



**palliative.ch**

**gemeinsam** kompetent  
**ensemble** compétent  
**insieme** con competenza

## **Kurz-Bericht: Bigorio Survey©**

### **Identifikationsinstrumente in den zertifizierten Schweizer Palliative Care Institutionen**

- Dies ist eine gekürzte Version des englischen Stamm-Dokument. Für Detailfragen und Details verweisen wir höflichst an dieses.

Die Autoren: Andreas Samuel Ebner (korrespondierend) , Tanja Fusi-Schmidhauser,  
und Jan Gaertner, für die Bigorio-Gruppe\*

\* <https://www.palliative.ch/de/was-wir-tun/arbeitsgruppen/bigorio-best-practic>

*Copyright* palliative. Publikation (Website palliative.ch): Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0),

## Zusammenfassung

Hintergrund: Die Identifizierung von Patienten mit einer lebensbegrenzenden Erkrankung, die von der allgemeiner oder spezialisierter Palliative Care (PC) profitieren könnten, sollte frühzeitig erfolgen, um einen grösstmöglichen Nutzen aus diesem Angebot zu ziehen. Neben der klinischen Beurteilung stehen in der Schweiz und international mehrere Instrumente zur Verfügung, die dies erleichtern sollen. Es ist jedoch unklar, welche dieser Instrumente die verschiedenen spezialisierten PC Institutionen verwenden.

Zielsetzungen: Ermittlung der Strategien und Instrumente, die in zertifizierten Schweizer PC Einrichtungen zur Identifizierung von Patienten, die eine allgemeine oder spezialisierte PC benötigen, eingesetzt werden.

Methoden: Online-Umfrage

Ergebnisse: Es antworteten 31/88 Institutionen (Rücklaufquote 35,2%: Deutsch-, 30,2%, Französisch-, 42,9%, Italienischsprachiger Teil, 75%). Palliativstationen, Konsiliardienste und mobile Dienste waren involviert. Auf nationaler Ebene war die wichtigste Identifizierungsstrategie sowohl für die allgemeine als auch für die spezialisierte PC die "klinische Beurteilung" (74,2 % bzw. 64,5 %), mit deutlichen Unterschieden zwischen den drei Sprachregionen. Im deutschsprachigen Teil überwiegt die klinische Beurteilung (allgemein und spezialisiert, > 90 %), im französischsprachigen Teil wurden die klinische Beurteilung und Instrumente gleichermaßen verwendet (allgemein und spezialisiert, 44,4 % und 55,6 %) und im italienischsprachigen Teil wurde durchweg ein Instrument verwendet (allgemein und spezialisiert, 100 %). Die wichtigsten verwendeten Instrumente waren ID-PALL©, PALLIA-10©, "Flowchart per l'identificazione del paziente con malattia in fase palliativa" und P-CaRES(-D).

Schlussfolgerung: Die klinische Beurteilung ist nach wie vor eine wichtige Strategie zur Identifizierung von Patienten, die in der Schweiz allgemeine oder spezialisierte Palliative Care benötigen. Die Auswahl der Instrumente hängt von der Sprachregion ab, und es werden hauptsächlich lokal angepasste Instrumente verwendet. Die Instrumente unterscheiden sich erheblich in Bezug auf ihre Komplexität und den Grad ihrer Validierung.

### Hintergrund

Die frühzeitige Einführung der Palliative Care (PC) in die Betreuung von Patienten mit fortgeschrittenen und zum Tode führenden Krankheiten hat mehrere Vorteile, wie z. B. eine verbesserte Lebensqualität (1-3), eine Verringerung der psychischen Belastung (4) und eine bessere Koordination der Pflege (5), aber nur ein kleiner Prozentsatz dieser Patienten bekommt tatsächlich Zugang zur PC. Die Akzeptanz der PC bei Patienten, ihren Angehörigen und Pflegefachpersonen ist hoch (ZITAT?), allerdings ist es wichtig, für jeden Einzelnen den richtigen Zeitpunkt für die Einführung der PC zu finden.

In der Literatur wurden mehrere Hindernisse für die Bereitstellung von PC genannt, darunter die persönliche Präferenz der Patienten oder des Pflegepersonals, das mangelnde palliativmedizinische Fachwissen der Ärzte und die Konzentration auf krankheitsmodifizierende Behandlungen (6-10). Oft fehlt es an einer proaktiven Identifizierung der Situation. Für die Identifizierung gibt es zwei Strategien, nämlich die klinische Beurteilung und strukturierte Identifizierungsinstrumente.

Die klinische Beurteilung hängt von vielen individuellen Faktoren ab (11), die einen unvorhersehbaren Einfluss auf den Zeitpunkt der Identifizierung haben können.

Es gibt viele *strukturierte* Identifizierungsinstrumente (12, 13). Zu den bekanntesten gehören NECPAL (14), SPICT (15) und GSF (16). Die meisten dieser internationalen Instrumente haben ein gemeinsames Element, nämlich die Überraschungsfrage (Surprise question) (17, 18), und richten sich hauptsächlich an erwachsene Patienten. Für die Pädiatrie gibt es nur ein Instrument, die PaPaS-Skala - Paediatric Palliative Screening Scale (19-21), die derzeit in der Schweiz validiert wird (22). Das Schweizer Handbuch für Palliative Care (23) beschreibt zusätzlich RADPAC (24) und PALLIA-10 (25). Kürzlich entwickelten Teike et al. das erste validierte Instrument (ID-PALL©) in der Schweiz (13, 26, 27)(13, 26, 27)(16, 29, 30)(19, 32, 33).

Die Bigorio-Leitliniengruppe initiierte 2017 eine Konsenskonferenz um einen zweckorientierten Identifizierungsalgorithmus zu entwickeln. Diese Arbeit verzögerte sich aufgrund mangelnder Ressourcen, und wurde nicht beendet, zumal in der Zwischenzeit ein lokales validiertes Instrument entwickelt worden war (ZITAT?).

Die klinische Beurteilung ist immer noch ein wichtiger Bestandteil in der täglichen Praxis für die Identifikation der PC Patienten. Ausserdem existieren in den drei Sprachregionen leicht unterschiedliche Leitlinien oder Routinen. Aus diesen Gründen beschloss die Bigorio-

Gruppe, kein neues Instrument zu entwickeln oder vorzuschlagen, sondern zu erheben, welche Instrumente, die die verschiedenen zertifizierten PC Institutionen einsetzen.

### Forschung Zweck

Ziel dieser Umfrage war es, herauszufinden, welche Identifizierungsstrategien und -instrumente von den zertifizierten PC-Einrichtungen verwendet werden um den status quo der gängigen Praxis zu erheben und mögliche Empfehlungen abzuleiten.

### Ablauf der Studie<sup>1</sup>

Diese Querschnittsstudie bestand aus einem speziell entwickelten Online-Fragebogen (gehostet auf SurveyMonkey™).

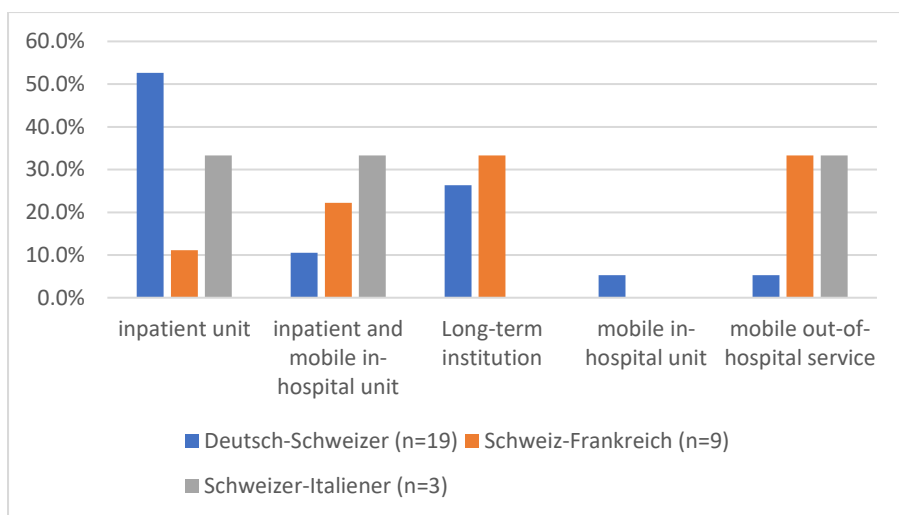


Abbildung 1: Verteilung der Art der Dienstleistungen nach Sprachregionen.

### Wichtigste Ergebnisse

#### Allgemeine Palliativversorgung

Die vorherrschende Methode zur Ermittlung von Patienten, die eine allgemeine PC benötigen, war die "klinische Beurteilung" (74,2 %), gefolgt von einer Kombination aus klinischer Beurteilung und einem Instrument (19,4 %). Einige wenige Institutionen verwendeten ausschliesslich ein Instrument (3,2 %).

Insgesamt wurden 88 Institutionen angeschrieben (deutschsprachige Region, 63; französischsprachige Region, 21; italienischsprachige Region, 4).

### Ergebnisse

Die Rücklaufquote war 35,2 % (Deutsch, 30,2 %; Französisch, 42,9 %; Italienisch, 75 %).

Alle Arten von Institutionen waren vertreten (stationäre- 38,7 %; stationäre und mobile stationäre-, 16,1 %; Langzeit- 25,8 %; mobile stationäre Einrichtungen, 3,2 %; und mobile ausserklinische Dienste, 16,1 %). Der Anteil der zertifizierten stationären Fachabteilungen war in den deutschschweizerischen Einrichtungen am höchsten. (Abbildung 1).

Eine Langzeitpflegeinstitution betrachtete alle ihrer Patienten als PC-Patienten (3,2 %).

Es gab deutliche Unterschiede zwischen den Sprachregionen. In der deutschen Region war die "klinische Beurteilung" am stärksten vertreten (94,7 %), während in der italienischen Region die Verwendung eines Instruments Standard war (100 %). In der französischen Sprachregion wurden beide Methoden ausgewogen eingesetzt (55,6 % gegenüber 44,4 %) (Abbildung 2).

<sup>1</sup> Weitere Details der Methodik können im englischen Stamm-Dokument eingesehen werden.

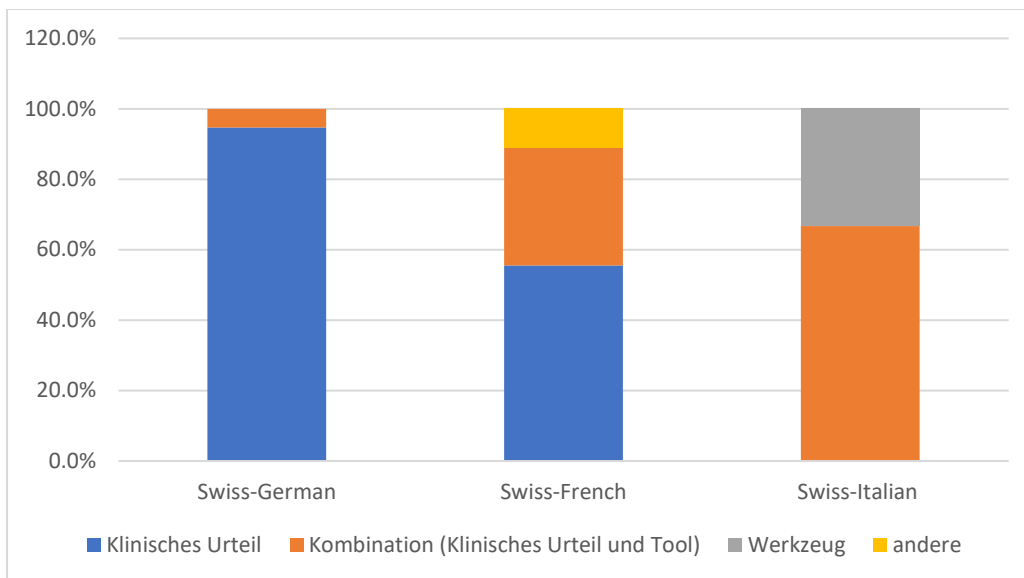


Abbildung 2: Strategien und Instrumente zur Ermittlung des allgemeinen Bedarfs an Palliativversorgung.

Sieben Institutionen (22,6%) verwendeten Instrumente. Das am häufigsten verwendete Instrument war ein speziell für den italienischen Sprachraum entwickeltes Tool ( "Flowchart per l'identificazione del paziente con malattia in fase palliativa" (28) (42,9 %)), gefolgt von P-CaRES oder SPICT allein, SPICT in Kombination mit P-CaRES oder ID-PALL in Kombination mit PALLIA-10 (jeweils 14,3%). Tabelle 1 gibt einen Überblick über die beschriebenen Instrumente.

Bei den sieben Einrichtungen, die angaben, ein Instrument zur Ermittlung des allgemeine PC Bedarfs zu verwenden, handelte es sich hauptsächlich um kombinierte stationäre und mobile stationäre Einrichtungen (57,1 %; ), gefolgt von mobilen ambulanten Diensten (28,6 %; ) und stationären Einrichtungen (14,3 %; ). Die mobilen stationären Einrichtungen verwendeten keine Instrumente (Abbildung 4).

### Spezialisierte Palliativversorgung

Die wichtigste Strategie zur Identifizierung von Patienten, die eine spezielle PC benötigen, war die "klinische Beurteilung" (64,5 %; ). Die Verwendung eines bestimmten Instruments zur Identifizierung war

häufiger als für die allgemeine PC (29 %: Kombination aus klinischem Urteil und Instrument, 25,8 %; Instrument allein, 3,2 %). Zwei Zentren (6,5 %) verwendeten andere Strategien (alle Patienten wurden gemäss interner Leitlinie als PC-Patienten).

Es gab Unterschiede zwischen den Sprachregionen: In der italienischen (100 %) und französischen Region (55,6 %) wurden wesentlich mehr Identifizierungsinstrumente verwendet als in der deutschen Sprachregion (5,3 %) (Abbildung 3).

Die Arten von Instrumenten, die für spezialisierte PC verwendet wurden, waren weniger unterschiedlich als die für die allgemeine PC. Das schweizerisch-italienische Tool "Flowchart per l'identificazione del paziente con malattia in fase palliativa" (28) und das französische PALLIA-10 (29) wurden gleich häufig verwendet (37,50%), gefolgt von ID-PALL© (30) und P-CaRES-D (iPlan©) (31) (je 12,5%).

Unter den Einrichtungen, die Instrumente zur Identifizierung spezialisierten PC Bedarfs verwendeten, waren etwas mehr stationäre Einrichtungen (25 % gegenüber 14,3 %). (Abbildung 4).

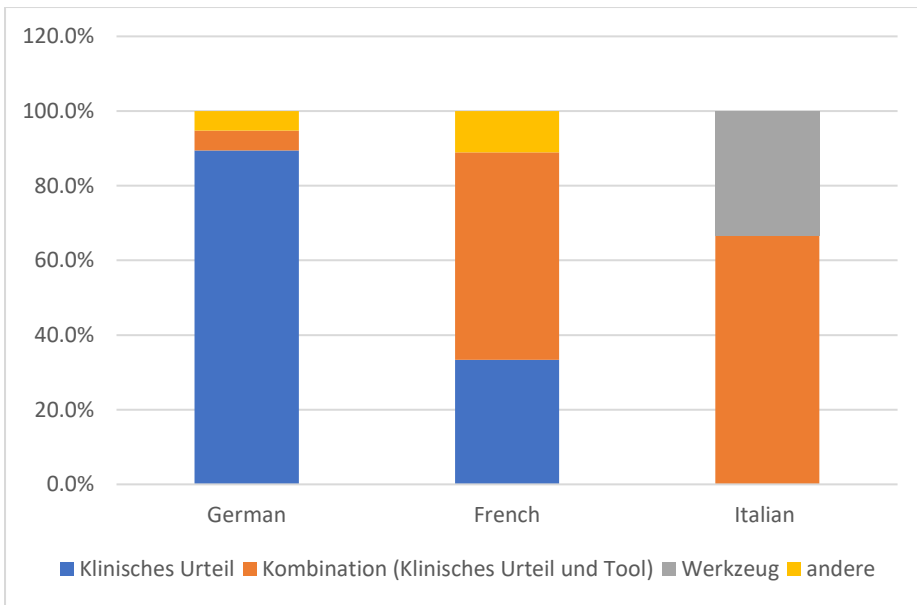


Abbildung 3: Strategien und Instrumente zur Ermittlung des Bedarfs an spezialisierter Palliativversorgung.

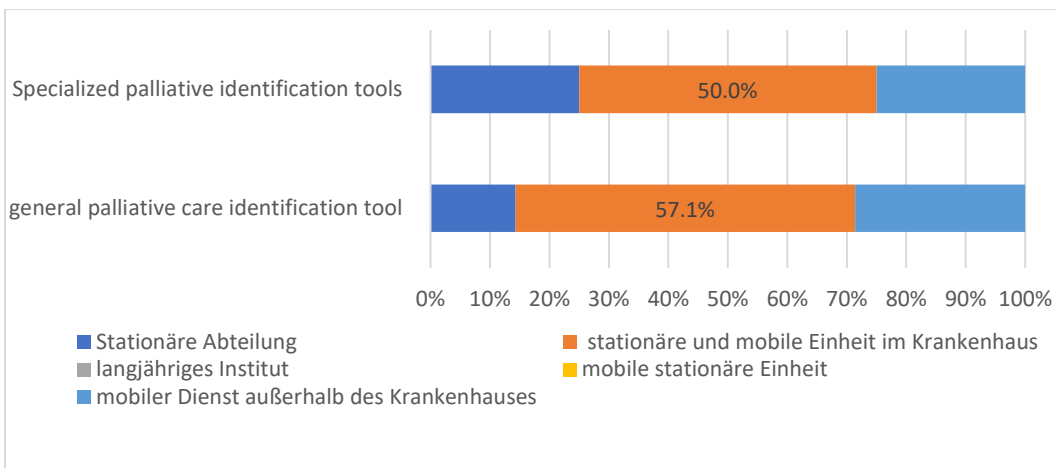


Abbildung 4. Arten von Einrichtungen, die spezifische Identifizierungsinstrumente verwenden (für allgemeine PC, n = 7; spezialisierte, n = 8).

Instrument	Allgemein	Spezialisiert	Validierung, Sprache	Beschreibung	Verfügbar unter (öffentlich)
<b>ID-Pall©</b>	x	x	Ja, Französisch und Italienisch  (Übersetzung Deutsch/Englisch geplant)	Basierend auf einer spezifischen Validierungsstudie und einem Delphi-Verfahren (13); zwei Teile ID-PALL© G (allgemeine Palliativmedizin): zwei Elemente: (a) Überraschungsfrage, (b) Drei-Elemente-Bewertung; Schwellenwert, Überraschungsfrage oder ein positives Item im Bewertungsteil. ID-PALL© S (spezialisierte Palliativversorgung): 7-Item-Assessment; Schwellenwert, positiver ID-Pall-G© plus ein positives Item.	<a href="#">ID-PALL - Palliativ- und Betreuungsdienst - CHUV</a>
<b>Pallia 10©</b>		x	Ja (25) Französisch	10 Items: Erste Frage ("Hat der Patient eine unheilbare Krankheit?") obligatorisch, um fortzufahren; keine Überraschungsfrage; Score 0-10; Schwellenwert, 3 Items positiv (Frankreich), 5 Items (Schweiz)	<a href="#">Pallia 10   SFAP - Internetauftritt</a> <a href="#">Pallia10-HopitalHopitaldu Valais</a>
<b>Flowchart per l'identificazione del paziente con malattia in fase palliativa (I-CURPAL-029)</b>	x	x	Nein Italienisch  (basierend auf NECPAL (14)und GSF (16))	Speziell entwickeltes Flussdiagramm auf der Grundlage von NECPAL (14)GSF (16)und einer Übersicht über die Literatur zu diesem Thema. Das Instrument kombiniert 4 Teile in einer Abfolge: Überraschungsfrage, allgemeiner Indikator für die Verschlechterung, Indikator für die zugrundeliegende Krankheit und Kriterien für die Komplexität (allgemeine vs. spezielle PC). Kein Scoring, keine spezifische Schwelle.	<a href="#">Flowchart per l'identificazione del paziente con malattia in fase palliativa -EOC</a>
<b>P-CaRES-D (iPlan©)</b>	x		teilweise deutsch  (basierend auf P-CaRES (32))	Identifikationsteil eines ACP-Planning-Tools (unvalidiert) basierend auf einer inhaltlich validierten (Msc-Thesis) deutschen Übersetzung P-CaRES-D(33)des P-CaRES(34). Zwei Teile: (a) Einschätzung der lebensbegrenzenden Erkrankung (Punktzahl 0-8; Schwellenwert, 1 positives Item); (b) Bedarf an Palliativversorgung (Punktzahl 0-5, einschließlich Überraschungsfrage; Schwellenwert, 2 positive Items).	<a href="#">iplan -(iplan-care.ch) (Modul Prognose einschätzen)</a>
<b>Pädiatrie (zur Information: nicht Teil der Antworten in der Umfrage)</b>					
<b>PaPaS-Skala</b>	x	x	teilweise, Englisch	5 Bereiche (Lebenserwartung, Behandlungsergebnis, Leistungsstatus, Symptome, Präferenzen) mit 13 Items. Punktzahl 0-42; drei Schwellenwerte, die ein schrittweises Vorgehen bei der PC-Behandlung auslösen	<a href="#">Ursprüngliche Studie</a>  <a href="#">Laufende Validierung/Schweiz</a>
<b>International</b>					
<b>SPICT</b>	x		Ja (15) Englisch	<a href="#">SPICT - Supportive and Palliative Care Indicators Tool</a>	
<b>P-CaRES</b>	x	(x)	Ja (32, 34) Englisch	<a href="#">Inhaltliche Validierung eines neuartigen Screening-Tools zur Identifizierung von Patienten in der Notaufnahme mit erheblichem Bedarf an Palliativmedizin</a>	

Tabelle 1: Übersicht über die beschriebenen Instrumente, Schweizer Instrumente an der Spitze. Beschreibungen nur für die in der Schweiz validierten oder angepassten Tools. Sortiert nach Vollständigkeit, Validierung und in alphabetischer Reihenfolge.

## Diskussion

### Interpretationen

Soweit bekannt, ist dies die erste Umfrage dieser Art in der Schweiz.

Die am häufigsten verwendete Strategie Identifizierung von Patienten, die PC benötigen, war die "klinische Beurteilung". "Der Grund dafür könnte sein, dass der stark patientenzentrierte Ansatz ein hohes Mass an klinischem Urteilsvermögen in der täglichen klinischen Praxis voraussetzt. Ein weiterer Grund könnte die mangelnde Verfügbarkeit oder Kenntnis validierter Instrumente oder ein Mangel an Zeit für deren Anwendung sein.

Insgesamt wird die klinische Beurteilung in der Deutschschweiz viel häufiger angewendet als in den anderen Regionen. Nur zwei teilnehmende deutsche Zentren ein Instrument zur Identifizierung von PC Patienten (P-CaRES-D und eine nicht genannte interne Leitlinie), während mehr als 50 % aller Zentren in der französischen und italienischen Region ein Instrument verwendeten. Eine klare Hypothese für diese unterschiedliche Praxis existiert nicht. Das vollständig validierte (französische und italienische) Instrument in der Schweiz (ID-PALL©) kann für die Identifizierung allgemeiner und spezieller PC verwendet werden und in diesen Sprachregionen nützlich sein.

Für die Identifizierungsstrategien sowohl in der allgemeinen- als auch in der spezialisierten PC werden regional angepasste oder validierte Instrumente verwendet. In der Deutschschweiz wurde nur ein (teilvalidiertes) Instrument von einem Zentrum genannt, nämlich P-CaRES-D (iPlan©) (31, 33). In den anderen Sprachregionen der Schweiz wurden klare Präferenzen beobachtet; in der französischsprachigen Schweiz wurden die validierten Instrumente ID-PALL© (30) und PALLIA-10 (29) verwendet, und in der italienischsprachigen Schweiz das nicht validierte Instrument "Flowchart per l'identificazione del paziente con malattia in fase palliativa" (28). Dies zeigt eine gewisse Standardisierung in diesen Regionen, was aus Sicht der öffentlichen Gesundheit wünschenswert ist. Ein einziges validiertes Instrument für das ganze Land wäre ideal, um Vergleichbarkeit und Benchmarking zu ermöglichen.

Langzeiteinrichtungen meldeten keinen Einsatz von Identifizierungsinstrumenten. Dies ist jedoch nicht überraschend, da sie hauptsächlich Patienten betreuen, bei denen die Identifizierung bereits klar ist.

Die Rücklaufquote der Umfrage erlaubt es nicht, alle Ergebnisse für die Schweiz zu verallgemeinern. Dennoch scheinen zwei Ergebnisse repräsentativ zu sein. Erstens wird immer die klinische Beurteilung herangezogen und ist in einigen Einrichtungen die einzige Strategie zur Identifizierung von Patienten, die eine PC benötigen; zweitens wird in der Schweiz nur eine begrenzte Anzahl von Instrumenten verwendet, und die Verwendung zeigt ein regionales Muster.

Um dieses Thema weiter zu untersuchen, schlagen wir vor, die Umfrage auf diejenigen auszuweiten, die einen Grossteil der allgemeinen PC leisten, insbesondere Hausärzte und spitalexterne Pflegedienste. Dies ist wichtig, da die Umfrage in dieser Studie nur die Praxis in zertifizierten Einrichtungen widerspiegelt, in denen die meisten Patienten wahrscheinlich vorselektiert sind.

### Limitationen

Unsere Umfrage hat mehrere Einschränkungen. Erstens eine Rücklaufquote von 35,2 %.

Zweitens wurden nur zertifizierte spezialisierte Einrichtungen in die Erhebung einbezogen, so dass die Praktiken von nicht zertifizierten Einrichtungen und in der allgemeinen PC nicht untersucht wurden.

Drittens konnten einige Antworten nicht berücksichtigt werden, weil Angaben zur Art der Einrichtung fehlten. Die ausgeschlossenen Antworten konnten teilweise analysiert werden und enthielten hauptsächlich Angaben zum "klinischen Urteil" (70 %). Daher war die Tendenz bei den ausgeschlossenen Antworten ähnlich wie bei den gültigen Antworten.

### Schlussfolgerung

Diese Umfrage hat gezeigt, dass die "klinische Beurteilung" zur Zeit die verbreitetste Praxis für die Identifizierung von PC Patienten darstellt. Von den verwendeten Instrumenten wurden vier an das Schweizer Umfeld angepasst, nämlich ID-PALL©, PALLIA-10, das Flussdiagramm für schweizerisch-italienische Institutionen" und P-CaRES-D. Diese Instrumente decken alle Schweizer Sprachen ab und wurden entweder validiert oder an das regionale Umfeld angepasst. Keines dieser Instrumente wurde jedoch vollständig für die allgemeine und spezialisierte PC und für alle Sprachen validiert. Es wäre von Vorteil, wenn alle Instrumente auf nationaler Ebene validiert und in allen Sprachen verfügbar gemacht werden könnten. Im Idealfall würde dies dazu führen, dass in Zukunft nur noch ein einziges Instrument für das gesamte Land oder zumindest eines pro Sprachregion zur Verfügung stünde.

## Bibliographie und zusätzliche Informationen

1. Vanbutsele G, Pardon K, Van Belle S, Surmont V, De Laat M, Colman R, et al. Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 2018;19(3):394-404.
2. Haun MW, Estel S, Rücker G, Friederich HC, Villalobos M, Thomas M, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;6(6):Cd011129.
3. Gaertner J, Siemens W, Meerpohl JJ, Antes G, Meffert C, Xander C, et al. Effect of specialist palliative care services on quality of life in adults with advanced incurable illness in hospital, hospice, or community settings: systematic review and meta-analysis. *Bmj.* 2017;357:j2925.
4. Dionne-Odom JN, Azuero A, Lyons KD, Hull JG, Tosteson T, Li Z, et al. Benefits of Early Versus Delayed Palliative Care to Informal Family Caregivers of Patients With Advanced Cancer: Outcomes From the ENABLE III Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol.* 2015;33(13):1446-52.
5. Kaasa S, Loge JH, Aapro M, Albrecht T, Anderson R, Bruera E, et al. Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. *Lancet Oncol.* 2018;19(11):e588-e653.
6. Gips A, Daubman BR, Petrillo LA, Bowman J, Ouchi K, Traeger L, et al. Palliative care in the emergency department: A qualitative study exploring barriers, facilitators, desired clinician qualities, and future directions. *Palliat Support Care.* 2021:1-6.
7. Disler R, Pascoe A, Luckett T, Donesky D, Irving L, Currow DC, et al. Barriers to Palliative Care Referral and Advance Care Planning (ACP) for Patients With COPD: A Cross-Sectional Survey of Palliative Care Nurses. *Am J Hosp Palliat Care.* 2021:10499091211018192.
8. van der Stap L, de Nijs EJM, Oomes M, Juffermans CCM, Ravensbergen WM, Luelmo SAC, et al. The self-perceived palliative care barriers and educational needs of clinicians working in hospital primary care teams and referral patterns: lessons learned from a single-center survey and cohort study. *Ann Palliat Med.* 2021;10(3):2620-37.
9. Stiel S, Ewertowski H, Krause O, Schneider N. What do positive and negative experiences of patients, relatives, general practitioners, medical assistants, and nurses tell us about barriers and supporting factors in outpatient palliative care? A critical incident interview study. *Ger Med Sci.* 2020;18:Doc08.
10. Kruser TJ, Kruser JM, Gross JP, Moran M, Kaiser K, Szmulowicz E, et al. Medical oncologist perspectives on palliative care reveal physician-centered barriers to early integration. *Ann Palliat Med.* 2020;9(5):2800-8.
11. Chin-Yee B, Fuller J. Clinical judgement: Multidisciplinary perspectives. *Journal of Evaluation in Clinical Practice.* 2018;24(3):635-7.
12. ElMokhallalati Y, Bradley SH, Chapman E, Ziegler L, Murtagh FE, Johnson MJ, et al. Identification of patients with potential palliative care needs: A systematic review of screening tools in primary care. *Palliative medicine.* 2020;34(8):989-1005.
13. Teike Lüthi F, Bernard M, Beauverd M, Gamondi C, Ramelet AS, Borasio GD. Identification of patients in need of general and specialised PALLiative care (ID-PALL©): item generation, content and face validity of a new interprofessional screening instrument. *BMC Palliat Care.* 2020;19(1):19.
14. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. *BMJ Support Palliat Care.* 2013;3(3):300-8.
15. Hight G, Crawford D, Murray SA, Boyd K. Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): a mixed-methods study. *BMJ Support Palliat Care.* 2014;4(3):285-90.
16. Gold-Standards-Framework-Centre. Welcome to Gold Standards Framework 2021 [Available from: <https://www.goldstandardsframework.org.uk/>].
17. Kim SH, Suh SY, Yoon SJ, Park J, Kim YJ, Kang B, et al. "The surprise questions" using variable time frames in hospitalized patients with advanced cancer. *Palliat Support Care.* 2021:1-5.
18. Moss AH, Lunney JR, Culp S, Auber M, Kurian S, Rogers J, et al. Prognostic significance of the "surprise" question in cancer patients. *J Palliat Med.* 2010;13(7):837-40.
19. Song IG, Kwon SY, Chang YJ, Kim MS, Jeong SH, Hahn SM, et al. Paediatric palliative screening scale as a useful tool for clinicians' assessment of palliative care needs of pediatric patients: a retrospective cohort study. *BMC Palliative Care.* 2021;20(1):73.
20. Bergstraesser E, Hain RD, Pereira JL. The development of an instrument that can identify children with palliative care needs: the Paediatric Palliative Screening Scale (PaPaS Scale): a qualitative study approach. *BMC Palliative Care.* 2013;12(1):20.
21. Bergstraesser E, Paul M, Rufibach K, Hain RD, Held L. The Paediatric Palliative Screening Scale: Further validity testing. *Palliative medicine.* 2014;28(6):530-3.
22. SPhAERA Studie Pädiatrische Palliative Care-USZ2021 [Available from:



<https://www.kispi.uzh.ch/forschungszentrum/forschungsgebiete/paediatrische-palliative-care>.

23. PVayne-Bossert Petra BK. Erkennen einer Palliativesituation -Voraussetzung für aufrichtige Kommunikation. In: Bally K, Büche D, Vayne-Bossert P, Pautex S, Fusi-Schmidhauser T, Anneser J, editors. Handbuch Palliativmedizin. 4., aktualisierte und ergänzte Auflage ed. Bern: Hogrefe; 2021. p. 23-31.
24. Thoonsen B, Engels Y, van Rijswijk E, Verhagen S, van Weel C, Groot M, et al. Early identification of palliative care patients in general practice: development of RADboud indicators for Palliative Care Needs (RADPAC). Br J Gen Pract. 2012;62(602):e625-31.
25. Molin Y, Gally C, Gautier J, Lardy-Cleaud A, Mayet R, Grach MC, et al. PALLIA-10, a screening tool to identify patients needing palliative care referral in comprehensive cancer centers: A prospective multicentric study (PREPA-10). Cancer Med. 2019;8(6):2950-61.
26. Teike Luthi F, Borasio GD, Bernard M. [Identification of palliative care patients :issues and screening tools]. Rev Med Suisse. 2017;13(548):307-9.
27. Teike Luthi F, Bernard M, Vanderlinden K, Ballabeni P, Gamondi C, Ramelet AS, et al. Measurement Properties of ID-PALL, A New Instrument for the Identification of Patients With General and Specialized Palliative Care Needs. J Pain Symptom Manage. 2021.
28. Flowchart per l'identificazione del paziente con malattia in fase palliativa 2021 [cited 2021 10-10-

2021]. Available from:

[https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/malattie\\_infettive/Flowchart per l'identificazione del paziente.pdf](https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/malattie_infettive/Flowchart_per_l_identificazione_del_paziente.pdf).

29. PALLIA 10 2021 [Available from: <http://www.sfap.org/rubrique/pallia-10>].
30. ID-PALL 2021 [Available from: <https://www.chuv.ch/fr/soins-palliatifs/spl-home/professionnels-de-la-sante/id-pall>].
31. iplan – Gemeinsam vorausplanen. Selbstbestimmung ermöglichen 2021 [Available from: <https://www.ipan-care.ch/>].
32. George N, Barrett N, McPeake L, Goett R, Anderson K, Baird J. Content Validation of a Novel Screening Tool to Identify Emergency Department Patients With Significant Palliative Care Needs. Acad Emerg Med. 2015;22(7):823-37.
33. Alexander H. Deutsche Übersetzung und Augenscheinvalidierung des Palliative Care and Rapid Emergency Screening (P-CaRES) Tool [Msc (medical school)]: University of Berne; 2020.
34. Paske JRT, DeWitt S, Hicks R, Semmens S, Vaughan L. Palliative Care and Rapid Emergency Screening Tool and the Palliative Performance Scale to Predict Survival of Older Adults Admitted to the Hospital From the Emergency Department. American Journal of Hospice and Palliative Medicine®. 2020;38(7):800-6.

### *Die Rolle der Finanzierungsquelle*

palliative.ch hat als Geldgeber die administrative und redaktionelle Unterstützung geleistet. Sie hatten keinen Einfluss auf den Inhalt dieser Arbeit.

### *Zugehörigkeit und Interessenkonflikte*

Der Autor, ASE, arbeitet für das Universitätszentrum für Palliative Care, Inselspital Bern, Schweiz. Er ist nicht an der Entwicklung von iPlan© beteiligt.

Die Co-Autorin TF arbeitet für die Klinik für Palliativmedizin und Supportive Care, IOSI-EOCE, Bellinzona, Schweiz. Sie hat die Entwicklung des schweizerisch-italienischen Tools unterstützt.

Der Co-Autor JG arbeitet für das Palliativzentrum Hildegard, Basel, Schweiz und ist Titularprofessor an der Universität Basel, Basel, Schweiz. Er hat keine Interessenkonflikte zu deklarieren.

### *Danksagungen*

Wir möchten uns bei Stephanie Alder und Renate Gurtner von palliative.ch für die administrative, institutionelle und logistische Unterstützung bedanken.

*Korrespondenz-Adresse:* Andreas Samuel Ebnetter, a.ebnetter@hin.ch

Zitiert als: Ebnetter A, Fusi-Schmidhauser T, Gärtner J. Identifikationsinstrumente in zertifizierten Schweizer Palliative-Care-Einrichtungen. Arbeitsgruppe Bigorio: palliative.ch; 2021. Online-Zugang: <https://www.palliative.ch/de/was-wir-tun/arbeitsgruppen/bigorio-best-practice>