind oft fließend. Die onkologische Fachpflege und Advanced Practice Nurses (APNs) sind ein wichtiges Bindeglied in diesem Prozess und können sowohl beratende Tätigkeiten in der Supportiven Therapie als auch in der allgemeinen Palliativversorgung übernehmen. Im Jahr 2022 wurden spezifische Fragen, die auf einen Beratungsbedarf durch die onkologische Fachpflege und die APN hinweisen, einem bereits bestehenden elektronischen psychoonkologischen und palliativmedizinischen Screening (ePOS) hinzugefügt. Dieses Screening wird sowohl ambulant als auch stationär angewendet. Zur Versorgung der Patienten (Pt.) wurde ein multiprofessioneller und strukturierter Versorgungsprozess implementiert.

**Ziel** Primäres Ziel dieses Teilprojektes ist es, Pt. mit einer Tumorerkrankung zu identifizieren, die im Rahmen der Supportiven Therapie oder APV Unterstützung oder Beratung benötigen.

**Methode** In dieser retrospektiven, monozentrischen Kohortenanalyse wird die Implementierung eines strukturierten Prozesses mittels ePOS getestet, um fachpflegerische Bedarfe bei onkologischen Pt. zu identifizieren. Die Analyse umfasst sowohl Stammdaten, als auch die Ergebnisse der ePOS-Fragebögen. Es wurden vordefinierte Cut-off-Punkte festgelegt, die zu einem Aufsuchen durch die Onkologische Fachpflege oder APNs führen. Hierzu gehört der Wunsch nach Beratung oder die Angabe von mind. einer Nebenwirkung. Vordefinierte Variablen, wie Mittelwert, Median, Standarddifferenz, Prozentwerte und Korrelationsanalysen werden mit SPSS ermittelt. Die Sensitivität des Screenings wird durch die Bewertung der Ergebnisse durch die Behandlungsteams, die Pt. und die bestehenden Auswertungsalgorithmen gemessen.

**Ergebnisse** Im Zeitraum von Oktober 2022 bis Oktober 2023 haben 8.485 Pt. ePOS ausgefüllt. Davon haben 3.227 (38 %) das Screening mit Begründung abgelehnt. 437 (5,2 %) Datensätze wurden aufgrund von Fehlern ausgeschlossen. Inhaltlich korrekt ausgefüllt waren 4.821 Bögen (56,8 %). Bei den Ablehnungsgründen sind 1.318 Ablehnungen wegen fehlenden Bedarfs zu verzeichnen. Es gab 490 Angaben mit dem Grund „Sonstige Gründe“ und 464 Angaben mit „Sprachlichen Schwierigkeiten“. Weitere Gründe mit geringerer Häufigkeit folgen. Es gab immer nur einen Grund als Angabe. Bei den pflegerischen Angaben waren in den 4.821 Bögen die häufigsten positiv bewerteten Antworten „Missempfindungen am Körper“ (983; 20,4 %), „Sturzgefahr/Gangunsicherheit“ (423; 8,8 %) und „Gewichtsverlust von 5 % in 1 Monat“ (416; 8,6 %).

**Schlussfolgerung** Die weitere Analyse der gesammelten Daten wird darlegen, inwieweit vordefinierte Zuweisungskriterien den Unterstützungsbedarf erkennen und somit in den klinischen Alltag der onkologischen Fachpflege und der spezialisierten Palliativmedizin integriert werden sollten.

## P241 Sterben im Krankenhaus – Retrospektive Krankenaktenanalyse zur Versorgung in der Sterbephase auf deutschen Intensiv- und Normalstationen zeigt Verbesserungspotentiale auf

**Autorinnen/Autoren** Schieferdecker A<sup>1</sup>, Meesters S<sup>2</sup>, Kaur S<sup>2</sup>, Oubaid N<sup>1</sup>, Ullrich A<sup>1</sup>, Schulz H<sup>3</sup>, Kreimeike K<sup>2</sup>, Voltz R<sup>2,4,5</sup>, Oechsle K<sup>1</sup>

**Institute** 1 Palliativmedizin, II. Medizinische Klinik und Poliklinik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg; 2 Zentrum für Palliativmedizin, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Universität zu Köln, Köln; 3 Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg; 4 Zentrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Universität zu Köln, Köln; 5 Zentrum für Versorgungsforschung Köln, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Universität zu Köln, Köln

DOI 10.1055/s-0044-1788459

**Hintergrund** Die Qualität der Versorgung in der Sterbephase wird in Krankenhäusern außerhalb der spezialisierten Palliativversorgung als verbesserungswürdig beschrieben. Über die Umsetzung von Leitlinien-Empfehlungen zur Versorgung in der Sterbephase ist wenig bekannt. Krankenakten können darüber Aufschluss geben.

**Methode** Im Rahmen der Studie „StiK-OV – Sterben im Krankenhaus, Verbesserung der Versorgung in der Sterbephase“, gefördert durch den Innovationsfond (G-BA, Förderkennzeichen 01VVF19033), führten wir eine retrospektive Analyse von Krankenakten durch. Eingeschlossen wurden n = 400 Patient:innen, die auf sechs Intensiv- und vier Normalstationen in zwei Universitätskliniken verstorben waren. Zur Bewertung der Versorgungsqualität in der Sterbephase wurden 37 operationalisierte Variablen verwendet, die aus Empfehlungen der Deutschen S3-Leitlinie für Palliativmedizin abgeleitet worden waren. Diese Variablen wurden deskriptiv analysiert und 6 Variablen als Indikatoren für die



Versorgungsqualität in multivariate logistische Regressionsmodelle einbezogen.

**Ergebnisse** In 299/400 (75 %) der Fälle wurde die Sterbephase dokumentiert. Hinweise, dass Patient:innen mit erhaltener Kommunikationsfähigkeit über den bevorstehenden Tod informiert wurden, wurde in 46/122 (38,0 %) gefunden. Die Wünsche und Werte der Patient:innen in Bezug auf die Pflege wurde in 33/122 (27,1 %) dokumentiert. Angehörige wurden in 282/390 (72,3 %) über den bevorstehenden Tod und in 142/390 (36,4 %) über die zu erwartenden Veränderungen in der Sterbephase informiert. Angebote an Angehörige, sich an der Pflege zu beteiligen, fanden sich in 58/385 (15,1 %). Das Monitoring wurde nur selten eingestellt, und das signifikant seltener auf den Intensivstationen (IS) als auf den Normalstationen (NS): z.B. Vitalparameter in 30 % (15,7 % IS vs. 53,0 % NS) und Blutzucker in 36,8 % (32,6 % IS vs. 44,7 % NS). Die multivariate Analyse ergab, dass das Erkennen der Sterbephase und das Setting (IS, NS) potenzielle Prädiktoren für die Versorgung in der Sterbephase sind. Das Setting der IS, das Vorliegen der Diagnose einer malignen Erkrankung, und/oder die fehlende Kommunikationsfähigkeit der Patient:innen war mit einer höheren Wahrscheinlichkeit verbunden, dass die Sterbephase dokumentiert wurde.

**Schlussfolgerung** Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass ein Verbesserungspotential in der Umsetzung der Leitlinienempfehlungen zur Versorgung in der Sterbephase auf Krankenhausstationen besteht. Versorgende sollten Setting-spezifisch gestärkt werden, im Hinblick auf (1) die Sterbephase zu erkennen, (2) mit Patient:innen und Angehörigen zu kommunizieren und sie einzubinden und (3) nicht indizierte Maßnahmen in der Sterbephase zu beenden. Um die Versorgung und die Dokumentation zu verbessern, scheint die Einführung von Dokumentationsstandards in der Sterbephase sinnvoll.

## P245 Sedierende Medikation in der spezialisierten Palliativversorgung – Daten einer Pilotstudie (iSedPall)

**Autorinnen/Autoren** Schneider M<sup>1</sup>, Kautzner S<sup>1</sup>, Klein C<sup>1</sup>, Heckel M<sup>1</sup>, Schildmann E<sup>2</sup>, Krauss S H<sup>3</sup>, Kolmhuber S<sup>3</sup>, Bausewein C<sup>3</sup>, Schildmann J<sup>4</sup>, Kremling A<sup>4</sup>, Ostgathe C<sup>1</sup>

**Institute** 1 Uniklinik Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Palliativmedizinische Abteilung, Erlangen; 2 Universität Augsburg, Palliativmedizin, Medizinische Fakultät, Augsburg; 3 LMU Klinikum, Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München; 4 Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Halle  
DOI 10.1055/s-0044-1788460

**Hintergrund** Der Einsatz sedierender Medikamente in der spezialisierten Palliativversorgung (SPV) ist eine häufige und zugleich potenziell herausfordernde Praxis. Im Projekt iSedPall wurde eine komplexe Intervention zur Unterstützung des Einsatzes von sedierenden Medikamenten in der SPV entwickelt (Forschungsverbund iSedPall, BMBF: 01GY2020A-C). Berichtet wird über den Einsatz von sedierenden (sed.) Medikamenten und die Sedierungsrate in 4 SPV-Zentren. Die Daten wurden im Rahmen einer Pilotstudie zur Machbarkeitsprüfung der Intervention erhoben.

**Methode** Retrospektive Extraktion quantitativer Daten aus der Routinepatient:innendokumentation von 2 Palliativstationen und 2 ambulanten SPV-Teams. Die Patient:innen wurden in 5 Gruppen erfasst, differenziert nach der dokumentierten Anwendung von sed. Medikamenten und dem RASS-Score (keine sed. Medikamente; sed. Medikamente bei RASS-PAL > 0; gezielte Sedierung; Sedierung erwogen, aber nicht durchgeführt; Sedierung als unerwünschte Arzneimittelwirkung). Die Datenerfassung erfolgte von 5/2023 bis 1/2024.

**Ergebnisse** Insgesamt wurden 1189 Patient:innen (stationär n = 662; ambulant n = 527) eingeschlossen; Alter: M = 75 Jahre (SD = 12,7); 54 % männlich; 69,1 % Krebspatient:innen. Insgesamt erhielten 804 (67,6 %) Patient:innen sed. Medikamente (stationär n = 426; ambulant n = 378), davon 385 (47,9 %) eine, 318 (39,6 %) zwei, 80 (10 %) drei und 21 (2,6 %) vier verschiedene Substanzen. Von den Patient:innen mit sed. Medikamenten wurden 54 (6,7 %) als gezielt sediert eingestuft (stationär n = 46; ambulant n = 8; direkt dauerhaft n = 49; erst vorü-

bergehend, dann dauerhaft n = 5). In 13 (1,1 %) Fällen war eine Sedierung geplant, wurde aber nicht begonnen (stationär n = 4, ambulant n = 9). In 51 (6,3 %) Fällen wurde eine Sedierung als unerwünschte Nebenwirkung ohne Änderungsmöglichkeit festgestellt (stationär n = 39, ambulant n = 12).

**Schlussfolgerung** Sedierende Medikamente werden in der SPV häufig verwendet, auch in Kombination mehrerer Präparate. Durch die Einteilung in 5 verschiedene Patientengruppen wurde die Sedierungsrate trotz bestehender terminologischer Unschärfen vergleichbar über die 4 Zentren hinweg abgebildet. Da die Operationalisierung u.a. anhand des RASS-Score nur bedingt der intuitiven Kategorisierung von Sedierungseffekten durch die Behandelnden entsprach, waren wiederholte Schulungen der Study Nurses zur Sicherung der Datenqualität erforderlich. Sedierungen als unerwünschte Nebenwirkung wurden in nahezu gleichem Umfang berichtet wie gezielte Sedierungen. In weiteren Studien sollte der Prozess der Kategorisierung von Sedierungseffekten weiter untersucht werden.

## P279 Qualitätsreport Palliativstation: Einblicke in die Entwicklung und erste Ergebnisse

**Autorinnen/Autoren** Gesell D, Haberland B, Hodiamont F, Arnold T, Rosenbruch J, Feddersen B, Remi C, Bausewein C  
**Institut** LMU Klinikum München, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München  
DOI 10.1055/s-0044-1788461

**Hintergrund** Qualitätssicherung sowie der Einsatz standardisierter Assessmentinstrumente hat eine zunehmende Relevanz in der Palliativversorgung. Die S3-Leitlinie Palliativmedizin sowie die Zertifizierungskriterien nach DGP/ClarCert dienen als Richtlinien für die Beurteilung von Strukturen und Prozessen sowie zur Festlegung von Qualitätszielen, deren Darstellung und Erreichung in Form eines Qualitätsreports erfolgen kann. Ein detaillierter Report kann wertvolle Erkenntnisse über die Versorgung von Patient:innen liefern. Das Ziel ist daher die Entwicklung eines umfassenden Qualitätsreports und die Darstellung der Inhalte zur Überprüfung von Qualitätszielen für eine kontinuierliche Verbesserung der Versorgung.

**Methode** Auswertung von Routinedaten der Palliativstation (PS) des LMU Klinikums München. Diese umfassen Informationen zu soziodemographischen und klinischen Charakteristika, Palliative Vitalparameter (standardisierte Assessments zu Symptombelastung und -stärke (IPOS, PCPSS), Funktionsstatus (AKPS), Palliativphase). Deskriptive Analyse von Patient:innenmerkmalen und -verläufen über die Dauer ihrer Versorgung. Der Analysezeitraum der ersten vorläufigen Ergebnisse umfasst 12/23-01/24.

**Ergebnisse** Versorgung von 45 Patient:innen im Analysezeitraum auf der PS. Durchschnittsalter 72 Jahre (SD ± 12,9), 18/45 (40 %) weibliche Patient:innen. Die durchschnittliche Versorgungsdauer war 10 Tage (SD ± 7,8). Der mediane AKPS war 30 %. 16/45 (35,6 %) hatten mind. mäßige Schmerzen bei Aufnahme, bei Versorgungsende/Versterben waren es 3/43 (6,7 %). Die Belastung durch Atemnot war bei 11/45 (24,4 %) zu Beginn mind. mäßig ausgeprägt, bei Versorgungsende/Versterben bei 8/43 (17,8 %). Die bei 27/45 (60 %) Patient:innen häufigste Palliativphase zu Beginn der Versorgung war ‚sich verschlechternd‘; 7/45 (15,5 %) waren ‚instabil‘ zu Beginn, mit einer durchschnittlichen initialen instabilen Phasenlänge von 1,4 Tagen. Bei allen instabilen Patient:innen folgte die Palliativphase ‚sich verschlechternd‘. 9/45 (20 %) der Patient:innen konnten in die Weiterversorgung entlassen werden.

**Schlussfolgerung** Die Erkenntnisse aus den halbjährlich geplanten Qualitätsreports bieten wertvolle Informationen für das Team, welches eine stetige Qualitätsverbesserung und die Implementierung standardisierter Outcome-Messungen anstrebt. Neben der zukünftigen Abbildung von leitliniengerechten Qualitätsindikatoren ist bereits jetzt die Abbildung der instabilen Phasendauer und die Darstellung der Symptombelastung im Verlauf von hoher Relevanz für die interne Qualitätssicherung und -verbesserung. Darüber hinaus kann der Report als wichtige Grundlage für Verhandlungen mit Einrichtungs- und Kostenträgern sowie in politischen Diskussionen dienen, um die Notwendigkeit und den Wert einer hochwertigen Palliativversorgung zu unterstreichen.

### P309 Gut und kosteneffektiv palliativ versorgt in Westfalen-Lippe – aber warum? Qualitative Ergebnisse innerhalb einer Mixed-Methods Studie

**Autorinnen/Autoren** Suslow A<sup>1</sup>, Chikhradze N<sup>1</sup>, Ditscheid B<sup>2</sup>, Giehl C<sup>3</sup>, Storch J<sup>2</sup>, Vollmar H C<sup>1</sup>, Freytag A<sup>2</sup>, Otte I C<sup>1</sup>

**Institute** 1 Ruhr-Universität Bochum, Abteilung für Allgemeinmedizin, Bochum; 2 Universitätsklinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena, Institut für Allgemeinmedizin, Jena; 3 Marien Hospital Herne, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation, Herne

DOI 10.1055/s-0044-1788462

**Hintergrund** Ambulante Palliativversorgung erfordert eine effektive Kooperation zwischen den verschiedenen Versorger\*innen, insbesondere zwischen Hausärzt\*innen (HÄ) und spezialisierten Teams, um eine bedarfsgerechte Betreuung in der Häuslichkeit zu gewährleisten. Das Modell dieser Versorgung in der KV-Region Westfalen-Lippe (WL) betont anders als andere Modelle die enge Zusammenarbeit zwischen HÄ und palliativmedizinischen Konsiliardiensten (PKD). Das Modell in WL legt gemeinsame vertragliche Regelung für die allgemeine und spezialisierte Versorgung innerhalb eines gemeinsamen ambulanten Palliativversorgungsvertrags nach §140a SGB V fest. Die vorliegende Studie untersucht, welche Wirkmechanismen aus Sicht der Mitarbeitenden der PKD im Modell WL die Versorgungsqualität erklären könnten.

**Methode** Zunächst wurden bei fünf PKD nicht-teilnehmende Beobachtungen durchgeführt. Die gewonnenen Daten dienten der Entwicklung eines semi-strukturierten Interviewleitfadens, der in Einzelinterviews mit 43 Versorger\*innen (Haus- und Palliativärzt\*innen, Koordinator\*innen, Pflegekräften) und 30 Patient\*innen und Angehörigen herangezogen wurde. In drei Fokusgruppen mit jeweils fünf bis acht weiteren Versorger\*innen wurden die Ergebnisse der Interviewanalysen plausibilisiert. Weiteres Ziel der Fokusgruppen war es, bereits quantitativ erhobene Daten, die für die Palliativversorgung in WL eine hohe Versorgungsqualität und Kosteneffektivität ausweisen (Freytag et al. 2023), zu diskutieren und zu validieren.

**Ergebnisse** Als quantitative Kenngrößen für Versorgungsqualität wurde insbesondere die Rate eines Versterbens im Krankenhaus, Krankenhausfälle und Rettungsdienstesätze in den letzten 30 Lebenstagen herangezogen. Den qualitativen Studienergebnissen nach lassen sich diese vermeiden, indem gezielte Absprachen mit Rettungsdiensten und entsprechende Schulungen in Alten- und Pflegeheimen erfolgen. Die Zusammenarbeit von HÄ und PKD ermöglichte insgesamt ein schnelles Reagieren und eine an den Bedürfnissen der Patient\*innen und Angehörigen orientierte Betreuung, die flexibel hoch- und heruntergefahren werden könne. Als Hauptgrund für die als hoch wahrgenommene Versorgungsqualität betonen Versorger\*innen die Flexibilität, die das Modell biete, sowie die enge Zusammenarbeit und fehlenden Konkurrenzdruck untereinander. Eine intrinsische Motivation bei den Versorgenden der PKD scheint den empfundenen Kostendruck auszugleichen.

**Schlussfolgerung** Die Ergebnisse geben konkrete Hinweise auf mögliche Wirkmechanismen im Modell WL, die die als hoch wahrgenommene Versorgungsqualität und Kosteneffektivität erklären könnten. Um Aussagen zur Übertragbarkeit auf andere Regionen treffen zu können, bedarf es weiterer Forschung.

### P315 Ambulante Palliativversorgung in Westfalen-Lippe – eine qualitative Analyse bei Versorger\*innen und Betroffenen (PALLI-WL)

**Autorinnen/Autoren** Chikhradze N<sup>1</sup>, Suslow A<sup>1</sup>, Giehl C<sup>2</sup>, Freitag A<sup>3</sup>, Otte I<sup>1</sup>, Vollmar H C<sup>1</sup>

**Institute** 1 Ruhr-Universität Bochum, Medizinische Fakultät, Abteilung für Allgemeinmedizin, Bochum; 2 Marien Hospital Herne, Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation, Herne; 3 Universitätsklinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena, Allgemeinmedizin, Jena

DOI 10.1055/s-0044-1788463

**Hintergrund** Die Ambulante Palliativversorgung in Westfalen-Lippe (WL) findet im Zusammenspiel zwischen Hausärzt\*innen (HÄ) und weiteren im Prozess eingebundenen Versorger\*innen wie der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) und den palliativmedizinischen Konsiliardiensten (PKD) statt. Dies stellt in WL quasi eine Sonderform der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) dar. Über dieses Versorgungsmodell in WL und die Rolle der HÄ gibt es bisher wenig wissenschaftliche Erkenntnisse. Die Fragestellung der Studie lautet: Wie gestaltet sich die ambulante Palliativversorgung in WL und welche Rolle nehmen HÄ ein?

**Methode** In einem qualitativen Design wurden leitfadengestützte, halbstrukturierte Einzelinterviews mit HÄ, anderen Versorger\*innen (n = 43) sowie mit Patient\*innen (n = 3) und deren Angehörigen (n = 27) geführt. Die Daten wurden inhaltsanalytisch nach Kuckartz mithilfe der Software MAXQDA analysiert.

**Ergebnisse** Die ambulante Palliativversorgung in WL zeichnet sich durch Flexibilität und einen erhöhten Handlungsspielraum aus, was auf drei verschiedenen Ebenen beobachtet werden kann:

*Ebene der Versorger\*innen:* In der Versorgung in WL haben Hausärzt\*innen die Autonomie zu entscheiden, ob sie weiterhin die Hauptansprechperson für die Betroffenen (Patient\*innen und deren Angehörigen) bleiben. Aus diesem Grund gibt es zwei Arten der ambulanten Palliativversorgung: Zum einen die Versorgung, an der HÄ gemeinsam mit anderen Versorger\*innen „Hand in Hand“ zusammenarbeiten und sich zuständig für die Betreuung der Betroffenen in der letzten Lebensphase fühlen. In diesem Fall fördert die beratende Funktion und Einsatzbereitschaft der Kolleg\*innen der PKD die Sicherheit der HÄ\*innen im Alltag. Zum anderen gibt es die Palliativversorgung, an der die Hausärzt\*innen sich nicht oder nur punktuell beteiligen und Betroffenen ausschließlich vom PKD versorgt werden.

*Ebene der Betroffenen:* Die Versorgung wird dem individuellen, wechselnden Bedarf der Betroffenen angepasst. Die Versorger\*innen haben die Möglichkeit, die Versorgung jederzeit zu intensivieren, zu reduzieren oder zu pausieren.

*Ebene der Struktur:* Die Versorgung kann unabhängig der Region/Stadt/Gemeinde an das jeweilige System angepasst werden, sodass es in den Städten unterschiedliche Verträge für die ambulante Palliativversorgung geben kann.

**Schlussfolgerung** Die Flexibilität und der Handlungsspielraum der ambulanten Palliativversorgung in WL erfordern eine enge und gute Zusammenarbeit zwischen, Hausärzt\*innen, anderen Versorger\*innen wie Palliativmediziner\*innen, Pflege etc. und Betroffenen, was sich wiederum positiv auf die Versorgungsqualität auswirkt. Die flächendeckende ambulante Palliativversorgung sollte in WL weiterhin ausgebaut werden.

### A128 Trauerversorgung – eine gesellschaftliche Aufgabe

**Autorinnen/Autoren** Kiepke-Ziemes S<sup>1</sup>, Müller H<sup>2</sup>

**Institute** 1 Caritasverband für die Region Kempen-Viersen e.V., Projekt: Würdige Sterbebegleitung, Viersen; 2 Trauerzentrum Frankfurt/IBBE e.V., Frankfurt

DOI 10.1055/s-0044-1788464

**Hintergrund** Das Feld der Trauerversorgung stellt sich als sehr heterogen dar. In Deutschland gibt es keine unabhängigen übergeordneten Strukturen, die Hinweise bieten, wie bestehende Versorgungsangebote in ihrer Qualität einzuschätzen und welche Angebote bedarfsseitig angezeigt sind. Betroffene, aber auch Fachkräfte in der hospizlichen und palliativen Versorgung haben daher kaum Möglichkeiten, sich zu orientieren. Dieser Vortrag stellt ein Stepped-Care-Modell für eine professionalisierte Trauerversorgung vor [1–3].

**Methode** Konzeptpapier

**Ergebnisse** Das international akzeptierte vierstufige Trauerversorgungsmodell bietet Orientierung und stellt einen Rahmen dar, der die weitere Professionalisierung der Trauerversorgung ermöglicht.

**Schlussfolgerung** Eine wichtige Rolle spielt dabei die Stärkung der gesellschaftlichen Trauerkompetenz.

## Literatur

- [1] DGP Positionspapier (2023). Trauer als gesellschaftliche Aufgabe: Warum wir eine vierstufige Trauerversorgung brauchen.
- [2] Breen L.J. et al. Grief literacy: A call to action for compassionate communities. *Death Studies* 2020. doi:10.1080/07481187.2020.1739780
- [3] The Irish Hospice Foundation Adult Bereavement Care Pyramid. A National Framework. Dublin: The Irish Hospice Foundation; 2020

## A129 Historische und aktuelle Entwicklungen der Trauerversorgung in Deutschland

**Autorinnen/Autoren** Müller H<sup>1</sup>, Kiepke-Ziemes S<sup>2</sup>

**Institute** 1 Trauerzentrum Frankfurt/IBBE e.V., Frankfurt; 2 Caritasverband für die Region Kempen-Viersen e.V., Projekt: Würdige Sterbebegleitung, Viersen

**DOI** 10.1055/s-0044-1788465

**Hintergrund** Die Versorgung Trauernder ist integraler Bestandteil der hospizlichen und palliativen Versorgung. Bislang liegen kaum systematisierte Erkenntnisse über die Anfänge und die historische Entwicklung der Trauerversorgung in Deutschland vor. Mehr über die historische Entwicklung der Trauerversorgung in Deutschland zu erfahren und Verbindungen zwischen Historie und aktueller Versorgungssituation aufzuzeigen ist hilfreich, um die Zukunft besser gestalten zu können [1–2].

**Methode** An dieser explorativen Studie nahmen elf Expert:innen aus dem Feld der Trauerversorgung teil. Die Befragung erfolgte anhand teilstrukturierter Interviews. Die Antworten wurden in einem deduktiv-induktiven Prozess inhaltsanalytisch ausgewertet.

**Ergebnisse** Die Auswertung ergibt, dass der Zweite Weltkrieg und seine Folgen die Entwicklung der Trauerversorgung in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern verzögerten. Auch erfolgte sie nicht systematisch, sondern getragen durch Einzelinitiativen aus dem kirchlichen und hospizlichen Bereich, der Palliativmedizin sowie der AIDS-Bewegung. Bereits vorliegende wissenschaftliche Erkenntnisse vor allem aus dem angloamerikanischen Bereich fanden dabei wenig Beachtung. Die Versorgung befindet sich derzeit in einem Prozess der Professionalisierung.

**Schlussfolgerung** Das Feld der Trauerversorgung in Deutschland weist große Heterogenität, fehlende Steuerungsstrukturen, Mängel im Qualitätsmanagement sowie offene Fragen hinsichtlich einer bedarfsgerechten Versorgung auf. Der aktuelle Zustand ist wenigstens teilweise durch die Anfänge und historische Entwicklung der Trauerversorgung erklärbar.

### Literatur

- [1] Müller H. et al. (im Druck). Als die Diagnose kam Wo steht die deutsche Trauerversorgung im Jahr 2020/2021? *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. doi:10.1016/j.zefq.2023.09.001
- [2] Müller H. et al. Bevor die Diagnose kam Eine Retrospektive der Trauerversorgung in Deutschland. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2022; Vol. 168: 75–81. doi:10.1016/j.zefq.2021.12.006

## Advance Care Planning und gesundheitliche Versorgungsplanung

### P175 Advance Care Planning in der Pädiatrischen Palliativmedizin – Herausforderungen und Statistik des SAPPV Teams Erlangen

**Autorinnen/Autoren** Wild E-M, Gravou-Apostolatos C

**Institut** Kinderklinik Erlangen, Kinderpalliativteam, Erlangen

**DOI** 10.1055/s-0044-1788466

**Hintergrund** Erwachsene können via Patientenverfügung festlegen, welche medizinischen Maßnahmen in lebensbedrohlichen Krankheitssituationen durchgeführt werden und auf welche Maßnahmen verzichtet werden soll [1]. Da Kinder juristisch bis zum 18. Lebensjahr nicht einwilligungsfähig sind, ist es

für pädiatrische Palliativteams deutlich komplizierter mit den Eltern und nach Möglichkeit in Diskussion mit den Kindern Absprachen für die letzte Lebensphase zu führen und schriftlich festzuhalten [2].

**Methode** In Erlangen werden in Anlehnung an aktuelle Leitlinien des Advanced Care Plannings und basierend auf verschiedenen bereits existierenden Vorschlägen [3] sogenannte Notfallpläne entwickelt. In diesen versucht das Erlanger SAPPV Team gemeinsam mit Eltern und Patient\*innen vorrausschauend und transparent festzulegen, was im Falle einer lebensbedrohlichen Situation im Interesse des Kindes an medizinischen Maßnahmen getan oder unterlassen werden soll. Um die oft sehr komplexen Krankheitsbilder auch für Mediziner widerzuspiegeln, die nicht unmittelbar an der Behandlung des Kindes beteiligt sind, beinhalten diese auch die Begründung, warum man einzelne Behandlungsmaßnahmen noch wolle oder ablehne und zusätzliche Absprachen, zum Beispiel unter welchen Voraussetzungen welche Intervention gewünscht werde oder nicht, zudem in Kurzfassung die Eckpunkte der Krankheitsgeschichte.

**Ergebnisse** Neben der grundsätzlichen Beschreibung des Aufbaus eines solchen Notfallplans wurde auch Statistik gezogen, für wie viele der bis dato 530 betreuten Patient\*innen ein Notfallplan erstellt wurde, welcher Fachrichtung die Grunderkrankung der Patient\*innen zuzurechnen war, wie viele der mit einem Notfallplan versorgten Patient\*innen einen Migrationshintergrund haben und wie alt entsprechende Patient\*innen sind/wurden.

**Schlussfolgerung** Die in diesem abstract beschriebene Form eines Notfallplans kann anderen pädiatrischen Palliativteams als Vorlage oder Anstoß dienen. Sie soll für einen gemeinsamen und transparenten Umgang mit medizinischen Maßnahmen in der letzten Lebensphase auch bei pädiatrischen Patienten sorgen. Die Statistik kann mögliche Defizite und Mängel insbesondere bei Randgruppen, wie z.B. Patient\*innen mit Migrationshintergrund oder besonders jungen Patient\*innen aufdecken und für Verbesserungspotential sorgen.

### Literatur

- [1] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/patientenverfuegung-2024-02-27>
- [2] <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Patientenverfuegung-fuer-Kinder-241624.html> 2024-02-27
- [3] [https://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/Formular/Patientenverfuegung\\_Textbausteine\\_pdf](https://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/Formular/Patientenverfuegung_Textbausteine_pdf) 2024-02-27

### P215 Behandlung im Voraus planen unter Alltagsbedingungen: Eine qualitative Studie mit Patient\*innen und Zugehörigen in Palliativversorgung

**Autorinnen/Autoren** May S<sup>1</sup>, Gehlhaar A<sup>1</sup>, Kaada H<sup>1</sup>, Stahlhut K<sup>2</sup>, Fink L<sup>3</sup>, Kamp M-A<sup>3</sup>, Heinze M<sup>4</sup>, Mühlensiepen F<sup>1,5</sup>

**Institute** 1 Brandenburg Medical School, Center for Health Services Research, Faculty of Health Sciences Brandenburg, Rüdersdorf bei Berlin;

2 Immanuel Klinik Rüdersdorf, Department of Oncology and Palliative Medicine, Brandenburg Medical School, Rüdersdorf bei Berlin;

3 Brandenburg Medical School Theodor Fontane and Faculty of Health Sciences Brandenburg, Center for Palliative and Neuro-palliative Care, Rüdersdorf bei Berlin; 4 Immanuel Klinik Rüdersdorf, Department of Psychiatry and Psychotherapy, Brandenburg Medical School, Rüdersdorf bei Berlin; 5 Université Grenoble-Alpes, AGEIS, Grenoble

**DOI** 10.1055/s-0044-1788467

**Hintergrund** Konzepte wie „Behandlung im Voraus planen“ und Advanced Care Planning stellen sicher, dass Patient\*innen eine medizinische Versorgung erhalten, die mit ihren Werten, Zielen und Präferenzen übereinstimmt, insbesondere im Hinblick auf Entscheidungen am Lebensende bei schweren Erkrankungen. Trotz der Bedeutung dieser Ansätze besteht derzeit ein Mangel an Erkenntnissen darüber, ob und wie Gespräche zur Vorausplanung der Behandlung in der Palliativversorgung unter Alltagsbedingungen implementiert werden. Ziel dieses Projektes war es daher, die aktuelle Praxis in Bezug auf Gespräche zur Vorausplanung der Behandlung aus Sicht der Patient\*innen und Zugehörigen in Palliativversorgung zu explorieren:

- In welcher Form finden Gespräche zur Behandlungsvorausplanung zwischen den Betroffenen und den Versorgenden statt?
- Welche Themen werden in diesen Gesprächen behandelt?
- Wie werden die Inhalte dieser Gespräche dokumentiert?

**Methode** Zur Exploration des Forschungsgegenstandes wurden Leitfadenterviews (n = 19) mit Patient\*innen und/oder Zugehörigen in Palliativversorgung im Land Brandenburg durchgeführt. Dabei wurde ein heterogenes Sample hinsichtlich des Versorgungssettings einbezogen. Die Interviews wurden anhand der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz, unterstützt von MAXQDA, ausgewertet.

**Ergebnisse** Die qualitativen Ergebnisse deuten darauf hin, dass Gespräche zur Vorausplanung der weiteren Behandlung zwischen Patient\*innen und Versorger\*innen stattfinden; jedoch erfolgen diese unstrukturiert und ad-hoc. Die Befragten berichteten von einem breiten Spektrum an Themen, welche sich unter anderem den Bereichen Vermeidung von Krankenhausaufenthalten, Schmerzmanagement und Symptomkontrolle, Anpassung der Pflege an die Bedürfnisse der Patient\*innen sowie Unterstützung für Zugehörigen zuordnen lassen. Patient\*innen und Zugehörige berichteten, dass Ärzt\*innen zwar die Gespräche dokumentierten, allerdings war ihnen unklar, welche Informationen dokumentiert wurden. Zudem erhielten Patient\*innen und Zugehörige kein Exemplar der Dokumentation.

**Schlussfolgerung** Die qualitativen Daten deuten darauf hin, dass Gespräche zur Vorausplanung der Behandlung in der palliativen Regelversorgung nicht gemäß etablierter Konzepte und Verfahrensweisen umgesetzt werden. Um diese Ergebnisse zu validieren, bedarf es weiterer Forschungszugänge.

## P252 Zum Stand der Versorgungsplanung bei ALS – ein systematischer Review mit Meta-Analyse

**Autorinnen/Autoren** Mangal A L<sup>1</sup>, Mücke M<sup>2</sup>, Rolke R<sup>1</sup>, Appelmann I<sup>1</sup>

**Institute** 1 Medizinische Fakultät RWTH Aachen, Klinik für Palliativmedizin, Aachen; 2 Medizinische Fakultät RWTH Aachen, Institut für Digitale Allgemeinmedizin, Zentrum für Seltene Erkrankungen Aachen (ZSEA), Aachen

DOI 10.1055/s-0044-1788468

**Hintergrund** Die Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) ist eine neurodegenerative Erkrankung des ersten und zweiten Motoneurons, die zu Paresen der Willkürmotorik einschließlich der Atemmuskulatur führt. Die mittlere Lebenserwartung beträgt ca. 3 Jahre. Individuelle Vorsorgeplanung und Dokumentation von Therapiewünschen spielen dabei eine besondere Rolle. Krankheitsspezifische Vorsorgedokumente kommen nur selten zum Einsatz. Das Ziel dieser Arbeit ist es, Inhalte und den Einsatz von Patientenverfügungen bei ALS Patient:innen im internationalen Vergleich darzustellen.

**Methode** Fünf elektronische Datenbanken wurden nach qualitativer und quantitativer Primärliteratur durchsucht. Über Querverweise konnten weitere relevante Arbeiten identifiziert werden. Die Auswahl der Arbeiten anhand der Ein- und Ausschlusskriterien sowie einer Qualitätsbewertung.

**Ergebnisse** Von 996 identifizierten Arbeiten aus elektronischen Datenbanken und 34 aus Literaturverweisen, die zwischen 1999 und 2022 veröffentlicht wurden, konnten 24 Studien eingeschlossen werden. Die Ergebnisse in Bezug auf Einsatz und Inhalt von Patientenverfügungen bei ALS Patient:innen sind sehr heterogen. So schwankt der Anteil an Patient:innen im Kollektiv mit Vorsorgedokumenten zwischen 9,1% und 90,5% mit einem Rückgang seit 1999. In den USA verfügen 64% der ALS Patienten über Vorsorgedokumente, in Deutschland sind es 56% und in der Schweiz 36%. Einige Patienten im Kollektiv wünschen mehr, andere weniger aktive ärztliche Aufklärung zum Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen. Eine Veränderung der Häufigkeit des Wunschs nach Beatmung konnte für den Untersuchungszeitraum nicht festgestellt werden.

**Schlussfolgerung** Weitere prospektive Studien zum Einsatz von Patientenverfügungen bei ALS sind notwendig. Der Prozess der Vorsorgeplanung ist komplex und individuelle Bedürfnisse der Patient:innen in Bezug auf Zeitpunkt und Ausmaß sollten berücksichtigt werden. Krankheitsspezifische Vorsorgedoku-

mente sollten häufiger zum Einsatz kommen. Der insgesamt geringe Anteil an ALS Patienten mit Patientenverfügungen und Vorsorgedokumenten sollte klinisch zukünftig aufgearbeitet und frühzeitige Vorsorgeplanung in Behandlungsrichtlinien eingebunden werden.

## P266 RELEVIVUM (Horizon Europe) – Improving quality of life of advanced pancreatic cancer patients through an AI-guided multimodal intervention

**Autor** Oestreicher G

**Institut** Universitätsmedizin Mainz, 1. Medizinische Klinik, Mainz

DOI 10.1055/s-0044-1788469

**Background** Pancreatic cancer patients often face complex challenges including pain and cachexia. For many European pancreatic ductal adenocarcinoma (PDAC) patients, multiple barriers to effective care reduce their quality of life (QoL) and overall survival (OS).

**Methods** RELEVIVUM aims to address these issues by employing a multimodal intervention based on remote, AI-based, monitoring technologies for pain and sarcopenia estimation, monitoring of nutrition and physical activity. The project conducts a feasibility and data collection study, followed by a randomized clinical trial at five clinical cancer centres in Germany, France, Belgium, Estonia and Israel.

**Results** These studies assess the effectiveness of the interventions in improving the quality of life of the patients. They also explore the cost-effectiveness of the proposed solution, its potential in increasing health equity across the populations of the participating countries and the stress burden of the disease on their families and family caregivers.

**Conclusion** With these strategies and the proposed AI-based solutions, RELEVIVUM aims to empower PDAC patients to self-manage their disease.

## P269 Stellungnahme der AG ACP der DGP: Palliative Inhalte der Weiterbildung zur Berater:in zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g SGB V

**Autor** Wachter A<sup>1,2</sup>

**Institute** 1 Zentrum für Angewandte Ethik Erfurt, Erfurt; 2 Zentrum für Angewandte Ethik Erfurt, Advance Care Planning, Erfurt

DOI 10.1055/s-0044-1788470

**Hintergrund** In ACP-Beratungen ist die Versorgung am Lebensende ein wichtiges Thema. Die AG ACP der DGP hat sich intensiv damit auseinandergesetzt, wie die Qualität der Beratung in diesem Bereich verbessert/gesichert werden kann. Dabei geht es um folgende Fragen: Welche palliativen Inhalte müssen ACP-Berater:innen kennen? Welche Kompetenzen im Bereich der Palliativen Versorgung müssen sie im Laufe der Weiterbildung erwerben, um eine den Zielen von ACP gerecht werdende Beratung durchführen zu können? Die Rahmenvereinbarung gibt zwar die geforderten Inhalte vor, diese sind aber recht allgemein gehalten und speziell für den Bereich Palliative Care nicht konkret genug.

**Methode** In mehreren Diskussionsrunden wurde das Thema erörtert und als Ziel der Arbeit die Erstellung einer Empfehlung für Ausbildungsanbieter in Form einer Stellungnahme festgelegt. Die Empfehlung wurde unter Bezug zu einerseits Rahmenvereinbarung, andererseits palliativen Curricula erarbeitet. Es werden für 6 relevante Themenfelder je fachliche und soziale Kompetenzen aufgeführt, die die Teilnehmenden im Laufe der Weiterbildung erwerben sollten.

**Ergebnisse** Es liegt nun eine Empfehlung zu den Ausbildungsinhalten vor, die in tabellarischer Form übersichtlich nach Themenfeldern und Kompetenzen darstellt, was in der Ausbildung abgedeckt werden sollte.

**Schlussfolgerung** Die Stellungnahme gibt Ausbildungsanbietern eine Orientierung über die Palliative-Care-Inhalte, die unterrichtet werden sollten. So trägt sie zu einer guten Beratungsqualität bei und unterstützt die Ziele von ACP.

## P299 Patientenverfügung und mental health im onkologischen Kollektiv

**Autorinnen/Autoren** Kraft J<sup>1</sup>, Skoda E-M<sup>2,3</sup>, Kasper S<sup>4</sup>, Welt A<sup>4</sup>, Tewes M<sup>1</sup>  
**Institute** 1 Universität Duisburg-Essen, Palliativmedizin der  
Universitätsmedizin Essen, Essen; 2 LVR-Klinikum Essen, Universität  
Duisburg Essen, Abteilung für psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie, Essen; 3 Universität Duisburg Essen, Center for  
Translational Neuro-and Behavioral Sciences (C-TNBS), Essen; 4 Universität  
Duisburg-Essen, Westdeutsches Tumorzentrum am Universitätsklinikum  
Essen, Innere Klinik (Tumorforschung), Essen  
**DOI** 10.1055/s-0044-1788471

**Hintergrund** Bei onkologischen Patienten mit Patientenverfügungen kann am Lebensende eine höhere Lebensqualität verzeichnet werden. Damit medizinisches Fachpersonal die Patienten konstruktiv beraten kann, ist es wichtig, einen günstigen Zeitpunkt für das Gespräch abzapassen; mehrere Studien lieferten Anhaltspunkte, dass psychische Stabilität die Einstellung zur Patientenverfügung beeinflusst. Daraus ergibt sich die Fragestellung, ob es eine Korrelation zwischen dem psychologischen Belastungslevel und der Bereitschaft onkologischer Patienten eine Patientenverfügung zu erstellen, gibt.

**Methode** Es handelt sich um eine monozentrische, klinisch prospektive Studie. Seit Mai 2023 wurden 136 Patienten befragt (Ziel n = 150). Es erfolgt die Deskription und Korrelationsanalyse der Einstellung zur Patientenverfügung mittels eines validierten Instrumentes (ADAS) und der Erfassung des psychologischen Zustandes, gemessen mit den Screening-Instrumenten PHQ9, GAD7 und dem Distress-Thermometer.

**Ergebnisse** 17 der 136 Teilnehmenden mussten wegen unvollständiger Antworten ausgeschlossen werden; zwei wegen Unkenntnis über das Konzept einer Patientenverfügung, zwei weitere hatten keine gesicherte onkologische Diagnose. Bei 64% der Befragten lag bereits eine ausgefüllte Patientenverfügung vor. Der Großteil der Befragten wurde im ambulanten Setting rekrutiert (n = 101). 71,5% gaben eine überwiegend positive Einstellung zu der Patientenverfügung an; weitere 27% eine neutrale Einstellung. Bei n = 115 konnte im multiplen linearen Regressionsmodell kein signifikanter Zusammenhang zwischen einem erhöhten psychologischen Belastungslevel und der Bereitwilligkeit eine Patientenverfügung zu erstellen, dargestellt werden (p = 0,226). Eine finale Korrelationsanalyse erfolgt nach Erreichen der kalkulierten Fallzahl.

**Schlussfolgerung** Zum Zeitpunkt der vorläufigen Auswertung kann kein signifikanter Zusammenhang zwischen ADAS und PHQ9, GAD7 oder Distress-Thermometer dargestellt werden. Limitation ist die positive Einstellung zu Patientenverfügungen, die eine Differenzierung innerhalb des Kollektivs erschwert. Die zum Erreichend der Fallzahl benötigten Patient:innen sollen im stationären Setting rekrutiert werden.

## P306 Koordination der Gesundheitliche Versorgungsplanung (GVP) in Niedersachsen

**Autor** Schulz S

**Institut** Hospiz- und Palliativverband Niedersachsen e.V., Projekt:  
Koordination Gesundheitliche Versorgungsplanung (GVP) in Niedersachsen,  
Celle

**DOI** 10.1055/s-0044-1788472

**Hintergrund** Menschen dazu befähigen, selbstbestimmt und wohlinformiert entscheiden zu können, wie sie im Falle einer Einwilligungsunfähigkeit medizinisch und pflegerisch behandelt werden wollen, ist das Ziel der Gesundheitliche Versorgungsplanung (GVP). Dieses Gesprächsangebot wird von speziell nach § 132 g SGB V fortgebildeten Gesprächsbegleitenden durchgeführt [1]. GVP ist 2015 in dem sogenannten Hospiz- und Palliativgesetz eingeführt und die Vergütung in vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen der Eingliederungshilfe durch die gesetzliche Krankenversicherung in der Handlungsvereinbarung zum § 132 g SGB V im Dezember 2017 ausgestaltet worden [2]. Der Einbezug sämtlicher in den Versorgungsprozess eingebundener Akteur\*innen, also sowohl die interne –institutionelle– als auch die externe –regionale– Vernetzung, ist ein wichtiger Bestandteil von GVP als Schnittstellenthema. Für eine wirksame und umfassende GVP-Umsetzung bedarf es der

Koordination aller Maßnahmen auf diesen beiden, sowie auf der gesellschaftlichen Ebene [3].

*Denn unabhängig von der strukturellen Form und der Größe des Netzwerks braucht es eine „Kümmerin“ bzw. einen „Kümmerer“, der bzw. die die Fäden zusammenhält und unbedingt eine möglichst große Neutralität im Sinne einer institutionellen Unabhängigkeit mitbringt [3].*

Inwiefern Koordinator\*innen hospizlich-palliativer Netzwerke nach § 39 d SGB V die GVP-Koordination übernehmen können, gilt es zu überprüfen.

[Anhang mit Quellen konnte nicht eingefügt werden]

**Methode** Die Erhebung findet innerhalb des vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung geförderten Projektes: Koordination Gesundheitliche Versorgungsplanung in Niedersachsen statt. Projektträger ist der Hospiz- und Palliativverband Niedersachsen e. V. (HPVN) in Kooperation mit dem Landesstützpunkt Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen e. V. (LSHPN). Im Zeitraum von März 2024 bis August 2024 werden die Koordinator\*innen der bisher nach § 39 d SGB V bewilligten Hospiz- und Palliativnetzwerke in Niedersachsen (n = 8) telefonisch befragt. Es werden offene Fragen gestellt u. a. zum Wissensstand der GVP-Vernetzung in der Region, sowie den erlebten Chancen und Hürden. Die Interviews werden anonymisiert transkribiert und zunächst durch deduktive Kategorienbildung anhand der Fragebogenstruktur und dann induktiv durch die Bildung von Unterkategorien durch zwei unabhängige Autor\*innen inhaltsanalytisch nach Kuckartz ausgewertet.

**Ergebnisse** Zwischenergebnisse siehe Punkt „Schlussfolgerung“.

**Schlussfolgerung** Die bisherigen Gespräche zeigen, dass GVP von den Koordinator\*innen als wichtiges Thema erkannt wird. Es gilt allerdings noch zu klären, inwiefern im Rahmen des bisherigen Stellenumfanges die in vielen Gebietskörperschaften noch so notwendige Implementierung geleistet werden kann.

## P341 Effekte eines Advance Care Planning Programmes mit Fokus auf Bewohner:innen von Pflegeeinrichtungen: Ergebnisse der BEVOR-Studie (cRCT)

**Autorinnen/Autoren** Götzke K<sup>1</sup>, Bausewein C<sup>2</sup>, Feddersen B<sup>3</sup>, Hummers E<sup>3</sup>, Icks A<sup>4</sup>, Marckmann G<sup>5</sup>, Meyer C<sup>6</sup>, Nauck F<sup>7</sup>, Schildmann J<sup>8</sup>, Stöhr A<sup>9</sup>, Zapf A<sup>10</sup>, in der Schmittgen J<sup>11</sup>

**Institute** 1 Institut für Allgemeinmedizin, Center for Health and Society, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf; 2 LMU Klinikum München, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München; 3 Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät, Universität, Göttingen; 4 Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie, Center for Health and Society, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf; 5 Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig Maximilians Universität, München; 6 Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Salle); 7 Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen; 8 Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale); 9 Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Koordinationszentrum für klinische Studien, Düsseldorf; 10 Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, Universitätsklinikum, Hamburg-Eppendorf; 11 Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät, Universität Duisburg-Essen, Essen

**DOI** 10.1055/s-0044-1788473

**Hintergrund** Advance Care Planning (ACP) hat zum Ziel, dass Menschen in gesundheitlichen Krisen mit Einwilligungsunfähigkeit gemäß ihren Präferenzen behandelt werden. Wenige Studien evaluierten bisher, ob komplexe ACP-Interventionen patienten-relevante klinische Effekte zur Folge haben. Die BEVOR-Studie untersuchte die Frage, ob ein ACP-Programm bei Bewohner:innen von Pflegeeinrichtungen die Konsistenz *durchgeführter* versus *präferierter* Behandlungen angesichts potenziell lebensbedrohlicher Erkrankungen erhöht.

**Methode** Multizentrische, cluster-randomisierte kontrollierte Studie in 44 Pflegeeinrichtungen (09/2019-03/2023). Die ACP-Intervention (Intervention (IG) n = 23) wurde auf *individueller* (ACP-Gesprächsprozesse), *institutioneller* (Organisationsentwicklung/Fortbildungen) und *regionaler* Ebene (Koordination/Vernetzung) angeboten. Nach einer bis zu 18-monatigen Run-in-Phase betrug der Beobachtungszeitraum 12 Monate (09/21-08/22). Der primäre Endpunkt Hospitalisierungsrate als Surrogatparameter für ungewünschte Behandlungen wurde anonym bei allen 4.565 Bewohner\*innen bestimmt. Die Konsistenz der durchgeführten vs. präferierten Behandlungen wurde bei 892 Bewohner:innen mit deren Einverständnis erhoben. Daneben wurde die Prävalenz von Vorausverfügungen und Notfallbögen untersucht. Es erfolgte eine Intention-to-treat-(ITT) und Adhärenz-Analyse. Die Hospitalisierungsrate wurde mit einem Poisson-Regressionsmodell, Konsistenz und Vorausverfügungen mittels einer gemischten logistischen Regression analysiert.

**Ergebnisse** Hospitalisierungsrate (IG 93 vs. KG 94, IRR(95 %-KI) 1 (1;1,1), p = 0,3) und Konsistenz (IG 30 % vs. KG 32 %, OR(95 %-KI): 0,9 (0,4-1,9), p = 0,7) zeigten in der ITT Analyse keinen Gruppenunterschied. Die Anzahl der Vorausverfügungen (IG 57 % vs. KG 41 %, OR(95 %-KI): 1,4 (1,3-1,5), p < 0,001) und Notfallbögen (IG 19 % vs. KG 2 %, OR(95 %-KI): 11,6 (8,2-16,4), p < 0,001) waren für die IG signifikant erhöht. In den für die Intervention adhärennten Einrichtungen (6/23) waren Konsistenz (41 %) und Prävalenz der Notfallbögen (66,5 %) gegenüber allen Interventionseinrichtungen erhöht.

**Schlussfolgerung** Die ACP-Intervention der BEVOR-Studie verfehlte in der Gesamtauswertung das Ziel, eine höhere Behandlungskonsistenz zu erreichen. Die Tendenz zu höherer Übereinstimmung der durchgeführten mit der präferierten Behandlung in der Untergruppe der interventionsadhärennten Einrichtungen deutet darauf hin, dass eine umfassende Implementierung von ACP erforderlich ist, um einen klinisch relevanten Effekt auf die Patienten-Selbstbestimmung für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit zu erreichen. Diese Hypothese sollte in darauf ausgerichteten Studien mit ausreichendem Zeithorizont für die Implementierung überprüft werden. Encore-Abstract

## Über das gute Leben bis zuletzt: Medizinethik, Sozialethik, Alltagsethik

### V260 Anfragen und zu Praxis von Suizidassistenten in der deutschen Palliativversorgung – Eine Befragung unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)

**Autorinnen/Autoren** Turiaux J<sup>1</sup>, Burner-Fritsch I<sup>1</sup>, Marckmann G<sup>2</sup>, Fegg M<sup>1</sup>, Bausewein C<sup>1</sup>

**Institute** 1 Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Klinikum Universität München, Campus Großhadern, München; 2 Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität, München  
DOI 10.1055/s-0044-1788474

**Hintergrund** Es liegen kaum Daten zu Anfragen und durchgeführten Suizidassistenten (SuizidAss) aus Deutschland vor. Ziel der Studie ist die Beschreibung von SuizidAss-Anfragen im Kontext der deutschen Palliativversorgung, des Umgangs des Fachpersonals mit Anfragen sowie der Rahmenbedingungen etwaiger SuizidAss.

**Methode** Online-Umfrage (10/23–01/24) bei allen DGP-Mitgliedern mit bekannten E-Mail-Adressen (n = 5667) zu Erfahrungen und Umgang mit konkreten SuizidAss-Anfragen. Fragebogenentwicklung auf Basis einer Literaturrecherche und Pilotierung mit Expert:innen. Quantitativ-deskriptive Auswertung mit IBM SPSS Statistics.

**Ergebnisse** Aufruftrate 434/2585 (16,8%), Teilnehmerrate 337/434 (77,6%), Abschlussrate 272/337 (80,7%). Auswertung von insgesamt n = 321 Datensätzen (Einschluss: Frage nach SuizidAss-Anfragen beantwortet). 189/321 Teilnehmer:innen (58,9%) haben seit 2020 konkrete SuizidAss-Anfragen erhalten; davon 152/189 (80,4%) mit max. sechs Anfragen. In 210/224 (93,8%)

Fällen lag eine Erkrankung vor (111/210 Krebserkrankung (52,9%), 31/210 Amyotrophe Lateralsklerose (14,8%), 15/210 psychische Erkrankung (7,1 %)). Gründe für Suizidwunsch: Autonomieverlust (153/224, 68,3 %), Verlust der Fähigkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens nachzugehen (128/224, 57,1 %), Würdeverlust (122/224, 54,5 %), Verlust der Kontrolle über körperliche Funktionen (117/224, 52,2 %). Eher keine oder überhaupt keine Zustimmung der angefragten Personen zu folgenden Punkten: In 52/220 Fällen (23,6 %), dass die suizidwillige Person zum Zeitpunkt der Anfrage über existierende Hilfsmöglichkeiten informiert war; in 59/220 Fällen (26,8 %), dass der Suizidwunsch zum Zeitpunkt der Anfrage von Dauerhaftigkeit und innerer Festigkeit geprägt war; in 32/220 Fällen (14,5 %), dass die suizidwillige Person zum Zeitpunkt der Anfrage fähig war, ihren Willen frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung zu bilden. In 83/113 der Fälle (73,5 %) mit beständigem Suizidwunsch erfolgte eine weitere Betreuung, ohne SuizidAss zu leisten. In 11/113 Fällen (9,7 %) wurde SuizidAss geleistet. Einleitung des Suizids in 5/11 Fällen (45,5 %) mit Opioiden, in 3/11 (27,3 %) mit Midazolam, in 2/11 (18,2 %) mit Thiopental. In 9/11 Fällen (81,8 %) vergingen zwischen Anfrage und Durchführung höchstens drei Monate.

**Schlussfolgerung** Die Mehrheit der Umfrage-Teilnehmer:innen erhielt seit 2020 konkrete SuizidAss-Anfragen. Bei einem bedeutenden Anteil der Fälle kam das Fachpersonal zu der Einschätzung, dass zentrale vom BVerfG formulierte Kriterien für eine freie Suizidentscheidung zum Zeitpunkt der Anfrage (eher) nicht vorlagen. Dies unterstreicht die Bedeutung fachlicher Standards im Umgang mit SuizidAss-Anfragen. Im Fall beständiger Suizidwünsche wurde die fachliche Betreuung zumeist fortgesetzt, ohne SuizidAss zu leisten; nur in wenigen Fällen wurde SuizidAss geleistet.

### P227 Evaluation der Lehre zu Begrifflichkeiten der Sterbehilfe im Rahmen des QB13

**Autorinnen/Autoren** Mai S<sup>1</sup>, Schmidtman I<sup>2</sup>, Reinholz U<sup>1</sup>

**Institute** 1 Universitätsmedizin Mainz, III. Med. Klinik, Interdisziplinäre Abteilung für Palliativmedizin, Mainz; 2 Universitätsmedizin Mainz, Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik, Mainz  
DOI 10.1055/s-0044-1788475

**Hintergrund** Im Rahmen der gesellschaftlichen Diskussion um die Regelung zur Suizidbeihilfe in Deutschland wird u.a. auf die YouGov Studie aus 2021 verwiesen. Laut dieser Studie geben 72 % der Deutschen an, eine Legalisierung der „aktiven Sterbehilfe“ zu befürworten. Fraglich ist, ob die Teilnehmenden ein korrektes Verständnis der genutzten Begrifflichkeiten hatten. Diese Frage stellt sich auch für die Subpopulation der Medizinstudierenden. Medizinstudierende sind mehrheitlich nicht mit der aktuellen Gesetzeslage vertraut und wünschen sich Lehrinhalte zum ärztlich assistierten Suizid (aaS). Informationen zum aas sollten flankiert werden von Informationen zur Palliativversorgung.

**Methode** Medizinstudierende im Fach Palliativmedizin QB13 wurden um die Einschätzung ihres Sicherheitsgefühls bzgl. der Unterscheidung der Begrifflichkeiten zur Suizidbeihilfe sowie der aktuellen Gesetzeslage gefragt. Die Antworten wurden mittels Paper-Pencil-Bogen zu Beginn (Prä) des 7 Unterrichtseinheiten (UE) umfassenden Seminars und nach der UE Ethik (Post) erhoben. In dieser UE wurde das Thema Sterbehilfe besprochen. Mittels eines individuellen Codes konnten die Antworten gepaart werden, um neben Gruppenvergleichen auch intraindividuelle Veränderungen abzubilden. Wir betrachten hier nur Teilnehmende, für die zuordnbare Bögen vorhanden waren. Intraindividuelle Änderungen wurden mittels Vorzeichen-test evaluiert. Vergleiche zwischen Gruppen wurden mittels Chi-Quadrat-Test vorgenommen.

**Ergebnisse** Von 178 Prä- und 174 Post-Bögen konnten 163 verbunden ausgewertet werden. In der Unterscheidung der Begrifflichkeiten zur Sterbehilfe fühlten sich die Studierenden (51 (31 %) bzw. 110 (67 %)) nach der Unterrichtseinheit Ethik eher sicher und sicher. Zu Beginn des QB13 gaben dies nur 76 (47 %) bzw. 3 (2 %) der Studierenden an. Das Sicherheitsgefühl zur Gesetzeslage in Deutschland gaben prä QB13 nur 17 % (n = 28) mit eher sicher oder sicher an. Zum zweiten Messzeitpunkt waren es 88 % (n = 144) der gepaarten Stichprobe. Ebenso stieg der Anteil derer, die sich im Umgang mit geäußerten Ster-

bewünschen eher sicher oder sicher fühlten von 48 % (n = 78) auf 68 % (n = 143). In der Häufigkeitsverteilung der Antworten ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zu den Teilnehmenden ohne Zuordnung.

**Schlussfolgerung** Medizinstudierenden sollten in Lehrveranstaltungen dazu motiviert werden, Unsicherheiten hinsichtlich des wichtigen Themas Sterbehilfe zu besprechen. Es erscheint sinnvoll, die curriculare Lehre insbesondere auch zum äaS weiter auszubauen und wiederholt anzubieten. Die Studierenden sind in der korrekten Verwendung der Begriffe zur Sterbehilfe einerseits wichtige Multiplikatoren, andererseits erhöht das Wissen die Patientensicherheit.

## P270 EMMA (Ethik Multiprofessionell Methodisch Anwenden): ein Strukturinstrument für Ethik-Fallberatungen im palliativen Setting auch außerhalb der Klinik

**Autorinnen/Autoren** Wachter A<sup>1,2</sup>, May A<sup>1</sup>

**Institute** 1 Zentrum für Angewandte Ethik Erfurt, Erfurt; 2 Zentrum für Angewandte Ethik Erfurt, Advance Care Planning, Erfurt

**DOI** 10.1055/s-0044-1788476

**Hintergrund** Bei der Versorgung von Menschen am Lebensende kommt es immer wieder zu ethischen Konflikten. Eine Möglichkeit der Bearbeitung ist die Ethik-Fallberatung. Hierbei werden ethische Fragestellungen, die bei der Betreuung und Versorgung einer Person auftreten, diskursiv bearbeitet. Bei der Moderation von Ethik-Fallberatungen werden häufig Strukturinstrumente genutzt. Ein Strukturinstrument für Ethik-Fallberatungen im außerklinischen Bereich ist EMMA: 2011 von einer Autorengruppe für den Einsatz in der Altenpflege entwickelt, wurde es nun mit dem Ziel des Einsatzes auch in palliativen Versorgungssettings revidiert und erweitert.

**Methode** In Diskussionsrunden wurden ausgehend vom bestehenden Strukturinstrument die Rahmenbedingungen, die inhaltlich und methodisch für die Moderation einer Ethik-Fallberatung bedeutsam sind, analysiert. Dabei wurde deutlich, dass diese Rahmenbedingungen nicht nur in der stationären Altenpflege, sondern in all den Situationen beachtlich sind, in denen Menschen an ihrem Wohnort versorgt werden, also auch in Hospizen und in der Versorgung zu Hause oder in einer Einrichtung der Altenpflege oder Eingliederungshilfe durch einen SAPV-Dienst oder eine andere palliative Versorgungsform. Für eine gelingende Ethik-Fallberatung muss das Strukturinstrument diese spezifischen Rahmenbedingungen aufgreifen. Dabei liegt im außerklinischen Bereich und speziell am Lebensende oft der Fokus der Fallberatung weniger auf einer dichotomen Entscheidung über medizinische Maßnahmen, sondern auf dem Finden von Wegen zu einem guten Leben. Im Beitrag möchten wir EMMA in der revidierten Fassung vorstellen und darlegen, inwieweit es mit EMMA gelingt, relevante Rahmenbedingungen aufzugreifen.

**Ergebnisse** EMMA bietet Moderator:innen von Ethik-Fallberatungen gezielte Unterstützung und kann einen wichtigen Beitrag zu einer person-zentrierten, an Wünschen und Werten der Person ausgerichteten Versorgung von Menschen am Lebensende leisten. Die Entlastung der versorgenden Teams durch konstruktive Lösung ethischer Problemstellungen ist ein weiterer Benefit.

**Schlussfolgerung** EMMA ist aufgrund des Zuschnitts für den Einsatz im außerklinischen Bereich hervorragend für die Moderation von Ethik-Fallberatungen in der palliativen Versorgung geeignet.

## P275 Reflektiert Entscheiden in der Palliativversorgung: Ziel-Anamnese im Shared Decision Making

**Autorinnen/Autoren** Leroy M<sup>1</sup>, von Nitzsch R<sup>1</sup>, Wahl R<sup>2</sup>, Rolke R<sup>2</sup>

**Institute** 1 RWTH Aachen University, Lehrstuhl für Entscheidungsforschung und Finanzdienstleistungen, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften, Aachen; 2 Uniklinik RWTH Aachen, Klinik für Palliativmedizin, Medizinische Fakultät RWTH Aachen University, Aachen

**DOI** 10.1055/s-0044-1788477

**Hintergrund** Um gute Therapieentscheidungen für Palliativpatient:innen zu treffen, ist es für das behandelnde Team wichtig, Ziele und Wünsche der Be-

troffenen bestmöglich zu kennen. Studien haben gezeigt, dass Menschen Schwierigkeiten haben, persönliche Ziele in Entscheidungssituationen zu identifizieren [1]. Dieses Defizit erschwert die Wahl der optimalen palliativen Betreuung. Die Entscheidungsforschung empfiehlt, nach dem *Value-focused Thinking*-Ansatz von Prof. Ralph Keeney Werte und Ziele in den Vordergrund einer jeden Entscheidung zu rücken. Sind sich Entscheider ihrer Ziele in einer Entscheidung nicht (vollständig) bewusst, steigt Keeney folgend die Gefahr, minderwertige Handlungsoptionen zu wählen und potenziell bessere zu übersehen. Hierbei können Checklisten helfen, die alle potenziell relevanten Ziele für Behandler:innen in einem spezifischen Entscheidungskontext enthalten (*Masterlisten*), um weitere wichtige Ziele zu erfassen, die Patient:innen selbst nicht genannt haben.

**Methode** Es erfolgte eine systematische Literaturrecherche, um bestehende Literatur aufzuarbeiten und erste Ziel-Kategorien zu bilden. Anschließend folgten semistrukturierte Interviews, an welcher PatientInnen, An- und Zugehörige sowie MitarbeiterInnen der Klinik für Palliativmedizin der UK Aachen auf freiwilliger Basis teilnahmen. In den Interviews wird u.a. über Wünsche und Sorgen allgemein sowie persönliche Präferenzen hinsichtlich der Therapie gesprochen. Eine qualitative Inhaltsanalyse der Interviews nach Kuckartz vervollständigt das aus der Literaturrecherche entstandene Kategoriensystem als Grundlage für eine Masterliste für Ziele von Palliativpatient:innen.

**Ergebnisse** Aus dem Systematic Review wurden die Hauptkategorien *Quality of Life* (mit Subkategorien *körperliches, mentales, psychisches, spirituelles und soziales Wohlbefinden*), *Autonomie*, *Shared Decision Making*, *Sicherheitsempfinden im Alltag*, *Regeln persönlicher Belange* und *Vermächtnis* abgeleitet. Zudem existieren Subkategorien für jede Hauptkategorie. Die bislang erfolgten 25 Interviews bestätigen die sechs Hauptkategorien bereits. Auch ein Großteil der formulierten Subkategorien, insb. bei *Quality of Life*, *Autonomie* und *Vermächtnis*, konnten bereits bestätigt werden.

**Schlussfolgerung** Das zu entwickelnde System einer Masterliste von Zielen kann hilfreich für das Shared Decision Making auch in der Palliativversorgung am Lebensende sein. Mit einer Checkliste von Zielen kann die Awareness der Behandelnden für zu berücksichtigende Wertvorstellungen von Patient:innen und deren Angehörigen gestärkt werden.

**Literatur**

[1] Bond S.D., Carlson K.A., Keeney R.L. Generating objectives: Can decision makers articulate what they want? *Management Science* 2008; 54 (1): 56–70

## P284 Die ärztliche Rolle im Kontext Todeswunsch aus ärztlicher Perspektive

**Autorinnen/Autoren** Hochgref T<sup>1,2</sup>, Scherg A<sup>3</sup>, Peuckmann-Post V<sup>4,5</sup>, Weber S<sup>1,6</sup>, Elsner F<sup>1</sup>

**Institute** 1 Medizinische Fakultät RWTH Aachen University, Klinik für Palliativmedizin, Aachen; 2 Evangelisches Krankenhaus Wesel; 3 Palliativquartier Hamburg e.V., Hamburg; 4 Medizinische Fakultät RWTH Aachen University, Klinik für Anästhesiologie, Aachen; 5 Medizinische Fakultät RWTH Aachen University, Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Aachen; 6 Medizinische Fakultät RWTH Aachen University, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Aachen

**DOI** 10.1055/s-0044-1788478

**Hintergrund** Das Bundesverfassungsgericht hob am 26. Februar 2020 das Verbot der geschäftsmäßigen Beihilfe zur Selbsttötung auf. Das Recht auf Selbstbestimmung beinhaltet auch das Recht, das eigene Leben zu beenden und dabei Hilfe in Anspruch zu nehmen. Aktuell ist die Politik bestrebt einen rechtlichen Rahmen für die Suizidbeihilfe und den Ausbau der Suizidprävention zu schaffen. Der 124. Deutsche Ärztetag beschloss am 5. Mai 2021 das standesrechtliche Verbot der Hilfe zur Selbsttötung in Paragraph 16 der Muster-Berufsordnung (MBO-Ä) zu streichen. Ziel dieser Arbeit ist es, die ärztliche Rolle im Umgang mit Todeswünschen von Patient:innen aus ärztlicher Perspektive zu ergründen.

**Methode** In einem ersten Schritt wurden die Mitglieder der Ärztekammer Nordrhein in einem Online-Fragebogen mit 12 Items befragt (5 Items zu de-

mographischen Daten, 7 Items zu Wissen, Einstellung und Erfahrungen im Umgang mit Todeswünschen). Drei der Items erforderten eine Freitextantwort und wurden qualitativ ausgewertet.

**Ergebnisse** Teilgenommen haben 155 Ärzt:innen aus verschiedenen Fachbereichen, 38% der Teilnehmenden gaben > 25 Jahre Berufserfahrung an. Es zeigten sich große Unsicherheiten im Hinblick auf die aktuelle Straf- und Standesrechtliche Situation. Die Teilnehmenden beschrieben die Begleitung von Menschen mit Todeswünschen als ärztliche Aufgabe. Die ärztliche Rolle in diesem Kontext sollte nach Aussage der Teilnehmenden überwiegend eine beratende sein. Der Wunsch nach einer aktiven Beendigung des eigenen Lebens erscheint nachvollziehbarer, je infauster die somatische Situation und das damit assoziierte Leid ist.

**Schlussfolgerung** Der Ablauf eines Assistierte Suizides wird heterogen und mit viel Unsicherheit beschrieben, auch die Definitionen von „Sterben zulassen“ und „Tötung auf Verlangen“ scheinen unklar. Neben der Vermittlung von Wissen, scheint es einen Bedarf an einer kontinuierlichen Reflexion der eigenen ärztlichen Handlung zu geben. Bisher fehlen Untersuchungen dazu. Insbesondere im Hinblick auf die mögliche Belastung durch die unklare ärztliche Rolle ist zur Klärung des Unterstützungsbedarf Begleitforschung notwendig.

### P308 Impairments of human dignity in end-of-life care assessed by health care professionals

**Autorinnen/Autoren** Derler F<sup>1</sup>, Mielke E L<sup>2</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Heidelberg, Palliativmedizin, Heidelberg; 2 Universitätsklinikum Heidelberg, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Heidelberg

DOI 10.1055/s-0044-1788479

**Background** Empirical investigations on health care professionals' (HCPs) perception of dignity have already spotted common themes in preserving dignity in end-of-life care. However, heterogenic assessment results of varying HCP groups exist. This study wants to provide further empirical evidence on HCPs' rating of dignity-impairing aspects based on a patient-centered concept, especially regarding different underlying job profiles as well as other professional characteristics.

**Methods** In a quantitative study design, the rating of importance of dignity-impairing factors in end-of-life care via an adapted version of the *Patient Dignity Inventory* (aPDI) was assessed. Participants of the relevant professional groups were recruited from a palliative care as well as an acute care setting from a region of Germany.

**Results** From the final sample of participants, 229 questionnaires were analyzed. The overall importance of each dignity-impairing aspect in end-of-life care was considered to be very important by all different HCP groups. Nonetheless, ratings differed between professions: nursing staff had the highest ratings of importance compared to both physicians and individuals with multiple occupations. Participants with previous knowledge in bioethics also rated some aspects as more important compared to those without this feature.

**Conclusion** With the findings of this investigation, an insight of how professionals perceive impairments of human dignity at the end of life based on a patient-centered concept is given. Certain professional features notably influenced the assessment results of specific dignity aspects. This investigation adds a link between empirical research and medical ethics as normative implications based on the findings of this study can be derived for HCPs in practice of a dignified care.

### P320 Ethische Unterstützung im Zusammenhang mit gezielter Sedierung in der Palliativmedizin. Ergebnisse einer Pilotstudie

**Autorinnen/Autoren** Kremling A<sup>1</sup>, Klein C<sup>2</sup>, Krauss S<sup>3</sup>, Ostgathe C<sup>2</sup>, Schildmann E<sup>4</sup>, Schildmann J<sup>1</sup>

**Institute** 1 Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Halle (Saale); 2 Universitätsklinikum Erlangen, Palliativmedizinischen Abteilung, Erlangen; 3 LMU Klinikum, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München; 4 Medizinische Fakultät, Universität Augsburg, Palliativmedizin, Augsburg

DOI 10.1055/s-0044-1788480

**Hintergrund** Gezielte Sedierung in der Palliativmedizin ist in vielen Fällen unkontrovers, in anderen aber ethisch umstritten und für Beteiligte moralisch herausfordernd. Im Rahmen der Entwicklung einer multi-modalen Intervention zur Unterstützung guter Praxis im Umgang mit sedierenden Medikamenten in der Palliativmedizin (Forschungsverbund iSedPall, BMBF: 01GY2020A-C) wurde daher auch ethisches Unterstützungsmaterial entwickelt.

**Methode** Ausgehend von Leitlinien, Fallberichten und empirischen Studien wurden ethische Herausforderungen identifiziert. Expert:innen und eine Partizipationsgruppe mit Laien wurden in die Entwicklung von Unterstützungsmaterial einbezogen. Das Material wurde in zwei SAPV-Teams und zwei Palliativstationen im Rahmen einer Pilotierung getestet und evaluiert. Dabei wurden quantitative und qualitative Daten erhoben und zur Überarbeitung des Materials genutzt: Retrospektive Fallbesprechungen, Onlinebefragung, Fokusgruppen mit Vertreter:innen der Pilotzentren, Interviews mit Angehörigen und Patient:innen.

**Ergebnisse** Eine Informationsbroschüre für Patient:innen und Angehörige wurde entwickelt, die Missverständnissen und Folgeproblemen im Zusammenhang mit einer gezielter Sedierung vorbeugen soll. Für folgende spezifische herausfordernde Szenarien wurden Checklisten für Fallbesprechungen sowie prinzipienethische Analysen verfasst: Indikation existenzielles Leiden, Wunsch nach Sedierung, Sedierung unter knappen SAPV-Ressourcen, Sedierung und Fixierung, Verringern der Sedierungstiefe, Sedierung und Beenden künstlicher Beatmung. Die Auswertung der Pilotierungsergebnisse legt nahe, dass das ebenfalls entwickelte Material zur grundsätzlichen Abwägung zur Aufklärung über Risiken von Sedierung und der möglichen Rolle technischen Monitorings eher als Grundlage von Fortbildungen geeignet sind als für die Anwendung im klinischen Alltag. Hürden für die Verwendung des Materials sind geringe Fallzahlen bei den hoch-kontroversen Behandlungssituationen und damit fehlender Druck, sich mit diesen Situationen vorab auseinanderzusetzen, Zeitdruck, Behandlungs- und Kommunikationsroutinen und Selbstwahrnehmung ethischer Kompetenz.

**Schlussfolgerung** Der Umgang mit den ethischen Herausforderungen von Sedierung erfordert einen „multi-modalen“ Ansatz. Das Bereitstellen von Material für die klinische Praxis muss durch Maßnahmen ergänzt werden, die Sensibilität für die relevanten Fälle und Bereitschaft zur Verwendung erhöhen, z.B. Fortbildungen und retrospektive Falldiskussionen.

### Wenn es palliativ wird in der Alten- und Eingliederungshilfe

### V173 Umgang mit Sterbewünschen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung

**Autorinnen/Autoren** Wördehoff D, Schäper S

**Institut** Katholische Hochschule NRW, Institut für Teilhabeforschung, Münster

DOI 10.1055/s-0044-1788481



**Hintergrund** Aufgrund der Erfahrungen mit der menschenverachtenden Praxis der Nationalsozialisten ist Hilfe beim Sterben und assistierter Suizid bei Menschen mit Behinderungen, insbesondere Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung in Deutschland noch kaum ein Thema. Diese äußern aber ebenso Sterbewünsche wie andere Menschen: die Frage ist, wie können wir diese erkennen, wie damit umgehen?

**Methode** In einer Untergruppe der AG Menschen mit intellektueller und komplexer Beeinträchtigung der DGP wurden in mehreren Expertengesprächen im Online-Format über ein Jahr Erfahrungen zum Umgang mit Sterbewünschen gesammelt und die verschiedenen Facetten des Themas eingehend diskutiert und systematisiert. Daraus wurde eine Arbeitshilfe für Begleitende in der Eingliederungshilfe sowie für Hospiz- und Palliativkräfte entwickelt.

**Ergebnisse** Die systematisch zusammengetragenen Erfahrungen von Expert:innen zeigen, dass bei lebensbedrohlichen Erkrankungen häufig stellvertretend für diese Menschen, aber nicht mit ihnen entschieden wird. Ihnen werden Willensbildung und Einwilligungsfähigkeit – so auch ernsthafte Sterbewünsche – häufig nicht zugetraut. Auch wird immer wieder die Auffassung vertreten, dass das Leben von Menschen mit komplexen Einschränkungen von großem Leid gekennzeichnet sei und keine Lebens-Qualität erlaube. Es konnten wichtige Voraussetzungen herausgearbeitet werden, damit Sterbewünsche bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung erkannt werden. Bei der Frage, wie professionell Begleitende und Angehörige mit Sterbewünschen angemessen umgehen können, kommt der frühzeitigen Unterstützung in der Auseinandersetzung mit dem Sterben als Teil des Lebens und der Unterstützung in der Entwicklung von Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit besondere Bedeutung zu. Es wurden konkrete Empfehlungen für die Begleitung von Menschen mit kognitiver und komplexer Beeinträchtigung für Begleitende in Wohneinrichtungen wie in der Hospizarbeit und palliativen Versorgung erarbeitet.

**Schlussfolgerung** Die Förderung der Selbstbestimmung und der Schutz des Lebens sind, wie vom Bundesverfassungsgericht herausgestellt, gerade auch für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung wichtige, aber auch herausfordernde Bedingungen für ein gutes Leben in den letzten Lebensmonaten und Jahren.

## P146 Einbindung der Hospizkultur in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung – Im Dialog mit Angehörigen – Eine qualitative Studie

**Autor** Löwe S

**Institut** Freiberuflich, Düsseldorf

**DOI** 10.1055/s-0044-1788482

**Hintergrund** Durch eine stetig sinkende Verweildauer von multimorbiden pflegebedürftigen Menschen in vollstationären Pflegeeinrichtungen gewinnen Angehörige in einem palliativen Versorgungssetting zunehmend an Bedeutung. Die Studie beschäftigt sich aus Sicht der Angehörigen mit der Frage, wie eine Hospizkultur in einer vollstationären Pflegeeinrichtung von der Aufnahme bis zum Tod gelingen kann und welche Betreuung Angehörige vor, während und nach einer Sterbesituation benötigen.

**Methode** Die Studie orientiert sich an der Theorie des systemischen Gleichgewichts in der familien- und umweltbezogenen Pflege nach Friedemann/Köhlen (2010) [1], die in Verbindung mit dem Modell nach Aneshensel (1995) [2] gesetzt wird und in ein von der Autorin in dieser Arbeit entwickeltes systemisches Eskalationsmodell (2017) übergeht. In einem qualitativen Design wurden sieben leitfadengestützte Interviews mit Angehörigen mit einer retrospektiven Sichtweise geführt. Grundlage der Leitfadententwicklung war die „SPSS-Methode“ nach Helfferich (2011) [3]. Die Datenauswertung erfolgt nach der qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring (2015) [4].

**Ergebnisse** Die Auswertung der Interviews zeigt, dass für Angehörige die Etablierung einer Hospizkultur in einer vollstationären Pflegeeinrichtung wünschenswert ist. Neben der Fachexpertise des Pflegepersonals legen sie Wert auf einen offenen Umgang mit dem Thema Tod und Sterben.

**Schlussfolgerung** Angehörige wollen als „Experte des Pflegebedürftigen“ akzeptiert und aktiv mit in den Pflege- und Betreuungsprozess integriert werden. Angehörige benötigen ihrerseits in der Begleitung des Pflegebedürftigen eine Vertrauensperson, die sie im gesamten Prozess kontinuierlich begleitet. In der Sterbephase und der finalen Phase wird Ruhe, Stille und ein Rückzugsort sowie ein klarer Verhaltenskodex für die Mitarbeitenden, der den Pflegebedürftigen und Angehörigen Akzeptanz und Sensibilität einräumt, gewünscht.

### Literatur

- [1] Friedemann, Marie-Luise/Köhlen, Christina, (2010), Familien- und umweltbezogene Pflege, Huber, Bern, 3. vollst. überarb. und erw. Auflage
- [2] Aneshensel, Carol S.; Pearlin, L. I.; Mullan, Joseph T.; Zarit, Steven H.; Whitlatch, Carol J. Profiles in caregiving. The unexpected career. Academic Press; San Diego: 1995
- [3] Helfferich C. Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews.VS Verlag für Sozialwissenschaften/Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH; Wiesbaden: 2011 4: Auflage
- [4] Mayring, Philipp, (2015), Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, Beltz, Weinheim/Basel, 12. überarbeitete Auflage.

## P174 Organisationskultur – ein wesentlicher Faktor für eine gute Begleitung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung

**Autorinnen/Autoren** Schäper S, Dißmeier M, Thimm A

**Institut** Katholische Hochschule NRW, Institut für Teilhabeforschung, Münster

**DOI** 10.1055/s-0044-1788483

**Hintergrund** Die Begleitung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung am Lebensende findet häufig in Wohngruppen der Eingliederungshilfe statt. Sie sind statistisch der häufigste Sterbeort für diese Personengruppe. Unterschiede in der Qualität der Begleitung resultieren u.a. aus Faktoren der Organisationskultur in Wohndiensten.

**Methode** Aspekte der Organisationskultur wurden mit der in Australien entwickelten „Group Home Culture Scale“ (GHCS) und einem ergänzenden Fragebogenteil zur Kultur in der Begleitung am Lebensende erhoben und auf Zusammenhänge hin analysiert. In acht qualitativ ausgerichteten Workshops mit verschiedenen Akteur:innen im Wohnsetting wurden mit szenischen Elementen für die jeweilige Organisation typische Verfahren und Umgangsweisen mit Fragen rund um das Lebensende erfasst.

**Ergebnisse** In der Erhebung mithilfe der erweiterten GHCS konnten 486 Fragebögen von Mitarbeitenden aus 73 Teams in 29 Einrichtungen der Eingliederungshilfe ausgewertet werden. Es konnte u.a. nachgewiesen werden, dass Merkmale einer „guten“ Teamkultur mit einer guten Begleitung am Lebensende zusammenhängen. Besonders positiv wirkt sich aus, wenn Mitarbeitende mit den Werten der Einrichtung übereinstimmen. Der wahrgenommene Zusammenhalt innerhalb der Einrichtung fördert die Bereitschaft eines Teams, die Aufgabe der Begleitung am Lebensende aktiv anzunehmen. In der Auswertung der qualitativen Erhebung mithilfe der dokumentarischen Methode zeigte sich, dass das innovative szenische Vorgehen einen tieferen Zugang zu Haltungen und Einstellungen sowie professionellen Praktiken ermöglichte. Organisationen bewegen sich in der Begleitung am Lebensende in einer Reihe von Spannungsfeldern, innerhalb derer sie sich positionieren müssen, um realistische Handlungsspielräume zu schaffen und eine personenzentrierte Begleitung umsetzen zu können.

**Schlussfolgerung** In der Zusammenführung der Ergebnisse aus den verschiedenen Teilen der Erhebung wurden Empfehlungen für Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe formuliert, die als Impulsfragen gefasst sind. Diese erlauben eine Selbstevaluation der Einrichtungen im Blick auf die gelebte Praxis der Begleitung von Bewohner:innen am Lebensende und die Ableitung von Bedarfen in der Organisationsentwicklung.

## P177 Menschen mit Behinderung im Fokus von Hospizarbeit – Selbstbestimmung und Teilhabe bis zum Lebensende

Autorinnen/Autoren Dahlke E, Neumayer M

Institut Hospiz- und Palliativ-Verein Gütersloh e.V., Gütersloh

DOI 10.1055/s-0044-1788484

**Hintergrund** Alle Menschen sollen laut Hospiz- und Palliativgesetz Zugang zu Hospiz- und Palliativ-Versorgung haben. Die Erfahrung im Hospiz- und Palliativ-Verein Gütersloh e.V. zeigt, dass Menschen mit geistigen Behinderungen dieses Recht oft nicht in Anspruch nehmen können. Sie sind angewiesen auf Unterstützung von Zugehörigen/Mitarbeitenden der Eingliederungshilfe, die oft nicht gut auf Begleitung am Lebensende vorbereitet sind. Betroffene werden selten aktiv in ihr Lebensende betreffende Entscheidungen einbezogen. Es bedarf besonderen Engagements, ihnen Angebote zugänglich zu machen.

**Methode** Der Verein initiierte ein Projekt mit dem Ziel, Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung am Lebensende zu fördern und Angebote zugänglich zu machen. Unterziele waren: alle im System Beteiligten sensibilisieren und befähigen, Menschen mit geistiger Behinderung als Zielgruppe in den Fokus stellen, als Anbieter und Ansprechpartner für die Beteiligten wahrgenommen werden, fester Netzwerkpartner werden, Angebote niedrigschwellig und barrierefrei zugänglich machen. Zur Zielerreichung bot der Verein 2022 die Bildungsreihe „Weil es alle angeht – Bildungsangebote zu Sterben, Tod und Trauer bei Menschen mit geistiger Behinderung“ an. Neben bewährten Schulungen wurden bisher fehlende Bildungsangebote entwickelt. Zentraler Baustein war der selbstentwickelte Kurs „Ich weiß, was ich will“ – Auseinandersetzung mit Sterben, Tod und Trauer für Menschen mit geistiger Behinderung“, der die Betroffenen direkt ansprach und in jeder Hinsicht barrierefreie Teilnahme ermöglichte. Inhalte waren: Biographiearbeit, Kranksein, Lebensende, Trauer Beerdigung.

**Ergebnisse** Die Teilnehmenden berichteten von einem großen Gewinn an Wissen und Sicherheit. Es wurde deutlich, dass Teilnehmende mit Behinderung Erfahrungen, Fragen und Gesprächsbedarf hatten. Das Kurskonzept hat sich bewährt. Vorbehalte von Zugehörigen über den Einbezug der Betroffenen lösten sich auf. Die Zusammenarbeit mit Trägern der Eingliederungshilfe konnte intensiviert und um das Angebot von Trauerbegleitung erweitert werden. Es entstand eine Vernetzung mit Partnern aus Wissenschaft und Praxis.

**Schlussfolgerung** Der Verein wird auch in Zukunft Bildungsangebote für alle Beteiligten anbieten. Um das Thema flächendeckend zu verbreiten, wird Mitte 2024 zum Kurs „Ich weiß, was ich will“ ein Curriculum veröffentlicht. Die Inhalte können beim DGP-Kongress dargestellt werden. Das Projekt wurde in 2023 mit dem 1. Platz des Anerkennungs- und Förderpreises der DGP ausgezeichnet.

## P202 Standards für die Begleitung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung am Lebensende – eine internationale Studie zur Umsetzung des „White Paper“ der EAPC

Autorinnen/Autoren Roemer A L, Schäper S

Institut Katholische Hochschule NRW, Institut für Teilhabeforschung, Münster

DOI 10.1055/s-0044-1788485

**Hintergrund** Im Jahr 2015 veröffentlichte die EAPC mit den „Consensus Norms for Palliative Care of People with Intellectual Disabilities in Europe“ fachliche Standards für eine gute Begleitung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung – ein Meilenstein für die Sichtbarmachung dieses Personenkreises in der Palliativversorgung. Mitglieder der „Reference Group Intellectual Disability“ haben sich 2019 in einer Gruppe zusammengefunden, um die Umsetzung dieser Standards 5 Jahre nach deren Veröffentlichung international vergleichend zu erheben.

**Methode** Die Forschungsgruppe „PEPIC-19“ aus 15 Forschenden aus 10 Ländern entwickelte einen teilstandardisierten Online-Survey, der über die EAPC

und die DGP sowie weitere nationale Fachgesellschaften verbreitet wurde. Adressat:innen des Survey waren Fachkräfte und An- und Zugehörige sowohl in Diensten für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung als auch in Palliativdiensten. Der Fragebogen wurde in einem abgestimmten Verfahren in verschiedene Landessprachen übersetzt. Die quantitativen Ergebnisse wurden zusammengeführt. Um eine Vergleichbarkeit und eine gemeinsame qualitative Inhaltsanalyse der offenen Antworten zu ermöglichen, wurden die in den Landessprachen eingegangenen Antworten wiederum ins Englische rückübersetzt und gemeinsam ausgewertet.

**Ergebnisse** Der Online-Fragebogen wurde von 726 Personen aus 22 Ländern ausgefüllt, im Schwerpunkt aus Nordwest-Europa (Niederlande, Großbritannien, Norwegen, Deutschland). Etwa 60 % der Antworten stammen von Fachkräften aus Diensten und Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen. Insgesamt zeigte sich in der quantitativen Auswertung die höchste Übereinstimmung mit den Consensus Norms in Bezug auf den möglichen Zugang zur Krankenhausbehandlung und zu Angeboten der Palliativversorgung sowie zum Einbezug der Familien in Behandlungsentscheidungen. Die qualitative Auswertung der offenen Antworten zeigte dagegen deutliche Verbesserungsbedarfe in Bezug auf die adäquate Versorgung im Gesundheitssystem und der Palliativversorgung. Deutlicher Entwicklungsbedarf besteht auch in der Weiterbildung von Fachkräften in Diensten für Menschen mit Behinderungen und Palliativdiensten. Als Hindernis für eine gute Kooperation zwischen den verschiedenen Akteuren stellen sich u.a. wechselseitige Vorbehalte in Bezug auf die Kompetenz der jeweils anderen Seite dar.

**Schlussfolgerung** Der internationale Vergleich zeigt sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede in der Umsetzung der Consensus Norms. Eine gute Begleitung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung am Lebensende ist von einer Reihe von Faktoren in der jeweiligen nationalen Gesundheitspolitik abhängig – ein Umstand, der dem Anspruch vergleichbarer und guter Standards bislang deutlich entgegensteht. Hier besteht auch politischer Handlungsbedarf.

## P243 Schulung von und für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung für die hospizliche und palliative Begleitung

Autorinnen/Autoren Naase J<sup>1</sup>, Seelbach S<sup>2</sup>

Institute 1 Palliativnetz Travebogen gGmbH, Lübeck; 2 Akademie Barbara Stamm-Eine Marke des Zentrums für Pflege, Sozialberufe und Ehrenamt in Maria Bildhausen-Münnerstadt, Münnerstadt

DOI 10.1055/s-0044-1788486

**Hintergrund** Menschen mit komplexer Beeinträchtigung erreichen heutzutage ein hohes Lebensalter. Dies erfordert ein selbstbestimmtes, würdiges Leben bis zuletzt in vertrauter Umgebung zu ermöglichen. Der Zugang zu den Themen Sterben, Tod und Trauer und die Motivation, sich ehrenamtlich bei der Begleitung Sterbender und Trauernder zu betätigen, findet sich auch innerhalb dieser Gruppe wieder. Viele verfügen über eine hohe emotionale Kompetenz und erleben ebenso Verluste, Abschiede, Tod und Trauer. Dennoch sind sie in der hospizlich-palliativen Begleitung überwiegend nicht beteiligt. Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung können aufgrund ähnlicher biografischer Lebenswelten dazu beitragen, eine qualitativ bessere hospizlich-palliative Begleitung für betroffene Menschen sicherzustellen.

**Methode** Mittels eines anhand der ersten Erfahrungen und Ergebnissen der Pilotprojekte sowie angelehnt an die Qualifikation von ehrenamtlichen Hospizbegleiter:innen erstellten Konzeptes wurden in 2 Schulungskursen n = 3 (Kiel) und n = 5 (Münnerstadt/Bayern) Teilnehmer:innen geschult.

**Ergebnisse** Die quantitativen und qualitativen Evaluationsergebnisse werden im Rahmen des Kongresses vorgestellt.

**Schlussfolgerung** Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung können ihre individuellen Möglichkeiten der hospizlich-palliativen Unterstützung entwickeln, sind selbstwirksam im Umgang mit Trauersituationen und kennen ihre Ressourcen. Zudem können sie andere Menschen mit Trauer- und Abschiedserfahrungen gut begleiten und beraten. In einem weiteren Schritt werden das

zugrundeliegende methodisch-didaktische Konzept mittels der Evaluationsergebnisse seitens der Projektpartner:innen curricular aufbereitet sowie weitere Schulungen durchgeführt.

## P247 Hospizlich-palliatives, ambulantes Wohnprojekt von Bonn Lighthouse e.V. – Versorgungs- und Begleitungsangebot für Menschen mit Opioidabhängigkeit

**Autorinnen/Autoren** Goldmann J, Ohl C

**Institut** Bonn Lighthouse-Verein für Hospizarbeit e.V., Bonn

**DOI** 10.1055/s-0044-1788487

**Hintergrund** Bonn Lighthouse e.V. betreibt seit 1995 ein ambulantes, hospizlich-palliatives Wohnprojekt für Menschen mittleren Alters mit einer signifikant lebensverkürzenden Erkrankung. Im Laufe der Jahre hat die Anzahl der Bewohner\*innen mit einer Opioidabhängigkeit stetig zugenommen, sodass sie inzwischen rd. 85% beträgt. Charakteristisch für diese Zielgruppe sind komplexe psychische und kognitive Beeinträchtigungen mit der Folge von herausforderndem Verhalten, auch gegenüber den Begleitungsteams. Als Einrichtung der Eingliederungshilfe ist es unser Ziel, den Bewohner\*innen weitgehende Selbstständigkeit und individuelle Teilhabe in allen Lebensbereichen zu ermöglichen; bis zum Lebensende bei größtmöglicher Lebensqualität. Dieses zielgruppenspezifischen Versorgungs- und Begleitungsangebot wird vorgestellt.

**Methode** Statistische Auswertung der Bewohner\*innen-Daten, Netzwerkanalyse, Auswertung Bewohner\*innenbefragung, Beobachtungsstudien

**Ergebnisse** Die Auswertung der Bewohner\*innen-Daten lässt eine deutliche Abweichung zwischen der ursprünglichen ärztlichen Prognose und der tatsächlichen Lebenszeit erkennen. Dies korrespondiert damit, dass die Bewohner\*innen eine subjektiv empfundene Steigerung ihrer Lebensqualität gegenüber dem Zeitpunkt der Aufnahme in das Wohnprojekt beschreiben. Überdies beobachten die pädagogischen Fachkräfte der Einrichtung bei einem Großteil der Bewohner\*innen im Laufe der Zeit eine Steigerung der Kompetenz bei Selbstfürsorge und Compliance

**Schlussfolgerung** Alle Bewohner\*innen litten/leiden an lebensverkürzenden Erkrankungen mit ärztlichen Prognosen einer Lebenserwartung von wenigen Jahren, teilweise sogar von nur von Wochen oder Monaten. In der Realität treten/treten die Prognosen jedoch häufig nicht ein, was den Schluss zulässt, dass die Kombination von frühzeitiger, engmaschiger psychosozialer Unterstützung und medizinischer Therapie, zumindest bei Menschen mit Opioidabhängigkeit, weit mehr an Erhaltung von – qualitativer – Lebenszeit bewirkt als das alleinige Angebot der Medizin. Durch lebenswelt- und ressourcenorientierte Begleitung dieser Zielgruppe ist demnach eine Steigerung des medizinischen Therapieerfolgs zu erreichen. Lebensqualität und Selbstbestimmung lassen sich hierdurch ebenfalls erhöhen.

## P280 hospizIMPULSE: Schulung auf Augenhöhe und Wertschätzung für Mitarbeitende in Pflegeheimen

**Autorinnen/Autoren** Schmalz C<sup>1,2</sup>, Anraad D<sup>2</sup>, Finck R<sup>2</sup>, Ohmes A<sup>2</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Klinik für

Strahlentherapie, Kiel; 2 hospiz-initiative-kiel e.V., Ambulanter

Hospizdienst, Kiel

**DOI** 10.1055/s-0044-1788488

**Hintergrund** Trotz vielfältiger Ansätze zur Implementierung von Fort- und Weiterbildungsangeboten für *palliative-care* auch im Bereich der Altenpflege ist der Mangel an qualifizierten Mitarbeitenden in Pflegeheimen so misslich wie alltäglich. So gibt es in den Einrichtungen der Altenpflege zahlreiche Mitarbeitende, die keine 3-jährige Ausbildung genossen haben. Um die Situation sowohl der hochaltrigen Patient:innen wie auch dieser Mitarbeitenden zu verbessern, hat eine multiprofessionelle Arbeitsgruppe aus Haupt- und Ehrenamtlichen der hospiz-initiative-kiel ein Schulungskonzept entwickelt. Für die Schulungen wurden Pflegeheime mit bestehenden Kooperationsverträgen aus dem Kieler Stadtgebiet adressiert.

**Methode** Es wurden kleine Schulungseinheiten zu verschiedenen Themen entwickelt. Die Schulungstermine und -räumlichkeiten wurden in Kooperation mit den jeweiligen Leitungen der Einrichtungen koordiniert. Die Teilnahme der Mitarbeitenden ist freiwillig und findet in deren Arbeitszeit statt. Die Hospiz-IMPULSE dauern jeweils 90 Minuten. Das Konzept sieht vor, dass jeweils eine Haupt- und eine Ehrenamtliche gemeinsam die Pflegeheime zu den Impulsvorträgen besuchen. Sie bieten praktischen Input, Gruppenarbeit und Selbsterfahrung (z.B. sich gegenseitig Getränke anreichen) an und lassen Raum für Erfahrungsaustausch. Alle Teilnehmenden wurden am Ende der Veranstaltungen um ein anonymes Feedback mit Einschätzung auf einer Likert Skala (5 = sehr hilfreich bis 1 = nicht brauchbar) auf einem white-board mit Klebepunkten sowie um freie Anmerkungen und um die gesonderte Angabe des Herkunftslandes gebeten.

**Ergebnisse** In der einjährigen Entwicklungsphase seit April 2022 sind vier Kurzschulungen erarbeitet worden: „Keine Angst vorm Sterben“, „Vom Umgang mit der Trauer“, „Essen, Trinken und Mundpflege am Lebensende“ und „Was ich will: Patientenverfügungen“. Seit April 2023 wurden 24 hospizIMPULSE in sechs Pflegeeinrichtungen angeboten, mit durchschnittlich zwölf Teilnehmenden; diese stammten aus vierzehn Nationen. Das Feedback war durchweg sehr gut. Aus den freien Kommentaren ergab sich der Hinweis, dass manche Worte, wie „Kraftquellen“ oder „Ressourcen“ oft nicht verstanden wurden.

**Schlussfolgerung** Beim Erarbeiten von Zielen, Methoden, Materialien und Konzept hat sich einmal mehr gezeigt, wie gewinnbringend die Arbeit in einem multiprofessionellen Team sein kann, da viele Ansichten, Erfahrungen und Kompetenzen einfließen und aufgenommen werden konnten. Die Hospiz-IMPULSE sollen fortgesetzt werden. Doch es gibt noch genug zu tun: natürlich können genau diese Angebote nicht endlos wiederholt werden. Vielmehr sollen sie weiter überarbeitet werden und neue Konzepte, z. B. für das Thema Demenz, erstellt werden. Nicht nur bei diesem Thema wird die Verständlichkeit der Sprache ein besonderes Anliegen sein.

## Sieh mich wie ich bin: Diversität in uns und um uns

### P200 DeafPal – Kommunikation in der Palliativversorgung gehörloser Menschen

**Autorinnen/Autoren** Rode J, Staudt K

**Institut** Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Interdisziplinäre Studien, Landshut

**DOI** 10.1055/s-0044-1788489

**Hintergrund** Die Charta zur Betreuung Sterbender spricht jedem schwerstkranken und sterbenden Menschen das Recht auf umfassende Betreuung und Begleitung zu, die sich an seiner individuellen Lebenssituation zu orientieren hat (DGP 2011:6). Wie kann dieses Recht jedoch in Bezug auf die besonders vulnerable Randgruppe der Deaf Community (vgl. Chastonay u.a. 2018, S. 769) umgesetzt werden? Das 2021 gestartete Forschungsprojekt „Deaf Pal – Kommunikation in der Palliativversorgung gehörloser Menschen“ stellt in diesem Kontext die Frage, welche Voraussetzungen geschaffen werden müssen, die die Minderheitensprache und kulturelle Identität tauber Patient:innen berücksichtigt. Um qualitative Grundlagenforschung mit einer vulnerablen Gruppe ethisch vertretbar betreiben und Ergebnisse nachhaltig implementieren zu können (vgl. Israel et al. 1998; Turin et al. 2021), wird im Projekt ein partizipativer Ansatz herangezogen (Unger 2012).

**Methode** Die Erhebung der Daten erfolgte im Rahmen von Expert:inneninterviews (vgl. Meuser & Nagel 2009: 467ff). Hierfür wurden Studienteilnehmer:innen der Gehörlosengemeinschaft befragt, die entweder selbst progredient erkrankt oder in einem palliativmedizinischen oder ähnlich gelagerten Setting begleitet haben. Ebenso wurden Studienteilnehmer:innen aus dem Kreis des medizinisch-therapeutischen Teams der Palliativstation am Krankenhaus Landshut-Achdorf einbezogen. Die mittels inhaltlicher Strukturierung (vgl. Mayring 2015: 67; vgl.

Kuckartz 2016: 100) ausgewerteten Daten legen nahe, dass tauben Menschen ein selbstbestimmtes Sterben weitestgehend verwehrt ist, da ihnen kein gesichertes Kommunikationssystem zur Verfügung steht.

**Ergebnisse** Statt Entlastung birgt das medizinische Versorgungssystem zusätzliche Bürden. Angehörige von Betroffenen übernehmen neben der Versorgung Aufgaben der Kommunikationssicherung und Aufklärung. Sie werden gezwungen, sich an die Kommunikationsgewohnheiten des medizinischen Personals anzupassen. Übermittelten Informationen sind weder ausreichend noch ihrer Sprachform angemessen. Nichtwissen und ein defizitärer Blick auf die Gehörlosengemeinschaft führen zu ableistischem Verhalten. Angehörige werden als wichtige Informations- und Auskunftsquelle nicht einbezogen. Dies führt zu weiterer Retraumatisierung und Diskriminierung der Betroffenen.

**Schlussfolgerung** Es ist notwendig das medizinisch-therapeutischen Personal dahingehend zu schulen, taube Menschen als Teil einer Minderheitengruppe wahrzunehmen, mit eigener Sprache, differenten Konstruktionen von Verbundenheit und einer kollektiv wahrgenommen Geschichte, über kommunikative Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren und Informationen zu palliativmedizinischen Angeboten in Gebärdensprache zur Verfügung zu stellen, um die Betroffenen zu befähigen selbstbestimmte und informierte Entscheidungen treffen zu können.

## P220 „Versuchen Sie mal als Mann mit Brustkrebs bei einem niedergelassenen Gynäkologen in eine Behandlung zu kommen!“ – Eine qualitative Studie zur Versorgung von Menschen $\geq 5$ Jahre nach der ersten Krebsdiagnose

**Autorinnen/Autoren** Bialobrzski A<sup>1</sup>, Speckemeier C<sup>2</sup>, Jaspers B<sup>1</sup>, Neumann A<sup>3</sup>, Wasem J<sup>2</sup>, Grünwald V<sup>4</sup>, Dirksen U<sup>5</sup>, Radbruch L<sup>1</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Bonn, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Bonn; 2 Universität Duisburg-Essen, Lehrstuhl für Medizinmanagement, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften, Essen; 3 Universität Duisburg-Essen, Alfred Krupp von Bohlen und Halbach Stiftungslehrstuhl für für Medizinmanagement, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften, Essen; 4 Universität Duisburg-Essen, Universitätsmedizin Essen, Urologie und interdisziplinäre Uroonkologie, Essen; 5 Universitätsklinikum Essen, Klinik für Kinderheilkunde III, Essen  
DOI 10.1055/s-0044-1788490

**Hintergrund** Die meisten Menschen, die eine Krebserkrankung überleben, leiden langfristig unter den Folgen der Krankheit und der Behandlung. Diese Studie, die Teil des Verbundprojekts OPTILATER (12/2022 bis 08/2025) ist, zielt darauf ab, verschiedene Aspekte der Versorgung Langzeitüberlebender ( $\geq 5$  Jahre nach der ersten Krebsdiagnose) in Deutschland zu untersuchen. Mit Hilfe von Fokusgruppen ((FG), zwei FG zur Exploration des Ist-, 2 FG zur Exploration des Soll-Zustands) und 40 vertiefenden individuellen Interviews mit Betroffenen sollen u.a. nicht ausreichend berücksichtigte Bedarfe, Hürden und Hemmnisse sowie mögliche Diskriminierungsfaktoren bei der Inanspruchnahme und Kommunikation von Versorgungsangeboten aufgezeigt werden. Die Ergebnisse fließen in die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen ein. Die hier präsentierte Teilstudie umfasst die beiden FG zum Ist-Zustand.

**Methode** Einholung positiver Voten der Ethikkommissionen an beiden Standorten (Bonn und Essen), sowie gemeinsame Durchführung der FG. Gezielte Rekrutierung per E-Mail/Telefon nach erfolgter Internetrecherche, bei Interesse Zusendung eines Informationsschreibens und einer Einwilligungserklärung zur Online-FG. Anhand des Leitfadens Diskussion des Begriffs des Krebsüberlebenden, der Informations- und Begleitungsangebote, Versorgungslücken, Barrieren bei der Inanspruchnahme, Erfahrungen mit bzw. Kenntnis von Ungleichbehandlungen sowie mögliche Lösungsvorschläge für die identifizierten Probleme. Beide FG wurden verbatim transkribiert. Inhaltsanalytische Datenanalyse nach Kuckartz mit der Software MAXQDA.

**Ergebnisse** In 11/2023 (n=4) und 01/2024 (n=5) wurden zwei FG durchgeführt. Teilnehmende waren Vertreter\*innen von Selbsthilfegruppen verschiedener Krebsentitäten, Netzwerken von Patientenvertretungen, einer Taskforce zur Inklusion von LGBT + Patient\*innen und eine Migrationsbeauftragte eines Krebsnetzwerks. Erste Ergebnisse: Framing durch den Begriff des Krebsüberlebenden, fragmentierte und unverständliche Informationen über Versorgung, Rechte und Ansprüche. Diskriminierungen älterer Menschen, Alleinerziehender, Partner\*innen nicht-heterosexueller Patient\*innen, Menschen mit seltener Krebserkrankung und/oder zusätzlicher Behinderung/Handicap, psychischer Erkrankung sowie Migrationsgeschichte oder Armut, bei der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit.

**Schlussfolgerung** Wünschenswert wäre eine Koordinierung der Versorgung und Informationen, z.B. durch die Etablierung einer zentralen Stelle mit der Möglichkeit der Nennung einer klar definierten permanenten Ansprechperson, eine bessere Verständlichkeit der Informationen (inkl. Material in verschiedenen Sprachen sowie einfacher Sprache), sowie eine Abkehr von einer rein medizinischen/somatisch-orientierten Nachsorge hin zu einer ganzheitlichen.

## P318 Würfelset – spielend über individuelle Gestaltungsräume am Lebensende sprechen

**Autorinnen/Autoren** Stetter B<sup>1</sup>, Schmidlin E<sup>2</sup>, Stetter B<sup>1,2</sup>

**Institute** 1 Final Studio GmbH/finally., Design, Zürich; 2 palliative vaud, Lausanne

DOI 10.1055/s-0044-1788491

**Hintergrund** Obgleich Menschen wissen, dass Endlichkeit zum Leben dazugehört, findet das Sprechen darüber selten oder oft zu spät statt. Das Würfelset will das ändern, indem es spielerisch Themen anspricht, die uns auf unserer Lebensreise begleiten werden. Es unterstützt die Planung der letzten Lebensphase und ermöglicht den Austausch über Werte-, Welt-, und Lebensvorstellungen und Abschiednehmen. Es gibt zudem Hinweise, wie Menschen gemeinsam Gestaltungsräume entwickeln können, damit sich alle Beteiligten gehört, beachtet und wohler fühlen.

**Methode** Die Würfel von finally. basieren auf einer Multisited Ethnography und Research through Design. Das Analyseverfahren Situationsanalyse basiert auf der Grounded Theory. Mit designanthropologischen Ansätzen wie Cultural Probes wurden relevante Themenfelder für das Würfelset definiert, in sieben Themen übertragen und in CO-Design Prozessen reflektiert und getestet. Die partizipative Forschung fand am Zentrum für Palliative Care im Stadtpital Waid in Zürich und bei PalliaViva, ambulante Palliative Care statt. Ein Teil der Forschung wurde im Rahmen des Schweizer Nationalfonds (2020-2023) im Projekt sterbesettings.ch realisiert. Gemeinsam mit palliative vaud wurde das Würfelsets in die französische Sprache übersetzt, weiterentwickelt und getestet.

**Ergebnisse** Das Würfelset orientiert sich an den Leitlinien von Palliative Care und dient der Gesprächsführung über Werte, Vorstellungen und Planung der Lebensreise. Die einzelnen Würfel beinhalten Impulse zu den Themen Gefühle, Erinnerungen, Fragen, Perspektiven & Beziehungen, Planung, Gestaltungsraum und die letzte Lebensphase. Sie greifen konkrete Situationen wie beispielsweise Schmerz oder Medikation sowie auch atmosphärische Raumqualitäten und Well-Beeing auf. Der Einsatz des Würfelsets wurden von Patient:innen, Angehörigen sowie Fachpersonen im Sozial- und Gesundheitsbereich als hilfreich empfunden. Es ist intuitiv gestaltet, um das Reden über emotionale, soziale und existentielle Fragestellungen zu erleichtern. Das Würfelset ist Teil einer vielfältig Produktserie, die Designerin Bitten Stetter unter dem Label finally. entwickelt hat, um das Leben von fragilen Menschen (Betroffene und Angehörige) zu erleichtern. Es nutzt die Kraft des zwischenmenschlichen Designs, um Brücken zwischen Krankheit und Lebensende zu gestalten (www.finally.design).

**Schlussfolgerung** Menschen können das Würfelset in jedem Lebensabschnitt nutzen, ob gesund, akut betroffen durch Erkrankung, oder als An- und Zugehörige. Fachpersonen und Freiwillige setzen die Würfel bei Hausbesuchen und Beratungsgesprächen ein. Es leistet als Kommunikationsmittel fürsorglich Beziehungsarbeit und fördert die Selbstbestimmung. Die Produktwelt von finally.

wurde mit dem Design Preis Schweiz 2023 und Gender Design Award iphiGenia 2023 ausgezeichnet.

### P340 Zugang zu Palliativversorgung von muslimischen Eingewanderten und ihren direkten Nachkommen in Deutschland – Möglichkeiten, Hindernisse, Vorbehalte (ZuPaMEN)

**Autorinnen/Autoren** Bernhardt F<sup>1,2</sup>, Banaz-Yaşar F<sup>3,4</sup>, Salvador Comino M R<sup>4,5</sup>, Altscher T<sup>6,7</sup>, Dasch B<sup>1,2</sup>, Terborg M<sup>1,2</sup>, Scheer K<sup>3,4</sup>, Krüger J<sup>8</sup>, Steike D R<sup>2,9</sup>, Tewes M<sup>4,5</sup>, Lenz P<sup>1,2</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Münster, Zentrale Einrichtung Palliativmedizin, Münster; 2 Westdeutsches Tumorzentrum (WTZ), Netzwerkpartner Münster, Münster; 3 Universitätsklinikum Essen, Hospizarbeit am Universitätsklinikum Essen, Essen; 4 Westdeutsches Tumorzentrum (WTZ), Netzwerkpartner Essen, Essen; 5 Universitätsklinikum Essen, Palliativmedizin der Universitätsmedizin Essen, Essen; 6 St. Franziskus-Hospital Ahlen, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Münster, Ahlen; 7 Palliativmedizinisches Forum Warendorf GmbH, Warendorf; 8 Palliativnetz Münster gGmbH, Münster; 9 Universitätsklinikum Münster, Klinik für Strahlentherapie – Radioonkologie, Münster

DOI 10.1055/s-0044-1788492

**Hintergrund** Die bestehenden Angebote der Palliativversorgung erreichen in Deutschland aktuell noch nicht alle Patient:innen in gleichem Ausmaß. So wurde u. a. bei Menschen mit Migrationsbiografie eine geringere Inanspruchnahme beschrieben. Dies scheint insb. auch für die Gruppe der muslimischen Eingewanderten und ihre direkten Nachkommen zuzutreffen. Der aktuelle Forschungsstand hierzu ist jedoch begrenzt und nicht in der Lage, die Heterogenität verschiedener Einwanderungsgruppen adäquat abzubilden. Ziel dieser Studie war es daher, mögliche Gründe zu ermitteln, die eine Inanspruchnahme von palliativen Angeboten bei dieser Gruppe beeinträchtigen könnten. Außerdem wurde untersucht, unter welchen Voraussetzungen ein niedrigschwelliger und gezielter Zugang ermöglicht werden könnte.

**Methode** ZuPaMEN ist eine prospektiv-multizentrische, vierarmige Grounded Theory-Studie unter Anwendung des verstehenden Interviews. Die Aufklärung, Einwilligung und semi-strukturierten Interviews wurden bei Bedarf von beeidigten Dolmetscher:innen übersetzt. Vor der Rekrutierung wurde zur Entwicklung des Interviewleitfadens eine eingehende Literaturrecherche durchgeführt.

**Ergebnisse** Zwischen August 2021 und Dezember 2022 wurden insgesamt 23 Patient:innen (mit vs. ohne palliative Versorgung), 12 Zugehörige und 18 Expert:innen aus 12 Herkunftsländern (plus Deutschland und Österreich) in die Studie eingeschlossen. Wir fassen unsere identifizierten Kategorien unter dem Oberbegriff „SAME SAME BUT DIFFERENT“ (Deutsch: „ganz gleich und doch ganz verschieden“) zusammen. Thematische Subgruppen umfassen u. a. die Sprachbarriere als multidimensionale Herausforderung, die Rolle der Familie, Verantwortlichkeiten und Therapiezielfindung sowie Informationslücken und Repräsentation innerhalb der Community. Außerdem arbeiteten wir wiederkehrende Narrative mit Bezug zum Islam heraus, die relevant für eine palliative Versorgung sein könnten. Besonders auffallend hierbei war, dass die Proband:innen überwiegend betonten, der Zugang zu Palliativversorgung in Deutschland sei unabhängig von Kultur oder Religion, bestehende Vorbehalte jedoch oftmals trotzdem durch kulturelle oder religiöse Argumentationslinien interpretiert wurden.

**Schlussfolgerung** Zwar scheinen einige (vermeintlich) muslimische Narrative den zeitgerechten Zugang zu palliativen Angeboten möglicherweise anfänglich zu erschweren, doch ist das weitaus größere Hindernis weiterhin der Mangel an kultursensiblen und verständlichen Informationen sowie die geringe Repräsentation innerhalb dieser Gruppe. Es ist bei der Integration von palliativen Angeboten wichtig frühzeitig zu vermitteln, dass diese nicht mit der Pflege und Fürsorge durch die Familie konkurrieren, sondern lediglich bei Bedarf gezielter und individuelle Unterstützung bereitstellen sollen.

**Encore Abstract:** EAPC 2023

### Groß und klein: Kinderpalliativversorgung und Transition ins Erwachsenenalter

#### P109 Palliative Home Care for Children with Cancer – A view back and forward

**Autorinnen/Autoren** Hauch H<sup>1,2</sup>, Wager J<sup>1,2,3</sup>

**Institute** 1 Children's and Adolescents' Hospital, German Paediatric Pain Center, Datteln; 2 Faculty of Health, Witten/Herdecke University School of Medicine, Department of Children's Pain Therapy and Paediatric Palliative Care, Witten; 3 PedScience Research Institute, Datteln

DOI 10.1055/s-0044-1788493

**Background** While survival rates of children with cancer increased over the last decades, patients with an unfavorable course of disease still require special attention. Those patients often suffer from pain and other severe symptoms especially at the end-of-life. Since formation of pediatric palliative home-care services (PHC), it is possible to treat these children on demand and aligned to the needs of the families at home. PHC have an impact on the place of death with a higher likelihood to die at the requested place. Hypothetically, establishing new individual therapies in pediatric oncology could cause a delayed implementation of PHC and may increase the risk of an unwished place of death. In this study, we address the research question, which differences exist between hematological cancer, CNS-tumors or other solid tumors and non-cancer patients regarding duration of PHC, palliative therapies, and place of death.

**Methods** PHC patients with and without cancer, 0–26 years treated between xx and xx were analyzed. Retrospective chart review and descriptive statistical analysis were performed. The study was approved by the ethics committee of the Justus Liebig University, Giessen (file number 179/21), and registered in the German Registry for Clinical Trials (DRKS-Id:00027339).

**Results** A total of 217 patients (61 with cancer, 28%) were enrolled. Children with cancer compared with non-cancer patients had a significant shorter survival, a higher frequency of home-visits and phone contacts, as well as more support from social and psychological counseling. Furthermore, there were a higher rate of opiate use, palliative sedation, and less support by outpatient nursing services in oncological patients. Focusing on different types of cancer, hematological neoplasms had the shortest duration of PHC and were relatively underrepresented in comparison to the cancer-related deaths statistics in Germany. There was no significant difference regarding place of death between the different groups of cancer.

**Conclusion** Children with cancer have a higher need of support during end-of-life than non-oncological patients. In times of personalized treatment, especially in hematological cancer, studies with a sufficient number of patients are needed to investigate the possible effects on the place of death in pediatric oncology. In future, it might be increasingly challenging to integrate palliative care into pediatric oncology early enough.

#### P136 Zur Rolle der psychologischen Begleitung im Rahmen der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche – Eine Interviewstudie mit betroffenen Eltern

**Autorinnen/Autoren** Martens L, Classen C F

**Institut** Universitätsmedizin Rostock, Kinder- und Jugendklinik, Rostock

DOI 10.1055/s-0044-1788494

**Hintergrund** In der SAPV-KJ werden lebensverkürzend erkrankte Kinder und Jugendliche sowie ihre Familien von einem multiprofessionellen Team in ihrer vertrauten Umgebung betreut. Die Gesetzgebung umfasst allerdings nur ärztliche und pflegerische Leistungen, während psychosoziale Leistungen unerwähnt bleiben. Mit Inkrafttreten des Rahmenvertrages zur SAPV-KJ Anfang

2023 werden erstmalig psychosoziale Mitarbeitende als fester Teambestandteil etabliert und ihre Vergütung zulasten der Krankenkassen ermöglicht. Vor diesem Hintergrund zielt die Studie darauf ab, die Rolle der psychologischen Begleitung im Rahmen der SAPV-KJ aus Sicht der Betroffenen zu verstehen. Davon ausgehend sollen Verbesserungsvorschläge unterbreitet und die neuen Regelungen im Rahmenvertrag evaluiert werden. Somit soll ein Beitrag zur Verankerung einer betroffenenorientierten psychologischen Begleitung im Rahmen der SAPV-KJ erbracht werden.

**Methode** Es wurden Methoden qualitativer Forschung eingesetzt. Zur Datenerhebung wurden offene, halbstrukturierte Leitfadenterviews mit 16 betroffenen Elternteilen durchgeführt. Anschließend wurden die Audioaufnahmen transkribiert und mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring mithilfe von MAXQDA ausgewertet.

**Ergebnisse** Die Interviewten waren fast ausschließlich Mütter chronisch erkrankter Kinder. Die Lebenssituation beinhaltete zahlreiche Herausforderungen, deren Wahrnehmung unterschiedlich ausfiel. In jeder Personengruppe war die Anzahl jener, welche die psychologische Begleitung im Rahmen der SAPV-KJ in Anspruch nahmen, geringer als die Anzahl jener, welche dies nicht taten. Als Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme zeigten sich Bedarf und Bereitschaft, wobei diese aus diversen Gründen bejaht oder verneint wurden. Das Angebot besaß einen enormen Mehrwert, der sich insbesondere in Relation zu externen psychologischen Hilfen und Hilfen durch andere Personen ergab. Dennoch äußerten die Eltern Kritik, Erwartungen und Wünsche.

**Schlussfolgerung** Die Rolle der psychologischen Begleitung im Rahmen der SAPV-KJ erweist sich als ambivalent, indem sie wichtig, jedoch unzureichend an den Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichtet ist. Als zehn Merkmale einer betroffenenorientierten psychologischen Begleitung im Rahmen der SAPV-KJ ergeben sich Niederschwelligkeit, Involviertheit, Da-Sein, Vertrauen und Distanz, Empathie, Reflexion und Selbstreflexion, Umfänglichkeit, Präsenz, Austausch und Individualität. Um das Angebot zu verbessern, werden regelmäßige psychosoziale Assessments, die Erhöhung personeller Kapazitäten und Elterngruppen vorgeschlagen. Obgleich die Etablierung psychosozialer Mitarbeitender durch den Rahmenvertrag als Schritt in die richtige Richtung zu werten ist, wird empfohlen, die psychologische Berufsgruppe obligatorisch zu integrieren und die Mindestpersonalausstattung zu erhöhen.

## P285 Handbuch zur Erarbeitung eines einrichtungsspezifischen Rechte- und Schutzkonzepts im Kontext der Kinder- und Jugendhospizarbeit

**Autorinnen/Autoren** Weiß C<sup>2</sup>, Korell S<sup>3</sup>

**Institute** 1 Bundesverband Kinderhospiz e.V., Lenzkirch; 2 Bremen; 3 Kinder- und Jugendhospiz Regenbogenland, Düsseldorf-Gerresheim  
DOI 10.1055/s-0044-1788495

**Hintergrund** Ziel bei der Erstellung des Handbuchs zur Erarbeitung eines einrichtungsspezifischen Rechte- und Schutzkonzepts im Kontext der Kinder- und Jugendhospizarbeit war es, die Mitglieder des Bundesverband Kinderhospiz e.V. in ihren Kompetenzen zu stärken und sie dabei zu unterstützen, die Rechte der Kinder und ihren Schutz zu gewährleisten. Um das zu erreichen, wurde im Rahmen des Qualitätsmanagements des Dachverbandes der Prozess zur Erarbeitung einer Handreichung angestoßen. Die Erstellung geschah seitens des BVKH freiwillig und nicht auf Basis rechtlicher Verpflichtungen, sondern da davon auszugehen ist, dass jede siebte bis achte Person in Deutschland sexualisierte Gewalt in der Kindheit und Jugend erfahren hat. Einem besonderen Risiko sind Menschen mit Behinderung ausgesetzt. Man vermutet, dass Menschen mit Behinderung etwa zwei- bis dreimal öfter als Gleichaltrige sexualisierte Gewalt erfahren.

**Methode** Begleitet durch eine externe Projektleitung entstand im Zeitraum von April 2022 – August 2023 das Handbuch. Eine Projektgruppe, aus Mitarbeitenden des BVKH und von Mitgliedseinrichtungen des BVKH entsandten Fachkräften aus der Kinder- und Jugendhospizarbeit, erarbeitete es in 7 Sitzun-

gen. Zuvor erhielt die Projektgruppe verschiedene Grundlagenschulungen zu grenzverletzendem Verhalten und sexualisierter Gewalt. Zudem wurde sich intensiv mit der rechtlichen und wissenschaftlichen Perspektive auseinandergesetzt. Die Ergebnisse wurden in den Sitzungen zusammengetragen. Der Fokus lag auch auf unterschiedlichen Anforderungen an Schutzkonzepte in ambulanten und stationären Settings.

**Ergebnisse** Das Handbuch enthält Maßnahmen für die Erarbeitung eines einrichtungsspezifischen Rechte- und Schutzkonzepts im Kontext der Kinder- und Jugendhospizarbeit, sowie aktuelle Rechtsgrundlagen und einen Zeitplan für die individuelle Erstellung. Kernergebnis sind 8 Meilensteine, die bei der Erstellung zu berücksichtigen und durchzuführen sind. Diese müssen individuell auf die jeweilige Einrichtung angepasst werden. Sie bieten konkrete Beispiele aus der Praxis, Begriffsbestimmungen, Arbeitsmaterialien sowie weiterführende Unterstützungsmöglichkeiten. Dazu wurden Padlets mit Open Access erstellt, um weitere Daten abrufen zu können und Austausch zu ermöglichen.

**Schlussfolgerung** Das Handbuch stellt eine große Hilfestellung für Einrichtungen der Kinder- und Jugendhospizarbeit dar. Neben konkreten Schutzmaßnahmen für die betroffenen Kinder und deren Geschwister, bietet die Auseinandersetzung mit Risiken und Potenzialen der Einrichtungen Sicherheit. Zudem wird Täter:innen der Zugang zu Einrichtungen mit Konzepten erschwert. Dennoch hängt die Wirksamkeit der Konzepte davon ab, wie sie im Alltag gelebt und durchgesetzt werden. Um möglichst große Wirksamkeit zu erreichen, ist das Handbuch kostenfrei downloadbar.

## P291 Außerklinische Intensivpflege bei pädiatrischen Palliativpatient:innen

**Autor** Janisch M

**Institut** Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Sächsisches Kinderpalliativzentrum und Universitätspalliativzentrum, Dresden  
DOI 10.1055/s-0044-1788496

**Hintergrund** Zum 01.01.2023 wurde mit dem § 37c SGB V die Außerklinische Intensivpflege (AKI) für alle gesetzlich Krankenversicherten neu geregelt. Vorausgegangen waren intensive Diskussions- und Aushandlungsprozesse, um insbesondere die Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sicherzustellen und deren Versorgungssituation nicht zu verschlechtern.

**Methode** Im Rahmen der Telefonischen Sozialberatung am Sächsischen Kinderpalliativzentrum und im Austausch mit bundesweit tätigen psychosozialen, pflegerischen und ärztlichen Fachkräften der SAPV-KJ werden Anfragen, Herausforderungen und Probleme der AKI gesammelt und diskutiert.

**Ergebnisse** Insbesondere in der Anfangsphase der Neuregelung der AKI bestanden große Unsicherheiten zur Ausgestaltung, die tendenziell unberechtigte Ängste vor einer deutlichen Verschlechterung der versorgten pädiatrischen Palliativpatient:innen widerspiegelten. Dabei wurde die bislang bestehende spezielle Krankenbeobachtung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege als Grundlage für die sog. Intensivpflegedienste unverändert in den § 37c SGB V integriert. Gleichmaßen bestanden und bestehen große Schwierigkeiten in der AKI, da die vom Gesetzgeber geforderten für die Verordnung und Überprüfung der Leistungsberechtigung benötigten Versorgungsstrukturen in vielen Regionen Deutschlands nicht bzw. nicht ausreichend zur Verfügung stehen. Daher besteht unverändert großer Beratungsbedarf bei betroffenen Familien und Versorger:innen von pädiatrischen Palliativpatient:innen.

**Schlussfolgerung** Die Neuregelung der AKI durch den Gesetzgeber stellt Familien und Versorger:innen gegenwärtig und annehmbar auch in den kommenden Jahren vor Herausforderungen.

## P333 „Gesund bleiben bei Krankheit, Tod und Trauer“ – Ein Versorgungsangebot für Geschwister in der SAPV-KJ

**Autorinnen/Autoren** Köhler M, Ewering S, Trocan L

**Institut** Uniklinikum Düsseldorf, Klinik für Kinder- Onkologie, Hämatologie und Klinische Immunologie, Kinderpalliativteam Sternboot, Düsseldorf

**DOI** 10.1055/s-0044-1788497

**Hintergrund** Geschwister der SAPV-KJ Versorgten befinden sich in einem überfordernden Spannungsfeld: Während die besondere familiäre Situation Rücksichtnahme erfordert, fühlen sie sich mit ihren eigenen Bedürfnissen häufig übersehen und stellen diese zurück. Wie wird ein professionalisiertes, niedrigschwelliges Unterstützungsangebot für Geschwister angenommen? Welche Auswirkung hat es auf ihre Belastungen und Ressourcen?

**Methode** Unser Versorgungsangebot findet im Rahmen von (zwei-)wöchentlichen psychologischen Hausbesuchen über 6 Monate statt und umfasst ein individualisiertes, bedürfnisorientiertes Angebot. Mittels mixed-method Ansatz erfolgt die Evaluation des Angebots. Zu drei Messzeitpunkten ( $t_0$  = Beginn;  $t_1$  = nach 3 Monaten,  $t_2$  = nach 6 Monaten) erhalten Geschwister und deren Eltern Fragbögen zum Wohlbefinden. Einschlusskriterien: Alter von 7-17 Jahren, ausreichende Deutschkenntnisse und ein aktiver Versorgungsstatus. Nach Teilnahmeabschluss werden mit einigen Teilnehmenden semistrukturierte Interviews geführt.

**Ergebnisse** Aktuell liegen uns erste quantitative Daten vor. Von Januar 2023 bis Dezember 2023 wurden Familien von 33 Geschwistern über das Projekt informiert. Davon nahmen 11 Geschwister (5 männlich, 6 weiblich, 0 divers) am Projekt teil (Nichtteilnahme 36.4 %, Warteliste 30.3 %). Das Alter reichte von 7 bis 15 Jahren ( $M = 10.5$ ,  $SD = 2.9$ ). Die Dropout-Rate lag bei 18.2 % ( $n = 2$ ). Die gesundheitsbezogene Lebensqualität war zum Ende des Versorgungsangebots höher als zu Beginn (Kindl<sub>total</sub>:  $M_{t_0} = 91.1 \pm 10.6$ ,  $n = 7$ ,  $M_{t_2} = 99.5 \pm 3.6$ ,  $n = 4$ ). Gleiches gilt für alle Subskalen (Körper, Psyche, Selbstwert, Familie, Freunde und Schule;  $t_0 \Delta t_2$ ). Die Belastung der Geschwister nahm zum Ende hin ab (LARES:  $M_{t_0} = 9.6 \pm 5.3$ ,  $n = 5$ ,  $M_{t_2} = 8.7 \pm 2.9$ ,  $n = 3$ ). Parallele Trends zeigen sich in der Fremdeinschätzung durch die Eltern (Kindl<sub>total</sub>:  $M_{t_0} = 94.9 \pm 10.2$ ,  $n = 7$ ,  $M_{t_2} = 100.0 \pm 3.9$ ,  $n = 6$ ; LARES:  $M_{t_0} = 11.6 \pm 4.4$ ,  $n = 7$ ,  $M_{t_2} = 9.3 \pm 1.8$ ,  $n = 6$ ). Verhaltensauffälligkeiten wurden als rückläufig (SDQ<sub>total</sub>:  $M_{t_0} = 9.3 \pm 3.7$ ,  $n = 7$ ,  $M_{t_2} = 8.8 \pm 1.1$ ,  $n = 6$ ), Ressourcen der Geschwister als zunehmend gestärkt eingeschätzt (KANN:  $M_{t_0} = 269.7 \pm 17.7$ ,  $n = 7$ ,  $M_{t_2} = 278.3 \pm 25.3$ ,  $n = 6$ ).

**Schlussfolgerung** Limitationen sind die bisher kleine Fallzahl und der geringe bzw. lückenhafte Datenrücklauf. Erste empirische Trends befürworten zusammen mit unserer Durchführungserfahrung und ersten laufenden Interviews unser professionalisiertes Versorgungsangebot. Unsere Erfahrung zeigt zudem einen geschärft systemischen Blick und ein gestärktes Bewusstsein für das Thema Geschwister in unserem SAPV-KJ-Team. Eine Fortführung des Angebots und dessen empirischer Begleitung ist daher wünschenswert.

## P336 Supporting Adolescents and Young Adults (AYA) to Cope With Cancer-Related Mortality in the Acute Phase Post-Diagnosis: A Qualitative Interview Study

**Autorinnen/Autoren** Weiß M<sup>1</sup>, Wilharm C<sup>2</sup>, Voltz R<sup>1,2</sup>, Hallek M<sup>1,3</sup>, Tuchscherer A<sup>1,3</sup>, Simon S<sup>1,2</sup>

**Institute** 1 Uniklinik Köln, Centrum für Integrierte Onkologie (CIO), Köln; 2 Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin, Köln; 3 Uniklinik Köln, Klinik I für Innere Medizin, Köln

**DOI** 10.1055/s-0044-1788498

**Background** Supporting Adolescents and Young Adults (AYAs) with cancer regarding the life-threatening nature of their disease states a challenge for clinicians [1–5]. There is lack of evidence when and in what form the need to discuss mortality becomes significant to AYAs [5]. The aim of this study is to

derive implications for clinical practice from the perspective of AYAs shortly after initial diagnosis.

**Methods** We conducted a qualitative interview study using a semi-structured interview guide with AYAs who had been diagnosed with cancer 4–12 weeks prior to participation. The interviews were transcribed verbatim, and the transcripts were analyzed using Framework Analysis.

**Results** Eighteen patients (7 females, 11 males,  $27.2 \pm 5.3$  years) were included in the study. We identified challenges that apply to the majority of AYAs. The sudden confrontation with their mortality due to a potentially life-threatening illness stands in stark contrast to the feeling of youthful invincibility and the certainty that they still have their whole lives ahead of them. The unpredictability of the treatment outcome fuels this uncertainty even more. However, we found differing moments at which the topic mortality becomes relevant. One of the biggest concerns of the AYAs is burdening their relatives by their disease and the associated life-threat. Many AYAs seek to protect their next of kin by adopting a carefree façade and deliberately avoiding conversations about mortality. At the same time, many have a great need for reassurance. Thus, ensuring support options for AYAs as well as for their relatives is of great importance. The most important coping strategy in dealing with mortality is hope. All AYAs have the goal of recovery at the time of the study. The attitude of Health Care Professionals (HCPs), age-appropriate, individualized education and treatment progress are important factors to this. We observed inter-individual differences in how AYAs deal with mortality. Some stress how thoughts on mortality cost energy that is much needed to endure the therapy, making their key strategy repression, and not wanting to communicate. At the same time, some AYAs express the wish for a normalization of communication about mortality as this approach reduces the horror around death and makes it seem less out of the ordinary. Accordingly, it is important for HCPs to respect and value boundaries, yet at the same time not to miss out on those AYAs who have a need for exchange.

**Conclusion** Supporting AYAs in dealing with mortality is complex and varies across individuals. HCPs play a central role as supporting factor and we were able to derive valuable suggestions for their everyday clinical practice. Still, further studies with increased sample sizes are needed to explore this challenging issue.

### Literatur

[1] Avery J, Geist A, D’Agostino NM, Kawaguchi SK, Mahtani R, Mazzotta P Et al. “It’s More Difficult...”: Clinicians’ Experience Providing Palliative Care to Adolescents and Young Adults Diagnosed With Advanced Cancer, Wolters Kluwer. *JCO Oncology Practice* 2020; 16 (1): e100–e108. Band, Ausgabe. doi:10.1200/JOP.19.00313 2024-03-18

[2] Sansom-Daly UM, Wakefield CE, Patterson P, Cohn RJ, Rosenberg AR, Wiener L, (2019), Sansom-Daly UM, Wakefield CE, Patterson P, Cohn RJ, Rosenberg AR, Wiener L, u. a. End-of-Life Communication Needs for Adolescents and Young Adults with Cancer: Recommendations for Research and Practice, Mary Ann Liebert, Inc., publishers, *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 157-165, Band 9, Ausgabe 2, <https://doi.org/10.1089/jayao.2019.0084>, 2024-03-18

[3] Wiener L, Ballard E, Brennan T, Battles H, Martinez P, Pao M How I Wish to be Remembered: The Use of an Advance Care Planning Document in Adolescent and Young Adult Populations, Mary Ann Liebert, Inc., publishers. *Journal of Palliative Medicine* 2008; 11 (10): 1309–1313. Band, Ausgabe. doi:10.1089/jpm.2008.0126 2024-03-18

[4] Hølge-Hazelton B, Timm HU, Graugaard C, Boisen KA, Sperling CD “Perhaps I will die young.” Fears and worries regarding disease and death among Danish adolescents and young adults with cancer. A mixed method study. *Supportive Care in Cancer* 2016; 24 (11): 4727–4737. Band, Ausgabe. doi:10.1007/s00520-016-3322-z 2024-03-18

[5] Donovan KA, Knight D, Quinn GP *Palliative Care in Adolescents and Young Adults with Cancer*, SAGE Publications Inc. *Cancer Control*.2015; 22 (4): 475–479. Band, Ausgabe. doi:10.1177/107327481502200413 2024-03-18

## Ohne Bürgerbewegung und ehrenamtliches Engagement geht es nicht

### P159 Systematische Erfassung der Bedürfnisse und versorgungsrelevanter Themen für Patienten mit einer palliativen Strahlentherapie im stationären Setting

**Autorinnen/Autoren** Seifert A<sup>1</sup>, Bock F<sup>2</sup>

**Institute** 1 Universitätsmedizin Rostock, Abteilung für Hämatonkologie und Palliativmedizin, Rostock; 2 Universitätsmedizin Rostock, Strahlentherapie, Rostock

DOI 10.1055/s-0044-1788499

**Hintergrund** Neben der fachlichen Expertise in der Patientenbetreuung sind Kenntnisse über zwischenmenschliche und versorgungsrelevante Bedürfnisse der Patienten für eine zeitgemäße und patientenzentrierte Betreuung unumgänglich. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Diensten gewinnt zunehmend an Bedeutung. Die vorliegende Arbeit gibt einen exemplarischen Überblick über die Bedürfnisse und Wünsche von Patienten mit einer palliativen Strahlentherapie im stationären Setting.

**Methode** Vom 01.10.2018 bis zum 31.12.2019 wurden 47 weibliche und 53 männliche Patienten mit einer stationären palliativen Strahlentherapie an der Universitätsmedizin Rostock mittels Fragebögen durch geschulte Ehrenamtliche zu Ihren Bedürfnissen und Wünschen befragt. Zustimmungswerte wurden auf einer Skala von 0-10 (gar nicht – voll zutreffend) skaliert. Das mediane Alter betrug 65 Jahre (Spanne: 36-87). Es lebten 62 Patienten mit einem Partner, 38 Patienten waren ledig, geschieden oder verwitwet. Mit 78 Patienten war der überwiegende Teil konfessionslos.

**Ergebnisse** Die befragten Patienten fühlten sich mehrheitlich sowohl von der Pflege als auch vom ärztlichen Personal sehr gut wahrgenommen, wenngleich das ärztliche Personal signifikant schlechter abschnitt (8,41 vs. 9,17,  $p=0,0026$ ). 30/100 Patienten gaben an Sorgen und Ängste zu spüren, über die sie nicht sprechen könnten. Bei 21/100 Patienten bestand der explizite Wunsch ein Gespräch über den bevorstehenden Sterbeprozess zu führen. Insgesamt 59/100 Patienten berichteten von Vorhaben, die sie vor dem Tod noch erledigen oder erleben möchten. Neben der Zeit mit der Familie und Angehörigen standen darüber hinaus Reisen und eine Teilhabe am Leben im Vordergrund. In 60% ( $n=42/70$ ) der Fälle gaben die Patienten an in der eigenen Häuslichkeit sterben zu wollen, 18,5% ( $n=13/70$ ) im Hospiz.

**Schlussfolgerung** Ein Drittel der palliativ bestrahlten Patienten im stationären Setting formulierten Bedürfnisse die eine komplementäre Begleitung indizieren können.

### P189 „Schwierige Gespräche in der Hospizarbeit meistern“ – Erkenntnisse aus einem kooperativen Forschungsprojekt der Hospizbewegung Münster und der FH Münster, Fachbereich Gesundheit

**Autorinnen/Autoren** Schwermann M<sup>1</sup>, Oetting-Roß C<sup>2</sup>

**Institute** 1 Fachhochschule Münster, Fachbereich Gesundheit, Münster; 2 FH Münster, Fachbereich Gesundheit, Münster

DOI 10.1055/s-0044-1788500

**Hintergrund** Das Projekt, das im Zeitraum von November 2022 bis Oktober 2023 durchgeführt wurde, hatte zum Ziel, eine simulationsbasierte Fortbildung für ehrenamtlich Tätige im Umgang mit schwierigen Gesprächssituationen in der Hospizarbeit auf der Grundlage einer qualitativen Forschung zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren. Die Begleitung sterbender Menschen erfordert ein hohes Maß an Feingefühl und emotionalen sowie reflexiven Fähigkeiten. Ehrenamtliche sind dabei immer wieder auch mit herausfordernden Gesprächssituationen konfrontiert. In einer empirischen Untersuchung wurden vorab

mittels Einzel- und Gruppeninterviews mit Ehrenamtlichen der Hospizbewegung Münster besonders anspruchsvolle Gesprächssituationen identifiziert.

**Methode** Die entwickelte kompetenzorientierte Fortbildung basierte auf Simulationen, die im Skills-Lab des Zentrums für praktisches Lehren und Lernen (ZpLL) an der FH Münster umgesetzt wurden. Dabei konnten die aus der empirischen Studie herausgearbeiteten herausfordernden Gesprächssituationen als Grundlage der Lernangebote zur Verfügung gestellt und nach der Durchführung individuell und im Plenum reflektiert werden.

**Ergebnisse** Nach der Umsetzung und Reflexion der Simulationen wurden die vorhandenen und entwickelten Kompetenzen und Ressourcen der Teilnehmenden gemeinsam evaluiert und in Bezug auf das Qualifizierungs- und Beratungsangebot durch die Koordinator\*innen sowie das bestehende Leitbild des ambulanten Hospizdienstes gesetzt. Als Grenzerfahrung der Lehrenden sowie der Teilnehmenden konnte die Erkenntnis gewonnen werden, dass die relativ moderne Lernform des simulationsbasierten Lernens für Teilnehmende zwischen 60 und 78 Jahren im Gegensatz zu ihren bisherigen Bildungssozialisierungen steht und als herausfordernd wahrgenommen werden kann.

**Schlussfolgerung** Bisher gibt es nur wenige didaktisch aufbereitete Schulungen für Ehrenamtliche, die das simulationsbasierte Lernen im Skills Lab integrieren und die erfahrenen Herausforderungen ansprechen. Durch die Integration von Simulationen und realitätsnahen Szenarien in die Fortbildungskonzeption wurde eine praxisnahe Qualifizierungsmaßnahme entwickelt, die es den Ehrenamtlichen auch in Zukunft ermöglichen kann, ihre Fähigkeiten im Umgang mit schwierigen Gesprächssituationen zu reflektieren und ihre kommunikative Kompetenz zu erweitern.

### P190 Letzte Hilfe Kurse für Kids und Teens bieten einen Raum mit Kindern und Jugendlichen über Krankheit, Sterben, Tod und Trauer zu sprechen

**Autorinnen/Autoren** Gräf K<sup>1,2</sup>, Bollig G<sup>2</sup>

**Institute** 1 Pfeiffersche Stiftungen Magdeburg, Magdeburg; 2 Letzte Hilfe Deutschland gGmbH, Schleswig

DOI 10.1055/s-0044-1788501

**Hintergrund** Die Wahrscheinlichkeit, dass alle Menschen irgendwann in ihrem Leben jemandem beim Sterben beistehen müssen, ist sehr hoch. Viele Eltern wollen ihre Kinder jedoch möglichst lange vor den Themen Krankheit, Sterben, Tod und Trauer schützen. Der Letzte Hilfe Kurs für Kids und Teen ist ein präventives Angebot für Schulen, Vereine, Konfirmandengruppen, etc., um mit Kindern und Jugendlichen über die Themen Tod, sterben und Trauer zu sprechen.

**Methode** Eine in Deutschland durchgeführte Multicenterstudie basierend auf einer Mixed-Methods Methodik hat die Effekte der Kurse untersucht. Ein Fragebogen wurde während des Kurses in Papierform an die Teilnehmer verteilt. Zusätzlich wurden Fokusgruppeninterviews der Kursleiter durchgeführt.

**Ergebnisse** Von 2020 bis 2023 nahmen insgesamt 2996 Kursteilnehmer zwischen 7 und 17 Jahren an den Kursen teil. 2534 verwertbare Bögen konnten zur Auswertung in die Studie inkludiert werden (Rücklaufquote 85%). Der Altersdurchschnitt der Teilnehmer war 12,8 Jahre. 91% der Befragten fanden diesen Kurs hilfreich und 87% fanden den Kurs leicht verständlich. 79% gaben an den Kurs weiterempfehlen zu wollen. Der gesamte Kurs wurde von 88% der Teilnehmer als gut oder sehr gut bewertet. Besonders bemerkenswert ist, dass 84 Prozent der Kinder und Jugendlichen bereits Erfahrungen mit Krankheit, Sterben, Toden und Trauer haben. Die Interviews mit Kursleitern deuten darauf hin, dass die Vorbehalte von Lehrern und Eltern eine Barriere für die Einführung an Schulen sind. Das Kinder und Jugendliche auch mit ihren Eltern über diese Themen sprechen wollen zeigt die Tatsache das 40% den Kurs mit ihren Eltern zusammen machen würden.

**Schlussfolgerung** Die Ergebnisse der Studie bekräftigen, dass bei Kindern und Jugendlichen Krankheit, Sterben, Tod und Trauer allgegenwärtig ist. Kinder und Jugendliche sind dankbar, dass sie in diesem Format über ihre Erfahrungen mit Sterben, Tod und Trauer sprechen können, neues Wissen bekommen, sich bes-



ser vorbereitet fühlen und sich ermutigt fühlen offen über Tod und Sterben zu reden. Letzte Hilfe Kids und Teens Kurse können das Bewusstsein und das Wissen zu Tod, Sterben und Trauer sowie den öffentlichen Diskurs dazu verbessern und dazu beitragen das Konzept von Caring communities (sorgende Gemeinschaften) zu verbreiten. Dies kann zukünftig dazu beitragen mehr schwerkranke und sterbende Menschen zu Hause versorgen zu können.

## Freie Themen

### V148 Regionale Unterschiede im Zugang zu palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgungsangeboten in Deutschland

**Autorinnen/Autoren** Petzold T, Jansky M, Banse C, Nauck F

**Institut** Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Forschung, Göttingen

**DOI** 10.1055/s-0044-1788502

**Hintergrund** Der räumliche Zugang gilt als wichtiger Faktor zur Einschätzung der Bedarfsdeckung und Indikator für die Versorgungsqualität von Gesundheitsleistungen. Besonders im Rahmen der palliativen Versorgung kann die Überwindung räumlicher Distanzen für Patient\*innen und An- und Zugehörige belastend sein. Ziel dieser Studie ist die Untersuchung des räumlichen Zugangs zu ausgewählten palliativmedizinischen Versorgungsangeboten (Palliativstationen, Hospize, SAPV-Standorte) für erwachsene Patient\*innen in Deutschland, indem die beiden Dimensionen Verfügbarkeit und Erreichbarkeit einbezogen werden.

**Methode** Der Zugang wurde mithilfe der Enhanced Two-Step Floating Catchment Area Methode (E2SFCAM) unter Anwendung des GIS-Programms ArcGis Pro (Esri, Redlands) gemessen. Durch die Verwendung geocodierter Standorte inkl. potenzieller Bettenkapazitäten, Straßendaten und Bevölkerungsdaten wurde ein Zugangsindex ( $Z_i$ ) auf Gemeindeebene berechnet. Ein maximaler Einzugsbereich von 30 min wurde festgelegt. Es wurden zwei Distanzgewichtungsfunktionen (schwach und stark) angewandt. Die Ergebnisdarstellung erfolgt anhand von Quintilen (Q1-Q5) und der Zuordnung der Gemeinden zu dem Stadt- und Gemeindetyp des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Großstädte, Mittelstädte usw.).

**Ergebnisse** 372 Palliativstationen (PS), 295 Hospize und 462 SAPV-Standorte wurden identifiziert. Bei den PS weisen 59 % der Großstädte einen  $Z_i$  im obersten bzw. zweitobersten Quintil auf. Lediglich bei 1 % der Gemeinden liegt der  $Z_i$  unter dem Durchschnitt (Q1). Mit Ausnahme der Großstädte ist die prozentuale Verteilung der Gemeindetypen nach Quintilen mit Bezug auf den  $Z_i$  auffallend gleichmäßig. Bei den Hospizen haben 64 % der Großstädte einen überdurchschnittlichen Zugang (Q4 + Q5). Deutlich weniger ist das Stadt-Land-Gefälle bei den SAPV-Teams ausgeprägt. Hier ist bei 35 % der Großstadt-Gemeinden der  $Z_i$  im obersten und zweitobersten Quintil lokalisiert. Mit zunehmender Ländlichkeit steigt der Anteil an Gemeinden ohne Zugang in 30 min bei allen Versorgungsformen an. In den Landgemeinden fällt dieser Anteil bei PS (15 %), Hospizen (24 %) und SAPV (11 %) am höchsten aus. Bei Anwendung der stärkeren Gewichtung werden Unterschiede besonders bei den Großstädten deutlich.

**Schlussfolgerung** Erstmals wurde die E2SFCAM-Methode zur Untersuchung des Zugangs zu palliativer Versorgung deutschlandweit angewandt. Eine Stärke der Methodik ist die Berücksichtigung von Aspekten der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit sowie regionaler Abhängigkeiten über administrative Grenzen hinweg. Insgesamt ermöglichen palliative und hospizliche Einrichtungen eine wohnortnahe Versorgung. Großstädte haben einen besonders guten Zugang, wobei ein Stadt-Land-Gefälle deutlich wird. Gebiete mit keinem oder schlechtem Zugang sollten in Zukunft eingehender untersucht werden.

### V222 Individualisierte virtuelle Realität für schwerkranke hämatologische Patient:innen im Krankenhaus: Bedürfnisse und erste Anwendungserfahrungen

**Autorinnen/Autoren** Lantelme J<sup>1</sup>, Greinacher A<sup>1,2,3</sup>,

Thiesbonenkamp-Maag J<sup>1</sup>, Schmidt V<sup>4</sup>, Haas L<sup>4</sup>, Alt-Epping B<sup>1</sup>, Wrzus C<sup>4</sup>, Gerlach C<sup>1</sup>

**Institute** 1 Klinik für Palliativmedizin – Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg; 2 Klinische Psychologie – Universität Mannheim, Interaktions- und Psychotherapieforschung, Mannheim; 3 Institut für medizinische Psychologie – Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg;

4 Psychologisches Institut – Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

**DOI** 10.1055/s-0044-1788503

**Hintergrund** Patient:innen mit hämatologischen Neoplasien müssen oft, wiederholt und lange stationär behandelt werden. Virtuelle Realität (VR) bietet besser als jemals zuvor die Möglichkeit andere Orte zu sehen, ohne das Krankenbett zu verlassen. Erste Studien zeigen, dass VR bei Patient:innen in der Onkologie und Palliativmedizin zur Linderung von Schmerzen, Angst und Depressionen und Steigerung des Wohlbefindens beitragen kann. Doch wie verhält es sich bei schwerkranken hämatologischen Patient:innen mit unsicherer Prognose?

**Methode** Da individualisierte Inhalte einen starken emotionalen Bezug haben, wurden zunächst Wünsche und Bedenken bezüglich des Inhaltes und der Anwendung von VR während des stationären Aufenthalts in 12 semistrukturierten Patient:inneninterviews exploriert. Zur Auswertung erfolgte eine qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz. Anschließend erhielten 10 Patient:innen für einen Zeitraum von 14 Tagen mehrere die Möglichkeit, die VR-Brille zu nutzen. Dafür wurde den Patient:innen sowohl ein individualisiertes als auch ein standardisiertes VR-Video gezeigt und Effekte und unerwünschte Wirkungen mithilfe psychometrischer Fragebögen und offener Fragen erfasst und analysiert (Wohlbefinden, Symptommempfinden, Cybersickness (Unwohlsein durch immersive Technik), Präsenzerleben und subjektiver Nutzen). Ein Patientenbeirat begleitet die Studie [1].

**Ergebnisse** Die qualitative Analyse der Interviews zeigte ein generelles Interesse der Patient:innen an der VR-Anwendung, aber auch eine Ambivalenz bezüglich ihrer Zugehörigkeit zu der adressierten Patientengruppe. Dennoch erhofften sie sich einen Zugewinn an Wohlbefinden durch die VR-Anwendung. Sie wünschten sich häufig Urlaubsmotive, die insbesondere von der Natur geprägt waren. Nahestehende Personen und das eigene Zuhause als VR-Inhalt bewerteten sie unterschiedlich. Bedenken bezogen sich häufig auf den Schutz der häuslichen Privatsphäre durch die VR-Aufnahmen. Einzelne Patient:innen befürchteten, dass das Erleben von individualisierten Inhalten Traurigkeit auslösen könnte. Die VR-Anwendungsphase ist bis zum Kongress ausgewertet.

**Schlussfolgerung** Auch schwerkranke hämatologische Patient:innen mit unsicherer Prognose können von VR-Anwendungen profitieren durch Steigerung des Wohlbefindens und möglicher weiterer Effekte. Individualisierte Inhalte haben unter Umständen stärkere Effekte. Nächste Schritte zur VR-Implementierung im Klinikalltag werden mit dem Patientenbeirat und den klinischen Studienpartner:innen beraten.

#### Literatur

[1] Gerlach C., Greinacher A., Alt-Epping B., Wrzus C. My virtual home: needs of patients in palliative cancer care and content effects of individualized virtual reality – a mixed methods study protocol. BMC Palliat Care 2023 167/22. doi:10.1186/s12904-023-01297-z

## V231 Wie erlebt ärztliches und pflegerisches Personal den freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken von palliativen Patient:innen auf der Palliativstation? – Eine Framework Analysis

**Autorinnen/Autoren** Maletzki P<sup>1</sup>, Batzler Y-N<sup>1</sup>, Schallenburg M<sup>1</sup>, Schwartz J<sup>1</sup>, Nicolin U<sup>1</sup>, Meier S<sup>2</sup>, Neukirchen M<sup>1,2</sup>

**Institute** 1 Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Zentrum für Integrierte Onkologie Aachen, Bonn, Köln, Düsseldorf (CIO ABCD), Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf; 2 Klinik für Anästhesiologie, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Deutschland, Düsseldorf

DOI 10.1055/s-0044-1788504

**Hintergrund** Der freiwillige Verzicht auf Essen und Trinken (FVET) ist eine Möglichkeit, das eigene Leben selbstbestimmt zu beenden. Die FVET-Begleitung kann für medizinisches Personal als belastend erlebt werden. In einer publizierten quantitativen Untersuchung [1] wurde gezeigt, dass diese Belastungen aus der beim FVET entstehenden physischen und psychischen Symptomlast der Patient:innen resultieren. Mit einem qualitativen Ansatz sollen die Ursachen dieser wahrgenommenen Belastungen des medizinischen Personals genauer beleuchtet werden.

**Methode** Ziel ist, das Erleben von ärztlichem und pflegerischem Personal bei FVET-Begleitungen auf einer Palliativstation zu dokumentieren, um die Erkenntnisse der o.g. Erhebung [1] zu konkretisieren. Peer-spezifische Belastungsfaktoren sollen detektiert und zwischen den untersuchten Berufsgruppen verglichen werden. Dazu wurde ein halbstrukturierter Interviewleitfaden mit zwei thematischen Abschnitten entwickelt: 1. Erfahrungen in der FVET-Begleitung, 2. Persönlich-ethische Einstellungen. Nach Pilotierung des Leitfadens durch ein Probeinterview und beginnender Auswertung wurden je drei Interviews mit ärztlichem und pflegerischem Personal geführt. Diese wurden als Audiodateien aufgezeichnet und nach einfachen Regeln nach Dresing&Pehl [2] transkribiert. Die Auswertung erfolgte mittels Framework Analysis.

**Ergebnisse** Im bisherigen Auswertungsprozess konnten in den ärztlichen Interviews fünf Hauptkategorien – Autonomie der Patient:innen, Erleben der Begleitung, professionsbezogene Unterschiede, Belastungen, persönliche Haltungen – mit verschiedenen Subkategorien erschlossen werden. Ein Beispiel für eine Subkategorie von *Belastungen* ist die von den Teilnehmer:innen erlebte Symptomlast, physisch verursacht durch Mundtrockenheit sowie psychisch durch erlebtes Leiden im Sterbeprozess. Hauptkategorien beeinflussen sich gegenseitig: Der Ausdruck der Autonomie selbst sowie der erlebten Verpflichtung, diese zu wahren, beeinflusst das Erleben der Begleitung beim FVET aufseiten des Personals. Durch die bewusste Entscheidung fühlt sich die Begleitung beim FVET herausfordernder an.

**Schlussfolgerung** Die vorläufigen Ergebnisse geben Hinweise auf belastende Faktoren für ärztliches Personal in der FVET-Begleitung, welche sich aus der erlebten Symptomlast ergeben. Ein wichtiger Aspekt ist der konkrete Ausdruck der Autonomie der Patient:innen, der als besonders und prägend bzgl. der Begleitung dieser Patient:innen erlebt wird. Ähnliche Wahrnehmungen hinsichtlich des Autonomieausdrucks der Patient:innen und sich daraus ergebenden Herausforderungen in der Begleitung deuten sich in den pflegerischen Interviews an. Die Auswertung wird weitere, Peer-spezifische Faktoren des Erlebens erfassen und einen Vergleich zwischen den Professionen ermöglichen.

### Literatur

[1] Batzler YN, Schallenburg M, Maletzki P, Tenge T, Schlieper D, Schwartz J, Neukirchen M. Caring for patients during voluntarily stopping of eating and drinking (VSED): experiences of a palliative care team in Germany. *BMC Palliat Care*, 2023; 22 (1): 185. doi:10.1186/s12904-023-01308-z.PMID: 37986161; PMCID: PMC10662259

[2] Dresing, T., & Pehl, T., (2013), *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse*, (T. Dresing & T. Pehl Eds. 5 ed.), Eigenverlag Marburg,

## V251 N-Check – Nervencheck zur Früherkennung einer Chemotherapie-induzierten Neuropathie

**Autorinnen/Autoren** Syben A<sup>1</sup>, Weber S<sup>2</sup>, Appelmann I<sup>1</sup>, Rolke R<sup>1</sup>

**Institute** 1 Medizinische Fakultät RWTH Aachen, Klinik für Palliativmedizin, Aachen; 2 Medizinische Fakultät RWTH Aachen, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Aachen

DOI 10.1055/s-0044-1788505

**Hintergrund** Die Chemotherapie-induzierte periphere Neuropathie (CIPN) ist die häufigste neurologische Nebenwirkung von Tumortherapien und kann die Lebensqualität der Betroffenen durch z.B. Schmerzen oft stark einschränken. Eine sichere Prognose zur Suszeptibilität für eine CIPN ist bislang nicht möglich. Die Inzidenz der CIPN nimmt mit steigendem Anteil an älteren Krebspatienten und längerem Gesamtüberleben unabhängig von der Therapieintention (kurativ vs. palliativ) zu. Die quantitative sensorische Testung (QST) leitet als nicht-invasive Untersuchung die dem Schmerz zugrundeliegenden neurobiologischen Mechanismen aus dem Symptommuster her, ist nach einem standardisierten Protokoll des Deutschen Forschungsverbunds Neuropathischer Schmerz (DFNS) validiert. Mit dieser Pilotstudie sollte eine Datengrundlage zur Früherkennung einer CIPN mittels QST geschaffen werden und die Machbarkeit dieses Vorgehens bei Patienten mit nicht-heilbaren Krebserkrankungen gezeigt werden.

**Methode** Die QST wurde bei 18 Patienten mit potenziell CIPN-induzierender Therapie (platin- und/oder taxanhaltig) vor dem ersten und nochmal nach insgesamt zwei Therapiezyklen durchgeführt. Zusätzlich wurde die Lebensqualität der Studienteilnehmer mittels Patient Health Questionnaire (PHQ-D Kurzform) und des FACT-G (Functional Assessment for Cancer Therapy – General) erhoben und alle Daten in einer Prä-Post-Analyse verglichen.

**Ergebnisse** Die Hitzeschmerzschwelle war nach Chemotherapie als Hinweis auf ein Funktionsdefizit dünner Nervenfasern erhöht (Hitzehypalgesie;  $p < 0,01$ ). Die QST ließ sich bei allen Patienten gut durchführen und kann problemlos in Abläufe einer onkologischen Ambulanz integriert werden. Darüber hinaus fanden sich Zeichen einer Verschlechterung der Lebensqualität.

**Schlussfolgerung** Die QST erscheint nach dieser Pilotstudie geeignet und ohne zusätzliche Belastung der Patienten durchführbar, um neuropathische Veränderungen nach Chemotherapie bereits früh zu erkennen. Das Patientenkollektiv wies zu diesem frühen Zeitpunkt (6-8 Wochen nach Start der Chemo) nur marginale Veränderungen auf, die mit einer beginnenden Small Fiber-Neuropathie vereinbar sind.

## V256 Sterbeorte von Personen mit einer SARS-CoV-2 Infektion – eine epidemiologische Beobachtungsstudie aus dem Jahr 2021

**Autorinnen/Autoren** Dasch B, Manglus L T, Lenz P

**Institut** Universitätsklinikum Münster, Zentrale Einrichtung Palliativmedizin, Münster

DOI 10.1055/s-0044-1788506

**Hintergrund** Ziel der Untersuchung war es, im Rahmen einer Follow-Up Querschnittserhebung der westfälischen Sterbeortstudie – mit einer der umfangreichsten Untersuchungen zu Sterbeorten in Deutschland – die Sterbeorte von Personen mit todesursächlicher SARS-CoV-2 Infektion für das Jahr 2021 zu beschreiben.

**Methode** Datengrundlage bildeten sämtliche Todesbescheinigungen der Stadt Münster des Jahres 2021. Informationen zum Sterbeort und zur Todesursache wurden deskriptiv ausgewertet.

**Ergebnisse** Insgesamt wurden 4.044 Todesbescheinigungen analysiert. Dabei wurden 159 Personen mit einer SARS-CoV-2 Infektion identifiziert, deren Erkrankungsverlauf tödlich verlief (Prävalenz: 3,9% (95%-KI: 3,3%-4,5%)). Das mittlere Alter dieser Verstorbenen betrug 71,9 Jahre (Min: 28,6; Max.: 101,3 J.), Frauen (65 (40,9%)), Schwangerschaft (2 (1,3%)), ECMO-Therapie (13 (8,2%)). 13 Heimbewohner waren bei einem Infektionsausbruch in zwei Seniorenheimen 01/2021 zeitnah verstorben. Die Sterbeorte verteilten sich wie

folgt: Zuhause (2 (1,3 %)), Krankenhaus gesamt (140 (88,1 %)), (Intensivstation (91 (57,2 %)), Palliativstation (0 (0,0 %)), Pflegeheim (17 (10,7 %)), Hospiz (0 (0 %)), sonstiger Ort (0 (0 %)). Sämtliche COVID-19 Patienten < 60 Jahre waren im Krankenhaus verstorben, davon alle Patienten < 40 Jahre auf einer Intensivstation.

**Schlussfolgerung** Annähernd 9 von 10 Patienten mit einer todesursächlichen SARS-CoV-2 Infektion verstarben 2021 in der Stadt Münster im Krankenhaus, davon mehrheitlich auf einer Intensivstation. Zweithäufigster Sterbeort stellte das Pflegeheim dar. Nur vereinzelt traten häusliche Sterbefälle auf. Palliativstationen und Hospize spielten als Sterbeorte bei COVID-19 Patienten keine Rolle.

## V261 Palliativpsychologische Versorgung in Deutschland: Nutzung und Bewertung psychologischer Interventionen in palliativen Settings

**Autorinnen/Autoren** Scheiner R, Burner-Fritsch I S, Fegg M, Feddersen B, Bausewein C

**Institut** Klinikum der Ludwig Maximilians Universität München Großhadern, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München

**DOI** 10.1055/s-0044-1788507

**Hintergrund** Die ganzheitliche palliative Versorgung von Schwerstkranken, Sterbenden und ihren Angehörigen erfordert auch palliativpsychologische Expertise, um kontextangemessene und bedürfnisorientierte psychologische Interventionen bereitstellen zu können. Da sich das palliative Setting in vielfacher Hinsicht von den klassisch psychotherapeutischen oder psychoonkologischen Arbeitsfeldern unterscheidet, wurde das Berufsbild der Palliativpsycholog:innen als Teilgebiet der Psychologie konkretisiert und Handlungsempfehlungen formuliert. Ziel dieser Studie ist die Beschreibung der palliativpsychologischen Versorgung in Deutschland und der in der Praxis eingesetzten psychologischen Interventionen, sowie die Bewertung deren Nützlichkeit und Anwendbarkeit.

**Methode** Online-Umfrage mit Fragebogenentwicklung basierend auf einer Fokusgruppendifkussion.

**Ergebnisse** Partizipationsrate 209/550 Psycholog:innen bzw. Psychoonkolog:innen (181/209 weiblich (86.6 %), Alter  $M=45,3$  Jahre, Berufserfahrung  $M=6,1$  Jahre). Die meisten Teilnehmer:innen waren für mehrere Bereiche zuständig (z. B.  $n=75$  Palliativstation und psychologischer/ psychoonkologischer Dienst) und wenige nur für einzelne Bereiche (z. B.  $n=32$  Palliativstation oder  $n=13$  SAPV,  $n=5$  Hospiz). 119/209 (56.9 %) sind fest ins multiprofessionelle Team integriert, die anderen werden nur konsiliarisch ( $n=56$ , 26.8 %) hinzugezogen oder beschreiben eine andere Art der Mitarbeit. Manualisierte würde- oder sinnzentrierte Interventionen (wie auch einzelne Elemente daraus) kommen deutlich seltener zum Einsatz (z. B. Würdezentrierte Therapie 75.6 % nie bis fast nie, Sinnzentrierte Interventionen nach Breitbart 79.5 % nie bis fast nie) als z. B. klient:innenzentrierte Gesprächsführung (87.1 % sehr häufig bis häufig), Exploration von Bewältigungsstrategien (85.2 % sehr häufig bis häufig), Ressourcensammlung (91.9 % sehr häufig bis häufig) oder Interventionen aus der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (47.8 % sehr häufig bis häufig). Hauptbegründung sind fehlende Ressourcen oder zu geringes Kompetenzerleben. Obwohl systemtherapeutische Interventionen empfohlen werden, werden diese überraschend selten angewendet (34.4 % nie bis fast nie). Die Mehrzahl der befragten Kolleg:innen stimmte zu, den Patient:innen und Angehörigen mit einer absichtslosen und ergebnisoffenen Haltung (82 % stimmen zu bis voll und ganz zu) gegenüberzutreten. Einschätzungen der eigenen Wirksamkeit (77 % sehr gut bis gut) und Zufriedenheit (79.9 % sehr gut bis gut) zeigten ein überwiegend positives Bild.

**Schlussfolgerung** Diese Querschnittserhebung ermöglicht eine erste Einschätzung darüber, wie Patient:innen und Angehörige in Deutschland palliativpsychologisch versorgt sind. Würde- und sinnzentrierte Interventionen werden deutlich seltener angewendet, als im palliativen Setting zu erwarten wäre.

## V303 In-patient specialized palliative care for patients with solid cancers in Germany

**Autorinnen/Autoren** Kamp M<sup>1</sup>, Radbruch L<sup>2</sup>, van Oorschot B<sup>3</sup>, von Sass C<sup>4</sup>

**Institute** 1 Brandenburg Medical School Theodor Fontane and Faculty of Health Sciences, Center for Palliative and Neuro-palliative Care, Rüdersdorf bei Berlin; 2 University Hospital Bonn, Germany., Department of Palliative Medicine, Bonn; 3 University Hospital Würzburg, Interdisciplinary Center for Palliative Medicine, Würzburg; 4 Brandenburg Medical School Theodor Fontane and Faculty of Health Sciences Brandenburg, Center for Palliative and Neuro-palliative Care, Rüdersdorf b. Berlin

**DOI** 10.1055/s-0044-1788508

**Background** Earle and colleagues established quality indicators for oncological treatment, specifying that at least 55 % of cancer patients should access hospice services before their passing, with fewer than 8 % being admitted within just 3 days of death. However, corresponding data for Germany is unknown yet. The aim of the study was to determine the rate of in-hospital mortality, specialized palliative care treatment of solid tumors, transfers to an inpatient-hospice, and to identify possible differences among different tumor entities.

**Methods** In this cross-sectional, retrospective study, we analyzed data from the §21 Hospital Fees Act (KHEntG), covering the year 2022. We included adult patients with a primary or secondary diagnosis of a solid malignant disease (ICD-10-GM codes C00-C75). To refine our dataset, we identified cases with dual-coded primary and secondary diagnoses and excluded these to avoid duplication in our final tally. Descriptive statistics and inferential analysis were employed to evaluate the trends and significance of the findings.

**Results** Of the total 14,770,158 cases of patients aged  $\geq 18$  years in Germany with inpatient treatment in 2022, 1,643,185 cases were patients with solid malignancies (ICD-10-GM code C00-C75). The most frequent diagnoses were lung (C34; 249,561 cases), breast (C50; 202,472 cases), and prostate malignancies (C61; 152,087 cases). The mortality during inpatient stay was 5.8 % (95,415 patients), with the highest rates for meningeal malignancies (C70; 12.7 %) and mesotheliomas (C45; 10.9 %), and the lowest rates for testicular tumors (C62, 0.9 %). In 11,668 cases (0.7 %), patients were transferred to an inpatient-hospice. In 82,362 cases (5 %), patients with solid tumors received specialized palliative care (palliative care unit or consultation service, OPS codes 8-982, 8-98e, 8-98h). The palliative care rate ranged between 0 % (C63, male genital organs, C46, Kaposi sarcomas) and 11.2 % for gliomas (C71). The palliative care rate for frequent tumors (< 10,000 cases in 2022, 1,595,782/1,642,362 cancer patients) correlated highly with the in-hospital mortality rate (Pearson  $r=0.8$ ; 95 % CI: 0.59-0.9).

**Conclusion** In Germany, 1,643,185 cases of patients with solid malignancies received inpatient hospital treatment in 2022. With an average of 5 % of cases, patients were treated as part of specialized palliative care. Specialized palliative care was used more often for patients dying in hospital.

## P125 Palliativversorgung in der Dermatoonkologie – Aktuelle Praxis in Hauttumorzentren und dermatoonkologischen Schwerpunktpraxen

**Autorinnen/Autoren** Schönfeld P N<sup>1</sup>, Gschnell M<sup>1</sup>, Krönig L<sup>1</sup>, Hertl M<sup>1</sup>, Volberg C<sup>2,3</sup>

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

**DOI** 10.1055/s-0044-1788509

**Hintergrund** Dermatoonkologische Patienten werden zum Großteil in Hauttumorzentren (HTZ) und dermatologischen Schwerpunktpraxen (DOP) betreut. Eine individuelle Betreuung der Patienten, insbesondere bei belastenden Symptomen oder therapiebedingten Nebenwirkungen, ist eine der Kernaufgaben der onkologischen Behandlung. Vor allem Patienten mit nicht kurativen Diag-

nosen und in höheren Tumorstadien bedürfen dabei einer palliativmedizinischen Mitbetreuung. Unklar ist jedoch, wie die Palliativversorgung in der Dermatoonkologie in Deutschland aktuell organisiert wird.

**Methode** Alle ermittelbaren deutschen HTZ (n = 70) und DOP (n = 38) wurden angeschrieben und um Teilnahme an der anonymisierten Befragung gebeten, sowie einen Monat später nochmal per E-Mail erinnert.

**Ergebnisse** Es gingen 45 (41,7 %) Rücksendung über einen Zeitraum von vier Monaten ein (55,7 % der HTZ und 15,8 % der DOP antworteten). Lediglich 5 % der ärztlichen Mitarbeiter, welche sich auf 44 % der HTZ verteilen, haben die Zusatzqualifikation „Palliativmedizin“. Beim Pflegepersonal und den MFA sind 10 % onkologisch und 1 % palliativmedizinisch weitergebildet. 68,2 % der teilnehmenden Institutionen bieten ihren Patienten eine Vorsorgeplanung an. Die Hälfte derjenigen, bei denen bisher keine Vorsorgeplanung möglich ist, würde dies jedoch in Zukunft gerne anbieten. Patienten werden von 97,8 % auf belastende Symptome gescreent, jedoch findet die Behandlung meist in Kooperation mit anderen Abteilungen, bzw. Fachärzten, statt. Da 96 % mit palliativen Einrichtungen kooperieren und 76 % bereits eigene dermatoonkologische Tumorkonferenzen abhalten, ist Palliativmedizin für den Großteil (89 %) relevant. 82 % der Teilnehmer wünschen sich zur Palliativmedizin mehr Fortbildungsmöglichkeiten.

**Schlussfolgerung** Mit der Erhebung kann dargestellt werden, dass die palliativmedizinische Versorgung einen wichtigen Stellenwert in der dermatoonkologischen Arbeit einnimmt und es nahezu immer eine Kooperation mit palliativmedizinischen Partnern gibt. Da jedoch nur ein geringer Anteil der Mitarbeitenden eine Weiterbildung in Palliativmedizin besitzt, wäre es für die umfassende Versorgung wünschenswert, wenn dieser Anteil größer würde. Insbesondere in Schwerpunktpraxen fehlt es an Fachpersonal mit palliativmedizinischer Expertise.

## P126 Visionäres Erleben in Todesnähe und seine Relevanz für Sterbebegleitende in Hospizen und auf Palliativstationen: Ein narratives Review und Fragebogenstudie

**Autor** Mölleny M

**Institut** Universitätsklinikum Würzburg, Comprehensive Cancer Center Mainfranken (CCC MF), Würzburg

**DOI** 10.1055/s-0044-1788510

**Hintergrund** Sterben und der Prozess des Todes sind fundamentale Bestandteile des Lebens. In der Palliativmedizin begegnen Sterbebegleitende einer Vielzahl außergewöhnlicher Erfahrungen, die von sterbenden Menschen in ihrer letzten Lebensphase berichtet werden. Visionäres Erleben in Todesnähe, das Phänomene wie Nahtoderfahrungen, Sterbebettvisionen und Nachtodkontakte einschließt, wurde bisher in der Forschung oft wenig erforscht. Unsere Untersuchung widmet sich diesem bisher rudimentär untersuchten und unzureichend verstandenen Bereich.

**Methode** Die Untersuchung basiert auf einer umfassenden Literaturanalyse im Sinne eines narrativen Reviews und verwendet dabei einen explorativen Ansatz, um ein besseres Verständnis für dieses faszinierende, aber oft vernachlässigte Gebiet zu entwickeln. Darauf aufbauend erfolgte eine Querschnitterhebung unter Palliative-Care-Pflegefachpersonen in Deutschland. Die Ergebnisse dieser Studie werden dazu beitragen, die Forschungslücke im Bereich des visionären Erlebens in Todesnähe zu verkleinern und einen Beitrag zur Weiterentwicklung der palliativen Versorgung zu leisten.

**Ergebnisse** Zielsetzung:

Im historischen Kontext wurzelt das Interesse an Sterbephänomenen schon in der Antike und erstreckt sich bis in die Gegenwart. Unsere Studie, hat zum Ziel, die Häufigkeit von visionärem Erleben in Todesnähe auf den Palliativstationen und Hospizen in Deutschland zu untersuchen. Wir erforschen, wie diese Phänomene von Sterbebegleitenden wahrgenommen werden, welche Inhalte sie haben und welche Bedeutung ihnen zugeschrieben wird. Dabei berücksichtigen

wir auch den Zusammenhang zwischen diesen Erfahrungen und dem Wohlbefinden der Pflegepersonen.

**Schlussfolgerung** Schlussfolgerung und Ableitung der eigenen Forschungsfrage:

Die beschriebenen Erlebnisse sind bisher wissenschaftlich noch unzureichend erforscht. Im deutschsprachigen Raum gibt es bisher wenige aussagekräftige Studien zu Phänomenen während des Sterbeprozesses. Daher sollen hospizlich/palliativ tätige Pflegefachkräfte zu diesen z.T. auch tabuisierten und intimen Erfahrungen befragt werden, um eine Datengrundlage zur Relevanz des Themas für die Sterbebegleitung in Deutschland zu schaffen.

## P127 Ablaufsonde nutzen für mehr Lebensqualität und Genussmomente

**Autor** Götte S

**Institut** Brüderkrankenhaus St. Josef Paderborn, Paderborn

**DOI** 10.1055/s-0044-1788511

**Hintergrund** Bei Erkrankungen mit malignen intestinalen Obstruktionen (MIO) wird oft eine Ablaufsonde transnasal oder als PEG gelegt, um häufiges Erbrechen zu vermeiden. Damit sind zumeist eine Nahrungskarenz und ein höherer Bedarf an Mundpflege verbunden. Je nach Phase und Prognose der Erkrankung werden die erkrankten Menschen parenteral mit Flüssigkeit und evtl. auch mit Nährstoffen versorgt. Menschen mit einer MIO und Ablaufsonde können trotz guter Symptomkontrolle des Erbrechens durch den Ablauf stark unter dem Verzicht auf Geschmackserlebnisse leiden. Oraler Essgenuss ist möglich, wenn Speisen und Getränke gegeben werden, die unkompliziert durch den Schlauch in den Ablaufbeutel laufen. Was ist bei der Speisenauswahl und dem Umgang mit der Ablaufsonde zu beachten?

**Methode**

**Erfahrungsbericht einer Ernährungsfachkraft aus der klinischen Praxis**

Grundsätzlich können alle Speisen verwendet werden, die sich fein pürieren lassen. Im Anschluss daran am besten durch ein Sieb streichen, um z.B. Fruchtkerne und Fasern zu entfernen.

Rezeptbeispiele:

Pikante Varianten:

- Kartoffel/Gemüsecremesuppen verfeinert mit Sahne oder Butter
- Klare Bouillon von Fleisch, Geflügel, Fisch oder Gemüse
- Fleisch oder Frischei Nudeln lassen sich gut mit Soße oder Bouillon pürieren. Süße Varianten:
- Shakes oder Mix Milch, auch aus Milchersatzprodukten abgeschmeckt mit Nussmus, Zimt, Kakao, Marzipan, samtigen Konfitüren oder püriertem Obst
- Milchsuppe, Joghurt, Quarkspeise, Pudding auch als vegane Varianten
- Eis, Sorbet, Parfait ohne Fruchtstücke, Nüsse oder sonstige harte Zutaten
- Alternativ zur eigenen Herstellung können fertig passierte Speisen bei Lieferdiensten oder im Onlinehandel bezogen werden.

**Ergebnisse**

Tipps zum Umgang mit einer Ablaufsonde:

- Zum Spülen der Sonde warmes Wasser verwenden.
- Zum Ablauf eignen sich große Urinbeutel mit Ablasshahn besser als herkömmliche Magensondenbeutel.
- Eine aufrechte Haltung fördert den Ablauf über die Sonde, besonders nach dem Schlafen.
- Bei Völlegefühl den Mageninhalt mit einer PEG Spritze über den Schlauch abziehen.
- Ein Verfärben des Sondenschlauchs, z.B. durch Saft, beeinträchtigt nicht die Funktion.

Vorstellung der Möglichkeiten im Vortrag am Fallbeispiel einer 27-jährige Frau mit Ablauf-PEG bei metastasiertem Ovarial CA.

**Schlussfolgerung** Fazit: Die Anlage einer Ablauf-PEG ermöglicht Menschen mit malignen Obstruktionen Symptomkontrolle, höhere Lebensqualität und Essgenuss.

## P137 Der digitale Nachlass in der Begleitung am Lebensende: Unspektakulär und bedeutungslos oder zu wenig beachtet? – Eine Online-Umfrage

**Autorinnen/Autoren** Meißner A, Mahaj D  
**Institut** Universität Hildesheim, Institut für Sozial- und Organisationspädagogik, Hildesheim  
**DOI** 10.1055/s-0044-1788512

**Hintergrund** Stirbt ein Mensch, hinterlässt er nicht nur Spuren in der analogen, sondern ebenso in der digitalen Welt. Dieser digitale Nachlass ist ein Bestandteil moderner Identitätskonstruktion, gestaltet Persönlichkeit und Lebensgeschichte mit und kann für Betroffene und Zugehörige von großer Bedeutung sein. Trotz der zunehmenden Bedeutung dieses Themas besteht eine signifikante Forschungslücke. Eine Diskussion zur Bedeutung des digitalen Nachlasses für eine wert- und würdevolle Begleitung am Lebensende findet nicht statt.

**Methode** Auf der Grundlage der Empfehlungen einer vom BMJ geförderten Studie zum Umgang mit dem digitalen Nachlass wurde ein 34-Items umfassender Fragebogen entwickelt und im Zeitraum vom 05.12.2023 bis 05.02.2024 eine deutschlandweite Online-Befragung mittels Zufallsstichprobe durchgeführt. Teilnehmende wurden über Palliativ- und Hospizorganisationen rekrutiert mit dem Ziel Einstellung, wahrgenommenen Bedarf und Kompetenzerfordernisse sowie persönliche Erfahrungen und Einschätzungen verschiedener Berufs- und Tätigkeitsgruppen, darunter Pflege, Medizin, Soziale Arbeit und Ehrenamt, zu erfassen. Die erhobenen Daten wurden mittels deskriptiver Statistik analysiert, wobei vier in die Umfrage integrierte Freitextmöglichkeiten inhaltsanalytisch ausgewertet wurde

**Ergebnisse** 396 Personen nahmen an der Umfrage teil, darunter Fachkräfte (42.3 %) und Ehrenamtliche (30.8 %). Bei 26.9 % war eine eindeutige Identifizierung nicht möglich, sie machten von der Option 'Sonstige' Gebrauch. Die Mehrheit der Befragten ist weiblich (82.3 %), über 50 Jahre alt (74.5 %) und verfügt über > 5 Jahre Berufs- oder Tätigkeitserfahrung (75.7 %), vorwiegend in der ambulanten Versorgung (66 %). Die Studie zeigt, dass die Mehrheit der Befragten die Relevanz des digitalen Nachlasses als hoch einschätzt. Gleichzeitig findet er, so 85.8 % der Befragten, in der Begleitung am Lebensende nicht genügend Beachtung. Die Art und Weise der Auseinandersetzung variiert erheblich und ist teilweise ambivalent. Es besteht Unsicherheit hinsichtlich beruflicher Zuständigkeiten und Beratungsbedarf, wobei entsprechende eigene Kompetenzen von den meisten als unzureichend wahrgenommen werden und eine Kenntniserweiterung oder -vertiefung angestrebt wird (90.1 %). Die Freitextantworten verdeutlichen mangelndes Bewusstsein, Unsicherheiten und den Wunsch nach Fortbildung und unterstützenden Materialien.  
(Encore Abstrakt)

**Schlussfolgerung** Die Diskrepanz zwischen der erkannten Bedeutung und der fehlenden direkten Auseinandersetzung mit dem eigenen digitalen Nachlass wird deutlich und unterstreicht die Notwendigkeit gezielter Maßnahmen, die bestehende Wissenslücken schließen und die Sensibilisierung für einen wert- und würdevollen Umgang mit dem digitalen Nachlass in der Begleitung am Lebensende fördern.

## P150 3 Jahre Televisiten in der SAPV in Aachen: Welche Patienten profitieren von Telemedizin?

**Autorinnen/Autoren** Veldeman S<sup>1</sup>, Wüller J<sup>2</sup>, Czaplík M<sup>1</sup>, Follmann A<sup>1</sup>  
**Institute** 1 Klinik für Anästhesiologie der Uniklinik RWTH Aachen, Aachen; 2 Home Care Städteregion Aachen gGmbH, Aachen  
**DOI** 10.1055/s-0044-1788513

**Hintergrund** Der Bedarf an palliativmedizinischer Betreuung nimmt weltweit zu [1]. Der Zugang zu einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) ist jedoch limitiert. Aufgrund von Personalmangel, der dem steigenden Bedarf entgegensteht, gibt es teilweise lange Wartelisten. Telemedizin ist ein Lösungsansatz, diesen Herausforderungen zu begegnen. Mittlerweile ist Telemedizin auch in der Palliativmedizin, traditionell eher ein „High-Touch-Low-Tech“-Bereich, angekommen. Allerdings stellt sich die Frage: für welche Palliativpatienten ist Telemedizin am besten geeignet und wie entwickelt sich die telemedizinische Nutzung über einen längeren Zeitraum?

atativpatienten ist Telemedizin am besten geeignet und wie entwickelt sich die telemedizinische Nutzung über einen längeren Zeitraum?

**Methode** Über einen Zeitraum von 3 Jahren (März 2020 bis einschließlich März 2023) wurden in einer SAPV (Home Care Städteregion Aachen gGmbH) Televisiten zwischen Pflegekräften vor Ort und Telepalliativmedizinern eingesetzt. Es erfolgte die deskriptive Erhebung von folgenden retrospektiven Daten: Alter, Geschlecht, Versorgungsdauer in der SAPV, Diagnosen, Datum, Uhrzeit und Anzahl an telemedizinischen Kontakten.

**Ergebnisse** Es wurden 752 Televisiten bei insgesamt 333 Patienten durchgeführt. Telemedizinisch betreute Patienten waren im Durchschnitt 72,9 ± 12,6 Jahre alt und zeigten eine Verweildauer in der SAPV von im Median 73 Tagen (Q1 36 bis Q3 145). Im Mittel lagen 10 Diagnosen (Q1 8 bis Q3 13) pro Patient vor. Die häufigsten zugrundeliegenden Symptome bei telemedizinisch betreuten Patienten waren Schwächegefühl, Fatigue, Schmerzen, Appetitverlust und Dyspnoe. Über den Verlauf von 3 Jahren zeigte sich die intensivste Nutzungsperiode während des zweiten Corona-Lockdowns (Anfang Oktober 2020 bis Ende Dezember 2020). Direkt nachdem die Corona-Maßnahmen aufgehoben wurden (Anfang April 2022 bis Ende Juni 2022) zeigte sich die niedrigste Nutzung der Telemedizin. Im weiteren Verlauf wurden Televisiten jedoch wieder regelmäßig durchgeführt.

**Schlussfolgerung** Der Einsatz von Telemedizin scheint sich insbesondere bei multimorbiden und Langzeit-Patienten zu lohnen. Televisiten können die Standard-Versorgung von Palliativpatienten ergänzen und so eine engmaschigere Betreuung mit regelmäßigen Check-Ups und niedrigschwelligem ärztlichen Monitoring ermöglichen. Davon profitieren insbesondere pflegeintensive Patienten, die über einen langen Zeitraum betreut werden. Äußere Umstände, in diesem Fall die Corona-Pandemie, können einen erheblichen Einfluss auf das Nutzungsverhalten einer neuen Technologie haben. Wobei sich auf lange Sicht zeigt, dass sich eine regelmäßige Nutzung etabliert und von Vorteil für alle Beteiligten zu sein scheint.

### Literatur

[1] (2020), Palliative Care fact sheet <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> 2023-12-05, World Health Organization

## P156 HopizInsel im Landkreis Mühldorf – Palliativ-Wohngemeinschaft am Lebensende als innovative Versorgungsform

**Autorinnen/Autoren** Braeseke G<sup>1</sup>, Hell J<sup>2</sup>, Zimmermann-Schwier P<sup>3,4</sup>  
**Institute** 1 IGES Institut, Pflege, Berlin; 2 SAPV Christophorus Hospiz Verein, München; 3 SAPV am Inn gGmbH, Polling; 4 Anna Hospizverein im Landkreis Mühldorf e.V., Polling  
**DOI** 10.1055/s-0044-1788514

**Hintergrund** Der Anna Hospizverein (AHV) hat in Kooperation mit dem Heimwerk e.V. 2018 die HospizInsel (HI) als Modellprojekt für eine innovative Versorgung für Palliativpatienten gegründet. Zentral war dabei die Erkenntnis, dass nicht alle Palliativpatienten am Lebensende der Vollversorgung eines stationären Hospizes bedürfen, jedoch mehr Versorgung benötigen, als im eigenen Zuhause möglich ist. Die HI ist eine ambulant von einem multiprofessionellen Team betreute Palliativ-Wohngemeinschaft mit vier Plätzen. Die WG ist hauswirtschaftlich in die Strukturen eines Altenheims und Betreuten Wohnens eingebunden, was eine kostengünstige Bereitstellung der für den Betrieb notwendigen Voraussetzungen ermöglicht. Das Projekt ist zu einem wesentlichen Teil spendenfinanziert. Es wurde über 18 Monate vom IGES Institut wissenschaftlich begleitet und evaluiert.

**Methode** Im Rahmen der Evaluation wurden quantitative als auch qualitative Erhebungen durchgeführt. Die Versorgungsqualität wurde u. a. anhand einer Verlaufsdocumentation der Fälle der HI im Vergleich mit Fällen anderer Versorgungssettings bewertet. Die Vergleichsfälle wurden nach dem Matched-Pair-Verfahren rekrutiert.

**Ergebnisse** Das Angebot der HI deckt einen bisher ungedeckten Versorgungsbedarf im Palliativbereich ab. Die im Konzept festgelegte Zielgruppe wird er-

reicht. Die Wirksamkeit der Versorgung bezogen auf die Selbstbestimmung und Lebensqualität im Sterbeprozess wurde nachgewiesen. Die Daten bestätigen, dass die Gäste in der Regel in der HI versterben. Damit wird das Ziel, ein ungewolltes Versterben im Krankenhaus zu vermeiden, erreicht. Die Versorgungsform ist im Vergleich zu alternativen Settings auch wirtschaftlich aus Sicht der Sozialversicherung. Der Einrichtungscharakter der HI entspricht in stärkerem Maße einer häuslich-familiären als einer institutionellen Situation und ist durch mehrfache Hybridität hinsichtlich der involvierten Akteure gekennzeichnet. Aufgrund der kurzen Versorgungsdauer steht bei den Betroffenen die Versorgungssicherheit gegenüber den Aspekten der Selbstbestimmung und Teilhabe im Vordergrund. Dies rechtfertigt Ausnahmen von bestimmten heimrechtlichen Anforderungen.

**Schlussfolgerung** Die Versorgungsform der HI ermöglicht eine wirksame und wirtschaftliche Versorgung der Zielgruppe und schließt eine Versorgungslücke im Landkreis Mühldorf. Das Konzept ist übertragbar auf andere Regionen und Einrichtungen. Voraussetzung ist eine nachhaltige Finanzierung durch die Krankenkassen, möglichst in Form eines Tagessatzes.

## P166 Multiprofessionelle Palliativdienste auf Intensivstationen – Unterschiede internistischer und chirurgischer Patient:innen hinsichtlich Trigger und Symptome

**Autorinnen/Autoren** Bosbach L<sup>1</sup>, Tenge T<sup>1,2</sup>, Schallenburg M<sup>1</sup>, Meier S<sup>2</sup>, Schwartz J<sup>1</sup>, Jung C<sup>3</sup>, Kram R<sup>2</sup>, Kindgen-Milles D<sup>2</sup>, Neukirchen M<sup>1,2</sup>

**Institute** 1 Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Cologne Düsseldorf (CIO ABCD), Düsseldorf, Deutschland, Düsseldorf; 2 Klinik für Anästhesiologie & Intensivmedizin, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf; 3 Klinik für Kardiologie, Pneumologie & Angiologie, Koronarvaskuläre Kardiologie und konservative Intensivmedizin, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf

DOI 10.1055/s-0044-1788515

**Hintergrund** Intensivpatient:innen können von einer frühzeitig initiierten Mitbehandlung durch die spezialisierte Palliativmedizin profitieren. Triggerfaktoren hierfür sind Forschungsgegenstand. Unklar ist, ob sich Trigger für eine spezialisierte palliativmedizinische Mitbehandlung bei Intensivpatient:innen verschiedener Fachrichtungen unterscheiden.

**Methoden** Die retrospektive Analyse untersuchte palliativmedizinische Konsile bei erwachsenen Intensivpatient:innen aller Intensivstationen des Universitätsklinikums Düsseldorf (2018 – 2022). Erfasst wurden demografische Daten, die Konsilanforderungen und die Dokumentation des multiprofessionellen Palliativteams. Besonderer Fokus lag auf der Nennung spezifischer Triggerfaktoren für die Palliativmedizin, die bereits in einer Vorarbeit dieser Arbeitsgruppe untersucht wurden und den vorliegenden Symptomen, die mittels Chi-Quadrat-Tests verglichen wurden.

**Ergebnisse** Insgesamt wurden 518 Konsilanforderungen ausgewertet (mittleres Alter: 66 Jahre, 61 % männlich). 55 % der Konsilanforderungen erfolgten durch die chirurgischen Intensivstationen, 34 % durch die internistischen Intensivstationen und 15 % durch die COVID-Intensivstation. 39 % aller Konsilpatient:innen hatten eine onkologische Erkrankung. In den Konsilen wurden als häufigste Trigger bei chirurgischen Intensivpatient:innen maligne Tumore (38 %) und bei internistischen Intensivpatient:innen ausgeschöpfte kurative Therapieoptionen der zugrundeliegenden Erkrankung (37 %) genannt. Das häufigste angegebene Symptom internistischer Intensivpatient:innen war Schwäche/Müdigkeit (64 %), das chirurgischer dagegen die Überforderung des sozialen Umfelds (56 %). Die angegebenen Trigger und Symptome der verschiedenen Fachrichtungen zeigten signifikante Unterschiede ( $\chi^2 = 48,14$ ,  $p < 0,05$

bzw.  $\chi^2 = 32,58$ ,  $p < 0,05$ ). Von den palliativmedizinisch vorgestellten Patient:innen wurden 11,4 % auf die Palliativstation übernommen.

**Schlussfolgerung** Die vorliegende Arbeit gibt Hinweise, dass sich Trigger für eine Mitbehandlung durch die spezialisierte Palliativmedizin und die führende Symptomlast bei Intensivpatient:innen verschiedener Fachrichtungen unterscheiden. Weitere Analysen sind geplant.

## P171 The use of digital applications in palliative medicine – A meta-analysis

**Autorinnen/Autoren** Kamp M<sup>1</sup>, Schöffski O<sup>2</sup>, Mühlensiepen F<sup>3</sup>, von Sass C<sup>4</sup>

**Institute** 1 Medizinische Hochschule Brandenburg, Professur für Palliative Care, Rüdersdorf b. Berlin; 2 Friedrich-Alexander-University of Erlangen-Nuremberg, School of Business and Economics, Chair of Health Care Management, Erlangen; 3 Brandenburg Medical School Theodor Fontane and Faculty of Health Sciences Brandenburg, Center for Health Services Research, Rüdersdorf b. Berlin; 4 Brandenburg Medical School Theodor Fontane and Faculty of Health Sciences Brandenburg, Center for Palliative and Neuro-palliative Care, Rüdersdorf b. Berlin

DOI 10.1055/s-0044-1788516

**Hintergrund** Palliative medicine, characterized by a "high person – low technology" approach, emphasizes human connection. This prompts an exploration into the role of digital technologies within palliative care.

**Methoden** We conducted a meta-analysis of prospective, randomized studies investigating the utilization of digital technologies in palliative care, comparing them with control groups. Digital technologies were defined as applications of data, algorithms, and/or algorithmic systems in healthcare. A systematic search of the MEDLINE/PubMed database and the Cochrane Library was conducted, following the Cochrane methodology.

**Ergebnisse** Out of 3157 potential studies identified, 806 full texts were reviewed, resulting in 25 studies meeting the inclusion criteria, with 19 studies included in the quantitative analysis. Symptom burden and control were examined in 14 studies (74 %) involving a total of 2474 patients. The mean symptom burden for both the digital technology and control groups remained consistent at  $0.32 \pm 0.22$  on the normalized scale from study commencement to conclusion (with 0 representing no symptom burden and 1 representing maximum symptom burden). Six studies were included in the quantitative analysis, indicating no discernible advantage or disadvantage associated with the use of digital technologies in palliative care. Quality of life (QoL) was assessed in eight studies comprising 1521 patients. At baseline, the mean QoL for both groups was  $0.67 \pm 0.08$  and  $0.68 \pm 0.09$ , respectively, on the normalized scale (ranging from 0 for poor QoL to 1 for perfect QoL). There was no significant difference observed between the experimental and control arms regarding quality of life at the study's end, nor in terms of Cohen's d, a measure of effect size, between the study's onset and conclusion. Acceptance of digital technologies, as defined, was evaluated in 7 out of 19 studies included in the quantitative analysis, indicating an overall acceptance rate of 80.2 % across all seven studies.

**Schlussfolgerung** When used judiciously, digital technologies may be accepted within palliative care and may not impact symptom control or quality of life.

## P193 Raum- und settingspezifischer Informations- und Wissensaustausch im multiprofessionellen Team auf der Palliativstation. Implikationen für die Entwicklung eines digital unterstützten Arbeitssystems

**Autorinnen/Autoren** Peuten S<sup>1</sup>, Heckel M<sup>2</sup>, Steigleder T<sup>2</sup>, Kurkowski S<sup>2</sup>, Klein C<sup>2</sup>, Meindl O<sup>3,4</sup>, Gimpel H<sup>3,4</sup>, Schneider W<sup>1</sup>, Ostgathe C<sup>2</sup>

**Institute** 1 Universität Augsburg, Professur für Soziologie/Sozialkunde, Augsburg; 2 Universitätsklinikum Erlangen, Palliativmedizinische Abteilung & Comprehensive Cancer Center, CCC Erlangen EMN, Erlangen; 3 FIM Forschungsinstitut für Informationsmanagement, Augsburg; 4 Universität Hohenheim, Lehrstuhl für Digitales Management, Hohenheim

DOI 10.1055/s-0044-1788517

**Hintergrund** Multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Palliativversorgung (PV) integriert unterschiedliche Kompetenzen und Perspektiven mit dem Ziel, Patienten in der letzten Lebensphase sowie deren Zugehörige ganzheitlich zu versorgen und zu begleiten. Wesentlich ist hierbei, wie jeweils relevante Informationen und das (Fall-/Fach-)Wissen der Teammitglieder für ein gemeinsames Fallverständnis verfügbar und nutzbar gemacht werden können. Wegen großer Technikskepsis im Bereich PV spielen technische Innovationen bislang eine nachgeordnete Rolle. Ein palliativspezifisches, praxistaugliches, digital unterstütztes Arbeitssystem könnte jedoch die Zusammenarbeit und Kommunikation auf der Palliativstation (PS) stärken. Inwiefern sind bei der Entwicklung eines solchen Systems auch die verschiedenen örtlich-materialen Räume mit ihren sozialen Beziehungsmustern sowie organisationalen Settings, in denen der Informations- und Wissensaustausch zwischen den Teammitgliedern im Stationsalltag erfolgt, zu berücksichtigen? Welche Implikationen ergeben sich daraus für die Technikentwicklung?

**Methode** Qualitative Datenerhebung mittels teilnehmender Beobachtungen und Demonstrator-Evaluation entlang Fallvignetten auf der PS des Universitätsklinikums Erlangen (4 2-wöch. Feldzyklen; 1 1-wöch. Evaluation) sowie Fokusgruppen (n = 6). Auswertung nach dem Ansatz der Grounded Theory in MAXQDA.

**Ergebnisse** Es lassen sich drei raum-/settingbezogene Typen des Informations- und Wissensaustauschs unterscheiden: 1) *formalisiert/standardisiert* 2) *informell/ad hoc* (z.B. zufälliges Treffen im Gang) und für die multiprofessionelle Zusammenarbeit besonders bedeutsam (3) *strategisch/dynamisch*. Der flexibel-situative, gezielte, arbeitspraktisch-prozessbedingte Informations- und Wissensaustausch, der diesen 3. Typus kennzeichnet, setzt voraus, dass gewusst wird, wer wann wo wie und wozu erreichbar ist. Er ermöglicht rasche direkte Absprachen und Lösungen (bspw. weitere Aufnahme ja/nein) und spiegelt die Dynamiken der täglichen Arbeitspraxis auf der PS wider.

**Schlussfolgerung** Die systematische Unterscheidung von Räumen und Settings des Informations- und Wissensaustauschs ermöglicht es, Informations- und Wissensbrüche zu lokalisieren und trägt dazu bei, palliativspezifische Potenziale sowie Grenzen sinnvoller digitaler Unterstützung zu verstehen und passende Lösungsansätze abzuleiten. So sollten bestimmte Informationen und situativ relevante Wissensaspekte (bspw. behandlungsrelevante Eindrücke zur aktuellen Patientensituation) allen/bestimmten Berufsgruppen/bestimmten Personen zuverlässig – und nicht ‚zufällig‘ – bekannt sein. Mehrarbeit, Verzögerungen und Unverständnis können so verringert werden. Teaminterne Situationsbearbeitung hingegen ist auf der Face-to-Face-Ebene verortet und braucht bzw. sollte nicht digital unterstützt werden.

## P194 Studie zur Evaluierung der Prognoseabschätzung mittels Palliative Performance Scale (PPS)

**Autorinnen/Autoren** Tölle D, Mai S, Reinholz U  
**Institut** Universitätsmedizin Mainz, Interdisziplinäre Abteilung für Palliativmedizin, Mainz

DOI 10.1055/s-0044-1788518

**Hintergrund** Eine verlässliche Prognoseabschätzung bei palliativen Patienten ist relevant für die Versorgungsplanung und die Vorbereitung der Patienten und deren Angehörige auf den nahenden Tod. Die Palliative Performance Scale (PPS) wurde 1996 entwickelt und ist ein auch im deutschen Sprachraum validiertes und etabliertes Werkzeug zur Prognoseeinschätzung. Zwischen einem Wert von 0 (Tod) und 100% (unbeeinträchtigte Person) werden Patienten hinsichtlich ihres klinischen Zustands bewertet. In verschiedenen Kollektiven ergaben sich in Studien teils sehr unterschiedliche mittlere Überlebenszeiten für die einzelnen PPS-Level. Unsere Studie beschäftigt sich mit der Frage, wie verlässlich die Einschätzung der Überlebenszeit von Patienten auf der Palliativstation der Universitätsmedizin Mainz mit einem jeweiligen PPS-Level ist und welche demografischen und versorgungsrelevanten Faktoren bei diesen Patienten vorliegen.

**Methode** Im Rahmen der Studie wird seit dem 1.10.2023 bei Aufnahme initial das PPS-Level durch die aufnehmende Ärztin erhoben und im Verlauf die tatsächliche Überlebenszeit und weitere Patienten- und Versorgungscharakteristika dokumentiert. Geplant ist die konsekutive Datenerhebung bis 125 Aufnahmen erreicht sind. Die Daten werden deskriptiv ausgewertet.

**Ergebnisse** Zwischen dem 1.10.2023 und dem 31.1.2024 erfolgten 94 Aufnahmen, diese waren zu 48% weiblichen und 52% männlichen Geschlechts, zwischen 21 und 98 Jahre alt (M = 70) und zu 79% onkologisch erkrankt. Im Mittel wurden die Patienten 7,8 Tage (0-34 Tage) auf unserer Palliativstation behandelt. Im bisherigen Beobachtungszeitraum sind 81 der Fälle verstorben, davon 72 auf der Palliativstation. Am häufigsten wurde das PPS-Level initial mit 30% eingeschätzt (n = 33). Nur 15 Aufnahmen hatten einen PPS-Level  $\geq$  50% mit einem medianen Überleben von 18 Tagen (3-148 Tage). Fälle mit einem PPS-Level von 10-30% (N = 55) verstarben in der Regel auf unserer Station (n = 49), sie lebten im Median 3 Tage (0-141 Tage). Alle vier Fälle mit einem PPS-Score > 50% wurden nach Hause entlassen.

**Schlussfolgerung** Trotz der unterschiedlich langen Nachbeobachtungszeiten lassen die bisherigen Ergebnisse vermuten, dass die PPS in unserem Patientenkollektiv aufgrund der hohen Streuung kein verlässliches Vorhersagewerkzeug bezüglich der zu erwartenden verbleibenden Lebenszeit ist. Die einmalige Bestimmung des Werts bei Aufnahme kann die Beobachtung des klinischen Verlaufs zur Versorgungsplanung nicht ersetzen. Eine abschließende Analyse der vollständigen Daten ist für den DGP-Kongress geplant.

## P211 Palliativversorgung und Entscheidungen am Lebensende bei Menschen islamischen Glaubens: ein Scoping Review

**Autorinnen/Autoren** AL Shhadat I, Wobst L-M, Fleischer S, Meyer G  
**Institut** Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Halle (Saale)  
DOI 10.1055/s-0044-1788519

**Hintergrund** Menschen islamischen Glaubens nehmen kaum spezifische palliativmedizinische Versorgungsangebote in Anspruch. Behandlungsentscheidungen am Lebensende sind zumeist auf eine Lebensverlängerung ausgerichtet. Grundsätzlich mangelt es an adressatengerechten palliativen Angeboten und an Wissen darum sowie Akzeptanz. Der Übergang von der kurativen zur palliativen Versorgung wird oft als problematisch erlebt. Weitgehend unklar ist, welche Faktoren die Nutzung von Palliativversorgung sowie die Entscheidungen und Präferenzen am Lebensende bei Menschen islamischen Glaubens bestimmen.

**Methode** Es wurde ein Scoping-Review gemäß der Methodik des Johanna-Briggs-Instituts durchgeführt. Studien jedwedem Designs, publiziert in englischer, deutscher und arabischer Sprache, veröffentlicht bis zum Ende August 2022, kamen für den Einschluss infrage. Die systematische Literaturrecherche wurde in den Datenbanken MEDLINE via PubMed, CINAHL, Cochrane Library sowie Web of Science durchgeführt. Zur Analyse der Studienaussagen wurde ein Verständnis von Palliativversorgung als Sterbehilfe zugrunde gelegt, das folgende Aspekte umfassen kann: die Sterbebegleitung, die indirekte und passive Sterbehilfe, die aktive Sterbehilfe sowie den assistierten Suizid.

**Ergebnisse** (vorläufige Ergebnisse):

Die Recherche ergab 1.348 Treffer, davon wurden 58 Studien, publiziert von 1998 bis 2022, eingeschlossen. Aussagen zur Sterbebegleitung lassen sich in nur wenigen Studien finden (n = 4). Die Mehrzahl der Studien befasste sich mit Formen der Sterbehilfe und legen eine ablehnende Haltung gegenüber allen Formen von Sterbehilfe (indirekte, passive und aktive) und assistiertem Suizid nahe. Gründe für die Ablehnung sind theologische Argumente (n = 8), die Suche nach und der Glaube an die Behandelbarkeit (n = 2) sowie sozialer Druck (n = 3). Gründe für die Akzeptanz waren das eigene professionelle Wertesystem (n = 3), mangelnde Lebensqualität (n = 5) und der wiederholte Wunsch des älteren Patienten nach Sterbehilfe (n = 1).

Folgende Hindernisse für die Inanspruchnahme oder den Zugang zur Palliativversorgung wurden identifiziert: Gesetze und Politik (n = 4), Mangel an notwendigen Ressourcen (n = 4), kulturabhängige Normen und Werte (n = 3), Struktur des Gesundheitssystems (n = 3), Mangel an Schulung in Palliativversorgung (n = 3), Kommunikation und Interaktion zwischen Betroffenen, Angehörigen und Gesundheitspersonal (n = 1).

**Schlussfolgerung** Nur wenige Studien untersuchen das Thema Sterbegleitung. Sterbehilfe und assistierter Suizid scheinen mehrheitlich abgelehnt zu werden. Zahlreiche Hindernisse erschweren die Inanspruchnahme spezieller palliativmedizinischer Angebote für Menschen islamischen Glaubens.

## P239 Trauererfahrungen von Angehörigen nach Verlust eines nahestehenden Menschen während der COVID-19 Pandemie – Ergebnisse einer qualitativen Studie

**Autorinnen/Autoren** Ullrich A<sup>1</sup>, Greiner M<sup>1</sup>, Wehmeyer S<sup>1</sup>, Schieferdecker A<sup>1</sup>, Schoerger B<sup>2</sup>, Simon S T<sup>2</sup>, Bokemeyer C<sup>1</sup>, Oechsle K<sup>1</sup>  
**Institute** 1 Palliativmedizin, II. Medizinische Klinik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg; 2 Zentrum für Palliativmedizin und Centrum für Integrierte Onkologie Aachen/Bonn/Köln/Düsseldorf, Universität zu Köln und Uniklinik Köln, Köln  
 DOI 10.1055/s-0044-1788520

**Hintergrund** Kenntnisse über die subjektiven Trauererfahrungen Angehöriger während der COVID-19 Pandemie und inwiefern das vielfach in der Trauerbegleitung angewendete „Duale Prozessmodell der Trauer“ ggf. tangiert ist, sind noch stark limitiert. Ziel der Studie ist ein vertieftes Verständnis pandemischer Trauererfahrungen, um Trauerangebote bestmöglich auf die Bedürfnisse Betroffener abzustimmen.

**Methode** Qualitative Studie basierend auf der Grounded Theory mit offenen, leitfadengestützten Interviews. Eingeschlossen wurden deutschlandweit Angehörige nach einem Trauerfall (03/20–12/21, unabhängig von einer SARS-CoV2-Infektion der Verstorbenen). Die Auswertung erfolgte unter Anwendung des Kodierparadigmas nach Corbin & Strauss.

**Ergebnisse** Angehörige (n = 23) wurden im Mittel 1,5 Jahre nach ihrem Verlust interviewt. Pandemische Trauererfahrungen waren geprägt von Maßnahmen zum Schutz der Gesellschaft, die über den Bedürfnissen der Sterbenden und Angehörigen standen. Angehörige berichteten Belastungen durch fehlende Nähe in der letzten Lebenszeit sowie Abschiednahme/Beisetzungen unter schwierigen emotionalen Bedingungen. Trotz dieser Erfahrungen wiesen sie ein großes Repertoire an verlust- (z.B. Besuch von Erinnerungsorten) und wiederherstellungsorientierten (z.B. Akzeptanz neuer Lebensverhältnisse) Strategien der Trauerbewältigung auf. Strategien mit Bezug zu sozialer Unterstützung behielten einen hohen Stellenwert. Dennoch schränkte die Pandemie den Umgang mit dem Verlust auch ein. In der Konsequenz behielten Trauererfahrungen weitgehend ihre grundsätzliche Natur. Die Pandemie bot auch Chancen: mehr Raum für die bewusste Auseinandersetzung mit dem Verlust sowie Kreativität im Umgang mit auferlegten Einschränkungen (z.B. Bestattungspraktiken). Negative Konsequenzen umfassten anhaltende Schuldgefühle in Bezug auf Versäumnisse (z.B. Sterbende nicht nach Hause geholt zu haben) und starke Gefühle (z.B. Wut, Ohnmacht) im Zusammenhang mit traumatischen Abschiedserfahrungen bzw. mit der Lebensendversorgung unter pandemischen Bedingungen.

**Schlussfolgerung** Im Hinblick auf das „Duale Prozessmodell der Trauer“ scheint per se keine systematische Verschlechterung der Trauerbewältigung vorzuliegen. Angehörige weisen ein ähnliches Repertoire an verlust- und wiederherstellungsorientierten Strategien der Trauerbewältigung auf wie Trauernde in nicht-pandemischen Zeiten. Trauerangebote sollten aber pandemiebezogene Erfahrungen aktiv erfragen, insbesondere im Hinblick auf den langfristigen Wiederhall belastender Emotionen.

## P240 Deprescribing: Medikationsmanagement bei Palliativpatient: innen am Lebensende

**Autorinnen/Autoren** Michiel S<sup>1,2</sup>, Bausewein C<sup>3</sup>, Rémi C<sup>4</sup>  
**Institute** 1 Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München, Doktorandin, München; 2 Promotionsprogramm Klinische Pharmazie, Ludwig-Maximilians-Universität München, Doktorandin, München; 3 Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München, Palliativmedizin, München; 4 Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München, Kompetenzzentrum Palliativpharmazie, München  
 DOI 10.1055/s-0044-1788521

**Hintergrund** Angesichts der begrenzten Lebenserwartung ist die kontinuierliche Bewertung der Angemessenheit einer Therapie bei Palliativpat. besonders wichtig. Bisher steht im deutschsprachigen Raum kein validiertes Tool zur Verfügung, das Fachkräfte beim systematischen Identifizieren und Absetzen von Arzneistoffen (Deprescribing) unterstützt. Ziel dieser Studie ist es, eine kulturell angepasste Version des irischen Deprescribing-Tools STOPPFrail [1] (Version 2), zu erstellen und anschließend die Interrater-Reliabilität zu bestimmen.

**Methode** Sequenzielle Mixed-Method-Studie bestehend aus (1) Vorwärts-Rückwärts-Übersetzung von STOPPFrail vom Englischen ins Deutsche. (2) Anpassung der vorläufigen Version in einer qualitativer Interviewstudie mit intermittierender Analyse. Hierfür Prüfung der vorläufigen deutschen Version in kognitiven Video-Interviews mit Ärzt: innen und Apotheker: innen auf Verständlichkeit und Relevanz für den deutschsprachigen Versorgungsraum. Rekrutierung mittels Purposive und Convenience Sampling. Wörtliche Transkription der aufgezeichneten Audiodateien. Nach jeweils drei Interviews kriterienbasierte, systematische Inhaltsanalyse. Hierfür Entwicklung eines induktiv-deduktiven Kategorienschemas. Basierend auf den Ergebnissen der Inhaltsanalyse ggf. Anpassung des Tools. (3) Bestimmung der Interrater-Reliabilität mittels Onlineumfrage von Ärzt: innen und Apotheker: innen. Dabei an Fallvignetten Identifikation von zum Deprescribing geeigneten Substanzen mithilfe deutscher STOPPFrail Version.

**Ergebnisse** (1) Es wurde eine deutsche Übersetzung mit hoher konzeptioneller, semantischer und Erfahrungsäquivalenz zur englischen Originalversion erstellt. (2) Vier Interviewrunden mit je drei Teilnehmer: innen (n = 12) aus Deutschland (n = 8), Österreich (n = 2) und der Schweiz (n = 2) durchgeführt. Einige aus dem Englischen übernommene Fachbegriffe (z.B. Deprescribing) zeigten sich als nicht selbsterklärend, einzelne aufgeführte Arzneimittel wurden als nicht relevant bewertet (z. B. Theophyllin) und als relevant erachtete, noch nicht enthaltene Arzneimittel identifiziert (z. B. Antikoagulanzen). Der Studienverlauf führte zur Entscheidung, Wörter, Sätze, Wirkstoffe und ganze Kriterien beizubehalten, zu löschen oder zu spezifizieren. Der Änderungsbedarf wurde im Interviewprozess immer weniger. (3) Bestimmung der Interrater-Reliabilität für Mitte 2024 geplant.

**Schlussfolgerung** Die Interviewstudie hat sich als entscheidender Schritt erwiesen. Durch die durchgeführten Adaptionen wurden die Verständlichkeit und Relevanz des Titels, der Einleitung und der Kriterien verbessert. Diese Anpassungen ermöglichen die Anwendung von STOPPFrail als erstes deutschsprachiges Deprescribing-Tool für Palliativpat. am Lebensende.

### Literatur

[1] Curtin D., Gallagher P., O'Mahony D. Deprescribing in older people approaching end-of-life: development and validation of STOPPFrail version 2. Age Ageing. 2020;

## P244 Wenn es palliativ wird in der Betreuung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung

**Autorinnen/Autoren** Theisen P<sup>1</sup>, Happ C<sup>1</sup>, Hoffmann B<sup>2</sup>, Wallenborn M<sup>1</sup>, Pratt S<sup>1</sup>, Hollinger A<sup>2</sup>  
**Institute** 1 Elisabeth-Yolande, Betzdorf; 2 Elisabeth-Yolande, Mondorf  
 DOI 10.1055/s-0044-1788522



**Hintergrund** Die allgemeine Lebenserwartung steigt seit Jahrzehnten ständig. Auch Menschen mit intellektueller oder mehrfacher Beeinträchtigung leben länger und haben deshalb ein größeres Risiko an chronischen oder unheilbaren Krankheiten zu erkranken und pflegebedürftig zu werden. Der Zugang zur medizinischen Versorgung, die Diagnosestellung und die Behandlung sind durch mehrere Faktoren, besonders aber durch Kommunikationsbarrieren und atypische Symptome erschwert. Laut UN-Behindertenrechtskonvention haben die Länder eine gute, zugängliche, diskriminierungsfreie und umfassende Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderung sicherzustellen. Genauso haben Menschen mit Behinderung das Recht ihre eigenen Entscheidungen zu treffen und ihr Leben zu gestalten.

**Methode** Als einer der größten sozialen Träger Luxemburgs betreut Elisabeth in der Sparte Handicap in ihren Wohn- und Pflegezentren rund 250 Menschen mit Beeinträchtigung. Elisabeth-Handicap stellt in ihren Einrichtungen ein komplexes und differenziertes Angebot an Leistungen in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Ausbildung und Tagesbetreuung für Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung zur Verfügung. Jeder einzelne erhält eine seinen individuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen entsprechende pädagogische und pflegerische Unterstützung, um bestmöglich und selbstbestimmend am Leben der Gesellschaft bis zum Lebendende teilzunehmen.

**Ergebnisse** Durch verschiedene Projekte und regelmäßige Fortbildungen werden sowohl die Betreuerinnen und Betreuer, als auch die Bewohnerinnen und Bewohner bei Elisabeth Handicap zum Thema Palliativ Care sensibilisiert. Ein multiprofessionelles, in Palliativ Care geschultes Team steht den Betreuten, dem Personal und den Familien zur Seite, um eine bestmögliche palliative Versorgung zu erzielen. Die Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung werden anhand von Informationen und Dokumentation in leichter Sprache unterstützt, um eigenständige Entscheidungen zum Thema Lebendende (Gesundheit, Krankheit, Behandlung und Tod/Sterben) zu nehmen.

**Schlussfolgerung** Menschen mit intellektueller oder mehrfachen Beeinträchtigung zusammen mit Angehörigen und dem Betreuungspersonal muss der Zugang zur medizinischen Versorgung, aber auch der palliativen Betreuung erleichtert werden. Dies ist durch eine kontinuierliche Sensibilisierung und Fortbildung des Fachpersonals durchführbar.

## P246 Letzter Wunsch Gewebespende – Eine Auswertung außerklinischer Gewebespenden im Netzwerk der Deutschen Gesellschaft für Gewebetransplantation (DGFG)

**Autorinnen/Autoren** Kleinhoff K, Hofmann N, Kniese J  
**Institut** Deutsche Gesellschaft für Gewebetransplantation, Hannover  
**DOI** 10.1055/s-0044-1788523

**Hintergrund** Gewebespenden ermöglichen schwer kranken Menschen die Chance auf ein beschwerdefreies Leben. Viele Menschen wissen nicht, dass auch unabhängig von einer Organspende eine Gewebespende möglich ist – bei der Augenhornhaut (Cornea) bis zu 72 Stunden nach dem Tod. Bisher konzentriert sich die Gewebespendepraxis auf Sterbefälle in Kliniken, obwohl hier nur ca. 50 Prozent aller Sterbefälle stattfinden. Dabei sind Corneaspenden auch nach Versterben in häuslicher Umgebung, Palliativheimen, Pflegeheimen oder Hospizen möglich. Eine exemplarische Datenauswertung der DGFG zeigt, dass diese Spenden einen wertvollen Beitrag für die Patientenversorgung leisten.

**Methode** Seit 2013 werden alle Gewebespenden im DGFG-Netzwerk in einer Datenbank dokumentiert, auf deren Grundlage diese Auswertung beruht. Der Untersuchungszeitraum geht von Oktober 2013 bis Dezember 2023. Die nach außerklinischem Versterben realisierten Corneaspenden (29) wurden hinsichtlich des Spenderalters, des Entnahmezeitpunktes, der Qualität der Hornhaut anhand der Endothelzelldicke (EZD) sowie der Transplantationsrate (TX-Rate) betrachtet und mit den gleichen Parametern der Gesamtanzahl klinischer Corneapräparate aus 2023 (6.027) verglichen.

**Ergebnisse** Im Untersuchungszeitraum wurden 29 ambulante Corneaspenden realisiert. Von den daraus gewonnenen 57 Corneapräparaten kamen 45 zur

Transplantation, was einer TX-Rate von 79 Prozent entspricht und somit im Vergleich zur TX-Rate von 72,8 Prozent klinischer Spenden leicht höher ist. Der Entnahmezeitpunkt der 29 ambulanten Spenden lag im Schnitt bei 17 Stunden nach Todeseintritt und damit deutlich früher als der Entnahmezeitpunkt klinischer Spenden (ca. 30 Stunden), was auf eine zeitnahe Spendermeldung und eine schnellere Klärung des Spendewunsches zurückzuführen ist. Mit einer mittleren EZD von 2.558 Zellen und einem Spenderalter von 67,9 Jahren ähneln sich die Eigenschaften der ambulanten Spenden mit denen der klinischen Corneaspenden (EZD 2.472, Alter 70,2 Jahre).

**Schlussfolgerung** Ambulante Corneaspenden sind wichtig für die Patientenversorgung, da auch in diesen Fällen qualitativ hochwertiges Gewebe gewonnen werden kann: Ein bereits zu Lebzeiten formulierter Wille und eine zeitnahe Meldung ermöglichen eine frühe Gewebeentnahme, die sich positiv auf die EZD und somit auch auf die TX-Rate auswirken kann. Würden somit mehr Palliativ- und Pflegeeinrichtungen in die Spendepraxis integriert werden, könnte die Spendenanzahl gesteigert und die Patientenversorgung weiter verbessert werden.

## P265 Sterbeort Zuhause – stirbt es sich stets würdevoll? Eine Beobachtungsstudie zur Prävalenz anonymer Todesfälle und Suizide im häuslichen Umfeld

**Autorinnen/Autoren** Dasch B<sup>1</sup>, Betz R<sup>1</sup>, Bernhardt F<sup>1</sup>, Sudhaus H M<sup>2</sup>, Lenz P<sup>1</sup>, Bohn A<sup>3,4</sup>  
**Institute** 1 Universitätsklinikum Münster, Zentrale Einrichtung Palliativmedizin, Münster; 2 Universitätsklinikum Münster, Medizinische Klinik A, Hämatologie, Hämostaseologie, Onkologie und Pneumologie, Münster; 3 Feuerwehr der Stadt Münster, Stabstelle Ärztliche Leitung Rettungsdienst, Münster; 4 Universitätsklinikum Münster, Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie, Münster  
**DOI** 10.1055/s-0044-1788524

**Hintergrund** Ziel der Untersuchung war es, die Prävalenz eines anonymen Versterbens Zuhause (A) sowie das Begehen eines Suizides (S) im häuslichen Umfeld zu bestimmen, die Auffindesituation der Leiche zu beschreiben und assoziierte Faktoren für die besondere Art dieses Versterbens Zuhause zu ermitteln.

**Methode** Datengrundlage bildeten sämtliche Todesbescheinigungen und Notarztprotokolle der Stadt Münster des Jahres 2017. Die Datenquellen wurden pseudonymisiert abgeglichen. Als Indikator für ein anonymes häusliches Versterben wurde das Auffinden einer Leiche mit Fäulniszeichen gewertet. Suizide wurden durch ärztlich Angaben zur Todesart und Todesursache identifiziert. Informationen zu Erkrankungen und zur Sozialisation des Verstorbenen wurden mittels binärer logistischer Regression auf eine mögliche Assoziation zur Sterbesituation untersucht.

**Ergebnisse** Insgesamt wurden 3.844 Todesbescheinigungen und 6.641 Notarzteinsätze ausgewertet. 576 Personen waren Zuhause verstorben. In 34,0% (196) der Fälle war ein Notarzteinsatz am Lebendende erfolgt. Das mittlere Alter der häuslich Verstorbenen betrug 75,5 +/- 15,3 Jahre, weiblicher Anteil 48,1% (277). Bei 29 Verstorbenen wies die Leiche Fäulniserscheinungen (A) auf, 20 Personen hatten Selbstmord (S) begangen. Daraus ermittelte sich eine Prävalenz von: 5,0% [95%-KI 3,2-6,8%] (A) bzw. 3,5% [95%-KI 2,0-5,0%] (S). Folgende Faktoren waren mit der Sterbesituation assoziiert: (A): Männer (OR 2,8 [95%-KI 1,1-6,7]), <65 Jahre (OR 3,5 [95%-KI 1,6-7,6]); (S): <65 Jahre (OR 16,2 [95%-KI 4,9-54,2]), mit einem Lebenspartner zusammenlebend (OR 3,9 [95%-KI 1,2-12,6]), Depression (OR 16,0 [95%-KI 4,6-55,5]).

**Schlussfolgerung** Belastende Sterbesituationen Zuhause, wie ein häusliches anonymes Versterben bzw. das Begehen eines Suizides, stellen keine seltenen Ereignisse dar. Entsprechend sollte der Sterbeort Zuhause differenzierter betrachtet und nicht ausnahmslos mit dem Attribut eines „guten Versterbens“ verbunden werden.

## P272 Heilungschance vs. Sterberisiko: Perspektiven von Patient\*innen, Angehörigen und Behandler\*innen bei Allogener Stammzelltransplantation

**Autorinnen/Autoren** Schoerger B<sup>1,2</sup>, Kaur S<sup>1,2</sup>, Reimer A<sup>1,2</sup>, Pralong A<sup>1,2</sup>, Voltz R<sup>1,2,3</sup>, Welwitage J<sup>4</sup>, Hellmich M<sup>4</sup>, Ahn J<sup>5</sup>, Schroers R<sup>6</sup>, Hallek M<sup>2,7</sup>, Holtick U<sup>7</sup>, Franke G-N<sup>8</sup>, Herling M<sup>8</sup>, Simon S T<sup>1,2</sup>

**Institute** 1 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum, Abteilung für Palliativmedizin, Köln; 2 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum, Zentrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf (CIO ABCD), Köln; 3 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum, Zentrum für Versorgungsforschung, Köln; 4 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum, Institut für Medizinische Statistik und Bioinformatik (IMSB), AG Medizinische Statistik, Köln; 5 Charité – Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik m.S. Hämatologie, Onkologie und Tumorummunologie CVK, Berlin; 6 Ruhr-Universität Bochum, Universitätsklinikum Knappschaftskrankenhaus Bochum GmbH, Abteilung Hämatologie und Onkologie, Bochum; 7 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum, Klinik I für Innere Medizin, Köln; 8 Universitätsklinikum Leipzig, Klinik für Hämatologie, Zelltherapie, Hämostaseologie und Infektiologie, Leipzig  
DOI 10.1055/s-0044-1788525

**Hintergrund** Die allogene Stammzelltransplantation (allo-SZT) ist für Patient\*innen mit hämatologischen Erkrankungen oft die einzige Möglichkeit zur Heilung, jedoch mit hohem Sterberisiko verbunden. Die Perspektiven von Patient\*innen mit allo-SZT, ihren Angehörigen und den Behandler\*innen auf die Heilung und das Sterberisiko werden erfasst.

**Methode** Ein Teil der AlloPaS-Studie „Palliativ-supportives Therapieangebot in der allogenen Stammzelltransplantation“ umfasste die quantitative Befragung von Patient\*innen mit allo-SZT, Angehörigen und Behandler\*innen. U.a. sollte die Heilungschance und das Sterberisiko des Erkrankten eingeschätzt werden (Skala 0-10). Die Patient\*innen und Angehörigen wurden zusätzlich gefragt, wie sie die Hoffnung auf Heilung und ihre Angst vor dem Tod (bzw. dem Tod der erkrankten Person) einschätzen (0-10).

**Ergebnisse** Es wurden 61 Patient\*innen, 31 Angehörige und ihre Behandler\*innen (n = 7) befragt. Die Patient\*innen und Angehörigen schätzten die Heilungschance ( $8.36 \pm 1.93$ ;  $8.70 \pm 1.73$ ) als hoch ein und die Hoffnung auf Heilung ist sehr ausgeprägt ( $9.15 \pm 1.38$ ;  $9.10 \pm 1.4$ ). Die Einschätzung des Sterberisikos der Patient\*innen und Angehörigen lag im unteren Bereich der Skala ( $3.10 \pm 2.56$ ;  $3.59 \pm 2.91$ ). Die Angehörigen hatten mehr Angst vor dem Tod der Patient\*innen ( $5.0 \pm 3.50$ ) als die Patient\*innen selbst ( $3.35 \pm 3.20$ ). Je höher das Sterberisiko, desto größer war tendenziell die Angst vor dem Tod aus Sicht der Patient\*innen ( $\text{cor} = 0.753$ ,  $\text{pval} < 0.001$ ). Bei Gegenüberstellung der Heilungschance und des Sterberisikos, zeigte sich, dass diese gleichzeitig je nach individueller Wahrnehmung aber in unterschiedlicher Intensität (bspw. 6/1 oder 10/10) bei Patient\*innen, Angehörigen oder Behandler\*innen vorhanden sein konnten. Dasselbe trifft auf die Hoffnung auf Heilung und die Angst vor dem Tod zu. Die Behandler\*innen schätzten die Heilungschance ( $7.0 \pm 1.62$ ) als geringer und das Sterberisiko ( $3.30 \pm 1.83$ ) ähnlich im Vergleich zu den Patient\*innen ein. Es lag keine signifikante Korrelation zwischen der Einschätzung der Patient\*innen und der Behandler\*innen vor.

**Schlussfolgerung** Die Einschätzung von Heilungschance und Sterberisiko sind ähnlich zwischen Patient\*innen, Angehörigen und Behandler\*innen, wenn auch mit geringen Unterschieden. Insbesondere Angehörigen sollten bei den Angeboten zum Umgang mit der Lebensbedrohung und Angst vorm Sterben berücksichtigt werden.

## P281 Validierung des „Palliative Care and Rapid Emergency Screening (P-CaRES) Tools“ zur Nutzung in deutschen Notaufnahmen

**Autorinnen/Autoren** Schmitz J<sup>1</sup>, Bubel M<sup>1</sup>, Tewes M<sup>1,2</sup>, Kill C<sup>3</sup>, Riße J<sup>3</sup>, Kowall B<sup>4</sup>, Hübler E-M<sup>4</sup>, Salvador Comino M R<sup>1,2</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Essen, Palliativmedizin der Universitätsmedizin Essen, Essen; 2 Universitätsklinikum Essen, Palliativmedizinischer Dienst der Universitätsmedizin Essen, Essen; 3 Universitätsklinikum Essen, Zentrum für Notfallmedizin der Universitätsmedizin Essen, Essen; 4 Universitätsklinikum Essen, Institut für medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie der Universitätsmedizin Essen, Essen  
DOI 10.1055/s-0044-1788526

**Hintergrund** Diverse Studien konnten den hohen Nutzen einer frühzeitigen Anbindung palliativer Patient:innen (PP) an den palliativmedizinischen Dienst (PMD) bereits belegen. Das „Palliative Care and Rapid Emergency Screening Tool“ (P-CaRES) dient der Identifikation von PP in der Notaufnahme (NA) und besteht aus 2 Abschnitten: Erst werden mögliche palliative Grunderkrankungen, dann individuelle Situation und Krankheitsgeschichte abgefragt. Ziel unserer Studie ist die Validierung des P-CaRES zur Nutzung in deutschen NA.

**Methode** Nach strukturierter Hin- & Rückübersetzung und kritischer Analyse im Rahmen eines Experten-Panels, folgte die Validierung des Tools im Hinblick auf Augenschein-, Inhalts- und Konstruktvalidität, sowie ein Vergleich der Ergebnisse mit zwei Expertenmeinungen. Hierzu wurden 258 NA-Patient:innen gescreent. Die Konstruktvalidität wurde durch Gegenüberstellung der Ergebnisse mit einem weiteren Tool zur Erfassung des palliativen Bedarfes (SPICT) bestimmt. Der Vergleich mit der Expertenmeinung erfolgte in Form einer Begutachtung der Patientenfälle durch 2 Palliativmedizinerinnen, welche anhand des NA-Berichtes, sowie der Systemdaten des NA-Aufenthaltes eine gemeinsame Empfehlung aussprachen. Diese verglichen wir dann mit dem Ergebnis des Tools. Inhalts- und Augenscheinvalidität wurden mit Hilfe zweier Mitarbeiterfragebögen erfasst.

**Ergebnisse** Die Analyse des P-CaRES ergab 50 positiv gescreente Patient:innen (19,4%). Die Übereinstimmung zwischen SPICT und P-CaRES betrug 88,8% (Kappa: 0,69) entsprechend einer Sensitivität des P-CaRES von 65,2% und Spezifität von 97,4%. Der Expertenvergleich ergab eine Übereinstimmung von 84,1% (Kappa: 0,43), Sensitivität von 62,9% und Spezifität von 87,4%. Die Auswertung der Augenschein- und Inhaltsvalidität zeigte folgendes: Die Mitarbeitenden halten ein Screening hinsichtlich palliativer Bedarfe für wichtig (4,5 von 5 möglichen Punkten auf der Likert-Skala), ein Screeningtool hierbei für relevant (4,3) und verneinen das Nutzen eines ähnlichen Tools zum aktuellen Zeitpunkt (1,56). Außerdem stimmten Sie der inhaltlichen Relevanz der einzelnen Aspekte und hierbei vor allem den Aspekten fortgeschrittene Tumorerkrankung (100% Zustimmung), Leber- (100%) und Herzinsuffizienz (96%) sowie unzureichend eingestellter Symptomatik (81%) und AZ-Verschlechterung (92%) zu.

**Schlussfolgerung** Eine kulturell und sprachlich gleichwertige deutsche Version des P-CaRES konnte validiert werden. Es zeigte sich eine gute Übereinstimmung der Ergebnisse zwischen SPICT und P-CaRES (Kappa: 0,69) sowie eine moderate Übereinstimmung zwischen P-CaRES und Expertenkonsens (Kappa: 0,43). Weitere Studien sind nötig, um den Nutzen des Tools im klinischen Alltag zu untersuchen. Es lässt sich jedoch vermuten, dass das Tool zu einer besseren Identifikation von PP beitragen kann.

## P283 Immune response to an acute exercise session in patients with advanced cancer in comparison to a healthy control group

**Autorinnen/Autoren** Kiehl F<sup>1,2</sup>, De Lazzari N<sup>1,2</sup>, Beller R<sup>3</sup>, Deppe J<sup>3</sup>, Salvador Comino M<sup>1</sup>, Götte M<sup>2</sup>, Tewes M<sup>1,2</sup>

**Institute** 1 University Hospital Essen, Department of Palliative Medicine, Essen; 2 University Hospital Essen, West German Cancer Center, Essen;

3 University Hospital Essen, Department of Pediatric Hematology/Oncology, Clinic for Pediatrics 3, Essen

**DOI** 10.1055/s-0044-1788527

**Hintergrund** Patients with advanced cancer (ACP) undergoing palliative chemotherapeutic treatment suffer from systemic inflammation. Natural killer cells (NK cells) are very effective at fighting tumor-associated inflammation. The role of exercise as a supportive therapy in cancer treatment and its positive long-term effects on life quality (QoL) are well known. However, the benefits of physical activity regarding immunological processes in ACP is limited. Only few data are available especially to an exercise intervention. The primary aim of this study is to analyze the immune response to a single acute endurance intervention in ACP compared to a control group. Secondary aims are differences in immune response during a recovery period and associations with nutritional status, QoL and fatigue.

**Methode** Inclusion criteria are age  $\geq 18$  years with diagnosed metastatic cancer (UICC stage 4) receiving chemotherapeutic treatment. The 20-minute endurance session performed as interval method (HIIT) is conducted on a bicycle ergometer with wattage to be managed individually and blood sampling at time T0 (before exercise), T1 (after exercise), and T2 (one hour after exercise). Control subjects without cancer are recruited matched for age, sex, interest in exercise and BMI. Analysis of NK cells, subgroups, and innate lymphoid cells (ILCs) will be performed by flow cytometry. Inflammatory markers will be determined from serum. Nutritional status, QoL and fatigue are assessed by validated questionnaires.

**Ergebnisse** From 11/2022 to 03/2024, 34 subjects have been enrolled, including 20 ACP (Pancreatic cancer 14, gastric cancer 1, gallbladder cancer 1, cholangiocellular carcinoma 1, leiomyosarcoma 1, hemangi endothelioma 1, lung cancer 1). The mean age at the time of inclusion of all ACP was  $59.75 \pm 10.3$  years. The HIIT training was feasible for all ACP and no adverse events occurred. All subjects filled out the questionnaires. Initial evaluations of flow cytometry and cell counter analysis reveal a median increase in lymphocytes ( $10^3/\mu\text{l}$ ) from time point T0 to T1 of 0.2 (max 0.9; min -0.07) with a concomitant decrease from T1 to T2 of -0.16 (max 0.7; min -1) in all ACP.

**Schlussfolgerung** In ACP, the median percentage of lymphocytes increase from T0 to T1 with 21% (max 63%; min -11%) from baseline (T0) and decrease from T1 to T2 with -1% (max 113%; min -11%) from baseline (T0). Both the full analysis of flow cytometry and of questionnaires is still pending. The recruitment of healthy control subjects will continue, and corresponding comparative analyses will be available at the time of the congress.

## P286 Die Änderung der Verordnungsfähigkeit von antimikrobiellen Wundauflagen und ihre Auswirkungen auf Wunden am Lebensende

**Autor** Hoffmann-Tischner I

**Institut** Wundmanagement Köln & Aachen, Köln

**DOI** 10.1055/s-0044-1788528

**Hintergrund** Die gesetzliche Situation der Verordnungsfähigkeit von Verbandmitteln hat sich mit dem GSAV (Gesetz zur Sicherheit der Arzneimittel) grundlegend geändert. Es gibt nun eine Legaldefinition für Verbandmittel: „Gegenstände die oberflächengeschädigten Körperteile bedecken, Körperflüssigkeiten von oberflächengeschädigten Körperteilen aufsaugen oder beides erfüllen. Die Eigenschaft als Verbandmittel entfällt nicht, wenn ein Gegenstand ergänzend weitere Wirkungen entfaltet, die ohne pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkungsweise im menschlichen Körper der Wundheilung

dienen, beispielsweise, indem er eine Wunde feucht hält, reinigt, geruchsbindend, antimikrobiell oder metallbeschichtet ist.“

**Methode** Der G-BA (Gemeinsame Bundesausschuss) der die Aufgabe hat aus Gesetzen, Richtlinien und Leistungskataloge zu erstellen, hat die Verbandstoffe in drei Gruppen eingeteilt. Es gibt nun eindeutige Verbandmittel, Verbandmittel mit ergänzenden Eigenschaften und sonstige Produkte in der Wundbehandlung. Für die letzte Gruppe, die sonstigen Produkte in der Wundbehandlung muss ein Evidenznachweis erbracht werden. Dieser wurde bisher für antimikrobielle Verbandmittel nicht in der Form erbracht, da der G-BA zurzeit nur den Evidenznachweis mit dem Endpunkt Wundverschluss akzeptiert. Somit fallen im Dezember 2024 vertraute Verbandmittel mit beispielsweise Silber, PHMB (Polihexanid) oder Honigwundauflagen aus der Erstattung.

**Ergebnisse** Für Menschen am Lebensende, wo Wundheilung kein Thema mehr ist, sondern Wundsituationen mit Abbau der Immunität und Zellerfall durch Tumorthherapie aber auch durch Progressivität von chronischer Wunden einhergeht, bedeute dies eine Verschlechterung der Situation die Auswirkungen auch auf An- und Zugehörige und das Palliativteam haben wird. Lokalwirkende, antimikrobielle Wundauflagen sind eine wichtige Maßnahme bei der Geruchsreduktion Malignom assoziierter Wunden. Dies ist eine klare Empfehlung der „Erweiterten S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ bereits in der Stufe zwei der vierstufigen Empfehlung zur Geruchsminderung.

**Schlussfolgerung** Der Vortrag erklärt die Gesetzesituation, gibt Antworten welche Verbandmittel in der Erstattung bleiben und gibt Hinweise zur Evidenzsituation.

## P287 Die Wahrnehmung von Luftnot und Maßnahmen dagegen bei Kindern und Jugendlichen in der palliativen Situation

**Autorinnen/Autoren** Bongartz R, Classen C F

**Institut** Universitätsmedizin Rostock, Kinder- und Jugendmedizin, Rostock

**DOI** 10.1055/s-0044-1788529

**Hintergrund** Zu erfahren, dass das eigene Kind an einer lebenslimitierenden Krankheit leidet, ist für Eltern wohl das Schlimmste, was passieren kann. Nicht nur der Umgang mit der Thematik Tod ist schwer zu verarbeiten, der gesamte Weg bis hin zum Zeitpunkt des Todes stellt eine Herausforderung für alle Angehörigen dar. Die letzten Jahre, Monate, Wochen oder Tage sollten für die Kinder sowie die Eltern so angenehm wie es in einer solchen Situation möglich ist, gestaltet werden können. Dabei gibt es in der Palliativmedizin für Erwachsene schon Leitlinien (AWMF), welche man jedoch nicht einheitlich auf Kinder übertragen kann. Im Rahmen einer geplanten Leitlinie für Kinder und Jugendliche in der palliativen Situation wurde die Studie „Die Wahrnehmung von Luftnot und Maßnahmen dagegen bei Kindern und Jugendlichen in der palliativen Situation“ konzipiert. Die Dyspnoe spielt bei vielen palliativen Patienten eine Rolle und wird von den Betroffenen als äußerst unangenehm empfunden. Es sollte daher eruiert werden, wie Angehörige mit der Luftnot bei Kindern umgehen können und wie man diese therapieren kann.

**Methode** Es wurde eine qualitative Interviewstudie mit Eltern von verstorbenen Kindern, welche in der palliativen Phase mit Luftnot zu kämpfen hatten, durchgeführt. Die Interviews erfolgte semi-strukturiert mithilfe eines Interviewleitfadens, jedoch im Sinne einer offenen Gesprächsführung. Anschließend erfolgte die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring anhand der transkribierten Interviews mit Hilfe des Programms MAXQDA.

**Ergebnisse** In der vorliegenden Studie stellte sich heraus, dass die Eltern aufgrund ihrer subjektiven Wahrnehmung und Beobachtung des Kindes erkennen, dass Luftnot besteht. Eltern berichten, dass eine solche Situation Hilflosigkeit hervorgerufen hat, es sei „die Hölle“. Wichtig war den Eltern, Informationen und genaue Anweisungen zu erhalten, sowie die Anbindung an das SAPV-Team. Häufig trat die erste Situation der Luftnot im Rahmen einer Lungenentzündung auf. Zur Bekämpfung der Luftnot wurde von den befragten Personen vorwiegend nicht medikamentöse Maßnahmen, wie Inhalieren, frische Luft etc. ge-

nannt. Bei den medikamentösen Maßnahmen spielte Morphin eine bedeutende Rolle.

**Schlussfolgerung** Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ein großer Redebedarf besteht und die Eltern die Thematik als wichtig empfinden. Zu beachten ist jedoch, dass man v.a. bei kleinen Kindern nur die Sicht der Betreuenden auf die Luftnot hat und somit definitionsgemäß nicht beurteilen kann, ob wirklich eine Dyspnoe vorliegt. Zudem ist fraglich, ob die Eltern im Vorfeld schon über Luftnot nachgedacht haben oder durch das gezielte Interview dazu bewegt wurden über die Dyspnoe nachzudenken. Weitere Ziele nach Auswertung der Studie könnten sein, einen Plan zu erstellen, um die Eltern optimal auf diese Phase vorzubereiten.

## P296 Wirksamkeit eines neu implementierten Screening-Tools zur Identifizierung von palliativpflichtigen Patienten in der Notaufnahme

**Autorinnen/Autoren** Bubel M L<sup>1</sup>, Schmitz J<sup>1</sup>, Kill C<sup>2</sup>, Riße J<sup>2</sup>, Tewes M<sup>1</sup>, Salvador Comino M R<sup>1</sup>

**Institute** 1 Universitätsmedizin Essen, Palliativmedizin der Universitätsmedizin Essen, Essen; 2 Universitätsmedizin Essen, Zentrum für Notfallmedizin, Essen

DOI 10.1055/s-0044-1788530

**Hintergrund** Palliativpatienten in der Notaufnahme profitieren von der frühen Einbindung eines Teams der spezialisierten Palliativmedizin (PMD). Ein unerkannter palliativmedizinischer Bedarf führt in den letzten Lebensmonaten zu einem starken Anstieg an: Kosten, Notaufnahmebesuche, unzureichend eingestellte Symptome, ungewollte Interventionen und hohen individuellen Leid. Um dies zu ändern, wurde das Fremderfassungsinstrument „Palliative Care and Rapid Emergency Screening (P-CaRES)“ validiert. Dieses soll nun in der Notaufnahme einer Universitätsklinik angewandt werden. Primäres Ziel ist die Messung der Anwendbarkeit von P-CaRES im Sinne einer Zunahme von palliativmedizinischen (PM) Konsilen in der Notaufnahme nach Implementierung. Sekundär soll durch ein frühzeitiges Erkennen die Relation zwischen P-CaRES und dem Charlson Komorbiditätsindex zu PM-Konsilen evaluiert werden und ob notfallmäßige Konsultationen in der Notaufnahme verhindert werden konnten.

**Methode** Es wird ein Kohortenvergleich durchgeführt, der die Pt ohne Screening mit den Pt, die nach P-CaRES bewertet wurden, vergleicht. Diese Ergebnisse werden mit der tatsächlichen Anzahl an Pt verglichen, die im Verlauf palliativpflichtig wurden. Es wird ein Kohortenvergleich mit Signifikanzanalyse nach Analyse des Verteilungsmusters durchgeführt. Die Patientencharakteristika (Alter, Geschlecht, Diagnosen, Grund der Notaufnahme, ambulante/stationäre Weiterversorgung, Kontakt zur PMD) werden deskriptiv erfasst. Von 9/23 bis 10/23 erfolgte eine 4-wöchige Anwendung von P-CaRES bei allen Patienten (Pt) der Notaufnahme mit nachfolgender unabhängiger Begutachtung der pathologischen Befunde durch den PMD und den Notärzten. Bei positiver Bewertung erfolgte eine Konsilerstellung. Als Kontrollgruppe werden alle Pt der Notaufnahme ohne Implementierung von P-CaRES (4 Wochen) analysiert.

**Ergebnisse** Von 9-10/23 wurden 298 Pt, die sich in der Notaufnahme vorgestellt haben, mit P-CaRES gescreent. Davon zeigten 12,8% Pt einen palliativmedizinischen Bedarf an. Die Notfallmediziner befürworteten bei 0,3% Pt ein PM-Konsil, während das PMD-Team dies bei 2,7% der Pt befürworten würde. Die Auswertung von 300 Pt, die nicht durch P-CaRES evaluiert wurden, folgt.

**Schlussfolgerung** P-CaRES kann einen palliativmedizinischen Bedarf anzeigen, welcher jedoch nicht zu einer Zunahme der PM-Zuweisungsrate führte. Aufgrund der Diskrepanz zwischen den Empfehlungen der Palliativmedizinern und den Notfallmedizinerinnen könnte ein verstärkter Austausch und geeignete Schulungen die PM-Konsilrate in den Notaufnahmen erhöhen.

## P300 Bedarfsorientierte Einbindung der spezialisierten Palliativversorgung in onkologische Behandlungsprozesse ambulanter und stationärer Patient:innen durch Analyse und Prozessentwicklung eines multiprofessionellen Screenings

**Autorinnen/Autoren** Spindelmann S<sup>1</sup>, Gottlieb T<sup>2</sup>, Tewes M<sup>1</sup>, Salvador Comino M R<sup>1</sup>, Hosters B<sup>2</sup>, Skoda E-M<sup>3,4</sup>

**Institute** 1 Universitätsklinikum Essen, Palliativmedizin der Universitätsmedizin Essen, Essen; 2 Universitätsklinikum Essen, Pflegedirektion, Stabsstelle Entwicklung und Forschung Pflege, Essen; 3 Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, LVR-Universitätsklinik Essen, Kliniken und Institut der Universität Duisburg Essen, Essen; 4 Center for Translational Neuro-and Behavioral Sciences (C-TNBS), University of Duisburg-Essen, Essen

DOI 10.1055/s-0044-1788531

**Hintergrund** Patient:innen mit einer fortgeschrittenen Tumorerkrankung (Pt) sollen die Möglichkeit haben, zeit- und bedarfsgerecht eine palliativmedizinische Behandlung zu erhalten. Die Instrumente PHQ8, GAD7, und MIDOS sowie ergänzende fachpflegerische Fragen und den direkten Beratungswunsch werden im stationären und ambulanten Setting mittels eines elektronischen psychoonkologischen-palliativmedizinischen Screenings (ePOS) angewendet. Gemeinsam mit der onkologischen Fachpflege und der Psychoonkologie werden strukturierte Versorgungsprozesse eingeleitet. Primäres Ziel des Teilprojektes ist es, Pt, die Unterstützung durch die spezialisierte Palliativversorgung (SPV) benötigen, durch ePOS zu identifizieren.

**Methode** In dieser monozentrischen, retrospektiven Kohortenanalyse wird die Implementierung eines strukturierten Prozesses durch ePOS zur Identifikation palliativer Bedarfe getestet. Die Analyse integriert sowohl Stammdaten aus dem klinischen Informationssystem als auch die Ergebnisse der ePOS-Fragebögen. Vordefinierte Cut-off-Punkte wurden festgelegt: Die Angabe mindestens eines starken oder drei mittleren Symptomen oder die Angabe eines palliativmedizinischen Beratungswunsches im ePOS führt zu einer initialen Beratung durch die SPV entweder telefonisch oder vor Ort. Die Ergebnisse von ePOS werden den Behandelnden schriftlich in der elektronischen Patientenakte mitgeteilt. Vordefinierte Variablen sowie Mittelwert, Median, Standarddifferenz, Prozent und Korrelationsanalysen werden mit SPSS ermittelt. Die Sensitivität des Screenings wird durch die Bewertung der Ergebnisse durch die Behandlungsteams, Pt und die bestehenden Auswertungsalgorithmen sowie der Zuweisung zur SPV gemessen.

**Ergebnisse** Von Oktober 2022 wurde ePOS innerhalb eines Jahres insgesamt 8.484 Pt ausgeteilt, wovon 4.821 Pt den Fragebogen korrekt ausgefüllt haben. Die ersten Daten der fortlaufenden Analyse ergeben Folgendes: 47,9% der gescreenten Pt waren weiblich, 52,1% waren männlich. Das durchschnittliche Alter der Pt zum Zeitpunkt des Screenings lag bei 60 Jahren (SD 15,1), die weiblichen Pt waren im Durchschnitt mit 58 Jahren (SD 14,9) 4 Jahre jünger als die männlichen Pt mit 62 Jahren (SD 15,0). Ambulant wurden 4.564 Pt gescreent, stationär waren es 3.597. Bezüglich der Fachabteilungen wurden in der Onkologie (32,3%) die meisten Fragebögen ausgefüllt, gefolgt von der Hautklinik (13,0%), Frauenklinik (10,8%) und Nuklearmedizin (9,1%). Die meisten Primärtumoren der gescreenten Pt lagen in den Verdauungs- und Atmungsorganen (15,5%, 12,8%), in der Haut (13,1%) sowie in der Brust (9,7%).

**Schlussfolgerung** Die weitere Analyse der gesammelten Daten wird darlegen, inwieweit vordefinierte Zuweisungskriterien den Unterstützungsbedarf erkennen und somit in den klinischen Alltag der Palliativmedizin integriert werden sollten.

## P307 Ernährungstherapie in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – mehr als nur Informationsvermittlung

Autor Hehlhans S

Institut Palliativteam Mainfranken, Schweinfurt

DOI 10.1055/s-0044-1788532

**Hintergrund** Schwerkranken Menschen haben aufgrund ihrer Erkrankung oder als Folge von Therapien oft ein dysfunktionales Verdauungssystem. In einem multiprofessionellen Team zur ganzheitlichen Versorgung schwerkranker Menschen sollte deshalb eine qualifizierte Ernährungsfachkraft nicht fehlen. Sie kann dem Betroffenen und ihren Angehörigen Möglichkeiten aufzeigen von oralen genussvollen kleinen Mahlzeiten in angepasster Konsistenz oder Zusammensetzung bis hin zur künstlichen Ernährung passend zur Symptomatik, Verdauungsleistung und Erkrankung.

**Methode** Individuelle ernährungstherapeutische Beratung

**Ergebnisse** Fallbeispiel: Patientin, 67 Jahre, Hauptdiagnose primärcerebrales metastasiertes Bronchialkarzinom. Sie beschrieb eine Appetitlosigkeit aufgrund wiederholt auftretender Übelkeit sowie Völlegefühl, Blähungen und einen unregelmäßigen, eher breiigen bis flüssigen Stuhlgang mehrmals täglich. Die Ernährungsanamnese ließ auf eine Laktose- und Fruktoseunverträglichkeit schließen. Die daraufhin initiierte Auswahl einer laktose- und fruktosefreien Trinknahrung führte nach wenigen Tagen zu einer deutlichen Symptomverbesserung. Die Patientin entwickelte wieder Lust auf kleine Gerichte, z.B. laktosefreie Quark-Mascarponecreme mit Erdbeerpüree.

**Schlussfolgerung** Fallbeispiele aus der Praxis zeigen, dass eine ernährungstherapeutische Beratung durch eine Ernährungsfachkraft in der SAPV bei vielen palliativ erkrankten Menschen mit unterschiedlichen Erkrankungen zur Symptomkontrolle und Verbesserung der Lebensqualität beitragen kann.

## P310 Sorge inmitten der Ungewissheit: Die Erfahrungen Angehöriger von Patienten mit einer allogenen Stammzelltransplantation im Angesicht ihrer Lebensbedrohung

Autorinnen/Autoren Ley M<sup>1</sup>, Schoerger B<sup>1</sup>, Pralong A<sup>1</sup>, Kaur S<sup>1</sup>, Voltz R<sup>1,2,3</sup>, Scheid C<sup>2,4</sup>, Hallek M<sup>2,4</sup>, Holtick U<sup>2,4</sup>, Herling M<sup>5</sup>, Simon S T<sup>1,2</sup>, Reimer A<sup>1</sup>

**Institute** 1 Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin, Köln; 2 Universität zu Köln, Zentrum für Integrierte Onkologie Aachen-Bonn-Köln-Düsseldorf (CIO ABCD), Köln; 3 Universität zu Köln, Zentrum für Versorgungsforschung (ZVFK), Köln; 4 Universität zu Köln, Abteilung I für Innere Medizin, Köln; 5 Universität Leipzig, Abteilung für Hämatologie, Zelluläre Therapie, Hämostaseologie und Infektionskrankheiten, Leipzig

DOI 10.1055/s-0044-1788533

**Hintergrund** Die allogene Stammzelltransplantation (allo-SZT) stellt oft die letzte kurative Behandlungsoption für Patienten mit malignen hämatologischen Erkrankungen dar. Trotz ihres vielversprechenden Heilungspotenzials geht die allo-SZT mit schwerwiegenden Komplikationen, Nebenwirkungen und erhöhter Sterblichkeit einher, was erhebliche Herausforderungen mit sich bringt, die nicht nur Patienten, sondern auch ihre Angehörige betreffen. Die Betreuung von Patienten während ihrer allo-SZT ist eine herausfordernde Verantwortung, die mit der existenziellen Bedrohung durch die Krankheit und die Behandlung einhergeht. Es mangelt an Studien, die die Erfahrungen und Bedürfnisse von Angehörigen im Angesicht der Lebensbedrohung der Patienten untersuchen, was diese Studie zu schließen beginnt.

**Methode** Als Teil des AlloPaS-Projekts wurden halbstrukturierte qualitative Interviews mit Angehörigen von allo-SZT-Patienten während des Transplantationsverlaufs (vor, während oder nach dem Krankenhausaufenthalt) durchgeführt. Die Interviews umfassten Themen wie Herausforderungen im Zusammenhang mit dem Behandlungsprozess, Bewältigungsstrategien und Ressourcen sowie Unterstützungsbedarf. Die resultierenden Daten wurden mithilfe einer kategoriengestützten qualitativen Inhaltsanalyse auf semantischer Ebene ausgewertet.

**Ergebnisse** Sechzehn Angehörige, wie Ehepartner, Eltern oder Kinder, äußerten Bedenken hinsichtlich des Wohlergehens ihrer Lieben, kämpften mit der Unsicherheit bezüglich der Behandlungsergebnisse und möglicher Komplikationen und mit den Gedanken, ob die Patienten letztendlich genesen oder der Krankheit erliegen. Darüber hinaus berichten Angehörige, dass sie oft über die Folgen und lebensbedrohlichen Aspekte der Krankheit nachdenken, aber zögern, diese direkt mit den Patienten zu besprechen. Die Angehörigen griffen auf verschiedene Bewältigungsmechanismen zurück, von der Hoffnung auf die Zukunft bis hin zur aktiven Vermeidung negativer Gedanken und der Konzentration auf den gegenwärtigen Moment. Unterstützung aus dem sozialen Umfeld, Interaktionen mit medizinischem Fachpersonal und der Zugang zu umfassenden Informationen zum potenziellen Behandlungsverlauf erwiesen sich als Schlüsselfaktoren Betreuer während des Transplantationsprozesses.

**Schlussfolgerung** Die Ergebnisse zeigen die komplexen emotionalen und praktischen Herausforderungen auf, mit denen Angehörige von Patienten konfrontiert sind, die eine Allo-AZT durchlaufen. Für eine effektive Unterstützung der Angehörigen ist es entscheidend, ihnen die nötigen Ressourcen zur Begleitung ihrer Liebsten im Behandlungsprozess zur Verfügung zu stellen.

## P314 Integration of specialised palliative care in the management of patients with allogeneic haematopoietic stem cell transplantation: a mixed-method study on views of health care professionals

Autorinnen/Autoren Pralong A<sup>1,2</sup>, Herling M<sup>2,3,4</sup>, Holtick U<sup>2,4</sup>, Schörger B<sup>1,2</sup>, Kaur S<sup>1,2</sup>, Scheid C<sup>2,4</sup>, Hallek M<sup>2,4</sup>, Hellmich M<sup>5</sup>, Welwitage J<sup>5</sup>, Voltz R<sup>1,2,6</sup>, Simon S<sup>1,2</sup>, Reimer A<sup>1,2</sup>

**Institute** 1 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum, Zentrum für Palliativmedizin, Köln; 2 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum, Zentrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf (CIO ABCD), Köln; 3 Universitätsklinikum Leipzig, Klinik für Hämatologie, Zelltherapie, Hämostaseologie und Infektiologie, Leipzig; 4 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum, Klinik I für Innere Medizin, Köln; 5 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum, Institut für Medizinische Statistik und Bioinformatik, Köln; 6 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum, Zentrum für Versorgungsforschung, Köln

DOI 10.1055/s-0044-1788534

**Background** Allogeneic haematopoietic stem cell transplantation (allo-SCT) provides high curative potential for patients with haematological malignancies, but is associated with significant symptom burdens, reduced quality of life, and a considerable mortality. However, specialised palliative care (SPC) is rarely integrated into the transplant trajectory. Little is known about the best time point and indication for integration. This study aimed to contribute clarifying this research void and uncertainty in clinical practice by investigating the views of health care professionals (HCPs) working in the allo-SCT setting.

**Methods** Mixed-methods study with a convergent parallel design among physicians and nurses caring for allo-SCT recipients in SCT, general oncology or ICU settings. It included 1) a quantitative, multicentre online cross-sectional survey consisting of self-developed questions on if, and how, to integrate SPC in the care of three prototypical patients with good (90% chance of cure, 10% risk of death), limited (50%/50%) or poor (10%/90%) prognosis; and 2) monocentric in-depth interviews and focus groups, analysed using thematic analysis.

**Results** Forty-seven physicians (SCT: n = 20; oncology: n = 18, ICU: n = 9) and 33 nurses (SCT: n = 22; oncology: n = 10, 1 unknown) responded to the survey; ten interviews and three focus groups were conducted. Survey participants highly agreed to integrate SPC for patients with poor prognosis (yes = 96%), but a majority would not do so if the prognosis is good (no = 62%, may be = 29%, yes = 9%), regardless of profession. In case of a limited prognosis, there was no agreement among physicians (yes = 36%, may be = 32%, no = 30%), whereas nurses would mostly integrate SPC (yes = 67%; p = 0.41). The preferred SPC

integration method, equally chosen for all prognoses, was a one-time consultation to assess the symptom burden and inform on palliative care. In case of a poor prognosis, a shared-care model was chosen most frequently. The main need for support from SPC was how to address threat to life with patients. Qualitative data indicated a lack of consensus considering the time of SPC integration due to the complexity of treatment and uncertainty of prognosis. Nonetheless, there was a pronounced desire to improve communication on death-related matters with patients and within the team. Strategies such as targeted training and integrating palliative care specialists into meetings emerged as notable approaches.

**Conclusion** Although it posed difficulties to pinpoint a specific time, HCPs' perspective on integrating SPC into the management of patients with allo-SCT was strongly associated with patients' prognosis in our study. More research is needed to delineate criteria of integration, principally for patients with high uncertainty of prognosis.

### P322 Why Care?! Zum Selbstverständnis von Pflegefachkräften in der spezialisierten Palliativversorgung – eine qualitative Studie

**Autorinnen/Autoren** Hüttenrauch D, Banse C, Nauck F  
**Institut** Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Forschung, Göttingen  
**DOI** 10.1055/s-0044-1788535

**Hintergrund** In der Forschung zur Belastung von Pflegefachkräften wird kaum berücksichtigt, welche biographischen Erfahrungen dazu führen, dass Pflegefachkräfte ihren Beruf ergreifen und unter welchen Umständen sie diesen Beruf möglicherweise wieder aufgeben. In der explorativen Studie werden die Fragen beantwortet, warum sich Pflegefachkräfte für den Beruf, insbesondere den Bereich der spezialisierten Palliativversorgung, entschieden und wodurch sich ihre Vorstellungen vom Beruf verändert haben. Welche Entscheidungen haben Pflegefachkräfte im Laufe des Lebens getroffen, die für die Berufswahl wichtig waren, und wie werden sie heute bewertet.

**Methode** Es werden 10-15 biographisch-narrative Interviews mit Pflegefachkräften, die in der spezialisierten Palliativversorgung (Palliativstation, SAPV und Hospiz) tätig sind, geführt und mit der Methode der biographischen Fallrekonstruktion (nach Rosenthal) ausgewertet. Bisher wurden die Biografien von Pflegefachkräften im Alter zwischen 30 und 60 Jahren erhoben, mit entsprechend verschieden langer Berufserfahrung, in unterschiedlichen Arbeitsbereichen und zum Teil mit Personalverantwortung in Leitungspositionen. Zudem wurden drei Biografien von Personen erhoben, die nicht mehr in der Pflege tätig sind.

**Ergebnisse** Erste deskriptive Ergebnisse beziehen sich zum einen auf den Beruf der Pflegefachkraft im Allgemeinen und zum anderen auf die Wahl des Bereichs der spezialisierten Palliativversorgung. Es zeigt sich, dass sich Pflegefachkräfte für den Pflegeberuf entschieden haben, weil sie früh in ihrem Leben gelernt haben, Verantwortung zu übernehmen. Der Beruf bietet durch das Ausbildungsgehalt früh finanzielle Unabhängigkeit. Zudem kann der Wunsch, Menschen „zu helfen“, in der Pflege umgesetzt werden. Darüber hinaus sind nach Abschluss der Berufsausbildung weitere Qualifikationen und ggf. ein Studium möglich. Eine Vermutung ist, dass private Ereignisse (wie der Tod eines Angehörigen) dazu führen, dass sich Pflegefachkräfte für die Arbeit in der spezialisierten Palliativversorgung entscheiden. Andererseits scheinen private Probleme oder Gemeinsamkeiten von Pflegefachkräften und Patient\*innen dazu zu führen, dass der Beruf als belastend empfunden wird.

**Schlussfolgerung** Sollte sich durch die explorative Forschungsarbeit bestätigen, dass biographische Erlebnisse (berufliche wie private) einen starken Einfluss auf die pflegerische Arbeit in der spezialisierten Palliativversorgung haben, könnte es von Vorteil sein, wenn förderliche oder belastende biographische Aspekte systematisch in der Aus-, Fort- und Weiterbildung oder etwa in Teamsupervisionen berücksichtigt werden.

### P326 Einsatz von Digitalisierung in der Palliativversorgung: Ergebnisse einer Mixed-Methods Erhebung unter den Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

**Autorinnen/Autoren** Peuckmann-Post V<sup>1</sup>, Busse T S<sup>2</sup>, Burner-Fritsch I<sup>3</sup>, Deckers M<sup>4</sup>, Giehl C<sup>5</sup>, Kächele I<sup>6</sup>, Münte C<sup>7</sup>, Wimmert K<sup>8</sup>, Mühlensiepen F<sup>9</sup>  
**Institute** 1 Medizinische Fakultät, Uniklinik RWTH Aachen University, Klinik für Anästhesiologie; Institut für Arbeits- Sozial und Umweltmedizin, Aachen; 2 Ruhr-Universität Bochum, Abteilung für Allgemeinmedizin, Bochum; 3 LMU Klinikum, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München; 4 Kleine Riesen Nordhessen gGmbH, Kassel; 5 Ruhr-Universität Bochum, Institut für Allgemeinmedizin, Bochum; 6 Hochschule Furtwangen University, Fakultät Gesundheit, Sicherheit, Gesellschaft, Furtwangen; 7 Medizinische Hochschule Brandenburg, VGF – Institut für Versorgungs- und Gesundheitssystemforschung, ZVF-BB – Zentrum für Versorgungsforschung, Rüdersdorf; 8 Schmerz- und Palliativzentrum Koblenz-Neuwied-Mittelrhein-Hunsrück, Koblenz; 9 Medizinische Hochschule Brandenburg, ZVF-BB – Zentrum für Versorgungsforschung, Rüdersdorf  
**DOI** 10.1055/s-0044-1788536

**Hintergrund** Das Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) der Arbeitsgruppe (AG) „Digitalisierung“ illustrierte Chancen, Herausforderungen und Beispiele des Einsatzes von Digitalisierung in der Palliativversorgung [1]. Die Perspektiven der (potentiellen) Nutzer:innen zum Einsatz digitaler Technologien in der deutschen Palliativ- und Hospizversorgung sind jedoch bisher kaum erforscht. Ziel der Studie ist es daher, aktuellen Einsatz, Wünsche und Visionen zu digitalen Technologien in der Palliativversorgung aus Sicht der (potentiellen) Nutzer:innen zu explorieren.

**Methode** Es wird ein Mixed-Methods-Design verwendet. Dieses umfasst 1.) eine qualitative Befragung von Sprecher:innen der DGP Arbeitsgruppen und Sektionen zur Identifikation relevanter Themen und Aspekte im Kontext der Digitalisierung. Darauf aufbauend soll ein Erhebungsinstrument für 2.) eine quantitative Online-Befragung der DGP-Mitglieder entwickelt werden. Für 1.) wurden Sprecher:innen der Arbeitsgruppen und Sektionen per Email im Januar 2024 über das geplante Online-Survey „Digitalisierung in der Palliativversorgung“ informiert und um Rückmeldung auf die Frage „Gibt es relevante Aspekte, konkrete Fragen oder einfach eine Herzensangelegenheit, die wir in der geplanten Umfrage berücksichtigen sollten?“ gebeten. Antworten wurden qualitativ nach Mayring analysiert. Darauf aufbauend wird eine Online-Befragung entwickelt, die im Frühjahr 2024 via SoSciSurvey umgesetzt und an alle Mitglieder der DGP per Mail versendet wird. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Uniklinik Aachen RWTH University genehmigt: EK-24-032.

**Ergebnisse** Zu 1.) antworteten sechs Expert:innen per Email und schilderten ein breites Themenspektrum aus palliativmedizinischer Sicht. Induktiv wurden drei Hauptkategorien („Versorgung“, „Technik“, „Praktikabilität und Eignung“), neun Subkategorien und 24 Sub-Subkategorien identifiziert. Die Subkategorie „Individuelle Patient:innen Fürsorge und Beratung“ umfasste die differenzier-testen Schilderungen: „Medizinische Beratung und Therapie“; „Advance Care Planning“; „Ernährung“; „Physiotherapie“; „flexible Ermöglichung von Zugehörigen Gespräch“; „Notwendigkeit der individuellen Eignung“.

**Schlussfolgerung** Die qualitativ identifizierten Ergebnisse der Studie verdeutlichen die komplexen Herausforderungen und Chancen digitaler Gesundheitstechnologien in der Palliativversorgung. Darüber hinaus bestätigen sie den Bedarf an einer quantitativen Befragung und stellen eine wertvolle Grundlage für die Entwicklung und Implementierung dieser Technologien dar.

#### Literatur

[1] Burner-Fritsch I et al. 2022; Digitalisierung in der Palliativversorgung. Chancen und Herausforderungen, 2023-07-11 [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/221121\\_Arbeitspapier\\_Digitalisierung.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/221121_Arbeitspapier_Digitalisierung.pdf)

## P345 Soziale und ethische Implikationen neuer Technologien in der Palliativversorgung: Kriterien für eine personenzentrierte Methodenwahl

**Autorinnen/Autoren** Weisser A<sup>1</sup>, Öhl N<sup>1</sup>, Steigleder T<sup>1</sup>, Heckel M<sup>1</sup>, Ostgathe C<sup>1</sup>, Simon M<sup>2</sup>, Schmitt-Rüth S<sup>3</sup>

**Institute** 1 Uniklinikum Erlangen, Forschungsabteilung der Palliativmedizinischen Abteilung, Erlangen; 2 Fraunhofer-Institut für Integrierte Schaltungen IIS, Nürnberg; 3 Ostbayerische Technische Hochschule Amberg-Weiden, WEBIS Weiden Business School, Weiden  
DOI 10.1055/s-0044-1788537

**Hintergrund** Neue Technologien in der Gesundheitsversorgung erfordern eine personenzentrierte Passung und die Berücksichtigung sozio-ethischer Aspekte, insbesondere bei vulnerablen Gruppen wie in der Palliativmedizin oder Kinderheilkunde sowie bei Akteur:innen im Umfeld dieser Gruppen (z.B. medizinisches Personal oder Zugehörige). Die Herausforderung liegt in der Wahl geeigneter Methoden für diese spezifischen Kontexte entsprechend des Erkenntnisinteresses. Dieses Vorhaben zielt darauf ab, eine Handreichung zur Methodenwahl für personenzentrierte Erhebungen in sensiblen Settings, insbesondere der Palliativversorgung, zu entwickeln.

**Methode** Die Erstellung der Handreichung basiert auf Erfahrungen aus erfolgreich angewandten Forschungsdesigns verschiedener Forschungsprojekte und Case Studies. Die interdisziplinäre Autor:innengruppe beschreibt, kategorisiert und diskutiert Kriterien wie Erkenntnisinteresse, Eigenschaften der Akteurs-

gruppen, sowie Stärken und Schwächen von Methoden, welche für die Methodenwahl ausschlaggebend sind und visualisiert diese Dimensionen.

**Ergebnisse** Es werden Kriterien aufgeführt, ausgehend von der Fragestellung bzw. dem Erkenntnisinteresse, der Perspektive (Blick auf Einzelpersonen, Gruppen oder die Gesellschaft) sowie der jeweiligen interessierenden Zielgruppe, deren Situation von der Technologie beeinflusst werden könnte. Diese Kriterien sind personenbezogen (z.B. demographische Faktoren), umgebungsbezogen (z.B. Verfügbarkeit von Räumlichkeiten) und technikbezogen (z.B. Entwicklungsstand). Methodenbezogene Kriterien, wie beispielsweise der Zugang zum Feld oder die Verzerrung durch eine Beobachtung, werden dargestellt und bilden zusammen eine multidimensionale Handreichung, die bei der Methodenwahl unterstützen kann.

**Schlussfolgerung** Diese multidimensionale Handreichung navigiert Forschende bei der Methodenwahl in sensiblen Settings und unterstützt dabei, das Erkenntnisinteresse personenzentriert zu erforschen. Von dieser Herangehensweise können vulnerable Zielgruppen selbst sowie Akteur:innen in ihrem Umfeld profitieren, da die Technik an ihre Bedürfnisse und den spezifischen Kontext angepasst werden kann. Die Ergebnisse der Handreichung sind transferierbar in weitere Settings im Gesundheitswesen und fördern durch die Kombination von Methoden eine umfassende Betrachtung sozio-ethischer Fragestellungen. Dadurch kann die Technologieerforschung und -entwicklung den Menschen in den Mittelpunkt stellen und Erkenntnisse in Entwicklung und Implementierung einfließen lassen.

## Namenverzeichnis/Authors' Index

- A**
- Ahn J e15, e74  
 AL Shhadat I e71  
 Alt-Epping B e14, e15, e39, e65  
 Altscher T e61  
 Anraad D e59  
 Appelmann I e7, e22, e33, e39, e47, e52, e66  
 Arnold D e34  
 Arnold T e49  
 Aschendorf P e22
- B**
- Balata M e9  
 Ballmann J e26  
 Banaz-Yaşar F e61  
 Banse C e65, e78  
 Barnard K e28, e41  
 Bastian J M e31  
 Batzler Y-N e2, e9, e66  
 Bauer D e36  
 Bauer U M e13  
 Baumgartner H e13  
 Bausewein C e7, e10, e17, e18, e24, e30, e47, e49, e53, e54, e67, e72  
 Becher M U e9  
 Becker G e7, e24  
 Behzadi A e15  
 Beller R e75  
 Berner J e17, e18  
 Berner J M e10  
 Bernhardt F e16, e35, e61, e73  
 Bernsen S e43  
 Betz R e73  
 Bialobrzeski A e60  
 Boch T e24  
 Bock F e64  
 Böhm A e19  
 Bohn A e73  
 Bokemeyer C e13, e23, e26, e32, e41, e47, e72  
 Bollig G e2, e64  
 Bongartz R e75  
 Borgerding J e18  
 Bosbach L e70  
 Braeseke G e69  
 Bräuning J e4  
 Braun M e3  
 Brocke F e17  
 Brumbarova T e7, e24  
 Brune T e2  
 Bubel M e74  
 Bubel M L e76  
 Buck C e39, e40  
 Bückmann A e35  
 Bükler C e31  
 Bükki J e34  
 Burner-Fritsch I e54, e78  
 Burner-Fritsch I S e67  
 Buschhorn L e15  
 Busse T S e78  
 Büssing A e14, e16
- C**
- Chayka R e28  
 Chikhradze N e50  
 Civello D e7, e11, e24  
 Classen C F e61, e75  
 Clusmann H e7, e24  
 Comy A e32  
 Coym A e47  
 Czaplík M e69
- D**
- Dabrock P e4  
 Dahlke E e58
- Dasch B e30, e61, e66, e73  
 Daubmann A e23  
 Deckers M e78  
 De Lazzari N e75  
 Deppe I e75  
 Derler F e56  
 Dielmann K e31  
 Dillen K e8, e10, e11, e36  
 Diller G-P e13  
 Dirksen U e60  
 Dißmeier M e57  
 Ditscheid B e50  
 Ditzzen B e15  
 Doctor E e39, e40  
 Doll A e27, e36  
 Dorsel T e8, e12  
 Drescher O e8, e12  
 Dronia M-C e36  
 Dunkl V e8, e10, e11  
 Dunst J e18
- E**
- Eckerlin D e47  
 Eersink J e20, e44  
 Eilts-Köchling K e3  
 Elsner F e22, e36, e55  
 Enders S e15  
 Ernst A e46  
 Eskofier B e3  
 Ewering S e63  
 Ewers M e26
- F**
- Feddersen B e49, e53, e67  
 Fegg M e54, e67  
 Ferner M e32  
 Finck R e59  
 Fink L e51  
 Fischer K e5  
 Fischer L S e20  
 Fleck P e20  
 Fleischer S e71  
 Follmann A e69  
 Forbes C C e3  
 Franke G-N e74  
 Freitag A e50  
 Freitag N e22  
 Freytag A e50  
 Frick E e39  
 Fuchs T e41
- G**
- Gahlen-Hoops W e38  
 Gasper A e42, e43  
 Gastmeier A e44  
 Gastmeier K e44  
 Gebert T e32  
 Gehlen A e5  
 Gehlhaar A e51  
 Gehrman J e25  
 Gencer D e24  
 Gerlach C e65  
 Gerundt M e14  
 Gesell D e49  
 Giebel A e14  
 Giehl C e50, e78  
 Gimpel H e70  
 Glasmacher S e7  
 Glass S e45  
 Goeraci Y e8, e11  
 Goldbrunner R e7, e24  
 Goldmann J e59  
 Golla H e2, e7, e8, e10, e11, e24, e29, e36  
 Görci Y e10
- Götte M e75  
 Götte S e68  
 Gottlieb T e48, e76  
 Götze K e53  
 Gräf K e64  
 Gravou-Apostolatu C e51  
 Greinacher A e15, e39, e65  
 Greiner M e72  
 Griebshammer S e4  
 Groß T e29  
 Gruber H e23  
 Gruhlke B e30  
 Grunthal W e16  
 Grünwald V e60  
 Gschnell M e20, e21, e44, e67
- H**
- Haas L e65  
 Haberland B e49  
 Haering C e27, e28  
 Hagedorn L e13  
 Hagemeyer A e36  
 Hallek M e38, e63, e74, e77  
 Haller K e15  
 Hamacher S e36  
 Hanke R e22  
 Happ C e72  
 Hartog C e6  
 Hasselgruber T e41  
 Hauch H e61  
 Haufschild C e23  
 Hebben F e8, e11  
 Heckel M e3, e4, e6, e25, e26, e37, e49, e70, e79  
 Hehlhans S e77  
 Heinlein S e3  
 Heinze M e51  
 Helbig B e27, e28  
 Hell J e69  
 Hellmich M e7, e8, e10, e11, e24, e74, e77  
 Helm P C e13  
 Heming M e20  
 Hemmer J e32  
 Hense J e8, e12  
 Hentschel L e27, e28  
 Herbst F e40, e46  
 Herbst F A e39, e41  
 Herdegen T e44  
 Herling M e38, e74, e77  
 Herrlinger U e7, e24  
 Herr W e9, e10, e19  
 Hertl M e67  
 Herzhoff L e29  
 Heuser N e45  
 Hille E M e3  
 Hirschinger H e24  
 Hochgref T e55  
 Höcker M e6  
 Hodiament F e49  
 Hoffmann B e72  
 Hoffmann-Tischner I e75  
 Hofmann N e73  
 Hofmann W-K e24  
 Hollinger A e72  
 Holtick U e38, e74, e77  
 Hornemann B e27, e28  
 Hosters B e20, e48, e76  
 Hummel R e16  
 Hummers E e53  
 Hübler E-M e74  
 Hüttenrauch D e78
- I**
- Icks A e53  
 Illerhaus G e36, e46



in der Schmittgen J e53

**J**  
Janisch M e15, e27, e28, e62  
Jansky M e65  
Jaspers B e60  
Jenner N e36, e46  
Jöbges S M e6  
Joshi M e24  
Jung C e70  
Junghanß P e18

**K**  
Kaade H e51  
Kächele I e4, e78  
Kamp M e67, e70  
Kamp M-A e51  
Kasdorf A e42, e44  
Kasper S e53  
Kaur S e29, e32, e33, e38, e48, e74, e77  
Kauzner S e25, e47, e49  
Kern M e23, e42, e43  
Kiefer P e4  
Kiehl F e75  
Kiepe-Ziemes S e35, e50, e51  
Kiesel L e35  
Kill C e74, e76  
Kindgen-Milles D e70  
Klein C e25, e37, e49, e56, e70  
Kleinhoff K e73  
Klinger I e4  
Knauer L e28  
Kniese J e73  
Knipper P e18  
Koch A e6  
Koch E e2  
Kochs S e24  
Koenig A e36  
Köhler D e30  
Köhler M e63  
Köktürk Ö e8  
Kolmhuber S e25, e47, e49  
Kölpin A e3, e4  
König P e4  
Kopke K e36  
Korell S e62  
Kowall B e74  
Kowski A e13  
Kraft J e53  
Kraft M e41  
Kram R e70  
Krauss S e56  
Krauss S H e17, e25, e47, e49  
Kreimeike K e2, e29, e32, e33, e48  
Kremling A e17, e47, e49, e56  
Krönig L e67  
Krug D e18  
Krüger J e61  
Krumm N e33  
Kunze C e4  
Küppers R e2  
Kurkowski S e6, e70  
Kutschar P e34  
Kyewski R e11

**L**  
Lafleur J e33  
Lampert A e17  
Langguth P e27, e28  
Lang O e36, e46  
Lantelme J L e65  
Lassen C e19  
Latteck Ä-D e31  
Laufenberg R e32  
Leminski C e29, e32, e33  
Leners J-C e6  
Lenz P e13, e16, e30, e35, e61, e66, e73  
Leroy M e55

Letsch A e38  
Ley M e38, e77  
Liebscher-Koch S e21  
Lins S e10  
Löcherbach P e10  
Lorenzl S e34  
Löwe S e57

**M**  
Magerl W e17  
Mahaj D e69  
Maier B O e30  
Mair R e9, e10, e19  
Mai S e54, e71  
Makdsi A e20, e44  
Malessa A e26  
Maletzki P e66  
Mangal A L e52  
Manglus L T e66  
Marange A e4  
Marckmann G e53, e54  
Martens L e61  
Mathew B e8, e12  
Mathew S e8, e12  
Matzkowitz A e37  
Maul J e44  
May A e55  
May S e51  
Meesters S e29, e32, e33, e48  
Meier S e2, e66, e70  
Meindl O e70  
Meißner A e69  
Meißner V e36  
Melching H e30  
Menzel A e6  
Meyer G e53, e71  
Michiel S e72  
Miehling J e4  
Mielke E L e56  
Milke V e29, e32, e33  
Mincu R e8, e12  
Möllene M e68  
Morin A e20, e21, e44, e45  
Mücke M e52  
Mühlensiepen F e3, e51, e70, e78  
Mülleder P e34  
Müller A e8, e10, e11  
Müller D e7, e11, e24  
Müller H e35, e45, e50, e51  
Müller T e27, e28  
Müller W e8, e10, e11, e24  
Münch U e35  
Münze C e78

**N**  
Naase J e58  
Nauck F e53, e65, e78  
Nettekoven C e24  
Neugebohren C e3  
Neukirchen M e2, e7, e9, e24, e36, e41, e66, e70  
Neumann A e60  
Neumayer M e58  
Nickenig G e9  
Nicolin U e66  
Niegisch G e2  
Nolte-Buchholtz S e15  
Nüssing T S e35

**O**  
Odierna B e17, e47  
Oechsle K e13, e23, e26, e29, e32, e33, e41, e47, e48, e72  
Oestreicher G e52  
Oetting-Roß C e64  
Ohl C e59  
Ohler K e42  
Öhl N e3, e4, e26, e79  
Ohmes A e59

Osterbrink J e34  
Ostgathe C e3, e4, e6, e17, e25, e26, e37, e49, e56, e70, e79  
Otte I e50  
Otte I C e50  
Ott T e4  
Oubaid N e29, e32, e33, e47, e48

**P**  
Paal P e34  
Pape A E e20, e21  
Petzold T e65  
Peuckmann-Post V e17, e55, e78  
Peuten S e70  
Pfaff H e33  
Pfister K e9  
Pietsch P e19  
Pitzer S e34  
Plath L e26  
Pralong A e38, e74, e77  
Pratt S e72  
Preuss S e3  
Putz S e26

**R**  
Radbruch L e7, e9, e12, e23, e24, e42, e43, e60, e67  
Rave F e3  
Rechenmacher M e9, e10, e19  
Recken H e20  
Reetz K e7  
Réginco P e36, e46  
Regitz D e39  
Reimer A e38, e74, e77  
Reinholz U e54, e71  
Reitinger E e27  
Remi C e49  
Rémi C e10, e17, e18, e24, e72  
Repsch A e41  
Reschke F e6  
Richter B e38  
Rink L e25  
Rißer J e74, e76  
Rode J e59  
Roemer A L e58  
Rolle R e7, e17, e24, e33, e39, e47, e52, e55, e66  
Röseberg F e12, e23  
Rosenbruch J e30, e49  
Rossen K e38  
Röwer H e40  
Röwer H A e39, e41  
Rupp D e45

**S**  
Sabel M e7, e24  
Saller L e10  
Salvador Comino M e75  
Salvador Comino M R e48, e61, e74, e76  
Sander M e3  
Sassen M C e45  
Schade F e46  
Schäfer J e46  
Schallenburg M e2, e36, e41, e66, e70  
Schäper S e56, e57, e58  
Scharfe D e6  
Scheer K e61  
Scheer M e6  
Scheid C e38, e77  
Scheiner R e67  
Schell G e3  
Schepers C e38  
Scherg A e55  
Schieferdecker A e29, e32, e33, e48, e72  
Schierling W e9  
Schildmann E e17, e25, e47, e49, e56  
Schildmann J e17, e25, e49, e53, e56  
Schilling G e34  
Schmalz C e18, e38, e59

- Schmidlin E e60  
 Schmidtmann I e54  
 Schmidt R e13  
 Schmidt V e65  
 Schmitt-Rüth S e79  
 Schmitzer I e28, e29  
 Schmitz J e74, e76  
 Schneider A-L e15  
 Schneider J e36  
 Schneider M e25, e47, e49  
 Schneider W e70  
 Schnell A e9, e10, e19  
 Schnell O e7, e24  
 Schoerger B e38, e72, e74, e77  
 Schöffski O e70  
 Schöneich M e18  
 Schönfeld P N e67  
 Schörger B e77  
 Schroers R e74  
 Schuchter P e39  
 Schuler U e27, e28  
 Schulte-Hürmann H e34  
 Schulz H e23, e29, e32, e33, e48  
 Schulz M e9  
 Schulz S e53  
 Schumann M e22  
 Schütte-Bäumner C e37, e40  
 Schütte K e27, e28  
 Schwabe S e39, e40, e41  
 Schwab F e44  
 Schwartz J e2, e66, e70  
 Schwermann M e64  
 Schwonke I e22  
 Seelbach S e58  
 Seifert A e64  
 Seiler P e3  
 Senftleben D e28  
 Serf C e30  
 Siebrecht D e38  
 Simic D e29  
 Simon M e79  
 Simon S e2, e77  
 Simon S T e38, e63, e72, e74, e77  
 Skoda E e48  
 Skoda E-M e53, e76  
 Sörensen C e36  
 Sossalla L e28, e29  
 Speckemeier C e60  
 Spindelmann S e48, e76  
 Stahlhut K e51  
 Stahmann A e11  
 Stark S e25  
 Staudt K e59  
 Steger-Arand C e10, e19  
 Steigleder T e3, e4, e26, e70, e79  
 Steike D R e61  
 Stetter B e60  
 Stiel S e46  
 Stöhr A e53  
 Storch J e50  
 Strupp J e2, e42, e44  
 Stübig T e32  
 Sudhaus H M e73  
 Summerer L e19  
 Surges S e9  
 Suslow A e50  
 Syben A e66
- T**  
 Tenge T e2, e70  
 Terborg M e61  
 Tewes M e8, e12, e20, e48, e53, e61, e74, e75, e76  
 Theisen P e72  
 Theißen T e13, e41  
 Thieme J e22  
 Thiesbonenkamp-Maag J e14, e65  
 Thimm A e57  
 Thon N e7, e24  
 Thönnnes M e45  
 Tiede K e38  
 Toenne R e6  
 Tölle D e71  
 Trianti S M e28, e29  
 Trocan L e63  
 Tsvetanova S e7  
 Tuchscherer A e63  
 Turiaux J e54
- U**  
 Ullrich A e13, e23, e26, e29, e32, e41, e47, e48, e72  
 Untch A e28
- V**  
 Vahlbrock S e10  
 van Baal K e46  
 van Oorschot B e67  
 Vatter H e7, e24  
 Veith I e42  
 Veldeman S e69  
 Volberg C e20, e21, e31, e44, e45, e67  
 Vollmar H C e50  
 Voltz R e2, e7, e8, e10, e11, e24, e29, e32, e33, e36, e38, e42, e44, e48, e63, e74, e77  
 von Diepenbroick A e13  
 von Nitzsch R e55  
 von Sass C e67, e70  
 von Schmude A e42, e43  
 Vossiek M e3  
 Vradelis P e21
- W**  
 Wachter A e52, e55  
 Wager J e61  
 Wahl R e55  
 Wallenborn M e72  
 Warnke C e8, e10, e11  
 Wasem J e60  
 Weber P e23  
 Weber S e17, e55, e66  
 Wehmeyer S e72  
 Weidmann J e32  
 Weiß C e62  
 Weisser A e3, e4, e79  
 Weiß M e63  
 Weliwitagen J e74, e77  
 Welt A e53  
 Weltermann B e9  
 Westenfeld R e9  
 Weydt P e12, e43  
 Wiens K e34  
 Wiese M e31  
 Wild E-M e51  
 Wilharm C e63  
 Willert A-C e13  
 Wimmert K e78  
 Wiszniewska I e28  
 Witteler R e35  
 Wittenbecher L e16  
 Wobst L-M e71  
 Wördehoff D e56  
 Wortberg E e26  
 Wosko P e34  
 Wrzus C e65  
 Wucharz K e22  
 Wulf H e31  
 Wüller J e69
- Y**  
 Yip J e4
- Z**  
 Zapf A e23, e53  
 Zeman F e19  
 Zimmermann-Schwier P e69