



Implementierung des KOMMA-Ansatzes zur Unterstützung von Angehörigen in der häuslichen Palliativversorgung

Evaluationsergebnisse

Christiane Kreyer¹ , Sabine Pleschberger²

¹Institut für Pflegewissenschaft, Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie, UMIT TIROL – Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften und -technologie, Hall in Tirol, Österreich

²Institut für Pflegewissenschaft, Fakultät für Sozialwissenschaften, Universität Wien, Österreich

Editor's
Choice

Zusammenfassung: *Hintergrund:* Die Unterstützung der Angehörigen in der ambulanten Hospizarbeit und Palliativversorgung erfolgt meist wenig systematisch. In einem dreijährigen Modellprojekt wurde mit der Carer Support Needs Assessment Tool-Intervention (CSNAT-I; dt. KOMMA-Ansatz) ein evidenzbasierter personenzentrierter Ansatz zur Unterstützung von Angehörigen in drei Projektregionen in Nordrhein-Westfalen umgesetzt und evaluiert. *Ziel:* Den Implementierungsprozess und Faktoren, die auf diesen Einfluss hatten, darzustellen. *Methoden:* Der für den deutschsprachigen Raum adaptierte KOMMA-Ansatz wurde mithilfe von Multiplikatorinnen in sechs ambulanten Hospizdiensten und Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) umgesetzt. Die Evaluation erfolgte anhand der Normalization Process Theory (NPT) mittels eines Mixed-Methods-Evaluations-Designs. *Ergebnisse:* Der KOMMA-Ansatz wurde dienstübergreifend erprobt, eine routinehafte Umsetzung konnte im eher kurzen Implementierungszeitraum aber nicht vollständig erreicht werden. Die Mitarbeiter_innen waren von der Sinnhaftigkeit des Ansatzes überzeugt, das Feedback der Angehörigen positiv oder unspezifisch. Die Praxis der Angehörigenarbeit veränderte sich, und das Thema Angehörige erhielt mehr Aufmerksamkeit. Barrieren zeigten sich bei der personenzentrierten Gesprächsführung mit Angehörigen sowie in organisationalen Routinen. *Schlussfolgerungen:* Der personenzentrierte KOMMA-Ansatz hat Potenzial, die Angehörigenarbeit in den Strukturen der Palliativversorgung im deutschsprachigen Raum zu professionalisieren. In den Diensten benötigt es dafür einen Kulturwandel.

Schlüsselwörter: Angehörige, Palliative Care, Palliativversorgung, Pflegeintervention, Implementationsforschung

Implementation of the German CSNAT-I to support family caregivers in palliative home care: Evaluation results

Abstract: *Background:* Supporting family carers in palliative home care mostly lacks a systematic approach. In a three-year model project, the Carer Support Needs Assessment Tool Intervention (CSNAT-I), an evidence-based person-centred approach for family caregiver support, was implemented and evaluated in three project regions in North Rhine-Westphalia. *Aim:* To present the implementation process and factors that impacted on it. *Methods:* The German CSNAT-I was adapted and subsequently implemented by six hospice services and specialised home palliative care teams with the assistance of champions. The evaluation was based on Normalization Process Theory (NPT) using a mixed methods evaluation design. *Results:* The German CSNAT-I was used across service boundaries, but routine implementation could not be fully achieved within the relatively short implementation timeframe. Staff members were convinced of the approach's significance, and feedback from family caregivers was generally positive or non-specific. The practice of caregiver support evolved, and the importance of family caregivers received increased attention. Barriers emerged in person-centred communication with family caregivers and within organizational routines. *Conclusion:* The implementation showed that the person-centred intervention has the potential to enhance caregiver support in the German palliative home care setting. Implementing the CSNAT-I requires a cultural shift within the services.

Keywords: family caregiver, CSNAT-I, palliative home care, nursing intervention, implementation research

Einleitung und Ziel

Ambulante Hospizdienste und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) in Deutschland sind Angebote, die schwerkranken und sterbenden Menschen einen

Verbleib in der häuslichen Umgebung ermöglichen sollen (Pleschberger & Müller-Mundt, 2017). Darüber hinaus spielen die Angehörigen, welche die Versorgung zu Hause tragen, eine entscheidende Rolle (Costa et al., 2016). Studien zeigen jedoch die enorme Belastung der Angehörigen,

Was ist zu dieser Thematik schon bekannt?

Unterstützungsbedürfnisse von Angehörigen werden in der ambulanten Palliativversorgung kaum systematisch erfasst.

Welchen Erkenntniszugewinn leistet die Studie?

Ein theoriebasiertes Verständnis von Einflussfaktoren auf die Implementierung eines personenzentrierten Ansatzes zur Unterstützung von Angehörigen.

ihre Machtlosigkeits- und Versagensgefühle sowie daraus erwachsende physische, psychische, soziale und spirituelle Folgen (Milberg & Strang, 2011; Stajduhar et al., 2010). Vor diesem Hintergrund sind neben den Patient_innen auch Angehörige Adressat_innen im Konzept von Palliative Care (World Health Organization, 2002), da ihre Erfahrungen das (Weiter-)Leben, die Trauer und somit ihre eigene Gesundheit beeinflussen (Pleschberger, 2013; Ward-Griffin et al., 2012).

Angehörigenarbeit ist also ein fester konzeptioneller Bestandteil der Hospiz- und Palliativversorgung. Was aber genau darunter verstanden wird, wie der Bedarf an Unterstützung ermittelt wird und wodurch Angehörige konkret unterstützt werden, bleibt meist offen, und pflegerische Konzepte dafür fehlen (Candy et al., 2011; Kreyer & Strauß-Mair, 2021). Ein Ansatz ist die Carer Support Needs Assessment Tool-Intervention (CSNAT-I), die in UK wissenschaftsbasiert entwickelt und getestet wurde (Ewing et al., 2013; Ewing & Grande, 2013). Angehörige, die mit CSNAT-I unterstützt wurden, wiesen signifikant geringere Belastungen und bessere psychische und physische Gesundheit auf (Aoun et al., 2015; Lund et al., 2020; Grande et al., 2017).

In der deutschen Übersetzung wurde für CSNAT-I das Akronym KOMMA-Ansatz („Kommunikation mit Angehörigen“) gewählt. Im Mittelpunkt des KOMMA-Ansatzes steht die Stärkung der Angehörigen mittels eines systematischen und personenzentrierten Zugangs, die Idee des Empowerments ist dafür handlungsleitend (vgl. Kasten 1) (Kreyer & Pleschberger, 2018).

Den KOMMA-Ansatz für die deutsche ambulante Hospiz- und Palliativversorgung durch Anpassung, Erprobung und Evaluierung nutzbar zu machen, stand im Zentrum eines dreijährigen Modellprojekts. Ziel dieses Beitrags ist es, den Implementierungsprozess und Faktoren, die auf diesen Einfluss hatten, darzustellen.

Kasten 1. Beschreibung des KOMMA-Ansatzes (im Original CSNAT-I, Ewing & Grande, 2013).

Der KOMMA-Ansatz besteht aus einem Assessment-instrument, dem KOMMA-Einschätzungsbogen, und einem fünfschrittigen Prozessablauf. Ausgangspunkt der Unterstützung ist eine Selbsteinschätzung von Angehörigen zu ihren Unterstützungsbedürfnissen mittels des KOMMA-Einschätzungsbogens. Dieser umfasst 14 Fragen: Sieben beziehen sich auf Unterstützungsbedürfnisse in Bezug auf die Pflege und Versorgung der erkrankten Person, die andere Hälfte der

Fragen behandelt direkte persönliche Bedürfnisse der Angehörigen. Nach (1) Vorstellen des Vorgehens und Übergabe des KOMMA-Einschätzungsbogens durch die Pflegeperson zu Beginn der Palliativbegleitung soll (2) Angehörigen ausreichend Zeit gegeben werden, entlang von Fragen ihre Situation und Unterstützungsbedürfnisse sowie ihre Ressourcen persönlich zu reflektieren. In einem (3) darauffolgenden fakultativen Einzelgespräch (Assessmentgespräch) mit einer_m Mitarbeiter_in werden die Anliegen, die für die Angehörigen zum aktuellen Zeitpunkt am dringlichsten sind, besprochen und gemeinsam nach Lösungs- oder Unterstützungsmöglichkeiten gesucht. Die (4) vereinbarten Maßnahmen werden dokumentiert und (5) evaluiert. Ändert sich die Situation, sollen Reassessments durchgeführt werden.

Methoden

Die wissenschaftliche Begleitforschung umfasste a) die Modellierung der zu implementierenden Intervention und die Vorbereitung der Implementierung sowie b) die Evaluation der Implementierungsphase mittels eines Mixed-Methods-Evaluations-Designs (Creswell & Plano Clark, 2018). Dabei war die Normalization Process Theory (NPT) handlungsleitend, die hilft, Implementierungsprozesse zu erklären. Sie umfasst die vier Konstrukte Coherence, Cognitive participation, Collective action und Reflexive monitoring, die jeweils unterschiedliche Einflussfaktoren benennen (vgl. Tab. 1) (May & Finch, 2009).

Setting und Teilnehmende

Das Modellprojekt wurde von 2016 bis 2019 in Nordrhein-Westfalen (NRW) unter Trägerschaft eines Hospizvereins durchgeführt. In drei Regionen waren je ein Hospizdienst und ein SAPV-Team (2–10 hauptamtliche Mitarbeiter_innen) mit unterschiedlichen Träger- und Organisationsstrukturen beteiligt, die pro Jahr insgesamt ca. 900 Begleitungen (teilweise gemeinsam) durchführen. Bei der Auswahl sollte der Heterogenität und Regionalität der Versorgungslandschaft in NRW Rechnung getragen werden. Die Teams wurden vom Projektträger zur Teilnahme eingeladen, alle hatten zugesagt. Insgesamt waren 26 Palliativpflegepersonen und Hospizkoordinatorinnen in das Projekt involviert.

Die Intervention und Vorgehen bei der Modellierung

Das erste Projektjahr war der Übersetzung und kulturellen Anpassung des CSNAT-I gewidmet (Kreyer et al., 2019) sowie der Konstituierung der Praxispartner_innen und einer Bestandsaufnahme der Angehörigenarbeit. Im zweiten und dritten Jahr erfolgten die Modellierung, Vorbereitung

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1012-5302/a000981 - Thursday, February 12, 2026 8:29:05 AM - Universität Wien IP Address: 131.130.169.5

Tabelle 1. Konstrukte der Normalization Prozess Theory (NPT) basierend auf May & Finch (2009), entwickelte Analysefragen und durch die Datenanalyse identifizierte Themen

NPT Konstrukt und Definition	Fragen, welche die Analyse geleitet haben	Themen aus den Daten
Coherence Einflussfaktoren durch das individuelle und kollektive Verständnis davon, was der KOMMA-Ansatz ist, und wie er genutzt wird.	Wurde die Intervention (I) als unterschiedlich zur bisherigen Praxis verstanden? Hatten die Beteiligten ein gemeinsames Verständnis von Zweck, Zielen und erwartetem Nutzen der I? Hatten die Beteiligten ein klares Verständnis ihrer eigenen Aufgaben und Verantwortlichkeiten? Wurde ein Nutzen, Wert, Wichtigkeit der I gesehen?	Nutzen der Intervention aus Sicht der Professionellen Sicht der Angehörigen KOMMA-Schulung
Cognitive participation Einflussfaktoren durch das individuelle und kollektive Engagement zur Umsetzung und Legitimierung des KOMMA-Ansatzes.	Haben Schlüsselpersonen die Umsetzung der I vorangetrieben? Hatten die Beteiligten das Gefühl, dass sie legitime Teilnehmende in der I sind? „Glaubten“ die Beteiligten an die Idee der I und waren sie engagiert bei der Umsetzung?	Engagement bei der Umsetzung Initiierung des KOMMA-Ansatzes in den Familien
Collective action Einflussfaktoren durch die individuelle und kollektive Arbeit, um den KOMMA-Ansatz in der Praxis anzuwenden.	War die I im Detail in der Praxis umsetzbar? Hatten die Beteiligten beim Umsetzen Vertrauen ineinander und in die I? Waren die nötigen Fähigkeiten zur Umsetzung gegeben? Wurde die Umsetzung von der Organisation organisatorisch und materiell unterstützt?	Rahmenbedingungen und Integration in Routineabläufe Gesprächsführungskompetenzen Evaluation und Reassessment
Reflexive monitoring Einflussfaktoren durch die Kontrolle und Bewertung des KOMMA-Ansatzes.	Welche Faktoren förderten und hinderten die Bewertung der I? Wie wurde die I kontrolliert und evaluiert? Wurde die I adaptiert, wenn nötig?	Sensibilisierung durch Status Quo-Erhebung Erfolgsdruck durch Fehlen des erwarteten Rücklaufs Motivation durch positive Rückmeldungen von Angehörigen

und Implementierung der Intervention sowie deren wissenschaftliche Evaluierung. Die 6-monatige Implementierungsphase erstreckte sich von Oktober 2017 bis April 2018.

Die beteiligten Dienste erhielten einen finanziellen Beitrag zur Umsetzung der Intervention aus dem Projektbudget. In jedem Dienst wurde eine Multiplikatorin nominiert, pro Projektregion bildeten diese ein Multiplikatorinnen-Tandem.

Vom wissenschaftlichen Team wurde auf Basis des britischen Modells Schulungskonzept und -unterlagen für Deutschland entwickelt. In der dreischrittigen Anwenderschulung folgte auf ein Basismodul (3 h) ein mehrwöchiges Praxismodul, in dem der KOMMA-Ansatz praktisch erprobt werden sollte. In einem Follow-up Modul (2 h) wurden Erfahrungen damit diskutiert und evaluiert.

Die Multiplikatorinnen waren zuvor in die Übersetzung von CSNAT-I involviert und wurden darauf aufbauend im Rahmen einer Multiplikatorinnenschulung dazu qualifiziert, Kolleg_innen ihrer Dienste als KOMMA-Anwender_innen zu schulen, zu begleiten (z.B. Motivation, Austausch) und bei Problemen zu unterstützen.

Im Rahmen von vier Workshops (Projektforen) wurde den Multiplikatorinnen ein kontinuierlicher Austausch untereinander, mit dem wissenschaftlichen Team und dem Projektträger angeboten. Für die Gestaltung der Implementierung im Dienst und der Zusammenarbeit in den Projektregionen wurde aus Projektressourcen ein Organisationsentwickler für einen Workshop und individuelle Beratung zur Verfügung gestellt.

Kern der zu implementierenden Intervention war die Unterstützung von Angehörigen durch die korrekte Anwendung des KOMMA-Ansatzes entsprechend des Prozess-

ablaufs (vgl. Kasten 1) durch geschulte Personen. Weitere Spezifizierungen wurden im Projekt gemeinsam zwischen Wissenschaft und Praxis entwickelt, sodass die Dienste die Umsetzung ihren Strukturen und Routinen anpassen konnten. Diese betrafen z.B. die Dokumentation oder die Zusammenarbeit zwischen SAPV- und Hospizteam.

Datenerhebung

Für die Evaluierung wurde ein Mixed-Methods-Evaluations-Design in Form eines Complex-Designs (Creswell & Plano Clark, 2018) entwickelt, mit dem möglichst alle relevanten Perspektiven auf die Intervention und den Implementierungsprozess erfasst werden sollten (Abb. 1).

Die Datenerhebung erfolgte zu drei Zeitpunkten: Vor, während und nach der Implementierungsphase. Im Folgenden wird das Vorgehen anhand der unterschiedlichen Perspektiven aus Abbildung 1 aufgezeigt.

Die Perspektive der Organisation wurde initial anhand einer Analyse der Betreuungsdokumentation erhoben, um den Status Quo der Angehörigenarbeit darzustellen. Es wurden 200 Dokumentationen aus den SAPV-Diensten einer Basisanalyse und 50 einer vertiefenden Analyse unterzogen. Die Ergebnisse wurden jeweils in Fokusgruppen mit Mitarbeiter_innen diskutiert, wofür individuelle Leitfäden erstellt wurden. So sollte auch eine Sensibilisierung für die Implementierung des KOMMA-Ansatzes erreicht werden. Nach der Implementierungsphase wurden 35 Dokumentationen neuerlich qualitativ analysiert. Die Sicht der Leitungskräfte (n = 5) auf den Implementierungsprozess wurde über Leitfadeninterviews telefonisch oder face-to-face erfasst.



Abbildung 1. Grafische Darstellung des Mixed-Methods-Evaluations-Designs.

Die Perspektive der Multiplikatorinnen wurde mittels verschiedene Erhebungsmethoden eingeholt. In den vier Projektforen erfolgte ein strukturierter Austausch zur Implementierung, die Multiplikatorinnen brachten Fallvignetten ein und es wurden Ergebnisse von Teilerhebungen diskutiert und validiert. Fünf Multiplikatorinnen konnten nach der Implementierungsphase im Rahmen eines Face-to-face Interviews befragt werden. Der hierfür entwickelte Leitfaden basierte auf den ausgewerteten Projekttagbüchern, welche die Multiplikatorinnen über den gesamten Projektverlauf zur Dokumentation und Reflexion ihrer Arbeit geführt hatten.

Die Perspektive der KOMMA-Anwender_innen wurde mittels einer schriftlichen Befragung zur Evaluierung der Schulung vor der Implementierungsphase (t1) sowie zu Erfahrungen mit der Implementierung danach (t2) regionsübergreifend ermittelt. Im Anschluss an t2 wurden drei Fokusgruppen mit Anwender_innen in den Regionen durchgeführt, um die Ergebnisse zu diskutieren (n=11).

Die Perspektive von Angehörigen wurde mittels qualitativen Leitfadeninterviews erfasst (n=9). Die von den Angehörigen ausgefüllten KOMMA-Einschätzungsbögen (n=214) wurden anonymisiert deskriptiv analysiert, um Erkenntnisse über den Unterstützungsbedarf zu gewinnen.

Alle Interviews wurden elektronisch aufgezeichnet und vollständig transkribiert, die Fokusgruppen aufgezeichnet und in Form von Protokollen erfasst. Zudem wurden Feldnotizen erstellt.

Datenauswertung

Die Analyse erfolgte unterstützt von MAXQDA inhaltsanalytisch (Mayring, 2010). Die Texte wurden wiederholt gelesen, Themen markiert und durch CK induktiv kodiert. Pro Dienst und Projektregion wurde zunächst ein Verständnis der Perspektiven der einzelnen Akteursgruppen erzielt.

Darüber hinaus war es von Interesse über die jeweiligen Dienste hinweg zu verstehen, was die Implementierung beeinflusst. Die quantitativen Daten wurden mit SPSS deskriptiv ausgewertet. Schließlich wurde eine Synthese der Ergebnisse durchgeführt, indem die quantitativen und qualitativen Ergebnisse den vier Konstrukten der NPT (May & Finch, 2009) zugeordnet wurden und so ein tieferes Verständnis der Einflussfaktoren und förderlichen und hinderlichen Faktoren gewonnen werden konnte. Die Interpretationsschritte wurden jeweils im Forschungsteam diskutiert.

Ethische Aspekte

Es wurde ein Ethikvotum der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) eingeholt. Alle Teilnehmenden unterzeichneten eine schriftliche informierte Einverständniserklärung. Aufgrund der kleinen Stichprobenzahlen wurde großer Wert auf die Sicherstellung der Anonymität der einzelnen Mitarbeiter_innen gelegt, z.B. die schriftliche Befragung regionsübergreifend analysiert.

Ergebnisse

Im Implementierungszeitraum wurden 560 KOMMA-Einschätzungsbögen an die beteiligten Dienste ausgegeben und von den Mitarbeiter_innen an Angehörige weitergegeben. Das Angebot eines Einzelgesprächs nahmen 214 Angehörige an. Welche Themen von den Angehörigen in Vorbereitung auf ein solches Gespräch in den Einschätzungsbögen priorisiert wurden zeigt Abbildung 2.

Die Ergebnisse aus der Synthese der verschiedenen Erhebungsperspektiven werden im Folgenden entlang der vier Konstrukte der NPT und elf identifizierten Themen präsentiert (Übersicht Tab. 1).

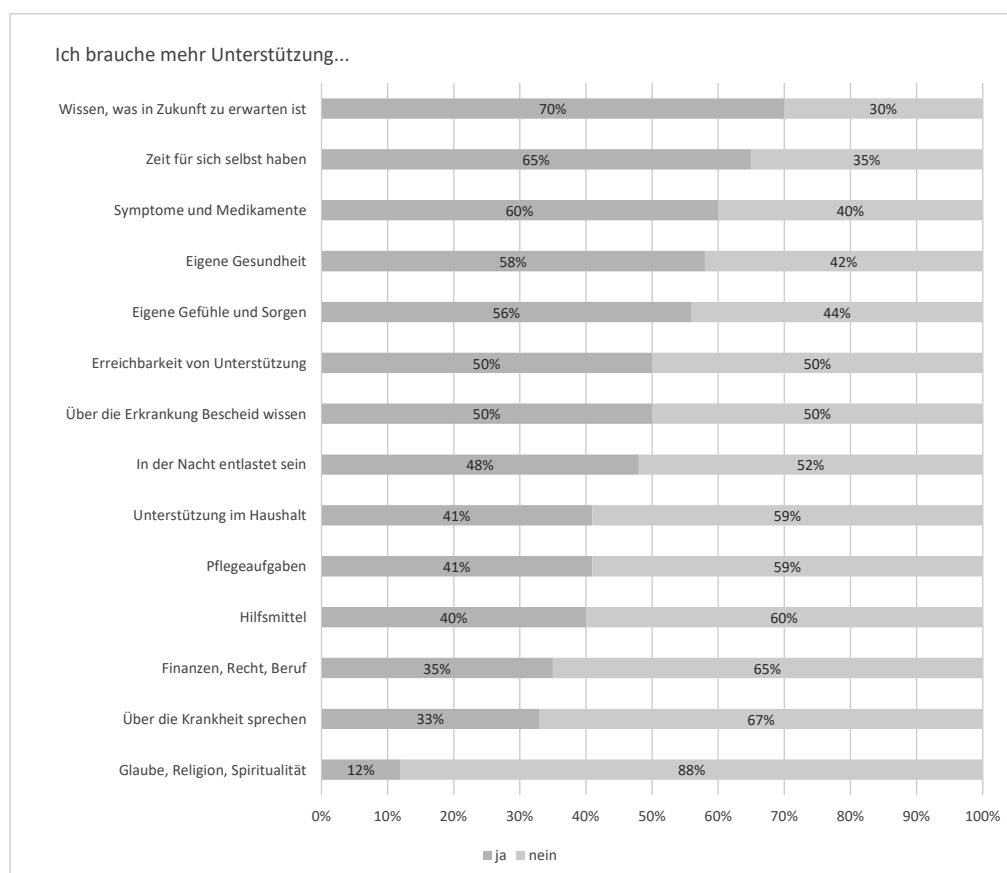


Abbildung 2. Von Angehörigen priorisierte Domänen von Unterstützungsbedürfnissen (n = 214).

Coherence

Nutzen der Intervention aus Sicht der Professionellen

Der Rücklauf der beiden Befragungen war mit 83 % bzw. 75 % hoch ($n_{t1} = 17$; $n_{t2} = 20$). Es zeigte sich eine hohe Überzeugung von der Sinnhaftigkeit und dem Nutzen des KOMMA-Ansatzes bei den Beteiligten. In der schriftlichen Befragung ($t2$, $n = 20$) stimmten die Anwender_innen der Aussage „KOMMA ist ein guter Ansatz, um die Bedürfnisse der Angehörigen zu erfassen“ mehrheitlich uneingeschränkt (57,1 %) und 42,9 % „teilweise“ zu. Auch bei den Aussagen, KOMMA ist ein guter Ansatz, (a) um die Angehörigen in ihrer jeweiligen Situation zu unterstützen sowie (b) die Angehörigenarbeit zu verbessern, überwog deutlich die Zustimmung. In den Interviews und Fokusgruppen mit Multiplikatorinnen, Anwender_innen und Leitungskräften wurde beschrieben, dass sich die Praxis der Angehörigenarbeit verändert habe und das Thema Angehörige mehr Aufmerksamkeit erhalte. Allen Angehörigen werde nun ein Angebot gemacht, Bedürfnisse eher wahrgenommen:

„Also ich würde sagen, dass ich viel mehr Bedürfnisse sehe, die ich vorher nicht so am Schirm hatte, die vielleicht nicht so präsent waren. Und ich glaube zwar, dass wir vorher auch gute Angehörigenarbeit gemacht haben, aber vielleicht kamen dann doch eher diejenigen dran, die auch gefordert haben. Und jetzt ist es eine grundlegende Angehörigenarbeit, dass man sagt,

egal ob derjenige sich bei uns meldet oder uns anspricht, es ist einfach immer so, und das hat sich, glaube ich, verändert.“ (Anwenderin)

Weitere Aspekte waren, dass Angehörige durch den KOMMA-Einschätzungsbogen die Legitimation erhielten, ihre Bedürfnisse zu äußern. Im Assessmentgespräch würden sich Angehörige mehr öffnen und sich Gelegenheit bieten, auch heikle Themen anzusprechen. Abhängig von den Prioritäten der Angehörigen würden gemeinsam weitere unterstützende Maßnahmen oder Angebote besprochen.

Nur einzelne Anwender_innen in einem Dienst lehnten den KOMMA-Ansatz mit dem Hinweis, immer schon so gearbeitet zu haben, ab.

Sicht der Angehörigen

In allen Interviews mit Angehörigen ($n = 9$) finden sich Aussagen über die große Zufriedenheit mit dem involvierten Dienst und den Nutzen der häuslichen Palliativversorgung für die erkrankte Person und die Familie. Der KOMMA-Ansatz fügte sich gut in die Prozesse ein. Teilnehmende, die den KOMMA-Einschätzungsbogen und das geführte Gespräch explizit in Erinnerung hatten ($n = 7$) schätzten das Angebot und verstanden die Aushandigung des KOMMA-Einschätzungsbogens als Signal, dass auch sie Adressat_innen der Professionellen sind:

„Das war einer der Türöffner, wenn Sie so wollen. Es ist sicherlich nicht der Zettel als solcher, sondern ...

der Zettel als Hilfsmittel, um zu sagen ‚wir sind mehr für euch da, als ihr glaubt‘.“ (Angehörige)

Die gedankenstrukturierende und -ordnende Funktion der Fragen des KOMMA-Einschätzungsbogens wurde hervorgehoben. Eine Angehörige zeigte sich überrascht über die Ernsthaftigkeit, mit der nach dem Assessmentgespräch auch ihre Anliegen verfolgt und bearbeitet wurden.

KOMMA-Schulung

Die Anwender_innen fühlten sich durch die Schulung gut auf die Arbeit mit dem KOMMA-Ansatz vorbereitet (t2, 92,3 %, n = 20). Die Vermittlung durch die Multiplikatorinnen wurde mit 100 % äußerst positiv und die Schulung mit den Schulnoten 1 (41 %) und 2 (59 %) beurteilt (t1, n = 17). Die Schulungsunterlagen wurden als klar und nützlich eingestuft. Die Multiplikatorinnen schätzten sich für die Durchführung der Schulungen als gut vorbereitet ein und hoben das dienstübergreifende Teamteaching als positive Erfahrung und förderlich für die Zusammenarbeit hervor.

Cognitive participation

Engagement bei der Umsetzung

Obwohl die Dienste zur Beteiligung am KOMMA-Projekt eingeladen waren, zeigten sich Unterschiede bei der Motivation, sowohl von Leitungspersonen als auch Mitarbeiter_innen. Zwei Dienste wurden von der übergeordneten Leitung zur Teilnahme verpflichtet, in einem davon fehlten schließlich zeitliche und personelle Kapazitäten zur Umsetzung. Dennoch fanden sich in allen Projektregionen Schlüsselpersonen, welche die Implementierung vorantrieben. Insbesondere die Rolle der Multiplikatorinnen wurde sowohl vonseiten der Anwender_innen, als auch der Leitungskräfte als zentral hervorgehoben:

„Die Implementierung hat hier super geklappt durch super Multiplikatoren, die uns an die Hand genommen haben. Es wurde alles fair besprochen.“ (Anwenderin)

Die Multiplikatorinnen selbst waren sehr engagiert, die Rolle jedoch mit Herausforderungen verbunden, wie unions berichtet wurde:

„Die Implementierung war schwieriger und anstrengender als gedacht. Man muss den Leuten auf die Füße treten und ständig mahnen.“ (Multiplikatorin)

Initiierung des KOMMA-Ansatzes in den Familien

Den KOMMA-Einschätzungsbogen systematisch in allen Familien am Beginn der Begleitung vorzustellen, entpuppte sich teilweise als Herausforderung in der Interaktion mit den Angehörigen. Anders, als von den Anwender_innen am Beginn erwartet, waren manche Angehörige an dem Einschätzungsbogen nicht interessiert oder es kam kein Einzel-

gespräch zustande. Als Gründe nannten Anwender_innen etwa, dass Angehörige sich dafür keine Zeit nehmen wollten oder Begleitungen in einer Krisensituation beginnen würden, welche sich nicht dafür eignen würde, einen reflexiven Prozess einzuleiten. Teilweise stellten Anwender_innen den Bogen nicht im Erstgespräch vor, weil sie befürchteten, die Angehörigen damit zu überfordern. In einem Projektforum wurde die „Art und Weise der Präsentation von KOMMA beim Erstkontakt“ als zentral für die Akzeptanz bei den Angehörigen identifiziert.

Eine weitere Hürde waren die gesetzlichen Rahmenbedingungen für SAPV, welche laut der Beteiligten mit der Aushändigung vieler Dokumente am Beginn einer Begleitung einhergehen würde. Der KOMMA-Einschätzungsbogen war in manchen Fällen das achte Dokument.

Collective action

Rahmenbedingungen und Integration in die Routineabläufe

Ein verbindliches Kernelement des KOMMA-Ansatzes stellt das Angebot eines Assessmentgesprächs an die Angehörigen dar. Für dieses Einzelgespräch ist ein zusätzlicher Termin erforderlich, was sich nicht in allen Diensten reibungslos umsetzen ließ. Es zeigte sich, dass dies in der SAPV bei sogenannter Vollversorgung leichter möglich war als bei Teilversorgung, bei der die Palliativpflegekräfte weniger häufig vor Ort bei den Familien sind. Auch in den Hospizdiensten mussten Anpassungen erfolgen, da die Koordinator_innen bislang regelhaft nur einen Besuch durchführten.

SAPV-Dienste waren zudem mit hohem Arbeitsdruck befasst. Generell bedrohten Phasen erhöhter Arbeitslast und Krankenstand die Anpassung der Abläufe.

„Für die Dokumentation oder das Assessmentgespräch mehr Zeit einzuplanen ist durch das hohe Patientenaufkommen im Moment nicht möglich.“ (Multiplikatorin)

Gesprächsführungskompetenzen

Der KOMMA-Ansatz erfordert eine personenzentrierte, ressourcen- und lösungsorientierte Kommunikation. Die Anwender_innen verfügten als Palliativpflegefachkräfte mit Weiterbildung generell über kommunikative Kompetenzen und Bereitschaft zur Reflexion, was eine wichtige förderliche Rahmenbedingung für die Implementierung war. Dennoch äußerten manche Unsicherheiten bei der dieser Art der Gesprächsführung mit Angehörigen.

Darüber hinaus wurden Unterschiede im professionellen Selbstverständnis sichtbar. Anwender_innen, deren professionelles Handeln von einem beratenden Zugang geprägt war, konnten den KOMMA-Ansatz relativ mühelos integrieren und diesen als „Instrument zur Beziehungsgestaltung“ (Multiplikatorin) nutzen. Anwender_innen mit einem eher handlungsorientierten Rollenverständnis und Fokus

auf medizinisch-pflegerischen Tätigkeiten hatten hingegen teilweise Schwierigkeiten:

„Ich ertapp mich dabei, dass ich so schnell zufrieden bin. Also wenn in einem Assessment eine Problemlage auftaucht, da sind wir ja alle als Krankenschwestern geschult darin – Problem erkannt, Lösung her.“ (Anwenderin)

Evaluation und Reassessment

Während des Implementierungszeitraums wurden wenige strukturierte und dokumentierte Evaluationen und Reassessments durchgeführt, obwohl der KOMMA-Ansatz dies vorsieht, und die Vorgangsweise in den Schulungen vermittelt wurde. Für diesen Umstand wurden verschiedene Erklärungen ermittelt, etwa dass die Begleitungen zu kurz für ein Reassessment seien oder im Falle stabiler Situationen darauf verzichtet wurde. Hinweise auf einen weiteren möglichen Grund, nämlich Vermeidungsverhalten, ergaben sich in einer Fokusgruppe:

„Und Reassessment würde ja auch bedeuten, ich mache unter Umständen ‚ne ganz neue Kiste auf‘ oder da taucht ein ganz Neues auf, wofür ich bisher keinen Raum hatte oder wo bisher der Mut nicht war.“ (Anwenderin)

Reflexive monitoring

Sensibilisierung durch Status Quo Erhebung

Die Ergebnisse der Dokumentationsanalyse vor der Implementierung zeigten, dass Angehörigenarbeit nur spärlich und unsystematisch dokumentiert war. Wenn, dann wurden jene Aspekte der Angehörigenarbeit sichtbar, die sich auf die Versorgung der erkrankten Person bezogen, nicht aber Interventionen zur Unterstützung Angehöriger. Diese Erkenntnis führte zu einer Sensibilisierung der Anwender_innen, welche die Veränderungsbereitschaft förderte.

Erfolgsdruck durch Fehlen des erwarteten Rücklaufs

Die Anwender_innen sammelten die KOMMA-Einschätzungsbögen nach dem Assessmentgespräch mit den Angehörigen in Form einer Durchschlagkopie zur wissenschaftlichen Auswertung. Die 214 dokumentierten KOMMA-Einzelgespräche verteilten sich auf alle Dienste. Zeigten Angehörige wenig Interesse, wurde dies teilweise als enttäuschend erlebt. Anfänglicher Konkurrenzdruck zwischen den Diensten konnten durch Reflexion in den Projektforen aufgelöst werden.

Motivation durch positive Rückmeldungen von Angehörigen

Positive Rückmeldungen von Angehörigen und überraschende Erkenntnisse bei Assessmentgesprächen wirkten hingegen positiv verstärkend auf die Motivation. Grund-

sätzlich benötigte es Offenheit und Lernbereitschaft der Professionellen, um den KOMMA-Ansatz umzusetzen.

Diskussion

Die Gruppe der Angehörigen wird in der häuslichen Palliativversorgung oft zu einseitig auf ihre Rolle als pflegende Angehörige reduziert (Cain et al., 2004; Twigg, 1989). Mit dem KOMMA-Ansatz wird dem konzeptionellen Anspruch einer personenzentrierten Unterstützung der Angehörigen Rechnung getragen (Diffin et al., 2018a). Die Evaluation des Modellprojekts verfolgte das Ziel, beeinflussende Faktoren für die Implementierung zu erheben. Der KOMMA-Ansatz wurde in drei Regionen in NRW dienstübergreifend in SAPV-Diensten und ambulanten Hospizdiensten erprobt. Im eher kurzen Implementierungszeitraum konnte eine routinemäßige Umsetzung der Prozessschritte allerdings nicht zur Gänze erreicht werden (z. B. Reassessments).

Die Mitarbeiter_innen waren durchaus von der Sinnhaftigkeit und dem Nutzen des Ansatzes überzeugt, fühlten sich gut vorbereitet und begrüßten, dass den Angehörigen ein proaktives Angebot gemacht wurde. Ihren Aussagen zufolge hatte sich die Praxis der Angehörigenarbeit im Team und in der Zusammenarbeit zwischen SAPV und Hospizdienst verändert und das Thema Unterstützungsbedürfnisse von Angehörigen mehr Aufmerksamkeit erfahren. Das Feedback der befragten Angehörigen fiel positiv oder dem Ansatz gegenüber unspezifisch aus. Dennoch zeigten sich einige praktische Umsetzungshindernisse.

Der KOMMA-Einschätzungsbogen soll so früh wie möglich in der Begleitung initiiert werden mit dem Ziel, Unterstützungsbedürfnisse frühzeitig zu erkennen (Ewing et al., 2015). Dieser Anspruch entpuppte sich im Projekt als Hürde. Teilweise befürchteten die Mitarbeiter_innen, Angehörige in einer ohnehin komplexen und krisenhaften Situation zusätzlich zu belasten. Hinderlich wurde auch erlebt, dass weniger Angehörige als zunächst erwartet am KOMMA-Einschätzungsbogen bzw. an einem Einzelgespräch interessiert waren. In der Studie von Austin et al. (2017) argumentierten Pflegepersonen, dass für das Ansprechen heikler Themen zunächst eine Beziehung zu den Angehörigen geschaffen werden müsse. In einem britischen Implementierungsprojekt bewährte sich zwar das frühe Aushändigen des Bogens, aber die Hälfte der Angehörigen überließ es den Mitarbeiter_innen, das Thema Assessmentgespräch neuerlich anzusprechen (Horseman et al., 2019). Die Art und Weise, wie der KOMMA-Einschätzungsbogen übergeben wird, war in unserem Projekt für die Wahrnehmung durch die Angehörigen entscheidend. Ein proaktives Vorgehen, vom Vorstellen des Bogens über das Nachfragen, ob ein Einzelgespräch gewünscht wird, bis zur Terminvereinbarung, ist also wichtig und sollte in der KOMMA-Schulung konkreter thematisiert werden.

Kern des KOMMA-Ansatzes ist das grundsätzliche Unterstützungsangebot, das Angehörigen durch das Aushändigen des Selbsteinschätzungsbogens und die nachfolgenden

Schritte gemacht wird (Grande et al., 2017). Entsprechend des personenzentrierten Ansatzes entscheiden Angehörige jeweils selbst, ob sie den nächsten Schritt wünschen oder nicht (McCormack & McCance, 2006). Aus diesem Verständnis heraus sind alle Aspekte dieses Angebotes gleichermaßen relevant. Es wäre daher auch zu kurz gegriffen, die bloße Anzahl der geführten Gespräche oder mögliche nachfolgende Interventionen zur Unterstützung von Angehörigen als Outcome bzw. Kriterium für den Erfolg oder Misserfolg der Implementierung zu betrachten. Diese Einsicht ist für die Arbeit mit dem KOMMA-Ansatz in den Teams relevant und gilt es daher auch in der Schulung zu vermitteln. Sie spiegelt sich zudem in Design und Durchführung der Evaluierung des KOMMA-Projekts wider, z. B. war der Fokus der Erhebungen nicht auf eine bestimmte Zahl an ausgegebenen Einschätzungsbögen oder der Anzahl und Art konkreter Interventionen nach erfolgten Gesprächen gerichtet. Ein Forschungsdesiderat ergibt sich dennoch dahingehend, den Interventionen, die während und nach dem KOMMA-Gespräch stattfinden nachzugehen. Dies wäre zukünftig auch deshalb relevant, um (messbare) Kriterien für eine qualitätsvolle Anwendung des KOMMA-Ansatzes in der Praxis zu entwickeln.

Die KOMMA-Schulung war nach britischem Vorbild niederschwellig und kurz konzipiert. Die Vermittlung von Idee und Konzept des Ansatzes sowie konkrete Vorgaben für die Anwendung standen im Fokus. Dies setzt voraus, dass die Mitarbeiter_innen sowohl über ausreichende Kommunikationskompetenzen verfügen als auch eine personenzentrierte Haltung aufweisen, was bei den teilnehmenden Pflegepersonen mit Spezialisierung in Palliative Care der Fall war. Für eine qualitätsvolle Anwendung von KOMMA sind zudem ein kollaborativer Ansatz, kontinuierliche Reflexion der Erfahrungen und die proaktive Bearbeitung von Problemen im Team wichtig, wie die Studien von Diffin et al. (2018a) und Horseman et al. (2019) zeigten. Die Evaluation machte deutlich, dass manche ein zusätzliches Kommunikationstraining benötigen würden.

Die Implementierung des KOMMA-Ansatzes gilt es somit als Entwicklungsprozess auf mehreren Ebenen zu konzipieren. Diffin et al. (2018b) sprechen in diesem Zusammenhang von einem nötigen „Kulturwandel in der Organisation“. Dies betrifft die Weiterentwicklung der personenzentrierten Haltung der Mitarbeiter_innen und im Team sowie die Adaptierung von organisationalen Routinen und Abläufen.

Stärken und Limitationen

Im Modellprojekt konnten die Beteiligten über drei Jahre zusammenarbeiten, den Prozess mitgestalten und die Umsetzung an ihre Rahmenbedingungen anpassen.

Limitierend ist die relativ kleine Anzahl von beteiligten Diensten aus einem deutschen Bundesland zu sehen. Aufgrund der historisch gewachsenen Heterogenität der Versorgungslandschaft in Hospizarbeit und Palliative Care könnte die Übertragbarkeit der Ergebnisse daher einge-

schränkt sein. Die Erhebung der Angehörigenperspektive erfolgte mittels einer zufälligen Auswahl, was eine Verzerrung beinhalten kann.

Der Schwerpunkt des Projekts lag auf der Frage, ob der KOMMA-Ansatz grundsätzlich in die regionalen Strukturen umgesetzt werden kann. Da wir aufgrund des fragilen häuslichen Settings in den regulären Betreuungsablauf nicht zu stark eingreifen wollten, wurde nicht quantitativ erhoben, warum Angehörige kein Einzelgespräch in Anspruch nahmen oder Reassessments nicht durchgeführt wurden. Es ergaben sich Hinweise auf Barrieren vonseiten der Organisation und der Professionellen, deren systematische Erfassung bei künftigen Projekten erfolgen sollte.

Da im ersten Projektjahr die Übersetzung des Ansatzes, die Konstituierung der Praxispartner_innen, die Bestandsaufnahme der Angehörigenarbeit und die Entwicklung der Schulung im Mittelpunkt stand, konnten im Implementierungszeitraum die Implementierungsziele nicht vollständig erreicht werden. Dennoch konnten wichtige Einflussfaktoren erhoben werden.

Schlussfolgerungen

Der KOMMA-Ansatz trägt den konzeptionellen Anforderungen nach Angehörigenarbeit in der Palliativversorgung Rechnung, wobei der Erfassung des Bedarfs eine besondere Bedeutung zukommt, um Belastungen von Angehörigen zu reduzieren (Becqué et al., 2019). Die Ergebnisse der Evaluierung zeigen Herausforderungen, die mit der Implementierung im Kontext ambulanter Palliativversorgung verbunden sind. Im Rahmen der KOMMA-Schulung sollte auf das Verständnis des Ansatzes und die Entwicklung einer personenzentrierten Haltung sowie entsprechender Kommunikationsfähigkeiten stärker eingegangen werden. Als förderliche Maßnahmen können die vorherige Sensibilisierung der Praxis für Angehörigenarbeit, die Wahrnehmung positiver Rückmeldungen der Angehörigen, offener Austausch und Reflexion im Team sowie die Etablierung von Multiplikatorinnen empfohlen werden.

Der personenzentrierte KOMMA-Ansatz hat Potenzial, die Angehörigenarbeit in den Strukturen der Palliativversorgung im deutschsprachigen Raum zu professionalisieren. In den Diensten benötigt es dafür einen Kulturwandel.

Literatur

- Aoun, S. M., Grande, G., Howting, D., Deas, K., Toye, C., Troeung, L., Stajduhar, K., & Ewing, G. (2015). The impact of the carer support needs assessment tool (CSNAT) in community palliative care using a stepped wedge cluster trial. *PloS One*, 10(4), e0123012. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123012>
- Becqué, Y. N., Rietjens, J. A. C., van Driel, A. G., van der Heide, A., Witkamp, E. (2019). Nursing interventions to support family caregivers in end-of-life care at home: A systematic narrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 97, 28–39. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.04.011>

- Candy, B., Jones, L., Drake, R., Leurent, B., & King, M. (2011). Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*(6), CD007617. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007617.pub2>
- Costa, V., Earle, C. C., Esplen, M. J., Fowler, R., Goldman, R., Grossman, D., Levin, L., Manuel, D. G., Sharkey, S., Tanuseputro, P., & You, J. J. (2016). The determinants of home and nursing home death: A systematic review and meta-analysis. *BMC Palliative Care*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0077-8>
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (Third edition). Sage.
- Diffin, J., Ewing, G., Harvey, G., & Grande, G. (2018a). Facilitating successful implementation of a person-centred intervention to support family carers within palliative care: A qualitative study of the Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) intervention. *BMC Palliative Care*, 17(1), 129. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0382-5>
- Diffin, J., Ewing, G., Harvey, G., & Grande, G. (2018b). The Influence of Context and Practitioner Attitudes on Implementation of Person-Centered Assessment and Support for Family Carers Within Palliative Care. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(5), 377–385. <https://doi.org/10.1111/wvn.12323>
- Ewing, G., Brundle, C., Payne, S., & Grande, G. (2013). The Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) for use in palliative and end-of-life care at home: A validation study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(3), 395–405. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.09.008>
- Ewing, G., & Grande, G. (2013). Development of a Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) for end-of-life care practice at home: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 27(3), 244–256. <https://doi.org/10.1177/0269216312440607>
- Grande, G. E., Austin, L., Ewing, G., O'Leary, N., & Roberts, C. (2017). Assessing the impact of a Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) intervention in palliative home care: A stepped wedge cluster trial. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 7(3), 326–334. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2014-000829>
- Horseman, Z., Milton, L., & Finucane, A. (2019). Barriers and facilitators to implementing the Carer Support Needs Assessment Tool in a community palliative care setting. *British Journal of Community Nursing*, 24(6), 284–290. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2019.24.6.284>
- Kreyer, C., Bükki, J., & Pleschberger, S. (2019). Development of a German version of the Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT): The process of translation and cultural adaptation. *Palliative & Supportive Care*, 1–6. <https://doi.org/10.1017/S1478951519000671>
- Kreyer, C., & Pleschberger, S. (2018). KOMMA – ein nutzerorientierter Ansatz zur Unterstützung von Angehörigen in der häuslichen Hospiz- und Palliativversorgung. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 19(06), 299–304. <https://doi.org/10.1055/a-0667-0274>
- Kreyer, C., & Strauß-Mair, M. (2021). Angehörigenarbeit aus der Perspektive von Pflegepersonen mobiler Palliativteams – eine qualitative Studie. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 22(02), 93–101. <https://doi.org/10.1055/a-1347-3172>
- Lund, L., Ross, L., Petersen, M. A., Blach, A., Rosted, E., Bollig, G., Juhl, G. I., Farholt, H. B., Winther, H., Laursen, L., Hasse, M., Weensgaard, S., Guldin, M. B., Ewing, G., Grande, G., Groenvold, M. (2020). Effect of the Carer Support Needs Assessment Tool intervention (CSNAT-I) in the Danish specialised palliative care setting: a stepped-wedge cluster randomised controlled trial. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 28. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002467>
- May, C., & Finch, T. (2009). Implementing, Embedding, and Integrating Practices: An Outline of Normalization Process Theory. *Sociology*, 43(3), 535–554. <https://doi.org/10.1177/0038038509103208>
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (11., aktualisierte und überarb. Aufl.). *Pädagogik*. Beltz.
- Milberg, A., & Strang, P. (2011). Protection against perceptions of powerlessness and helplessness during palliative care: The family members' perspective. *Palliative & Supportive Care*, 9(3), 251–262. <https://doi.org/10.1017/S1478951511000204>
- Pleschberger, S. (2013). Angehörige in End-of-Life Care – die Vielfalt ihrer Rollen und Herausforderungen. *Public Health Forum*, 21(3), 18.e1–18.e4. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2013.06.010>
- Pleschberger, S., & Müller-Mundt, G. (2017). Palliativversorgung von pflegebedürftigen Menschen. In J. Klauber, A. Kuhlmei, A. Schwinger, K. Jacobs, & S. Greß (Eds.), *Pflege-Report: Vol. 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen* (1st ed., pp. 165–185). Schattauer Verlag.
- Stajduhar, K., Funk, L., Toye, C., Grande, G., Aoun, S., & Todd, C. (2010). Part 1: Home-based family caregiving at the end of life: a comprehensive review of published quantitative research (1998–2008). *Palliative Medicine*, 24(6), 573–593.
- Ward-Griffin, C., McWilliam, C. L., & Oudshoorn, A. (2012). Relational experiences of family caregivers providing home-based end-of-life care. *Journal of Family Nursing*, 18(4), 491–516. <https://doi.org/10.1177/1074840712462134>
- World Health Organization. (2002). *WHO Definition of Palliative Care*. Verfügbar unter <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care>

Historie

Manuskripteingang: 16.03.2023
Manuskript angenommen: 25.10.2023
Onlineveröffentlichung: 14.02.2024

Danksagung

Das Projekt wurde von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW im Rahmen der Initiative „Pflege inklusiv“ (2016–2019) gefördert. Wir danken allen beteiligten Praxispartnerinnen und -partnern für die gute Zusammenarbeit sowie den Angehörigen für ihre Bereitschaft zur Teilnahme. Für die Mitarbeit bei der Projektkoordination, Datenerhebung und -auswertung danken wir Monika Ecker, Yvonne Eisenmann, Dipl.-Päd., Dr. Martin Fischer, Mag. Claudia Schwaizer und Dr. Claudia Wenzel.

Autorenschaft

Substanzieller Beitrag zu Konzeption oder Design der Arbeit: CK & SP
Substanzieller Beitrag zur Erfassung, Analyse oder Interpretation der Daten: CK & SP
Manuskripterstellung: CK & SP
Einschlägige kritische Überarbeitung des Manuskripts: CK & SP
Genehmigung der letzten Version des Manuskripts: CK & SP
Übernahme der Verantwortung für das gesamte Manuskript: CK & SP

Förderung

Die Studie mit dem Titel „Kommunikation mit Angehörigen (KOMMA). Projekt zur Entwicklung der Angehörigenarbeit in der häuslichen Hospiz- und Palliativversorgung“ wurde von der Stiftung Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen im Rahmen der Initiative „Pflege Inklusiv“ gefördert.

ORCID

Christiane Kreyer
 <https://orcid.org/0000-0001-7395-5631>

Ass.-Prof. Dr. Christiane Kreyer

Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie
UMIT TIROL – Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften und -technologie
Eduard-Wallnöfer-Zentrum 1
6060 Hall in Tirol
Österreich
christiane.kreyer@umit-tirol.at