



palliative.ch

gemeinsam kompetent
ensemble compétent
insieme con competenza

Projekt «Indikationskriterien für MPDs»

**Ein Projekt von palliative.ch in Kooperation mit sieben kantonalen
Mobilen Palliative Care Diensten (MPD)**

Zwischenbericht 1

Bruhin Michael, Foos Daniela, Heusser Caroline, Offermann Catherine

Februar 2025



Inhalt

Einleitung	4
Erkennen palliativer Situationen (EPS) der Test	6
Projektorganisation	9
Projektorganisation und Schlüsselpersonen	9
Zeitplanung und Meilensteine	11
Methodisches Vorgehen- Datenmanagement.....	12
Datenerhebung EPS-Test	12
Datenerhebung EPS 1	13
Datenerhebung EPS 2	14
Datenerhebung EPS 3	14
Datenerhebung EPS 4	14
Befragung der MPD-Mitarbeitenden	15
Stand der Arbeitspakete.....	15
Datenerhebung	15
Kommunikation	18
Termine	19
Weiterführende Massnahmen	20
Arbeitspaket digitaler HUB.....	20
Erste Ergebnisse Datenerhebung EPS 1.....	20
Literatur	24
Anhang	25



Tabellen und Abbildungen

Tabelle 1: Indikatoren EPS	8
Tabelle 2: Personen im Projekt	10
Tabelle 3: Fallzahlen erfasste EPS-Tests nach MPD Pilotphase Sept.-Nov. 24.....	15
Tabelle 4: Vergleich Einschätzung Bedarf an spezialisierter Palliative Care intuitiv und laut EPS-Test (Sept. 24 – Jan. 25).....	23
Abbildung 1: Fallzahlen erfasste EPS-Test pro Monat Sept. 24 – Jan. 25.....	16
Abbildung 2: Häufigkeit Indikatoren EPS-Test (Sept. 24 – Jan. 25).....	21
Abbildung 3 : Total Punktzahl EPS-Test (Sept. 24 – Jan. 25)	22
Abbildung 4: Einschätzung Bedarf an spezialisierter Palliative Care intuitiv und laut EPS-Test (Sept. 24 – Jan. 25).....	22

Einleitung

Die ambulante medizinische Grundversorgung in der allgemeinen Palliative Care zu Hause sowie in Institutionen der Langzeitpflege wird grundsätzlich durch Hausärzt:innen und Pflegefachpersonen aus Spitexorganisationen und den Pflegeheimen geleistet. In komplexen oder vorübergehend instabilen Patientensituationen kann es sein, dass das allgemeine Unterstützungsnetzwerk spezialisiertes Expertenwissen benötigt. Diese Expertenunterstützung wird im häuslichen Umfeld und in den Institutionen der Langzeitpflege durch Mobile Palliative Care Dienste (MPD) angeboten.

Die MPDs sind spezialisierte, interprofessionell arbeitende Teams die mittels speziell ausgebildeten Pflegefachpersonen und Ärzt:innen beratend und anleitend ihre Expertise in Palliative Care auf dem Niveau der spezialisierten Palliativversorgung anbieten. Die MPD-Teams sind ausserdem Drehpunkt jedes regionalen oder lokalen Palliativnetzes indem bei Übergängen von Menschen mit spezialisiertem Palliativpflegebedarf vom Spital und häuslicher Versorgung (und umgekehrt) unterstützen.

Eine frühzeitige Integration der spezialisierten Palliative Care (SPC) bei der Betreuung von Patient:innen mit fortgeschrittenen, lebensbedrohlichen Krankheiten bietet zahlreiche Vorteile. Dazu gehören beispielsweise gesteigerte Lebensqualität, Reduzierung der psychischen Belastung der gesamten Familie und eine optimierte Koordination der Pflege. Aktuell erhält nur ein kleiner Prozentsatz der Patient:innen oder je nach Setting Bewohner:innen tatsächlich Zugang zu SPC. Der eigentliche Bedarf für SPC dürfte gemäss Schätzungen des BAG hoch sein; derzeit geht man von einem Anteil von ca. 20% aller Menschen in palliativen Situationen aus, die im Verlaufe ihrer Erkrankung SPC benötigen (Bundesamt für Gesundheit BAG & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, 2014, S.6). Die Akzeptanz der Palliative Care bei Patient:innen, ihren Angehörigen und Pflegefachpersonen ist inzwischen gestiegen. Wie kann jedoch der individuell richtige Zeitpunkt für den Einbezug spezialisierter Dienste bestimmt werden? Hierzu spielen das Erfassen relevanter Kriterien für palliative Situationen und die weiterführende Sensibilisierung für den Beizug der SPC eine zentrale Rolle.

Um festzustellen, **wann in allgemeinen Palliative Care Situationen zusätzlich spezialisierte Palliative Care benötigt wird**, können verschiedene Identifikatoren bzw. Messinstrumente verwendet werden. Das Projekt «Indikationskriterien für MPDs», ein aus dem von

palliative.ch initiierten Netzwerk MPD lanciertes Projekt, möchte deshalb ein kantonsübergreifend einheitliches Instrument einführen.

Dieses Projekt verfolgt folgende Ziele:

1. Ein einheitliches Identifikationsinstrument möglichst flächendeckend in den deutschsprachigen Kantonen etablieren
2. Patient:innen mit einem Bedarf an spezialisierter Palliative Care möglichst frühzeitig identifizieren, um eine adäquate Behandlungsplanung einzuleiten
3. Fachpersonen der Grundversorgung (Hausärzt:innen, Spitex Pflegenden, Pflegenden in Langzeitinstitutionen) betreffend die Unterscheidung von allgemeiner und spezialisierter Palliative Care sensibilisieren
4. Fachpersonen der Grundversorgung befähigen, mittels eines einfach anwendbaren, digitalen Instruments, situativ triagieren und bei Bedarf möglichst zeitnah die Expertise der MPD beiziehen
5. Durch ein einheitliches Instrument einen Standard schaffen, welcher den Vergleich von Daten ermöglicht und damit Fakten und Argumente zur Steuerung und Finanzierung der Versorgungsplanung möglich macht

Das Projektteam orientierte sich bei der Wahl des Identifikationsinstruments an den [Bigorio Leitlinien «Identifikationsinstrumente in den zertifizierten Palliative Care Institutionen»](#) (Ebnetter et al., 2021) Die Empfehlung aus dem Bigorio-Survey lautete: «Um das Thema weiter zu untersuchen schlagen wir vor, die Umfrage auf diejenigen auszuweiten, welche einen Grossteil der allgemeinen Palliative Care leisten; insbesondere Hausärzt:innen und spitalexterne Pflegedienste (Spitex). Dies ist wichtig, da die meisten Patient:innen wahrscheinlich vorselektioniert sind.» (Ebnetter et al., 2021, S. 6)

Diese Empfehlung aufnehmend, hat eine Arbeitsgruppe des Netzwerks MPD vom Herbst 2022 bis Frühling 2023 verschiedene Identifikationsinstrumente geprüft und sich für den EPS-Test (Erkennen von palliativen Situationen) entschieden (*Erkennung palliativer Situationen*, o. J.). Dieses Instrument wurde von Dr. med. Andreas Weber entwickelt und steht auf der [Website der Andreas Weber-Stiftung](#) als Open Source zur Verfügung. Es ist wichtig zu erwähnen, dass es aus der Praxis für die Praxis entstanden ist. Da dieses Instrument und zukünftig von Personen der Grundversorgung genutzt werden soll, welche je nach Versorgungsstandard und Region unterschiedliche Kompetenzen haben, ist die Arbeitsgruppe und das Projektteam der Überzeugung, dass der EPS-Test dieser heterogenen Nutzergruppe am ehesten gerecht wird.

Um Erfahrungen mit dem EPS-Instrument zu sammeln, testen neun MPDs aus sieben Kantonen dieses Instrument in der Praxisanwendung und sammeln online Daten von mindestens 500 bis 1000 Patient:innen/Fällen und die dann ausgewertet werden. Weiter werden Interrater Reliabilität Testungen in zwei Settings der Grundversorgung (Institutionen der Langzeitpflege und Spitex Organisationen) durchgeführt.

Im Bestreben, in allen Deutschschweizer Kantonen den EPS-Test einheitlich einzusetzen entsteht so, zusammen mit einem angepassten Einführungs- und Schulungspaket, ein Argumentarium zur breiten, flächendeckenden Einführung des Instrumentes,

Erkennen palliativer Situationen (EPS) der Test

Die Erkennung palliativer Situationen (EPS) spielt eine entscheidende Rolle, um unheilbar kranken Menschen frühzeitig den Zugang zu Palliative-Care-Angeboten zu ermöglichen, sowohl im allgemeineren als auch im spezialisierten Bereich. Der Einsatz des EPS-

Instruments fördert einen zeitnahen Wechsel zu Palliative Care, was den Patient:innen zahlreiche Vorteile bietet. Die Testfragen erfordern ein vertieftes Assessment, das über die Routinepflege hinausgeht, und unterstützen eine vorausschauende Planung sowie die Einbeziehung spezialisierter Fachkompetenz. Ausserdem profitieren Fachpersonen der Grundversorgung von der Anwendung des Instruments, indem sie mehr Sicherheit im Umgang mit den Patient:innen gewinnen und in der Lage sind, wichtige Entscheidungen zu treffen, wie etwa die Konsultation einer multiprofessionellen Dienstleistung durch Einbezug der Mobilien Palliative Care Dienste (MPD).

Der EPS-Test basiert auf dem Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT) (Boyd et al., 2012), das durch einen Expertenkonsens in Edinburgh entwickelt wurde, sowie auf den Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care (BAG & Schweizerische Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektionen und -direktoren (GDK), 2014) des BAG/GDK und palliative.ch aus den Jahren 2011 und 2014. Ähnlich wie das Pallia10 ch, das in der Westschweiz entwickelt wurde, differenziert der EPS-Test zwischen der Indikation für allgemeine und spezialisierte Palliative Care: Bei einer Punktzahl von 5 bis 10 Punkten wird allgemeine Palliative Care empfohlen, während mehr als 10 Punkte auch auf die Notwendigkeit spezialisierter Palliative Care hinweisen. Im Rahmen eines Pilotprojektes (durch Dr. Andreas Weber) in den Jahren 2021 und 2022 wurde der Test in drei Pflegeheimen und einem Akutspital validiert, wobei jedoch kein Goldstandard zur Verfügung steht, mit dem er verglichen werden könnte. In dieser praktischen Anwendung hat sich der Test bewährt, um Patient:innen mit hohem palliativem Handlungsbedarf zu identifizieren (Dr. A. Weber).

Tabelle 1: Indikatoren EPS

Gruppe	Indikatoren	Gewichtung
Allgemeine Indikatoren		
	Reduzierter Allgemeinzustand (z.B. Patient verbringt mehr als den halben Tag im Bett)	1
	Gewichtsverlust über 10 % in 3 Monaten oder BMI unter 18	1
	Mindestens ein unkontrolliertes Leiden (Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Erschöpfung, Depression, Appetitmangel, Schläfrigkeit, Beunruhigung), auf der VAS-Skala > 5 über mindestens 24 Stunden	3
	Mindestens zwei notfallmässige Spitalzuweisungen in den letzten 12 Monaten	3
	Zur Behandlung der Leiden sind mehr Professionen als Pflegende und Ärzte nötig	1
	Schwierige Entscheidungsfindung bezüglich Behandlung der Grundkrankheiten (z.B. Dialyse starten oder abbrechen, Operationen, Chemotherapie weiterführen, palliative Sedation)	2
	Schwierige Entscheidungsfindung, welche lebenserhaltenden Massnahmen in einer Krisensituation noch getroffen werden sollen	2
	Wunsch nach Palliativversorgung, Therapiebegrenzung, Suizidbeihilfe oder Sterbefasten	2
	Konflikt zwischen Patient oder Patientin, familiärem Umfeld, Betreuenden in Bezug auf Therapieziele, Behandlungen	1
	Ich wäre nicht erstaunt, wenn dieser Patient oder diese Patientin innerhalb von einem Jahr versterben würde	2
Spezifische Indikatoren		
	Fortschreitender Krebs mit Metastasen und Symptomlast	3
	Schwere Demenz (in den meisten ATL auf Hilfe angewiesen), mit wiederholten Stürzen, oder wiederholten Infekten oder fehlender Nahrungsaufnahme	1
	Fortgeschrittene neurologische Erkrankungen mit Schluckstörungen	3
	Herzinsuffizienz mit Atemnot bei kleinster Anstrengung (und Transplantation oder Kunstherz kommen nicht in Frage)	3
	Fortgeschrittene Lungenerkrankung mit Atemnot in Ruhe, unter Sauerstofftherapie oder nach künstlicher Beatmung	3
	Fortgeschrittene Nierenerkrankung, mit Wunsch auf Beendigung oder Verzicht auf Dialyse	3
	Leberzirrhose mit Aszites oder hepatischer Enzephalopathie, bakt. Peritonitis, Ösophagusvarizenblutung	3

Aufgrund erster Rückmeldungen der MPD-Verantwortliche und in Absprache mit Dr. Andreas Weber wurden vor Beginn der Erhebungen im EPS-Test Änderungen der Formulierungen in einzelnen Items vor dem Start der Erhebungen angepasst. So wurde z.B. rezidivierend zu fortschreitend umformuliert, um der heterogenen Anwendergruppe (Mitarbeitende der Sekundärstufe und Teritiärstufe) gerechter zu werden.

Projektorganisation

Im Auftrag von palliative.ch wurde die Co-Leitung des Projektes «Indikationskriterien für MPDs» innerhalb der Arbeitsgruppe des Netzwerks MPD von Daniela Foos und Michael Bruhin übernommen und ergänzt mit der Steuergruppe (Co-Projektleitung, Vertretungen von palliative.ch und Büro BASS und später ab 1. März 2025 eine Vertretung der Age-Stiftung). Zusätzlich wurde ein Soundingboard mit Expertinnen und Experten aus verschiedenen Bereichen mit Blick auf Palliative Care aufgestellt, um wertvolle Inputs einzuholen und um das Projekt breit abzustützen.

Projektorganisation und Schlüsselpersonen

Die Projektorganisation vereint eine langjährige Expertise in den Bereichen Palliative Care, Geriatrie, Public Health, Mobile Palliative Care-Dienste, Spitex und Projektmanagement. Die beiden Co-Projektleitenden (Daniela Foos und Michael Bruhin) haben zusammen den Masterstudiengang (MAS in Palliative Care) an der Fachhochschule OST absolviert und bauen auf einem gemeinsamen Palliative Care- und Arbeitsverständnis auf. Mit den Mitgliedern des Soundingboards sind Fachpersonen aus der Praxis, aus diversen Settings und Regionen sowie Multiplikator: innen von Branchenverbänden eingebunden. Federführend in der ersten Phase welche den grossartigen Grundstein für das vorliegende Projekt und den Erhalt des Förderbeitrages durch die Age-Stiftung, war Renate Gurtner (Geschäftsführerin palliative.ch bis 31. Januar 2025). Kurz nach der Beendigung der Pilotphase ging Renate Gurtner in Pension und neu übernahm Frau Dr. Phil. Nat.et sci. Med. Corina Wirth seit 1. Februar 2025 das Amt der Geschäftsführung von palliative.ch und ist somit die neue Auftragsgeberin.

Tabelle 2: Personen im Projekt

Auftraggeberin	palliative.ch: Dr. Phil. Nat.et sci. Med. Corina Wirth (GF palliative.ch)
Steuergruppe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dr. Phil. Nat.et sci. Med. Corina Wirth (GF palliative.ch) ▪ Karin Weiss (Age-Stiftung) ab 1. März 2025 ▪ Dr. Andreas Weber (MPD-GZO Wetzikon) ▪ Caroline Heusser (Büro BASS) ▪ Daniela Foos (Co-Projektleitung) ▪ Michael Bruhin (Co-Projektleitung)
Co-Projektleitung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Daniela Foos, Palliative Spitex Aargau, MAS-Palliative Care ▪ Michael Bruhin, Spitex Zürich AG, MAS-Palliative Care
Wissen. Projektleitung	Büro BASS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Caroline Heusser (Lead) und Kilian Künzi
Projektteam	MPDs <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stephanie Bättig, RPZ Suhrental Plus, PalliativeSpitex Aargau ▪ Nadja Elsener, RPZ Brugg, PalliativeSpitex Aarau ▪ Susanna Diethelm, MPC Mobile Palliative Care GmbH ▪ Jörg Eberhardt, MPD Arlesheim ▪ Georgette Jenelten, MPD-Bern ▪ Bertha von Ledebur, Palliativzentrum Bethesda ▪ Cornelia Mackuth, Palliative Solothurn ▪ Jutta Hirsch, MPD-Basel-Stadt ▪ Renate Praxmarer, Krebsliga Ostschweiz ▪ Leandra Senn, Spitex Zürich AG
Soundingboard	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dr. med. Andreas Weber, Palliativmediziner, GZO Spital Wetzikon ▪ Dr. med. Annette Ciurea, Geriaterin und Palliativmedizinerin, Age Medical Zentrum Zürich ▪ Prof. Dr. med. Jan Gärtner, Palliativzentrum Bethesda Basel ▪ Dr. med. Raoul Pinter, Palliativmediziner, Spitalregion Rheintal Grabs und Altstätten ▪ Dr. med. Gaby Bieri, Geriaterin, ärztliche Direktorin Geriatri-scher Dienst Stadt Zürich ▪ Stefan Knobel, Pflegefachmann, Präsident Spitex Obermach ▪ Esther Bättig, Pflegewissenschaftlerin, Spitex Schweiz ▪ Dr. Reka Schweighoffer, wissenschaftliche Mitarbeiterin Curaviva Schweiz ▪ Prof. Dr. Andrea Kobleder, Studienleiterin MAS Palliative Care und Projektleiterin, Weiterbildungszentrum, FHS St.Gallen ▪ Kilian Künzi, Sozialwissenschaftler, stv. Geschäftsführer und Bereichsleiter Gesundheit, Alter und Alterssicherung Büro BASS



Zeitplanung und Meilensteine

Zur Übersicht folgt die grafische Darstellung der Zeitplanung aller Arbeitspakete inkl. Beschreibung der Meilensteine.

Indikationskriterien MPD's										
Zeitplan	2025				2026				2027	
Arbeitspaket	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2
Datenmanagement										
Datenerfassung MPD	■	■	■							
Interrater Testung		■	■							
Online Befragung MPD's			■							
Interpretation Daten				■	■					
Online Befragung der Interrater-Teilnehmer					■	■				
Schlussbericht erstellen										
Arbeitspaket	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2
Organisation/Praxis										
Meilensteine	■		■	■			■		■	
Soundingboard							■			
Sitzung MPD Verantwortliche		■								
Arbeitspaket	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2
Kommunikation										
Anlässe/Kongress			■	■					■	
Netzwerktreffen		■		■	■				■	■
Medienmitteilungen/AGE Stiftung			Fortlaufend nach sep. Plan							
Transfer: Fachartikel/ Argumentarium										■
Veröffentlichung Schlussbericht										■
Arbeitspaket	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2
Weiterführende Massnahmen										
Klärungen ICT Variante			■	■						
Klärungen Datenerfassung/Nutzung			■	■						
Abklärungen für Lernvideo und online Schulungen				■	■					
Erstellen der Schulungsvideos					■	■				
Erstellen Schulungsprogramm					■	■				
Gründung Fach-Gremium							■	■	■	
Gründung Diskussionsforum							■	■	■	
Verantwortliche für Weiterführung klären							■	■	■	



palliative.ch

gemeinsam kompetent
ensemble compétent
insieme con competenza

Sitzungen Sitzung 1. Meilenstein: 03. Februar 2025 9.00- 10.30 Uhr, online

Sitzung 2. Meilenstein- Erste Ergebnisse Interrater-Reliabilität: 18. August 2025 9.00- 10.30 Uhr, online

Sitzung 3. Meilenstein- Projektergebnisse vorstellen: 27. Oktober 2025 9.00- 10.30 Uhr, online

Sitzung 4. Meilenstein- Vorstellung Schulungsmaterial, Produkte, Multiplikation der Erarbeiteten Produkte: 15. Juni 2026 9.00- 10.30 Uhr, online

Sitzung 5. Meilenstein- Schlussevaluation: 16. November 2026 9.00- 10.30 Uhr, online Projektabschlussitzung: 18. Januar 2027 14.00- 17.00 Uhr, vor Ort (Zürich oder Aarau)

Methodisches Vorgehen - Datenmanagement

Datenerhebung EPS-Test

Die Datenerhebung und -analyse wird durch das Büro BASS mit der Projektleitung von Caroline Heusser begleitet. In einem ersten Schritt wurde im Rahmen der Detailkonzeption festgelegt, welche Fragestellungen im Detail untersucht werden und wie die Erhebungen konkret ausgestaltet werden.

Die Datenerhebung des EPS-Tests umfasst die Anwendung des EPS-Tests durch die MA der MPDs (Datenerhebung EPS 1) und die Testungen der Interrater-Reliabilität (Datenerhebung EPS-Test 2-4). Im Februar 2025 wurde durch die Steuergruppe (nach Austausch mit dem Soundingboard am 3.2.25 und detaillierter Diskussion zum Validitätsziel mit Prof. Dr. med J. Gärtner am 24.2.2025) beschlossen, dass die Interrater-Reliabilität-Testung wie folgend beschrieben geplant wird. Die Phase der Interrater-Testung wird über die Monate Mai-Juli 2025 durchgeführt. In allen folgenden Datensets wird vorausgesetzt, dass die MA den EPS-Test unabhängig voneinander ausfüllen und von unterschiedlichem

Ausbildungsniveau verfügen (FaGe, dipl. HF/FH und MPD-MA). Die Konzeption der Erhebungen wurde auf eine Onlineversion ausgerichtet und entsprechend programmiert.¹

Jede der vier aufgeführten Erfassungen ergibt einen separaten Datensatz. Eine Ausnahme bildet die Datenerhebung EPS 2, dort werden die EPS-Daten der MPD-MA von dieser Erfassung automatisch in die Haupterfassung (Datenerhebung EPS 1) übertragen. Damit wird gewährleistet, dass keine Verzerrung der Settings entstehen. Jede Erhebung bzw. Datensatz einzeln wird spezifische Daten zur Analyse und Interpretation liefern.

Datenerhebung EPS 1

Die erste EPS-Erhebung (1er Testung), welche den Hauptteil des Projektes bildet, umfasst die Anwendung des EPS-Tests durch die Mitarbeitenden der neun MPDs. Damit werden Aussagen von Spezialisten über dessen Verständlichkeit und Nutzbarkeit gesammelt. Über ein Jahr hinweg sollen 500-1000 Fälle gesammelt werden. In Absprache mit den MPD-Verantwortlichen wurde festgelegt, dass die Einschätzung des EPS-Tests jeweils nach dem Erstassessment mit dem MPD zu dem entsprechenden Fall durchgeführt werden soll.

Der Online-Fragebogen mit dem EPS-Test wurde ergänzt durch eine Frage, ob die ausfüllende Person intuitiv bei dem zu betrachtenden Fall einen Bedarf an spezialisierter Palliative Care sehen. Dadurch kann diese Einschätzung mit dem Ergebnis des EPS-Tests verglichen werden. Nach dieser ersten Frage folgte der EPS-Test, bzw. die einzelnen Indikatoren, welche angewählt werden konnten. Anschliessend wird zum Schluss das Ergebnis (Punktezahl) aufgeführt.

Für den Zugang zum Online-Fragebogen wurde allen teilnehmenden Mitarbeitenden ein persönlicher Code zugewiesen. Die Teams haben alle eine Einverständniserklärung abgegeben, dass sie mit den personellen Codes einverstanden sind. Es werden keine weiteren Daten zur Person (ausser dem Arbeitgeber/in und der Vor- und Nachname, in einer separaten Liste, nicht in der online Datenerhebung) erfasst. Auf persönliche und sensible Daten

¹ Der Zugang zu den Online-Fragebögen erfolgt für die ausfüllenden Mitarbeitenden jeweils über einen QR-Code bzw. Link.

von Patientinnen und Patienten wurde bewusst verzichtet, denn diese weisen keine Relevanz in der Datenerhebung für das Projektziel auf.

Nach einer Pilotphase von 3 Monaten wurde ein Austausch zwischen den MPD-Verantwortlichen, der Projektleitung und dem Büro BASS geplant, bei dem MPD-Verantwortlichen nach den bisherigen Erfahrungen der MPD gefragt wurden, um herauszufinden, wie die Pilotphase erlebt wurde, ob die Testung weitergeführt werden kann und ob es dringende Anpassungen geben muss.

Datenerhebung EPS 2

In der Datenerhebung EPS 2 (3er Interrater-Testung) werden künftig beim MPD neu angemeldeten Kunden, welche gemeinsam mit den Spitexorganisationen betreut werden durch 3 verschiedene Fachpersonen (FaGe, dipl. HF/FH, MPD-MA) mit dem EPS-Test eingeschätzt. Die MA der Spitex Grundversorgung erhalten jeweils nach der Anmeldung die Aufforderung den EPS-Test von zwei Personen unabhängig voneinander auszufüllen. Dies wird jeweils durch die MPD-MA koordiniert.

Datenerhebung EPS 3

In der Datenerhebung EPS 3 werden Institutionen der Langzeitpflege (2er Interrater-Testung Langzeit) aus verschiedenen Regionen eine Doppel-Testung durchführen. Die interne Koordination wird durch eine Verantwortliche Person der Institution ausgeführt. Ziel ist es, dass jede Teilnehmende Institution ihren Bewohnerstand einmalig durch zwei Mitarbeitende mit unterschiedlicher Ausbildungsstufe testen. Beide Personen füllen den Test unabhängig voneinander aus.

Datenerhebung EPS 4

In der vierten EPS-Datenerhebung (2er Interrater-Testung Ambulant) werden die EPS-Tests ausschliesslich von Mitarbeitenden der allgemeinen ambulanten Palliative Care

ausgefüllt. Dazu haben sich im Kanton Solothurn 3 Spitex Organisationen zur Verfügung gestellt. Es werden aus anderen Regionen noch weitere Spitex Organisationen gesucht.

Befragung der MPD-Mitarbeitenden

Zum Abschluss der Haupterfassung bei den MPDs (Datenerhebung EPS 1) werden im Sommer 2025 alle Mitarbeitenden der MPDs mittels einer Onlinebefragung zu ihren Erfahrungen mit der Anwendung des EPS-Test befragt. Dabei soll unter anderem angesprochen werden, ob der EPS-Test für die MA einen Mehrwert geleistet hat, ob die Indikatoren verständlich sind, ob weitere Indikatoren notwendig wären und inwiefern das Ergebnis des EPS-Test in Bezug auf den Bedarf an spezialisierter Palliative Care für sie jeweils korrekt war.

Stand der Arbeitspakete

Datenerhebung

Im Sommer 2024 wurde nach dem Kick-off (5. Juli 2024) des Projektes die Datenerhebung der testweisen Anwendung des EPS-Tests (Datenerhebung EPS 1) auf die neuen Patientinnen und Patienten der MPDs konzipiert und vorbereitet. Dazu wurde der EPS-Test als Online-Tool implementiert, wie bereits unter methodisches Vorgehen Datenerhebung EPS-Test erläutert. Am 2. September 2024 startete die Erhebung mit 7 MPDs, 2 weitere begannen im Oktober 2024.

Die ersten drei Monate (September bis November) wurden als Pilotphase genutzt, nach der im Dezember 2024 ein Erfahrungsaustausch mit den MPD-Verantwortlichen der teilnehmenden MPDs eingeplant wurde. Mit diesem Vorgehen sollte sichergestellt werden, dass die Erhebung in den MPDs wie geplant durchgeführt werden kann und allfällige Probleme und grosse Lücken identifiziert werden können. Während der Pilotphase wurden bereits insgesamt 367 Fälle erfasst (Tabelle).

Tabelle 3: Fallzahlen erfasste EPS-Tests nach MPD Pilotphase Sept.-Nov. 24

MPD	Anzahl EPS bis 30.11.24
Spitex Zürich 1	30
Spitex Zürich 2	70



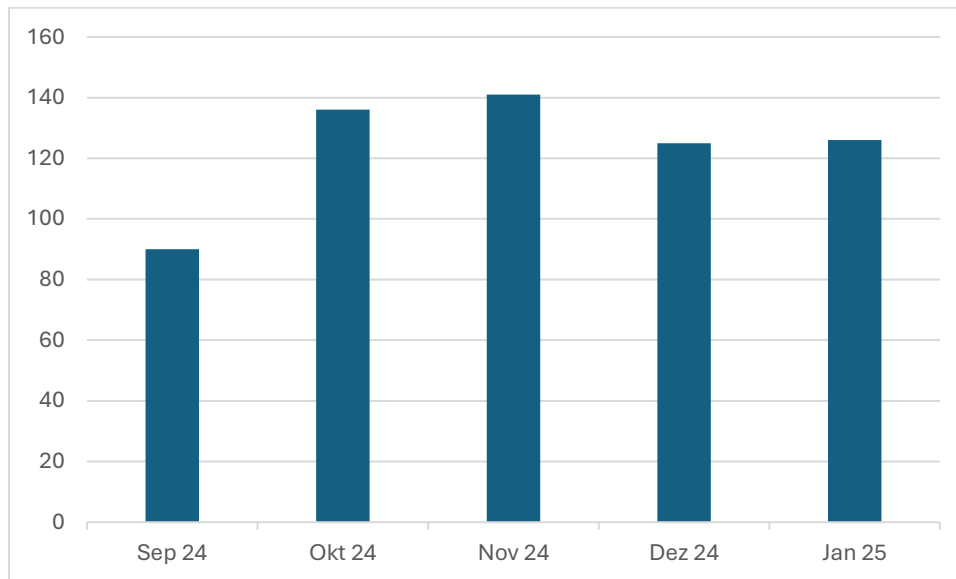
PalliativeSpitex Aargau, RPZ Brugg	25
PalliativeSpitex Aargau, RPZ Spitex Suhr	41
MPCT Basel	72
Palliativer Brückendienst Krebsliga Ost	80
MPD Solothurn	5
MPD Bern	43
MPD Arlesheim	1
Total	367

Quelle: Erhebung EPS-Test, BASS

Die ersten Fallzahlen in der Pilotphase und darauf basierende erste Ergebnisse wurde im Dezember 24 mit dem MPDs im Rahmen einer Online-Besprechung diskutiert und die Erfahrungen der MPDs mit der Erfassung in den ersten drei Monaten erfragt. Die Erfassung der Fälle ist laut den MPD-Verantwortlichen in der Praxis gut machbar und bedeutet keinen grossen zeitlichen Mehraufwand (pro Test 2-3 Minuten). Bezüglich der einzelnen Indikatoren hat sich mit Blick auf die erfassten Daten gezeigt, dass bereits alle Indikatoren bereits einmal angewählt wurden, auch wenn ihre Häufigkeit sehr unterschiedlich ist (vgl. Abschnitt Erste Ergebnisse Datenerhebung EPS). Als Herausforderungen oder Lücken in den Indikatoren wurde die Erfassung von Situationen mit betreuungsrelevanten psychischen Problemen und early palliative care Situationen genannt. Diese beiden Aspekte können deshalb ab Januar 2025 als zusätzliche Optionen nach dem Ausfüllen des EPS-Test erfasst werden, um diesen Situationen gerecht zu werden und deren Häufigkeiten abschätzen zu können.

Bis Ende Januar wurden insgesamt 618 Fälle mit dem EPS-Test erfasst. Die Anzahl Fälle pro Monat ist relativ konstant (Zunahme im Oktober aufgrund zusätzlicher MPDs).

Abbildung 1: Fallzahlen erfasste EPS-Test pro Monat Sept. 24 – Jan. 25



Quelle: Erhebung EPS-Test, BASS

Die weiteren Erhebungen des EPS-Test für die Interrater Reliabilität (Datenerhebung EPS 2-4) wird bei den zuweisenden Stellen auf Frühjahr 2025 geplant. Erste Schritte der Planung wurden bereits in Angriff genommen.

Die Befragung der Mitarbeitenden der MPDs zu ihren Erfahrungen mit der Anwendung des EPS-Test ist zum Ende der Anwendung des EPS-Tests, d.h. im Sommer 2025 geplant.

Kommunikation

In der Kommunikationsstrategie wird zwischen interner und externer Projekt-Kommunikation unterschieden. In der internen Kommunikation werden die MPD-Verantwortliche monatlich über den aktuellen Stand informiert. Die Mitglieder des Soundingboards werden bei den vereinbarten Terminen ausführlich informiert und einzelne Mitglieder werden zu deren spezifischen Gebieten bilateral zur Unterstützung beigezogen.

In der externen Projektkommunikation erhält die Co-Projektleitung Unterstützung von der Kommunikationsabteilung von palliative.ch. Ziel ist es zielgruppenspezifische Kommunikation über das Projekt zu publizieren, unter Einhaltung der Vorgaben der Age-Stiftung. Einerseits möchten wir für den Projekt-Nutzen sensibilisieren, über den Projektstand informieren und andererseits in der Fachwelt- wie auch in der Politik auf das Projekt und dessen vielfältigen Nutzen aufmerksam machen.

So werden bestehende Gefässe wie der Nationale Palliative Care Kongress 2025, die Summer School Palliative Nursing, die Netzwerke von palliative.ch aktiv und im Sinne von Multiplikation genutzt. Zudem wird die Co-Leitung bemüht sein, das Projekt an Fachsymposien, Fachtagungen usw. zu präsentieren. Die Kommunikation soll breit und über mehrere Kanäle erfolgen: Fachzeitschrift, Website von Age-Stiftung/palliative.ch und dessen Sektionen, Social Media, etc.

Die Kommunikations-Meilensteine und –Tasks sind in einem detaillierten Kommunikationsplan festgehalten (Beilage), welcher jedoch situativ und ergebnisoffen flexibel angepasst wird.

Termine

Projekt-Intern:

Soundingboards

1. Kick-off Soundingboard am 18. November 2025
2. Erstes Meilenstein Soundingboard Treffen 3. Februar 2025

Meetings MPD-Verantwortliche

- Erste Zwischen Evaluation mit MPD-Verantwortlichen am 12. Dezember 2025

Projekt-Extern:

- Interprofessionelles Netzwerk Langzeitpflege und Palliative Care, 18.3.2025
- MPD-Netzwerktreffen von palliative.ch, 29. Oktober 2025

Zugesagte künftige Auftritte zur Projektsensibilisierung

- MPD-Netzwerktreffen von palliative.ch, 29. April 2025 (Zürich)
- Gremiums Fachqualität für Palliative Care, 12. Juni 2025 (Zentralschweiz)
- Journal Club Stadtspital Zürich, 2. September 2025 (Zürich)
- Fachsymposium Palliative Care, 13. November 2025 (Zürich)
- Nationaler Kongress Palliative Care, 26. / 27. November 2025 (site Vortrag und Poster) (Biel)

Praxis & Organisation

Alle 2 Wochen hält die Co-Projektleitungen einen Austausch zum Stand und Umsetzung des Projekts. Sie koordinieren die anstehenden Anfragen und Aufgaben. Die Co-Projektleitung organisiert regelmässig einen Austausch mit Corina Wirth der Auftragsgeberin, um Rapport zu erstatten und Rückfragen zu stellen. Der Austausch mit Caroline Heusser vom Büro BASS findet je nach Phase des Projektes statt, dies ist eine agile Zusammenarbeit im Prozess des Projektes. Die Organisation und Durchführung des Soundingboards wird ebenfalls durch die Co-Projektleitung gesteuert und dessen Termine wurden bereits bis Ende des Projektes festgelegt und bekannt gegeben. Die MPD-Verantwortliche werden monatlich über den Stand der erfassten Tests, inkl. Auflistung der einzelnen MPD's, per Mail informiert. Wichtig zu erwähnen ist, dass es der Co-Projektleitung ein Anliegen ist,

eine kontinuierliche interne Projekt-Kommunikation zu leisten und eine möglichst pragmatische Organisation zu leisten und damit die Ausführung für alle Beteiligten möglichst effizient wird. Die Steuergruppe trifft sich alle 6 Monate.

Weiterführende Massnahmen

Arbeitspaket digitaler HUB

Mittels eines Auftrags an einen externen Spezialisten für «digitale Lösungen» soll anhand eines Anforderungsprofils eine Analyse erstellt werden, welche die zukünftige breite digitale Erfassung bei einem Rollout des Instrumenteneinsatzes erfolgen könnte. Der Anspruch: einfach, effektiv, zielführend. Dazu gehört vor allem auch eine Inventarisierung bestehender Lösungen auf der Schnittstelle Spitex/Langzeitpflege. Erste Vorbereitungs-schritte für die Abklärungen bzgl. Möglicher ICT-Varianten für den Rollout werden im dritten Quartal des Jahres 2025 in Angriff genommen. Dazu gehören ebenfalls interaktive online Schulungsprogramme wie z.B. E-Learnings, damit eine möglichst effiziente Schulung für neue Institutionen möglich sein wird. So sollen die wiederkehrenden personellen Ressourcen und somit Kosten reduziert werden.

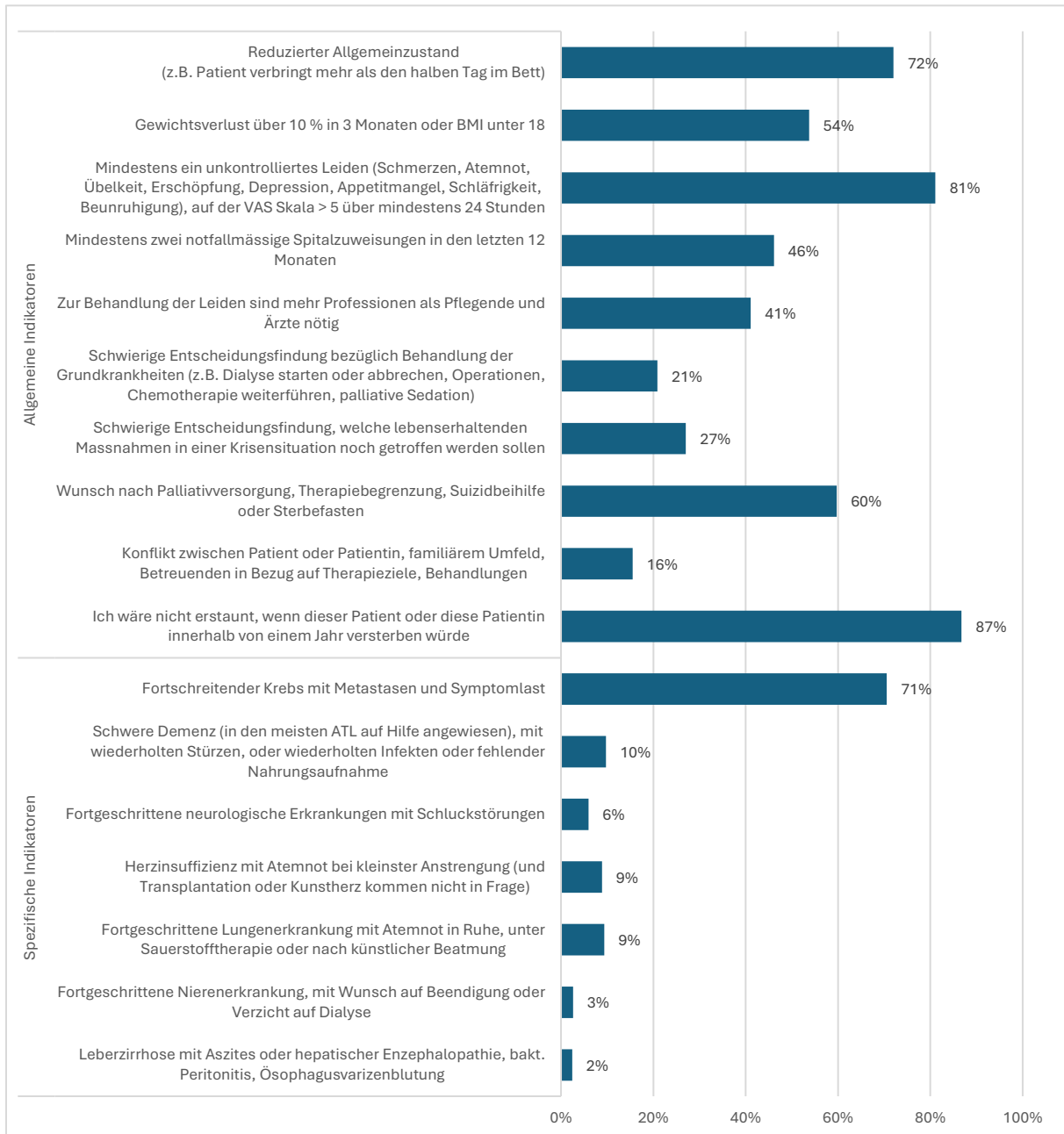
Erste Ergebnisse Datenerhebung EPS 1

Zum Ende der Pilotphase und im Hinblick auf den vorliegenden Zwischenbericht und kommende Präsentationen und Beiträge der Projektleitung wurden bereits erste Auswertungen der bisher erfassten EPS-Tests vorgenommen. Ende Januar lag die Fallzahl bei 618 EPS-Tests.

Die Abbildung 2 zeigt die Häufigkeit der einzelnen Indikatoren. Alle Indikatoren wurden bereits einmal angewählt, ihre Häufigkeit ist jedoch sehr stark unterschiedlich (2-87%). Die allgemeinen Indikatoren kommen insgesamt häufiger vor als die spezifischen. Zwei Indikatoren wurden in mehr als 80% der Fälle angewählt: «Ich wäre nicht erstaunt, wenn dieser Patient oder diese Patientin innerhalb von einem Jahr versterben würde» und «Mindestens ein unkontrolliertes Leiden». Zwei weitere bei über 70% der Fälle: «Reduzierter

Allgemeinzustand (z.B. Patient verbringt mehr als den halben Tag im Bett)» und «Fort-schreitender Krebs mit Metastasen und Symptomlast».

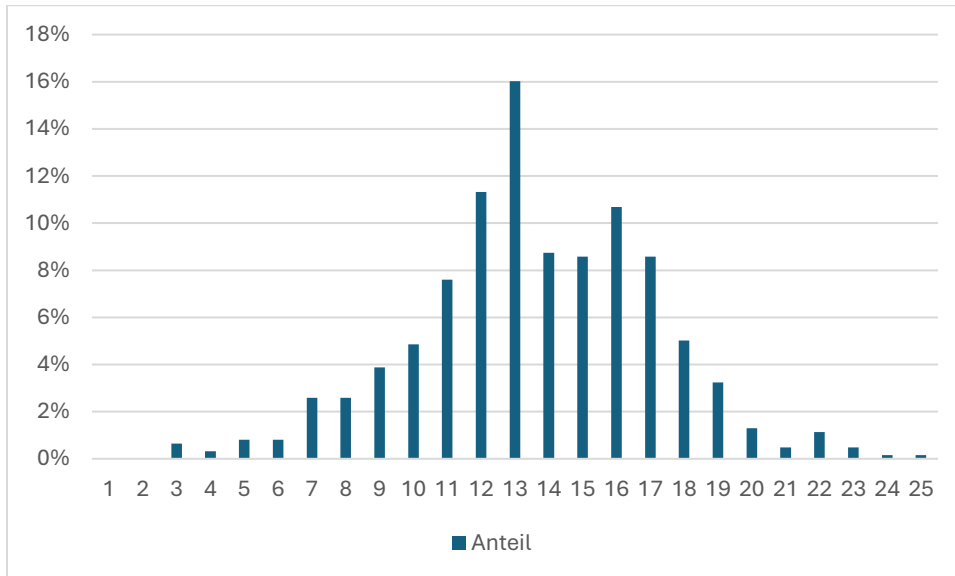
Abbildung 2: Häufigkeit Indikatoren EPS-Test (Sept. 24 – Jan. 25)



Quelle: Erhebung EPS-Test, BASS

Werden die Indikatoren pro Fall nach ihrer jeweiligen Punktzahl gewichtet und addiert, ergibt sich eine durchschnittliche Punktzahl von 12.6. Abbildung 3 zeigt die Verteilung der Summe der Punktzahl. Die Punktzahl variiert zwischen 2 und 24 Punkten, die häufigsten Werte liegen jedoch um 13.

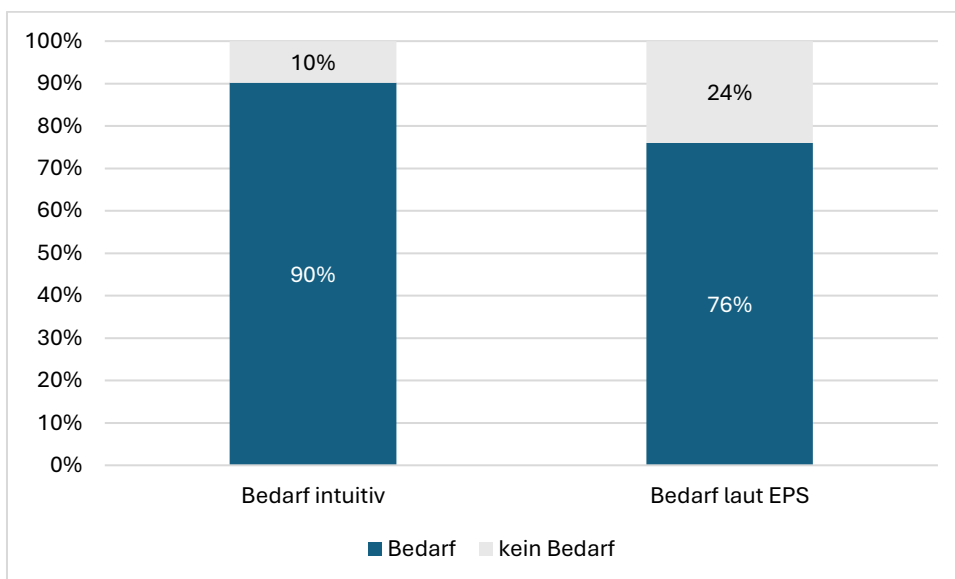
Abbildung 3: Total Punktzahl EPS-Test (Sept. 24 – Jan. 25)



Quelle: Erhebung EPS-Test, BASS

Ab 10 Punkten besteht laut dem EPS-Test ein Bedarf an spezialisierter Palliative Care. Damit ergibt sich aus dem EPS-Test in 76% der erfassten Fälle ein Bedarf an spezialisierter Palliative Care (Abbildung 4). Laut der intuitiven Einschätzung der Mitarbeitenden der MPDs weisen 90% einen Bedarf auf. Dies zeigt, dass der EPS-Test in der aktuellen Form etwas restriktiver ist in der Einschätzung des Bedarfs.

Abbildung 4: Einschätzung Bedarf an spezialisierter Palliative Care intuitiv und laut EPS-Test (Sept. 24 – Jan. 25)



Quelle: Erhebung EPS-Test, BASS



Der Vergleich der beiden Einschätzungen zeigt, dass sie in 81% übereinstimmen (Tabelle). Dass die Einschätzung nicht übereinstimmt, ist primär dann der Fall, wenn intuitiv ein Bedarf gesehen wird, laut dem EPS-Test jedoch nicht.

Tabelle 4: Vergleich Einschätzung Bedarf an spezialisierter Palliative Care intuitiv und laut EPS-Test (Sept. 24 – Jan. 25)

		Einschätzung EPS-Test	
		kein Bedarf	Bedarf
Einschätzung intuitiv	kein Bedarf	8%	2%
	Bedarf	16%	74%

Quelle: Erhebung EPS-Test, BASS

Literatur

Boyd, K., Highet, G., Crawford, D., Duthie, F., & Murray, S. (2012). Identifying patients with advanced illness for needs assessment and care planning: SPICT in practice. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2(Suppl 1), A43.1-A43.

<https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000196.124>

Bundesamt für Gesundheit BAG, & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (Hrsg.). (2014). *Indikationskriterien spezialisierte Palliative Care*. https://res.cloudinary.com/adminch/image/private/s4iW9J14--/v1719952977/Bundespublikationen/316_717_d.pdf

Ebnetter, A. S., Fusi-Schmidhauser, T., & Gärtner, J. (2021). *Identifikationsinstrumente in den zertifizierten Schweizer Palliative Care Institutionen*. Bigorio. <https://www.palliative.ch/de/was-wir-tun/arbeitsgruppen/bigorio-best-practice>

Erkennung palliativer Situationen. (o. J.). Abgerufen 2. Mai 2025, von <https://www.andreasweberstiftung.ch/eps-test>



palliative.ch

gemeinsam kompetent
ensemble compétent
insieme con competenza

Anhang