



Handreichung der AG Digitalisierung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin:

Ergänzender Einsatz von Videokontakten in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen

In der Palliativversorgung spielen Videokontakte eine zunehmend größere Rolle. Sie ermöglichen den Austausch zwischen den Versorgenden mit den Patient:innen und ihren Angehörigen, aber auch den Austausch zwischen Versorgenden untereinander (Tang & Reddy, 2022). In Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) für Kinder, Jugendliche und Erwachsene können Videokontakte eine sinnvolle Ergänzung darstellen (Lundereng et al., 2023; Steindal et al., 2025). In Deutschland werden Videokontakte bereits in mehreren SAPV-Teams der Kinder- und Jugendversorgung sowie der Erwachsenenversorgung eingesetzt. (Deckers, 2023; Gatter et al., 2022, Veldeman et al., 2025; Weck et al., 2019; Zimmermann et al., 2023). Der Einsatz von Videokontakten birgt Chancen aber auch Herausforderungen (May et al., 2022), denen die DGP mit den vorliegenden Handlungsempfehlungen begegnen möchte. Bisher existierten weder für die Kinder- und Jugend- noch für die Erwachsenenversorgung Handlungsempfehlungen zum Einsatz von Videokontakten in der SAPV.

Die hier vorgestellten Handlungsempfehlungen wurden in einem mehrschrittigen Vorgehen entwickelt (Zach, 2025). Bereits existierende Empfehlungen für andere Versorgungsbereiche wurden auf Basis einer systematischen Literaturrecherche identifiziert und in die deutsche Sprache übersetzt. Anschließend wurden sie in einem modifizierten Delphi-Verfahren durch Ärzt:innen, Pflegefachpersonen, Psycholog:innen, Sozialarbeiter:innen, Patient:innen und Angehörige bezüglich ihrer Relevanz bewertet. Es fanden drei Delphi-Runden zwischen Juni und August 2025 über LimeSurvey (online) statt (n1=38, n2=30 und n3=26 Teilnehmende). Die Drop-out-Rate lag bei 21% bzw. 30%. Die anonyme Befragung erfolgte mit Rückmeldung aggregierter Ergebnisse; Konsens war definiert als $\geq 80\%$ Zustimmung.

Die hier vorgestellten Handlungsempfehlungen umfassen 45 konsentierete Empfehlungen. Diese decken die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Videokontakten sowie die Durchführung möglicher körperlicher Untersuchungen ab. Hierbei wird sowohl die Unterstützung von Patient:innen als auch

von Angehörigen sowie Versorgenden adressiert. Die entwickelten Handlungsempfehlungen bieten eine praxisnahe Grundlage für den Einsatz von Videokontakten in der Regelversorgung, tragen zur Qualitätssicherung bei und sollten in der Versorgungspraxis evaluiert und weiterentwickelt werden.

Die Handlungsempfehlungen wurden in drei Teile gegliedert:

- Tabelle 1: Empfehlungen zu Hinweisen für SAPV-Patient:innen vor dem Videokontakt
- Tabelle 2: Handlungsempfehlungen zur Durchführung von Videokontakten in der SAPV inklusive Vorwort für Versorgende
- Tabelle 3: Handlungsempfehlungen zu körperlichen Untersuchungen im Rahmen von Videokontakten in der SAPV für Versorgende

Tabelle 1: Empfehlungen zu Hinweisen für SAPV-Patient:innen vor dem Videokontakt

Nr.	Empfehlung
Hinweise an Patient:innen zur Vorbereitung und Durchführung des Videokontakts	
***	1. Ein Videokontakt ist ein sicherer virtueller Raum, in dem Ihre Daten und Inhalte geschützt sind und in dem wir uns begegnen können.
	2. Sofern möglich, begeben Sie sich für den Videokontakt in einen ruhigen, ausreichend beleuchteten Raum mit möglichst wenig Störungen.
(*)	3. Ein privater Raum und eine feste Zeit sind wichtig für den Videokontakt. Kopfhörer könnten nötig sein, um Privatsphäre zu gewährleisten.
	4. Machen Sie sich vor dem ersten Videokontakt mit der Technik vertraut.
***	5. Bitten Sie Angehörige, Sie gegebenenfalls bei der Technik zu unterstützen.
	6. Testen Sie Kamera und Mikrofon und stellen Sie sicher, dass die Internetverbindung stabil ist.
***	7. Notieren Sie sich Fragen im Vorfeld.
***	8. Falls der/die Patient:in nicht selbst am Gespräch teilhaben kann, sollten Angehörige vorher mit dem/der Patient:in besprechen, was im Videokontakt angesprochen werden soll. So kann Patient:innen das Gefühl genommen werden, dass nur über sie gesprochen wird, ohne dass sie einbezogen werden.

Anmerkung. (*) leicht verändert aus Aldana et al. (2023); *** im Delphi-Verfahren neu hinzugefügt; keine Markierung: aus anderer Literaturquelle übernommen, siehe Zach (2025); die SAPV-Patient:innen sollten diese Empfehlungen durch die Versorgenden mit zeitlichem Vorlauf zum Videokontakt erhalten, z. B. in Form eines Informationsblatts.

Tabelle 2: Handlungsempfehlungen zur Durchführung von Videokontakten in der SAPV inklusive Vorwort für Versorgende

Nr.	Empfehlung
Vorwort	
** 9.	Trotz räumlicher Distanz ist ein Videokontakt ein medizinischer, pflegerischer und psychosozialer Kontakt mit allen damit verbundenen Anforderungen an Haltung, Aufmerksamkeit und Professionalität. Grundprinzipien guter Palliativversorgung wie Empathie, strukturierte Kommunikation, interdisziplinäre Zusammenarbeit und ein ganzheitlicher Blick auf die Situation der Patient:innen gelten auch bei ergänzendem Einsatz von Videokontakten uneingeschränkt weiter. Dazu gehört auch, den Kontakt gut vorzubereiten, bereits zu Beginn des Gesprächs eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen und Angehörige bedarfsgerecht einzubeziehen.
*** 10.	Videokontakte haben sich in der SAPV als Ergänzung zu persönlichen Kontakten zwischen Ärzt:innen, Patient:innen und Angehörigen bewährt.
*** 11.	Videokontakte sind als Ergänzung der palliativen Versorgung zu verstehen und zu etablieren, nie als Ersatz oder anstelle dessen. Viele körperliche Untersuchungen sind online nicht möglich und der Wunsch von Patient:innen nach Hausbesuchen ist zu berücksichtigen.
Vor dem Videokontakt: Vorbereitungen des Videokontakts auf Seite der Versorgenden	
12.	Stellen Sie vor der ersten Nutzung von Videokontakten in der Versorgung sicher, dass Sie mit dem Ablauf, den Anforderungen und der Technik von Videokontakten vertraut sind, und bilden Sie sich regelmäßig weiter, um die Versorgung auf dem Niveau eines persönlichen Kontakts zu gewährleisten.
13.	Stellen Sie vor dem ersten Videokontakt mit der/dem Patient:in sicher, dass ein Computer, Tablet oder Smartphone zur Verfügung steht, auf dem die Telehealth-App installiert ist.

14. Stellen Sie Patient:innen vor dem ersten Videokontakt alle relevanten Informationen für die Durchführung zur Verfügung. [Siehe „Hinweise für Patient:innen“]
15. Nutzen Sie datenschutzkonforme Technik. Aufzeichnungen von Videokontakten dürfen nur mit ausdrücklicher Einwilligung der Patient:innen und bei medizinischer Notwendigkeit erfolgen.
16. Testen Sie Kamera und Mikrofon und stellen Sie sicher, dass die Verbindung stabil ist.
- ** 17. Stellen Sie sicher, dass Patient:innen vor dem ersten Videokontakt umfassend über Ablauf und Zweck, sowie ihre Rechte informiert sind und ausdrücklich zu einer Behandlung per Videokontakt eingewilligt haben.
18. Wählen Sie für den Videokontakt einen ruhigen, abgeschlossenen und gut beleuchteten Raum mit professionellem Hintergrund, ohne helle oder blinkende Ablenkungen. Achten Sie darauf, dass die Beleuchtung von vorne kommt. Vermeiden Sie Störungen durch Benachrichtigungen, Hintergrundgeräusche oder andere Personen und verzichten Sie währenddessen auf Essen und Trinken.
- *** 19. Versuchen Sie die genannten Empfehlungen für bestmögliche Rahmenbedingungen umzusetzen. Ein Videokontakt ist jedoch auch dann möglich, wenn nicht alles gewährleistet ist.
- *** 20. Machen Sie sich einen Plan für die Inhalte, die Sie im Rahmen des Videokontaktes besprechen wollen und dafür, wie der nächste Kontakt stattfindet.

Während des Videokontakts

21. Stellen Sie zu Beginn des Videokontakts sicher, dass Bild und Ton auf beiden Seiten funktionieren – zum Beispiel durch eine kurze Nachfrage wie: „Können Sie mich gut sehen und hören?“
- ** 22. Positionieren Sie die Kamera auf Augenhöhe, sodass Kopf und Schultern gut sichtbar sind, und achten Sie auf einen stabilen Bildausschnitt, der eine klare, zugewandte Kommunikation ermöglicht. Bitten Sie die/den Patient:in oder anwesende Personen ebenfalls, die Kamera wenn möglich entsprechend zu positionieren.
- ** 23. Bestätigen Sie bei Unklarheiten die Identität der teilnehmenden Personen.
24. Fragen Sie, wer auf beiden Seiten anwesend ist – auch außerhalb des Kamerabereichs – und stellen Sie alle Personen kurz vor. Holen Sie das Einverständnis des/der Patient:in

ein, falls weitere Personen anwesend bleiben sollen. Bei Bedarf können auch Angehörige, weitere Behandelnde oder Dolmetscher:innen zur Sitzung hinzugeschaltet werden.

- ** 25. Sprechen Sie zu Beginn des Videokontakts ab, was bei technischen Störungen passiert – z.B. ob ein Rückruf per Telefon erfolgt oder die Nutzung eines anderen Geräts möglich ist.
- 26. Besprechen Sie zu Beginn gemeinsam mit dem/der Patient:in den Anlass und die Ziele des Videokontakts. Klären Sie Erwartungen und priorisieren Sie gegebenenfalls die Themen.
- 27. Binden Sie bei Bedarf weitere Fachpersonen in den Videokontakt ein und fördern Sie den Austausch mit dem erweiterten Behandlungsteam. Stimmen Sie Rollen und Abläufe im Vorfeld gut ab.
- 28. Beobachten Sie die Mimik, Stimmung und Interaktion des/der Patient:in mit anwesenden Personen, um Rückschlüsse auf das emotionale Wohlbefinden und potenzielle Belastungen ziehen zu können.

Nach dem Videokontakt

- *** 29. Dokumentieren Sie den Kontakt.
- (*) 30. Vereinbaren Sie einen Folgetermin und entscheiden Sie mit dem/der Patient:in, ob es ein Video- oder persönlicher Kontakt werden soll.
- 31. Holen Sie sich regelmäßig Feedback von Patient:innen, Angehörigen und Teammitgliedern ein, um die Einbindung von Videokontakten weiterzuentwickeln und an die Bedürfnisse der Beteiligten anzupassen.

Anmerkung. (*) leicht verändert aus Aldana et al. (2023); ** aus anderer Literaturquelle übernommen mit inhaltlichen Anpassungen durch Delphi-Verfahren, siehe Zach (2025); *** im Delphi-Verfahren neu hinzugefügt; keine Markierung: aus anderer Literaturquelle übernommen, siehe Zach (2025).

Tabelle 3: Handlungsempfehlungen zu körperlichen Untersuchungen im Rahmen von Videokontakten in der SAPV für Versorgende

Nr.	Empfehlung
Allgemeine Hinweise für körperliche Untersuchungen	
32.	Holen Sie vor jeder einzelnen Untersuchung das ausdrückliche Einverständnis ein. Körperliche Untersuchungen im Rahmen von Videokontakten erfordern besondere Sensibilität. Es sollte nicht davon ausgegangen werden, dass Patient:innen jeder Untersuchung in diesem Format automatisch zustimmen.
33.	Leiten Sie den:die Patient:in oder anwesende Personen an, die Kamera und das Licht für körperliche Untersuchungen anzupassen. Die Hinzunahme einer Taschenlampe oder die Nähe zu einem Fenster für Tageslicht können die Beurteilungsqualität verbessern.
34.	Nutzen Sie Beobachtung, gezielte Fragen und ggf. die Unterstützung durch andere anwesende Personen, um eine körperliche Untersuchung durchzuführen. Achten Sie dabei auf eine klare und verständliche verbale Anleitung der einzelnen Schritte.
***	35. Eine körperliche Untersuchung ist im Videokontakt nur begrenzt möglich und ersetzt keine persönliche körperliche Untersuchung.
Körperliche Untersuchung	
*	36. Beurteilen Sie Bewusstsein und Orientierung.
	37. Beurteilen Sie das Kontaktverhalten, die Auffassung und Konzentration sowie das Urteilsvermögen des/der Patient:in.
	38. Achten Sie auf Hinweise auf akute Verschlechterung, wie Blässe, Schwitzen, angestrengte Atmung oder Unruhe.
(*)	39. Falls nötig, bitten Sie den/die Patient:in oder eine anwesende Person die Ableitung der Vitalwerte zu berichten oder diese zu messen.
	40. Achten Sie auf Tachypnoe, Sprechdyspnoe und Veränderungen im Atemmuster (z. B. verkürzte Expiration, ungleichmäßige Atmung).
*	41. Beobachten Sie, ob die Atemhilfsmuskulatur eingesetzt wird.
**	42. Fragen Sie aktiv nach auffälligen Geräuschen beim Atmen oder anderen Symptomen, wenn keine Auskultation möglich ist.

- (*) 43. Schauen Sie nach Anzeichen akuter Schmerzen, wie veränderte Mimik (z.B. angespannte Gesichtszüge), Lautäußerungen (z.B. Stöhnen) oder veränderte Körperhaltung (z.B. Schonhaltung oder vorsichtiges Bewegen beim Positionswechsel).
- * 44. Beurteilen Sie das allgemeine Erscheinungsbild, den Pflegezustand und die Aufmerksamkeit des/der Patient:in.
- 45. Fragen Sie den/die Patient:in oder anwesende Personen, ob Ihnen neue Ausschläge, Irritationen oder Ähnliches aufgefallen sind und bitten Sie sie gegebenenfalls darum, die Kamera auf diese zu richten.

Anmerkung. * aus Aldana et al. (2023); (*) leicht verändert aus Aldana et al. (2023); ** aus literaturbasierendem Entwurf mit inhaltlichen Anpassungen durch Delphi-Verfahren; *** im Delphi-Verfahren neu hinzugefügt; keine Markierung: aus anderer Literaturquelle übernommen, siehe Zach (2025).

Im Delphi-Verfahren wurden 45 der ursprünglich 86 Empfehlungen als relevant eingestuft. Zentraler Konsens über alle Berufsgruppen hinweg war, dass Videokontakte in der Regelversorgung ausschließlich zur Ergänzung der Versorgungspraxis zu verstehen sind – nicht als Ersatz für Hausbesuche oder persönliche Kontakte. Entsprechend wurde die ursprüngliche Formulierung, Videotelefonie stelle einen „vollständigen medizinischen Kontakt“ dar aus dem Entwurf des Vorworts gestrichen. Zudem bestand Konsens darüber, dass über den konkreten Bildausschnitt hinausgehende körperliche Untersuchungen online nicht zielführend sind und einen Hausbesuch erfordern. Zentral ist ebenfalls, dass Patient:innenwünsche nach persönlichen Besuchen stets zu berücksichtigen sind.

Inhaltlich zeigte sich, dass Empfehlungen zur Vorbereitung und zu den Rahmenbedingungen (z. B. Technikcheck, klare Zielsetzung, Strukturierung des Gesprächs) besonders hohe Zustimmung erhielten. Auch Hinweise an Patient:innen – etwa zur technischen Unterstützung durch Angehörige, zur Vorbereitung eigener Fragen oder zur Möglichkeit, einen Videokontakt jederzeit zu beenden und in einen Hausbesuch zu überführen – wurden überwiegend als praxisrelevant bewertet.

Deutlich zurückhaltender fiel der Konsens bei körperlichen Untersuchungen per Video aus. Relevanz erreichten fast ausschließlich Inspektionsbefunde, die ohne zusätzlichen Aufwand im normalen Bildausschnitt möglich sind (z. B. Allgemeinzustand, Atemarbeit, sichtbare Hautveränderungen). Empfehlungen zu Palpation, funktionellen Tests oder standardisierten Scores fanden meist keinen Konsens – häufig mit der Begründung eingeschränkter Durchführbarkeit, fehlender Validität oder der bevorzugten Alternative eines Hausbesuchs. Hier spiegelt sich die Versorgungsrealität der SAPV wider, in der regelmäßige Vor-Ort-Kontakte Standard sind.

Handreichung der AG Digitalisierung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin „Ergänzender Einsatz von Videokontakten in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen“

Stand: 11.02.2026

Die hier vorgestellten Empfehlungen wurden bewusst kompakt gehalten, sodass sie perspektivisch als Merkzettel für Patient:innen und Kitteltaschenkarte für Versorgende nutzbar sind. Sie sollen insbesondere in der Einführungsphase von Videokontakten Orientierung und Sicherheit geben, sind jedoch nicht als verbindlicher Standard, sondern als flexible Entscheidungshilfe gedacht, die noch in der Praxis validiert werden sollte.

Fazit: Videokontakte können die SAPV sinnvoll ergänzen, etwa zur Verlaufseinschätzung, zur Einbindung von Angehörigen oder Fachpersonen und als visuell überlegenes Pendant zum Telefonkontakt mit Patient:innen und Angehörigen. Bei der Versorgung von Personen mit infektiösen Erkrankungen können durch den Einsatz von Videokontakten Ansteckungsrisiken minimiert werden. Hier ist wie oben beschrieben zu berücksichtigen, dass das Angebot keinen Ersatz zu Hausbesuchen darstellt, der durchdachte Einsatz jedoch einem Telefonat überlegen sein kann und Entlastung verspricht. Somit können Videokontakte auch in der SAPV zu einer effizienteren Versorgung beitragen. Ihr Einsatz erfordert jedoch gute Vorbereitung, realistische Erwartungen und eine klare Abgrenzung der Grenzen – insbesondere bei körperlichen Untersuchungen. Die hier vorgestellten Handlungsempfehlungen bieten die Grundlage für einen fundierten und standardisierten Einsatz von Videokontakten in Deutschland und Österreich zur Aufrechterhaltung einer hohen Versorgungsqualität in der SAPV beziehungsweise bei mobilen Palliativteams. Weitere Evaluationen zur praktischen Umsetzung, Akzeptanz und Wirkung der Empfehlungen sind notwendig.

Autor:innen für die DGP-AG Digitalisierung:

Isabel Burner-Fritsch, Theresa Sophie Busse, Merlin Deckers, Felix Mühlensiepen, Catharina Münte, Vera Peuckmann-Post, Sarah Veldeman, Linda Wingender, Carmen Zach, Jannik Zimmermann

Die vorliegende Handreichung erschien in der Zeitschrift für Palliativmedizin:

Zach, C., Burner-Fritsch, I., Busse, T. S., Mühlensiepen, F., Münte, C., Peuckmann-Post, V., Veldemann, S., Wingender, L., Zimmermann, J. & Deckers, M. (2026). Videokontakte in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 27(03), 138-141. <https://doi.org/10.1055/a-2834-1387>

Referenzen

Aldana, G. L., Evoh, O. V. & Reddy, A. (2023). Best Practices for Providing Patient-Centered Tele-Palliative Care to Cancer Patients. *Cancers*, 15(6). <https://doi.org/10.3390/cancers15061809>

Deckers, M. (2023). Eine App für betroffene Familien. *pflügen: Palliativ*, 2023(58), 43–45. https://doi.org/10.5555/pfp-58-2023_13

Handreichung der AG Digitalisierung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin „Ergänzender Einsatz von Videokontakten in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen“

Stand: 11.02.2026

Gatter, S., Brukamp, K., Adolf, D., Zerth, J., Lorenzl, S. & Weck, C. (2022). Neurological consultations via telemedicine for specialized outpatient palliative care (SOPC) at home and in hospice (TANNE project): study protocol for a randomized controlled trial. *BMC palliative care*, 21(1), 218.

<https://doi.org/10.1186/s12904-022-01088-y>

Lundereng E, Nes A, Holmen H, Winger A, Thygesen H, Jøranson N, Borge C, Dajani O, Mariussen K, Steindal S. (2023). Health Care Professionals' Experiences and Perspectives on Using Telehealth for Home-based Palliative Care: Scoping Review. *J Med Internet Res* 2023;25:e43429. DOI: 10.2196/43429

May, S., Bruch, D., Gehlhaar, A., Linderkamp, F., Stahlhut, K., Heinze, M., Allsop, M. & Muehlensiepen, F. (2022). Digital technologies in routine palliative care delivery: an exploratory qualitative study with health care professionals in Germany. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1516.

<https://doi.org/10.1186/s12913-022-08802-9>

Steindal SA, Winger A, Riiser K, Bjørnerud E, Chen W, Holmen H. (2025). Health Technologies and Infrastructures for Supporting Home-Based Pediatric Palliative Care: Scoping Review. *J Med Internet Res*. 2025 Dec 8;27:e70687. doi: 10.2196/70687.

Tang, M. & Reddy, A. (2022). Telemedicine and Its Past, Present, and Future Roles in Providing Palliative Care to Advanced Cancer Patients. *Cancers*, 14(8), 1884. <https://doi.org/10.3390/cancers14081884>

Veldeman, S., Martin, T., Wüeller, J., Czaplík, M. & Follmann, A. (2025). More than 3 years of teleconsultations: A retrospective cohort study in specialized outpatient palliative care. *Palliative Medicine*, 39(4), 499–506. <https://doi.org/10.1177/02692163251321717>

Zach, C. (2025) Videokontakte in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung: Die Entwicklung von Handlungsempfehlungen für Versorgende. [unveröffentlichte Masterarbeit]. Universität Kassel.

Zimmermann, J., Heilmann, M. L., Fisch-Jessen, M., Hauch, H., Kruempelmann, S., Moeller, H., Nagel, L., Nathrath, M., Vaillant, V., Voelker, T. & Deckers, M. J. (2023). Telehealth Needs and Concerns of Stakeholders in Pediatric Palliative Home Care. *Children*, 10(8), 1315. <https://doi.org/10.3390/children10081315>