BÜRO FÜR ARBEITS- UND SOZIALPOLITISCHE STUDIEN BASS AG
KONSUMSTRASSE 20 · CH-3007 BERN · TEL +41 (0)31 380 60 80
INFO@BUEROBASS.CH · WWW.BUEROBASS.CH

Datenerfassung zur Bedarfserhebung für spezialisierte Palliative Care mit dem EPS-Test der Andreas Weber Stiftung

Auswertungsbericht zur Testphase (September 2024 bis August 2025)

Im Auftrag von
palliative.ch

Caroline Heusser, Kilian Künzi, Laura Inglin

Bern, Januar 2026

BASS

Impressum

Informationen zum Gesamtprojekt	Projekt «Indikationskriterien für Spezialisierte Palliative Care» palliative.ch https://www.palliative.ch/de/was-wir-tun/indikationskriterien-fuer-spezialisierte-palliative-care
Leitung des Projekts bei palliative.ch	bis 31. Januar 2025: Renate Gurtner Vontobel, Geschäftsführerin ab 1. Februar 2025: Corina Wirth, Geschäftsführerin
Kontakt	Kochergasse 6 3011 Bern info@palliative.ch
Zitiervorschlag Auswertungsbericht	Heusser, C., Künzi, K., & Inglin, L. (2026). *Datenerfassung zur Bedarfserhebung für spezialisierte Palliative Care mit dem EPS-Test der Andreas Weber Stiftung* [Im Auftrag von palliative.ch]. Bern: Büro BASS.

Dank

Herzlichen Dank an alle Projektbeteiligten, insbesondere den teilnehmenden MPDs und weiteren beteiligten Institutionen mit ihren Mitarbeitenden und der Projektleitung des Projektes «Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care», für ihre engagierte Arbeit.

Bern, Januar 2026

Caroline Heusser, Kilian Künzi, Laura Inglin

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung II

1 Ausgangslage, Auftrag und Fragestellung 1

2 Erkennen palliativer Situationen – EPS-Test 2

3 Methodisches Vorgehen und Datengrundlagen 3

3.1 EPS-Test in den MPD (Erhebung EPS 1) 3

3.2 Interrater-Testung (Erhebungen EPS 2–4) 4

3.3 Befragung der MPD zur Erfahrung mit dem EPS-Test 5

3.4 Befragung und Interviews mit den Beteiligten der Interrater-Testung (Erhebung EPS 3 und 4) 5

4 Anwendung des EPS-Tests in den MPDs 6

5 Interrater-Testung 11

6 Erfahrungen mit der Nutzung des EPS-Tests 19

6.1 Erfahrungen der MPD-Mitarbeitenden 19

6.2 Erfahrungen aus der Interrater-Testung in den Institutionen der Langzeitpflege und Grundversorgung 28

7 Möglichkeiten zur Weiterentwicklung des EPS-Tests 31

8 Fazit 33

Literaturverzeichnis 35

Anhang 36

A-1 Zusatzauswertungen 36

A-2 Erhebungsinstrument EPS-Test 41

A-3 Erhebungsinstrument Befragung der MPD zur Erfahrung mit dem EPS-Test 43

Zusammenfassung

Ausgangslage und Auftrag

Die spezialisierte Palliative Care unterstützt in komplexen Fällen der Palliative Care die Grundversorgung, darunter Hausärzteschaft, Anbieter von Pflege und Betreuung, sowie betreuende Angehörige. Das Netzwerk Mobile Palliative Care Dienste (Netzwerk MPD) möchte ein einheitliches Instrument einführen, um festzustellen, wann ein Bedarf an spezialisierter Palliative Care besteht. Dazu wurde unter Leitung von palliative.ch das Projekt «Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care» initiiert. In diesem Projekt soll der EPS-Test (Erkennen Palliativer Situationen) der Andreas Weber Stiftung getestet werden. Das Büro BASS hat palliative.ch und die Arbeitsgruppe des Netzwerk MPD mit der Datenerhebung und -analyse unterstützt.

Mit der testweisen Anwendung des EPS-Tests werden dessen Praxistauglichkeit geprüft sowie untersucht, ob es für eine flächendeckende und langfristige Anwendung Anpassungen braucht und welchen Mehrwert der Test in der Praxis bringt.

Die folgenden Themen sollten untersucht werden:

- Bedarf an spezialisierter Palliative Care
- Erfahrung mit dem EPS-Test
- Robustheit der Einschätzungen mit dem EPS-Test

Erkennen palliativer Situationen – EPS-Test

Der EPS-Test umfasst insgesamt 17 Indikatoren, welche auf zwei Gruppen unterteilt werden: Allgemeine und spezifische Indikatoren. Für jeden Indikator wird eingeschätzt, ob dieser auf die zu beurteilende Person zutrifft. Den Indikatoren ist eine Gewichtung, bzw. Punktzahl hinterlegt, deren Summe am Schluss das Ergebnis bildet. Im Ergebnis wird zwischen keinem Bedarf, Bedarf an allgemeiner Palliative Care und Bedarf an spezialisierter Palliative Care differenziert.

Methodisches Vorgehen und Datengrundlagen

Das Projekt umfasst mehrere Erhebungen:

- **EPS-Test in den MPDs (Erhebung EPS 1)**: 9 MPDs haben innerhalb von einem Jahr den EPS-Test bei jedem bei ihnen neu angemeldeten Fall angewendet. Insgesamt wurden 1'549 EPS-Tests ausgefüllt.
- **Interrater-Testung (Erhebungen EPS 2–4)**: Um die Robustheit der Einschätzungen mit dem EPS-Test zu prüfen und zu testen, ob es Unterschiede zwischen verschiedenen Settings und Bildungsstufen der anwendenden Personen gibt, wurden 3 Interrater-Testungen durchgeführt: Die Erhebung EPS 2 umfasst Einschätzungen der Mitarbeitenden der MPDs und der Spitex bei neu angemeldeten Patientinnen und Patienten, die Erhebung EPS 3 von Mitarbeitenden von Institutionen der Langzeitpflege und die Erhebung EPS 4 von Mitarbeitenden der Spitex in einem Setting der allgemeinen ambulanten Palliative Care.
- **Befragung der MPD zur Erfahrung mit dem EPS-Test**: Zum Ende der testweisen Anwendung des EPS-Tests bei den MPDs wurden alle daran beteiligten Mitarbeitenden (welche noch bei den MPDs arbeiteten) im Sommer 2025 zu ihren Erfahrungen mit dem EPS-Test befragt.
- **Befragung und Interviews mit den Beteiligten der Interrater-Testung (Erhebung EPS 3 und 4)**: Mit den an der Interrater-Testung in den Institutionen der Langzeitpflege und der Grundversorgung (Spitex) beteiligten Verantwortlichen (EPS 3 & 4) hat die Co-Projektleitung des Projektes «Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care» Einzel- und Gruppeninterviews und vorgängig eine kurze Befragung durchgeführt.

Anwendung des EPS-Tests in den MPDs

Laut dem EPS-Test, besteht bei 71% der erfassten Fälle der MPDs ein Bedarf an spezialisierter Palliative Care (Wert > 10). 25% weisen im EPS-Test einen Wert von 5–10 auf und damit einen Bedarf an allgemeiner Palliative Care.

Die Auswertung der Häufigkeiten der 17 Indikatoren des EPS-Tests zeigt, dass innerhalb des Erhebungsjahres jeder Indikator einige Male aufgetreten bzw. angewählt wurde. «Kein Erstaunen bei Tod innerhalb von einem Jahr» und «mindestens ein unkontrollierbares Leiden» wurden mit über drei Viertel der Fälle am häufigsten angewählt. Im Mittel wurden pro Fall jeweils 6 Indikatoren angewählt.

Intuitiv sehen die MPD-Mitarbeitenden bei 89% der Fälle einen Bedarf an spezialisierter Palliative Care, d.h. etwas häufiger als aus dem EPS-Test resultiert (71%). Die intuitive Einschätzung und das Ergebnis des EPS-Tests stimmen in 80% der Fälle überein – in 20% stimmen sie nicht überein. Bei den Abweichungen handelt es sich primär um Fälle, bei denen intuitiv ein Bedarf an spezialisierter Palliative Care gesehen wird, laut dem EPS-Test aber kein Bedarf besteht. Der EPS-Test zeigt also seltener einen Bedarf an spezialisierter

Palliative Care, als dies die Fachpersonen der MPDs intuitiv einschätzen.

Interrater-Testung

Mit der Interrater-Testungen sollte geprüft werden, wie robust die Bedarfs-Einschätzungen mit dem EPS-Test sind. Die Auswertungen der Interrater-Vergleiche wurden für Fälle durchgeführt, bei denen der EPS-Test von zwei verschiedenen Personen mit unterschiedlichem Ausbildungsniveau durchgeführt wurde. Da die Fallzahlen bei der Erhebung EPS 3 deutlich am höchsten und damit am aussagekräftigsten sind, liegt der Fokus der Auswertungen auf dieser Erhebung.

In der Erhebung EPS 3 in Institutionen der Langzeitpflege zeigt sich, dass die Bedarfseinschätzungen mit dem EPS-Test von zwei verschiedenen Personen mit unterschiedlichem Ausbildungsniveau grösstenteils übereinstimmen. Insgesamt stellen die beiden Gruppen mit dem EPS-Test ähnlich häufig einen Bedarf an spezialisierter Palliative Care fest. Wenn die einzelnen Fälle verglichen werden, zeigen sich in 11% Unterschiede: Jeweils etwa hälftig stellt eine Gruppe einen Bedarf fest und die andere nicht.

Wird die Punktzahl im EPS-Test betrachtet, zeigt sich in der Erhebung EPS 3 im Überblick, dass die Mittelwerte der beiden Gruppen (Sek II vs. Tertiär) praktisch gleich sind und auch die Verteilung der Werte insgesamt sehr ähnlich ist. Wird die Einschätzungen pro Fall, bzw. Bewohner/in, verglichen, liegen die Punktzahlen bei 58% sehr nah beieinander (≤ 2). Bei den übrigen Fällen zeigt sich kein systematischer Unterschied zwischen den beiden Gruppen (Sek II vs. Tertiär).

Die gesamthafte Verteilung der Indikatoren ist sehr ähnlich für die beiden Ausbildungsgruppen (Sek II vs. Tertiär) der Institutionen der Langzeitpflege. Werden die Einschätzungen der Indikatoren jedoch fallweise verglichen, zeigen sich teilweise Abweichungen. Die Übereinstimmung liegt zwischen 72% und 99%. Die meisten Abweichungen (28%) zeigen sich bei den beiden Indikatoren «Mindestens ein unkontrolliertes Leiden».

Erfahrungen mit der Nutzung des EPS-Tests

Insgesamt fanden fast drei Viertel der befragten MPD-Mitarbeitenden den EPS-Test eher oder sehr hilfreich, um den Bedarf an spezialisierter Palliative Care einzuschätzen.

Der Grossteil der Befragten (72%) würde den EPS-Test auch (zumindest eher) gerne weiterhin in ihrer täglichen Arbeit anwenden.

Die sprachliche Formulierung der einzelnen Indikatoren des EPS-Tests wurde insgesamt von praktisch allen Befragten hinsichtlich der Aspekte Verständlichkeit, Klarheit und Präzision und Zweckmässigkeit als gut oder eher gut beurteilt. Bei jedem der Indikatoren gab mindestens eine Person an, dass sie eine sprachliche Anpassung hilfreich fände. Der Anteil Personen, welche eine sprachliche Anpassung sinnvoll finden, beträgt jedoch maximal 13% (entspricht 6 Personen). Meist handelt es sich bei den Vorschlägen um kleinere Anpassungen wie Präzisierungen, Ergänzungen oder das Weglassen von gewissen Elementen.

Neben der sprachlichen Formulierung wurden die MPD-Mitarbeitenden auch nach Ihrer Sicht auf die Gewichtungen der einzelnen Indikatoren gefragt. Hier wurde mit 19% der Befragten (9 Personen) am häufigsten für den spezifischen Indikator «Schwere Demenz» eine Erhöhung der Gewichtung/Punktzahl vorgeschlagen.

Die Bedarfseinschätzung des EPS-Test wird von fast drei Viertel insofern als korrekt angesehen, als dass der EPS-Test den Bedarf an spezialisierter Palliative Care im Grossen und Ganzen korrekt anzeigt. Ähnlich grosse Gruppen sind der Ansicht, dass er eher zu selten bzw. (eher) zu häufig einen Bedarf anzeigt.

Als Aspekte, die für die Einschätzung des Bedarfs an spezialisierter Palliative Care relevant sind, im EPS-Test aber nicht abgefragt werden und allenfalls als zusätzlicher Indikator aufgenommen werden könnten, wurden am häufigsten Situationen mit «early PallCare» genannt.

Mit der Anwendung des EPS-Test verbinden die MPD-Mitarbeitenden gewisse Vor- und Nachteile. Als Vorteil wird vor allem genannt, dass der EPS-Test eine differenzierte Einschätzung und damit eine gute Argumentationsgrundlage für oder gegen den Einbezug von spezialisierter Palliative Care ermöglicht. Als Nachteil wird von einigen Personen genannt, dass der EPS-Test nicht alle Situationen korrekt abbildet.

Möglichkeiten zur Weiterentwicklung des EPS-Tests

Mit der testweisen Anwendung des EPS-Test sollten Erfahrungen dazu gesammelt werden, wie sich der EPS-Test in der Praxis bewährt, auch mit dem Hintergedanken, ob zukünftig allenfalls eine Weiterentwicklung des EPS-Tests sinnvoll wäre. Anpassungsbedarf für den EPS-Test wird neben kleineren sprachlichen Anpassungen primär bei der Erhöhung der Punktzahl für schwere Demenz und der Erfassung von Situationen für early Palliative Care und – in geringerem Ausmass - von relevanten psychiatrischen Diagnosen gesehen.

Mit Hilfe der Daten aus der Erhebung EPS 1 der MPDs wurde geprüft, welche Auswirkungen entsprechende Anpassungen auf die Bedarfseinschätzungen mit dem EPS-Test hätten. Mit den Anpassungen ergibt sich in 78% der Fälle ein Bedarf an spezialisierter Palliative Care (+ 9%). Damit steigt auch die Übereinstimmung mit der intuitiven Einschätzung (+6% auf 85%). Die Einschätzung durch den angepassten EPS-Test bleibt jedoch restriktiver als die intuitive Einschätzung.

Fazit

Mit dem Projekt «Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care» konnte mit den Mitarbeitenden der MPDs Erfahrungen von Fachpersonen zu der Anwendung des EPS-Tests gewonnen werden. Diese Erfahrungen waren grösstenteils positiv; praktisch alle MPD-Mitarbeitenden fanden den EPS-Test zumindest teilweise hilfreich und ein Grossteil würde ihn auch gern weiterhin in der täglichen Arbeit anwenden.

Der Abgleich der Einschätzung des Bedarfs an spezialisierter Palliative Care durch den EPS-Test mit der intuitiven Einschätzung der MPD-Mitarbeitenden zeigt, dass der EPS-Test etwas restriktiver einschätzt. Intuitiv sehen die MPD-Mitarbeitenden in 89% der Fälle einen Bedarf an spezialisierter Palliative Care, mit dem EPS-Test resultieren 71%. In 20% der Fälle stimmen die Einschätzungen nicht überein, dabei handelt es sich fast ausschliesslich um Fälle, in denen intuitiv ein Bedarf festgestellt wird, mit dem EPS-Test jedoch nicht.

Die Interrater-Testung hat gezeigt, dass die Einschätzungen mit dem EPS-Test (Bedarf an spezialisierter Palliative Care ja vs. nein) von zwei Personen im Grossteil der Fälle übereinstimmt (89%).

1 Ausgangslage, Auftrag und Fragestellung

Die ambulante medizinische Versorgung zu Hause wird grundsätzlich über Hausärzt/innen und Anbieter von Pflege und Betreuung geleistet, auch im Kontext von Palliative Care. In komplexen Fällen oder in vorübergehenden Phasen kann es sein, dass dieses allgemeine Unterstützungsnetzwerk spezialisierte Unterstützung benötigt. Mobile Palliative Care Dienste bieten diese spezialisierte Palliative Care an: Entsprechend ausgebildete Pflegefachpersonen und Ärzt/innen beraten das bestehende Unterstützungsnetzwerk (inkl. Angehörigen) und Patientinnen und Patienten. Um festzustellen, ab wann im Gegensatz zur allgemeinen Palliative Care eine spezialisierte Palliative Care benötigt wird, können verschiedene Indikatoren bzw. Messinstrumente verwendet werden. Das Netzwerk Mobile Palliative Care Dienste Deutschschweiz (Netzwerk MPD) möchte ein einheitliches Instrument einführen. Damit werden verschiedene Vorteile verknüpft: Vereinheitlichung der Messkriterien für spezialisierte Palliative Care und transparente Abgrenzung, Datengrundlagen hinsichtlich der Finanzierung gegenüber Krankenkassen und Politik, Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung und frühzeitige Erkennung des Bedarfs an spezialisierter Palliative Care.

Vor diesem Hintergrund hat das Netzwerk MPD eine Arbeitsgruppe gebildet, um ein entsprechendes Instrument zu finden. Die Arbeitsgruppe hat sich nach der Prüfung von verschiedenen Instrumenten entschieden, den EPS-Test (EPS = Erkennen palliativer Situationen) der Andreas Weber Stiftung genauer zu betrachten bzw. vertiefter zu testen. Dazu wurde unter Leitung von palliative.ch das Projekt «Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care» initiiert. Das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS hat palliative.ch und die Arbeitsgruppe des Netzwerk MPD mit der Datenerhebung und -analyse unterstützt.

Um Erfahrungen mit dem Test zu sammeln, haben 9 MPD-Dienste das Instrument im Sinne eines Testlaufes angewendet (EPS 1). Während einem Jahr haben die MPDs alle ihre neuen Fälle mit dem EPS-Test beurteilt. Damit wurden Erfahrungen von Spezialistinnen und Spezialisten über dessen Verständlichkeit und Nutzbarkeit gesammelt. In einem zweiten Schritt wurde eine Interrater-Testung durchgeführt, um zu prüfen, ob sich die Einschätzungen des gleichen Falles von verschiedenen Fachpersonen unterscheiden. Dazu wurden insgesamt 3 Erhebungen durchgeführt mit unterschiedlichen Zielgruppen: Erhebung EPS 2 mit MPDs und Spitex (Grundversorgung), Erhebung EPS 3 mit Institutionen der Langpflege und Erhebung EPS 4 mit Spitex (Grundversorgung).

Mit der testweisen Anwendung des EPS-Tests werden dessen Praxistauglichkeit geprüft und untersucht, ob es für eine flächendeckende und langfristige Anwendung Anpassungen braucht und welchen Mehrwert der Test in der Praxis bringt. Mit der Auswertung der EPS-Daten und der Befragung der beteiligten MPD-Mitarbeitenden wurden die folgenden Fragestellungen untersucht (**Tabelle 1**):

Tabelle 1: Fragestellungen

Bedarf an spezialisierter Palliative Care	
A1	Wie gross ist der Bedarf an spezialisierter Palliative Care in den untersuchten Fällen laut dem EPS-Test?
A2	Welche Indikatoren des EPS-Tests treten in den erfassten Fällen am häufigsten auf?
Erfahrung mit dem EPS-Test	
B1	Entspricht der Bedarf laut EPS-Test dem «intuitiv» festgestellten Bedarf?
B2	Können mit dem EPS-Test alle wichtigen Dimensionen für den Bedarf an spezialisierter Palliative Care erfasst werden?
B3	Wie wird die Gewichtung der Indikatoren im EPS-Test beurteilt?
B4	Wie wird der EPS-Test beurteilt in der Anwendung (Benutzerfreundlichkeit, Zeitaufwand)?
B5	Bietet die Anwendung des EPS-Tests im Arbeitsalltag der MPD einen Mehrwert?
Robustheit der Einschätzungen mit dem EPS-Test	
C1	Wie robust sind die Einschätzungen des Bedarfs an Palliative Care bei der Beurteilung durch mehrere Personen (Interrater-Reliabilität)?

BASS

2 Erkennen palliativer Situationen – EPS-Test

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/der GDK und palliative.ch aus den Jahren 2011 und 2014.

Der EPS-Test umfasst insgesamt 17 Indikatoren, welche auf zwei Gruppen unterteilt werden: Allgemeine und spezifische Indikatoren. Für jeden Indikator wird eingeschätzt, ob dieser auf die zu beurteilende Person zutrifft. Jedem Indikator ist eine Gewichtung bzw. Punktzahl hinterlegt, deren Summe am Schluss das Ergebnis bildet. **Tabelle 2** zeigt die Indikatoren inkl. Gewichtung.

Ähnlich wie das «Pallia 10 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 zusätzlich auf die Notwendigkeit spezialisierter Palliative Care hinweisen. Im Rahmen eines Pilotprojektes (durch Dr. Andreas Weber) in den Jahren 2021 und 2022 wurde der EPS-Test in drei Pflegeheimen und einem Akutspital validiert. In dieser praktischen Anwendung hat sich der Test bewährt, um Patientinnen und Patienten mit hohem palliativem Handlungsbedarf zu identifizieren (Dr. A. Weber).

Tabelle 2: Indikatoren EPS-Test

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

Quelle: Andreas Weber Stiftung, Darstellung BASS

Aufgrund erster Rückmeldungen der MPD-Verantwortlichen und in Absprache mit Dr. Andreas Weber wurden vor Beginn der Erhebungen kleine Änderungen der Formulierungen bei einzelnen Indikatoren im EPS-

Test vorgenommen. So wurde z.B. rezidivierend zu fortschreitend umformuliert, um der heterogenen Anwendergruppe (Mitarbeitende der Sekundarstufe II und Tertiärstufe) gerechter zu werden.

Nach den ersten 3 Monaten der Datenerhebung in den MPDs (EPS 1) zeigte sich aus den Rückmeldungen der Verantwortlichen, dass die Erfassung von Situationen mit betreuungsrelevanten psychischen Problemen und early Palliative Care Situationen mit den Indikatoren des EPS-Tests nicht zufriedenstellend erfasst werden können. Diese beiden Aspekte konnten deshalb ab Januar 2025 als zusätzliche Optionen nach dem EPS-Test erfasst werden, um diesen Situationen gerecht zu werden und deren Häufigkeiten abschätzen zu können. **Tabelle 3** zeigt die beiden zusätzlichen Indikatoren. Es wurde ihnen jedoch keine Gewichtung zugewiesen und sie wurden für das Ergebnis (Summe) des EPS-Tests nicht berücksichtigt.

Tabelle 3: Zusätzliche Indikatoren (Erfassung ab Januar 2025)

Gruppe	Indikatoren
Zusätzliche Indikatoren	
	Relevante psychiatrische Diagnose (z.B. Sucht, akute behandlungsrelevante Erkrankung wie Angststörung, Depression usw.)
	Early PallCare (Erstkontakt, Familiengespräch, Entscheidungsfindung usw.)

Quelle: Darstellung BASS

3 Methodisches Vorgehen und Datengrundlagen

Insgesamt wurde der EPS-Test in 4 verschiedenen Erhebungen getestet. Bei der Erhebung EPS 1 handelt es sich um die testweise Anwendung des EPS-Tests in den 9 MPDs, welche der Kern des Projektes darstellt. Die Erhebungen EPS 2, 3 und 4 dienen alle zur Prüfung der Interrater-Reliabilität, beziehen sich jedoch jeweils auf unterschiedliche Institutionen.

3.1 EPS-Test in den MPD (Erhebung EPS 1)

Die erste EPS-Erhebung, welche den Hauptteil des Projektes bildet, umfasst die Anwendung des EPS-Tests durch die Mitarbeitenden der neun MPDs. In Absprache mit den MPD-Verantwortlichen wurde festgelegt, dass das Ausfüllendes EPS-Tests jeweils nach dem Erst-Assessment der neu angemeldeten Patientinnen und Patienten durch den MPD-Mitarbeitenden durchgeführt werden soll.

Der EPS-Test wurde als Online-Fragebogen aufgesetzt und ergänzt durch eine vorangestellte Frage, ob die ausfüllende Person intuitiv bei dem zu betrachtenden Fall einen Bedarf an spezialisierter Palliative Care sieht. Dadurch kann diese intuitive 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 wurde das Ergebnis (Punktzahl) aufgeführt. Zum Schluss konnten die beiden zusätzlichen Indikatoren «Relevante psychiatrische Diagnose» und «early PallCare» angewählt werden (ab Januar 25).

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. Auf persönliche und sensible Daten von Patientinnen und Patienten wurde bewusst verzichtet, da diese für das Projektziel keine Relevanz haben.

Nach einer Pilotphase von 3 Monaten wurde ein Austausch zwischen den MPD-Verantwortlichen, der Projektleitung von palliative.ch und dem Büro BASS, um die Erfahrungen der MPDs mit der Erfassung in den ersten drei Monaten zu diskutieren. 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).

Der EPS-Test von den MPDs wurde während einem Jahr (September 2024 bis August 2025) angewendet. Insgesamt wurden in dieser Zeit 1'549 Tests ausgefüllt. Das Ziel von 500–1'000 Fällen wurde damit klar übertroffen. Die Fallzahlen zwischen den einzelnen MPDs sind sehr unterschiedlich, da diese auch unterschiedlich gross sind und sich teilweise in ihrer Tätigkeit unterscheiden.

Tabelle 4: Anzahl ausgefüllte EPS-Tests nach MPD, EPS 1

MPD	Anzahl ausgefüllte EPS-Tests
Spitex Zürich 1	122
Spitex Zürich 2	255
PalliativeSpitex Aargau, RPZ Brugg	76
PalliativeSpitex Aargau, RPZ Spitex Suh	149
MPCT Basel	315
Palliativer Brückendienst Krebsliga Ost	374
MPD Solothurn	33
MPD Bern	178
MPD Arlesheim	47
Total	1'549

Quelle: Erhebung EPS 1 MPD, 2024/2025, (n = 1'549), Berechnungen BASS

3.2 Interrater-Testung (Erhebungen EPS 2–4)

Um die Robustheit der Einschätzungen mit dem EPS-Test zu prüfen und damit auch zu testen, ob es Unterschiede zwischen verschiedenen Settings und Bildungsstufen gibt, wurden 3 Interrater-Testungen durchgeführt, wobei jede Erhebung etwas unterschiedlich aufgebaut war.

Erhebung EPS 2 – EPS-Test in den MPD und Grundversorgung (Spitex)

In der Datenerhebung EPS 2 (3er Interrater-Testung) wurden bei den teilnehmenden MPDs neu angemeldeten Patientinnen und Patienten, welche bisher von den Spitex-Organisationen betreut werden, durch 3 Fachpersonen aus unterschiedlichen Ausbildungsstufen mit dem EPS-Test eingeschätzt: FaGe-Mitarbeitende (Sekundarstufe II) und dipl. HF/FH (Tertiärstufe) der Spitex Grundversorgung, sowie MPD-Mitarbeitende. Nach der Anmeldung beim MPD (und deren Einschätzung mit dem EPS-Test) erhielten die Mitarbeitenden der Spitex Grundversorgung jeweils die Aufforderung den EPS-Test von zwei Personen aus unterschiedlichen Ausbildungsstufen unabhängig voneinander ausfüllen zu lassen.

Erhebung EPS 3 – EPS-Test in den Institutionen der Langzeitpflege

In der Datenerhebung EPS 3 haben Institutionen der Langzeitpflege ihre Bewohnenden mit dem EPS-Test beurteilt. Jede teilnehmende Institution hat ihren Bewohnerstand einmalig durch zwei Mitarbeitende mit unterschiedlicher Ausbildungsstufe (Sek II vs. Tertiärstufe) beurteilen lassen. Beide Personen sollten den Test unabhängig voneinander ausfüllen. Insgesamt haben sich 15 Institutionen aus 7 Kantonen (FR, SG, ZH, BL, BE, SO, AG) daran beteiligt.

Erhebung EPS 4 – EPS-Test in der Grundversorgung (Spitex)

In der vierten EPS-Datenerhebung (2er Interrater-Testung ambulant) wurden die EPS-Tests ausschliesslich von Mitarbeitenden der allgemeinen ambulanten Palliative Care ausgefüllt. Dazu haben sich 3 Spitex-Organisationen aus 3 Kantonen (SO, AG, BE) zur Verfügung gestellt. Alle neuen Patientinnen und Patienten wurden in einem ersten Schritt von einer bzw. einem Mitarbeitenden mit Tertiär-Ausbildung probeweise mit dem EPS-Test eingeschätzt. Wenn das Ergebnis über einer Punktzahl von 5 lag, haben jeweils zwei Mitarbeitende mit unterschiedlicher Ausbildungsstufe (Sek II vs. Tertiärstufe) den EPS-Test erfasst.

Um die Einschätzungen jeweils pro Fall, bzw. Patientin oder Patient, auszuwerten, wurde jeweils mit einem Code (z.B. 01.02.05 = Team 01, Mitarbeitende/r 02, Patient/in 05) als Identifikator gearbeitet. Die Weiterleitung der Interrater-Testungen und insbesondere auch das korrekte Erfassen des Identifikations-Codes hat nicht überall gut funktioniert. **Tabelle 5** zeigt die Übersicht der Fallzahlen in den einzelnen Erhebungen. Die Auswertungen wurden jeweils für die vorhandenen Interrater-Vergleiche durchgeführt. Da die Fallzahlen bei der Erhebung 3 deutlich am höchsten und damit auch am aussagekräftigsten sind, liegt der Fokus der Auswertungen hauptsächlich auf dieser Erhebung.

Tabelle 5: Fallzahlen Interrater-Testungen – Erhebungen EPS 2, 3 und 4

	Erhebung 2	Erhebung 3	Erhebung 4
Eingereichte Fragebögen	143	2'514	64
Duplikate (mehrfach gleicher Abschluss)	-3	-92	-1
Nicht beide Abschlüsse vorhanden	-55	-171	-29
Analysierte Fragebögen	85	2'252	34
Anzahl Interrater-Vergleiche			
MPD-Tertiär	**32 (n=64)***		
MPD-Sek II	**12 (n=24*)**		
Sek II-Tertiär	**12 (n=24*)**	**1'126 (n=2'252)**	**17 (n=34)**

*Anmerkung: In 9 Fällen waren für jeweils eine/n Patient/in Einschätzungen von allen 3 Gruppen vertreten (n=27)
Quelle: Erhebung EPS 2-4, 2025, Berechnungen BASS

3.3 Befragung der MPD zur Erfahrung mit dem EPS-Test

Zum Ende der testweisen Anwendung des EPS-Tests bei den MPDs wurden alle daran beteiligten Mitarbeitenden (welche noch bei den MPDs arbeiteten) im Sommer 2025 zu ihren Erfahrungen mit dem EPS-Test befragt. Der Fragebogen enthielt 16 Fragen zu den folgenden Abschnitten (ganzer Fragebogen im Anhang unter Abschnitt A-3):

- Zu Ihrer Person
- Allgemeine Einschätzungen
- Einschätzungen der Indikatoren des EPS-Tests
- Vergleich Bedarf an spezialisierter Palliative Care nach dem EPS-Test vs. intuitiver Einschätzung
- Anwendung des EPS-Tests
- Abschluss

Über die einjährige Anwendung des EPS-Tests hinweg waren 72 Mitarbeitende beteiligt. 47 davon haben die Befragung zu ihren Erfahrungen mit dem EPS-Test beantwortet. Dies entspricht einem **Rücklauf** von insgesamt **65%**. Von allen beteiligten MPDs hat mindestens eine Person an der Befragung teilgenommen. Die Personen, welche an der Befragung teilgenommen haben, sind durchschnittlich seit 9 Jahren (Median 7 Jahren) in der spezialisierten Palliative Care tätig, wobei die Tätigkeitsdauer zwischen 0 bzw. 0.5 Jahren und 46 Jahren variiert.

3.4 Befragung und Interviews mit den Beteiligten der Interrater-Testung (Erhebung EPS 3 und 4)

Ergänzend zur Anwendung des EPS-Tests im Rahmen der Interrater-Testung in den Institutionen der Langzeitpflege und der Grundversorgung (Spitex) hat die Co-Projektleitung des Projektes «Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care» Einzel- und Gruppeninterviews und vorgängig eine kurze Befragung mit den an den Erhebungen EPS 3 und 4 beteiligten Verantwortlichen geführt. An den Interviews waren 18 Personen beteiligt und an der vorgängigen Befragung haben 11 Personen teilgenommen aus insgesamt 18 Betrieben:

■ Teilnehmende Pflegeheime: 15 aus den Kantonen FR, SG, ZH, BL, BE, SO, AG
■ Teilnehmende Spitex- Organisationen: 3 aus den Kantonen SO, AG und BE

4 Anwendung des EPS-Tests in den MPDs

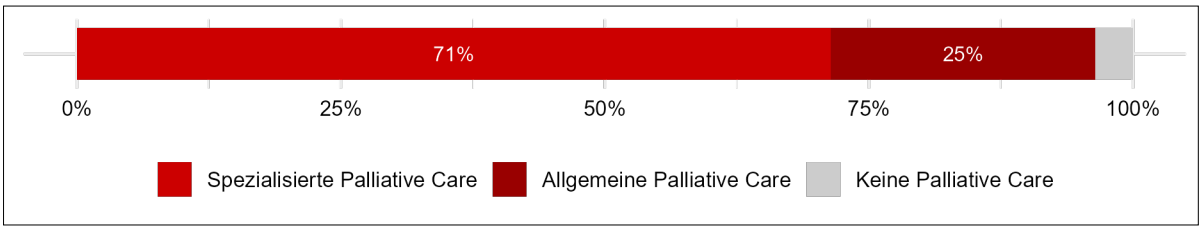
Bei der Auswertung der im Laufe des Jahres gesammelten 1'549 EPS-Tests der 9 MPDs lag der Fokus zum einen auf der Bedarfseinschätzung des EPS-Tests, insbes. im Vergleich zur intuitiven Bedarfseinschätzung der MPD-Mitarbeitenden, und zum anderen auf der Verteilung bzw. Häufigkeiten der einzelnen Indikatoren.

Einschätzung des Bedarfs an spezialisierter Palliative Care

Laut dem EPS-Test, besteht bei 71% der erfassten Fälle ein Bedarf an spezialisierter Palliative Care (Punktzahl > 10, **Abbildung 1**). 25% weisen im EPS-Test eine Gesamtpunktzahl von 5–10 auf und damit einen Bedarf an allgemeiner Palliative Care. Bei 4% wird kein Bedarf an Palliative Care festgestellt.

Der Anteil Fälle mit Bedarf an spezialisierter Palliative Care ist in dieser Erhebung relativ hoch, da nur Fälle beurteilt wurden, die von der Grundversorgung (Hausärzt/innen, Spitex, Spitäler) bei den MPDs angemeldet wurden. Bei der Auswertung der Erhebung EPS 3 bei denen alle Bewohnenden von Institutionen der Langzeitpflege beurteilt wurden, ist der Anteil mit Bedarf laut EPS deutlich tiefer.

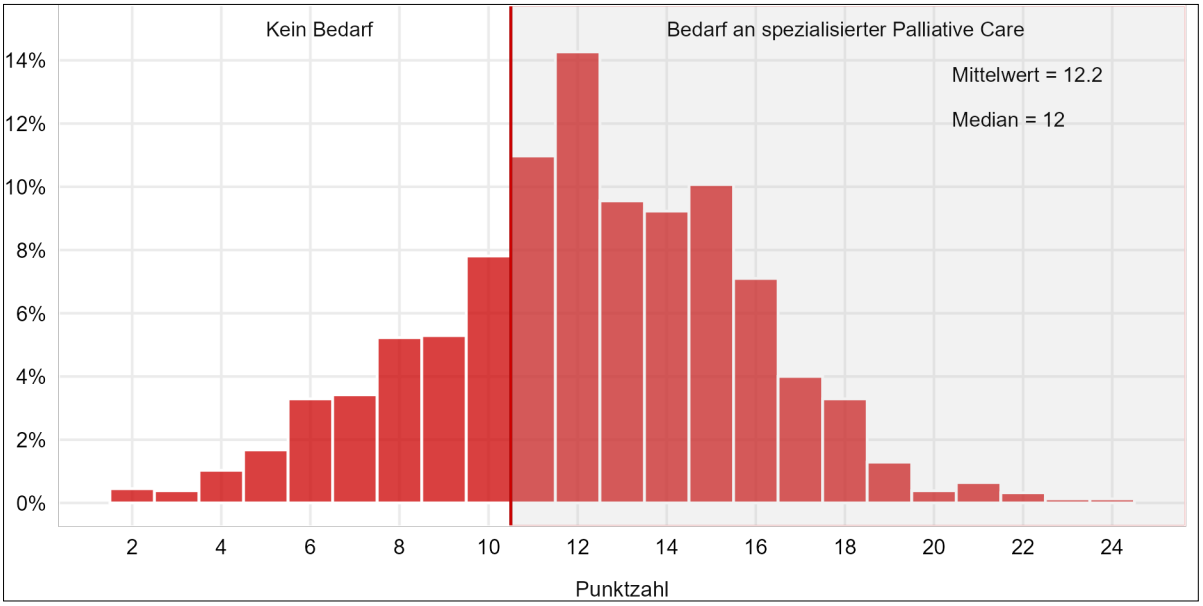
Abbildung 1: Bedarf an Palliative Care laut EPS-Test, EPS 1



Anmerkung: Anteile unter 5% sind nicht beschriftet.
Quelle: Erhebung EPS 1 MPD 2024/2025 (n = 1'549), Berechnungen BASS

Die Verteilung der Punktzahlen im EPS-Test ist in **Abbildung 2** dargestellt. Die Werte verteilen sich zwischen 2 und 24 Punkten, wobei der Grossteil der Werte ähnlich hoch ist: 50% der Werte liegen zwischen 10 und 15 Punkten. Die durchschnittliche Punktzahl beträgt 12.2, der Median (mittlerer Wert) 12.

Abbildung 2: Verteilung Ergebnis Punktzahl EPS-Test, EPS 1

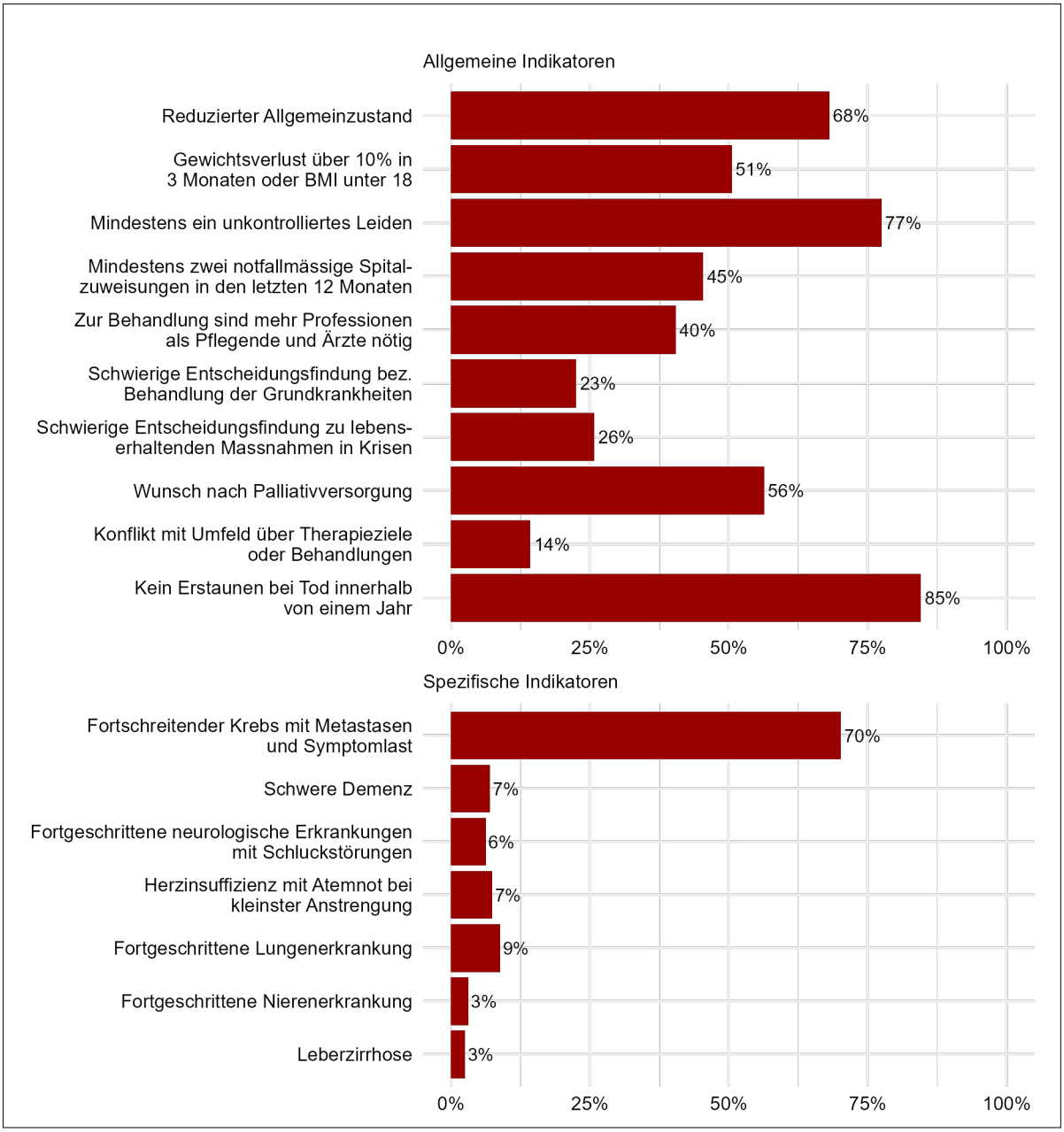


Quelle: Erhebung EPS 1 MPD 2024/2025 (n = 1'549), Berechnungen BASS

Verteilung Indikatoren

Die Auswertung der Häufigkeiten der 17 Indikatoren des EPS-Tests zeigt, dass jeder Indikator einige Male aufgetreten bzw. angewählt wurde (**Abbildung 3**). «Kein Erstaunen bei Tod innerhalb von einem Jahr» und «mindestens ein unkontrollierbares Leiden» sind mit über drei Viertel der Fälle die am häufigsten angewählten Indikatoren. Darauf folgen «Fortschreitender Krebs mit Metastasen und Symptomlast» (70%) und «Reduzierter Allgemeinzustand» (68%). Abgesehen von dem Indikator «Fortschreitender Krebs mit Metastasen und Symptomlast» kommen die allgemeinen Indikatoren insgesamt deutlich häufiger vor als die spezifischen Indikatoren.

Abbildung 3: Verteilung Indikatoren EPS-Test, EPS 1

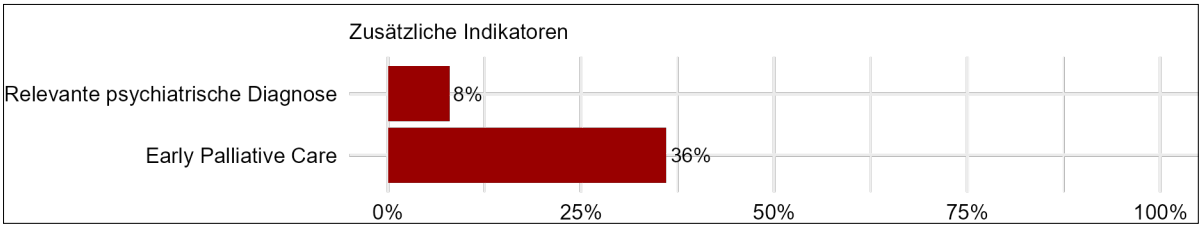


Anmerkung: Die Formulierung der Indikatoren wurden in der Abbildung aus Platzgründen gekürzt.
Quelle: Erhebung EPS 1 MPD 2024/2025 (n = 1'549), Berechnungen BASS

Insgesamt wurden als Median (mittlerer Wert der Häufigkeit) 6 Indikatoren angewählt (Durchschnitt 5.9). In 50% der Fälle (50%-Quantil) wurden 5 bis 7 Indikatoren angewählt. Bei den allgemeinen Indikatoren wurden deutlich mehr Indikatoren angewählt als bei den spezifischen (Median 5 vs. 1).

Von den beiden zusätzlichen Indikatoren, welche ab Januar 2025 erhoben wurden, wurde «Early Palliative Care» in etwas mehr als einem Drittel der Fälle angewählt, während relevante psychiatrische Diagnosen mit 8% eher selten angewählt wurden (**Abbildung 4**).

Abbildung 4: Verteilung Zusätzliche Indikatoren, EPS 1



Anmerkung: Die Formulierung der Indikatoren wurden in der Abbildung aus Platzgründen gekürzt.
Quelle: Erhebung EPS 1 MPD 2024/2025 (ab Januar 25, n = 1'024), Berechnungen BASS

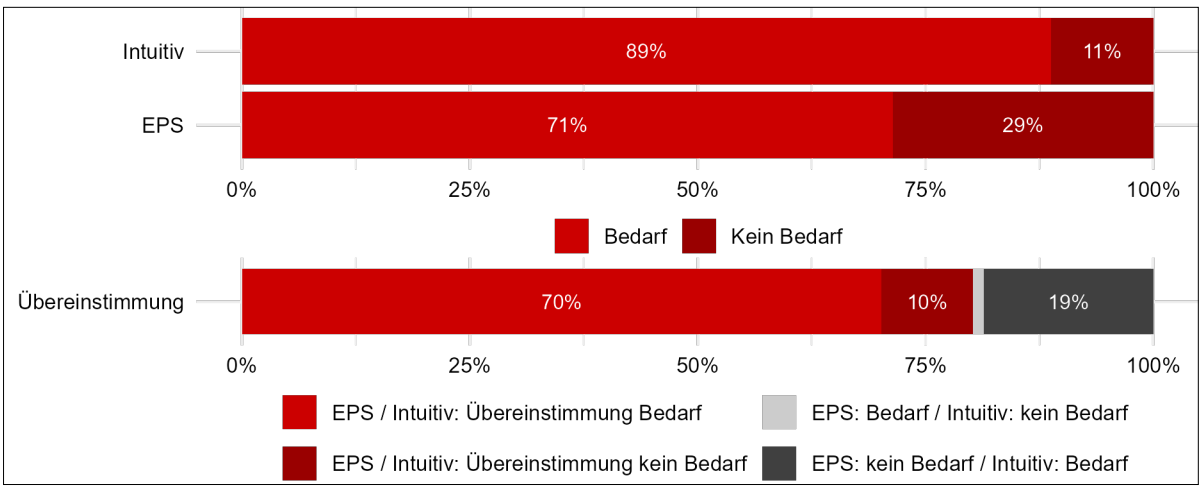
Vergleich Bedarfseinschätzung des EPS-Test mit der intuitiven Bedarfseinschätzung

Um die Bedarfseinschätzung des EPS-Tests zu überprüfen, wurde in der Erhebung auch die intuitive Einschätzung des Bedarfs an spezialisierter Palliative Care erhoben. **Intuitiv** sehen die MPD-Mitarbeitenden bei **89%** der Fälle einen Bedarf (**Abbildung 5**).

Anhand des EPS-Tests stellen die MPD-Mitarbeitenden nur in 71% einen Bedarf fest. Der EPS-Test zeigt also seltener einen Bedarf an spezialisierter Palliative Care, als dies die Fachpersonen der MPDs intuitiv einschätzen.

Die Abbildung 5 zeigt zudem, wie häufig die Bedarfseinschätzungen übereinstimmen oder nicht. Insgesamt stimmen die Einschätzungen in 80% der Fälle überein (beide rote Kategorien). In total **20% stimmen die intuitive Einschätzung und der EPS-Test nicht überein** (beide grauen Kategorien). Bei den Abweichungen handelt es sich primär um Fälle, bei denen intuitiv ein Bedarf an spezialisierter Palliative Care gesehen wird, laut dem EPS-Test aber kein Bedarf besteht.

Abbildung 5: Vergleich Bedarf für spezialisierte Palliative Care, intuitiv vs. EPS-Test, EPS 1

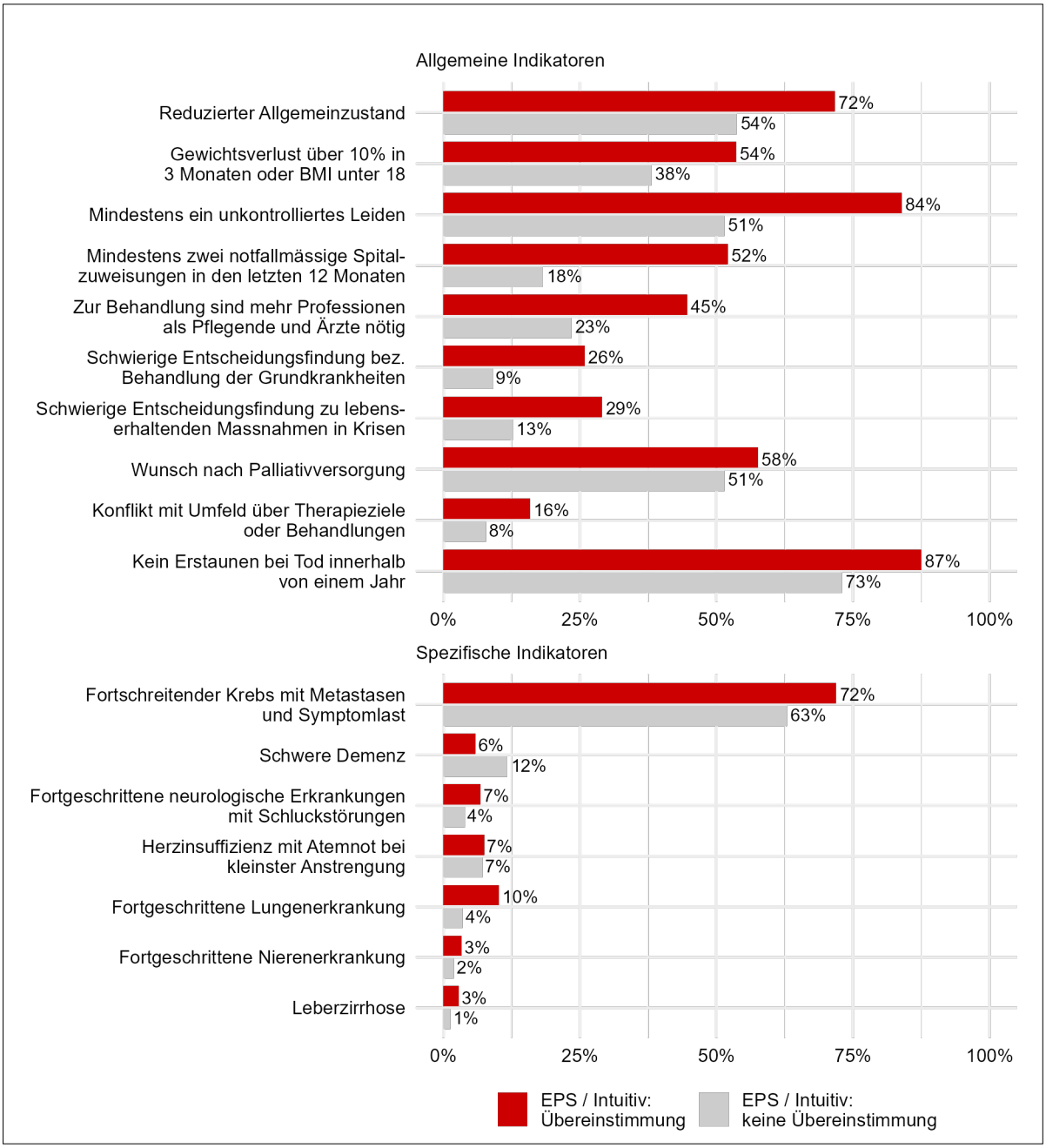


Quelle: Erhebung EPS 1 MPD 2024/2025 (n = 1'549), Berechnungen BASS

In den verschiedenen MPD-Teams ist der Bedarf laut EPS-Test ähnlich hoch und liegt meist zwischen 70 und 79% (**Tabelle 12** im Anhang). Nur in zwei Teams ist der Bedarf laut EPS tiefer (60% und 44%). Gleichzeitig gibt es auch leichte Unterschiede in der intuitiven Einschätzung, wobei ein höherer Bedarf laut EPS oft mit einem höheren intuitiven Bedarf einher geht (nur bei einem MPD ist der Bedarf laut EPS deutlich tiefer als mit der intuitiven Einschätzung). Dies deutet darauf hin, dass die MPDs Kontakt zu jeweils unterschiedlichen Patientengruppen haben. Dies kann verschiedene Gründe haben, zum Beispiel einen unterschiedlichen Fokus der Tätigkeiten der MPDs, unterschiedlicher Standort oder eine unterschiedlich ausgebaute Grundversorgung.

Um die Fälle, in denen die intuitive Einschätzung und das Ergebnis des EPS-Test nicht übereinstimmen, genauer zu betrachten, werden in der **Abbildung 6** die Indikatoren entsprechend ausgewertet. Bei den Fällen, in denen es keine Übereinstimmung gibt, handelt es sich (wie in Abbildung 5 ersichtlich) primär um Fälle, in denen intuitiv ein Bedarf gesehen wird, mit dem EPS-Test jedoch nicht. Es fällt auf, dass die meisten Indikatoren in Fällen ohne Übereinstimmung der Einschätzungen deutlich seltener vorkommen. Beim Indikator «Schwere Demenz» ist es jedoch umgekehrt – mit 12% wird dieser in Fällen ohne Übereinstimmung deutlich häufiger genannt (vs. 6% in Fällen mit Übereinstimmung). Dies kann ein Hinweis dafür sein, dass es bei Fällen mit schwerer Demenz häufig so ist, dass intuitiv ein Bedarf an spezialisierter Palliative Care gesehen wird, mit dem EPS-Test jedoch nicht.

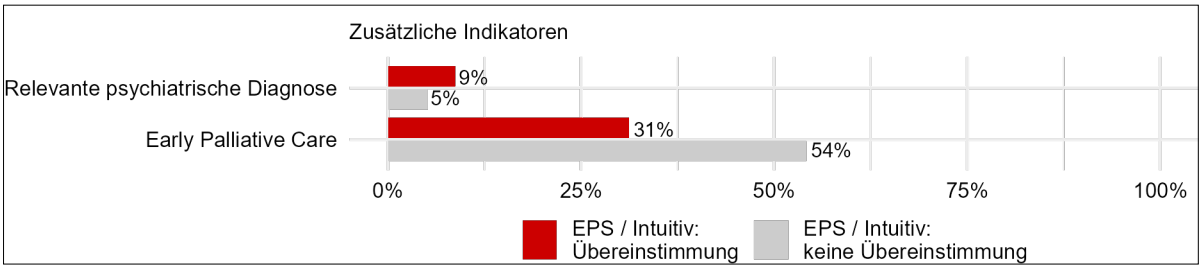
Abbildung 6: Häufigkeit Indikatoren EPS-Test Übereinstimmung Bedarfseinschätzung intuitiv vs. EPS-Test, EPS 1



Anmerkung: Die Formulierung der Indikatoren wurden in der Abbildung aus Platzgründen gekürzt.
Quelle: Erhebung EPS 1 MPD 2024/2025 (n = 1'549), Berechnungen BASS

Die **Abbildung 7** zeigt die gleiche Auswertung für die beiden zusätzlichen Indikatoren. Hier zeigt sich, dass es sich in Situationen, in denen intuitiv ein Bedarf an spezialisierter Palliative Care festgestellt wird, mit dem EPS-Test aber nicht, relativ häufig um Situationen mit early Palliative Care handelt. Dies könnte darauf hinweisen, dass diese Fälle mit dem EPS-Test nicht zufriedenstellend erfasst werden können.

Abbildung 7: Häufigkeit zusätzliche Indikatoren EPS-Test Übereinstimmung Bedarfseinschätzung intuitiv vs. EPS-Test, EPS 1



Anmerkung: Die Formulierung der Indikatoren wurden in der Abbildung aus Platzgründen gekürzt.
Quelle: Erhebung EPS 1 MPD 2024/2025 (ab Januar 25, n = 1'024), Berechnungen BASS

Die separate Betrachtung der Indikatoren nach Bedarfseinschätzung laut EPS-Test zeigt erwartungsgemäss, dass die Indikatoren bei einem bestehenden Bedarf häufiger vorkommen, als wenn kein Bedarf vorliegt (**Abbildung 24** im Anhang). Beim spezifischen Indikator «Schwere Demenz» ist dies jedoch nicht der Fall, dieser kommt in der Gruppe der Fälle ohne Bedarf häufiger vor als bei jenen mit Bedarf (12% vs. 5%). Ebenso zeigt sich bei den zusätzlichen Indikatoren, dass eine Early Palliative Care-Situation deutlich häufiger in der Gruppe der Fälle ohne Bedarf laut EPS-Test vorkommt (59% vs. 26%, **Abbildung 25** im Anhang). Dies könnten ebenfalls Hinweise dafür sein, dass diese Situationen mit dem EPS-Test nicht hinreichend erfasst werden können.

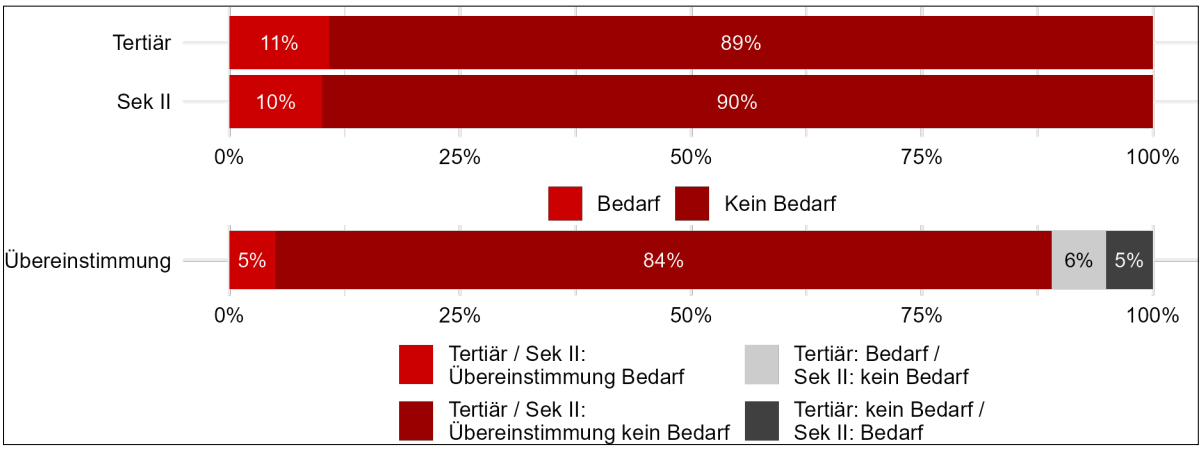
5 Interrater-Testung

Mit der Interrater-Testungen sollte geprüft werden, wie robust die Bedarfs-Einschätzungen mit dem EPS-Test sind. Zudem können sich aus den Auswertungen allenfalls Hinweise auf wichtige Themen für zukünftige Schulungsunterlagen ergeben.

Einschätzung des Bedarfs an spezialisierter Palliative Care

In der Erhebung EPS 3 in Institutionen der Langzeitpflege zeigt sich, dass die **Bedarfseinschätzungen** mit dem EPS-Test von zwei verschiedenen Personen mit unterschiedlichem Ausbildungsniveau grösstenteils übereinstimmen (89%, **Abbildung 8**). Insgesamt stellen die beiden Gruppen mit dem EPS-Test ähnlich häufig einen Bedarf an spezialisierter Palliative Care fest. Werden die einzelnen Fälle verglichen, zeigen sich in 11% Unterschiede: Jeweils etwa hälftig stellt eine Gruppe einen Bedarf fest und die andere nicht.

Abbildung 8: Bedarfseinschätzung laut EPS-Test nach Ausbildungsstufe, inkl. Übereinstimmung, EPS 3

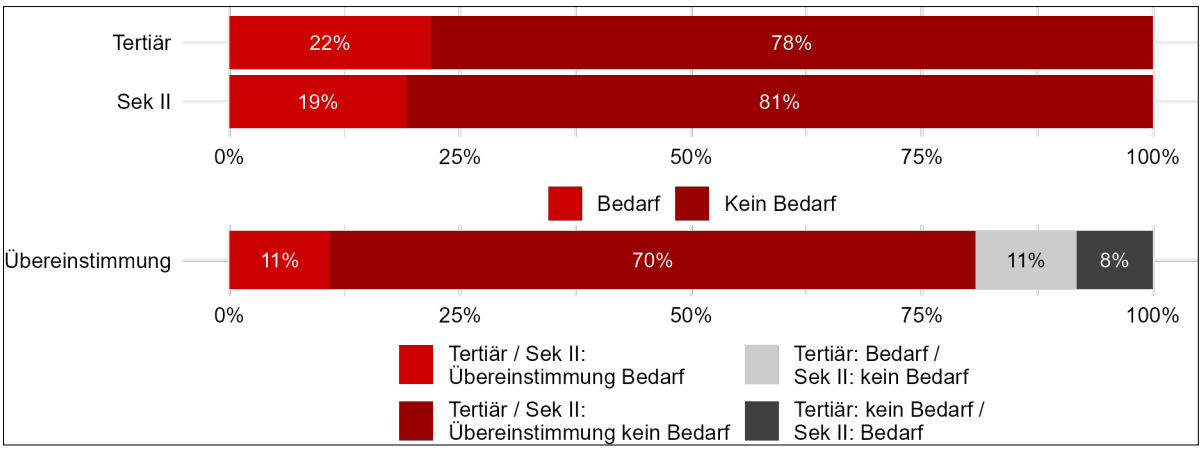


Quelle: Erhebung EPS 3 Institutionen der Langzeitpflege 2025 (vorhandene Interrater-Vergleiche Sek II – Tertiär, n = 1'126 Bewohner/innen / 2'252 EPS-Tests), Berechnungen BASS

Um die Interrater-Reliabilität zu messen, wurden neben der prozentualen Übereinstimmung der Bedarfseinschätzung auch weitere Kennzahlen für die Erhebung EPS 3 berechnet (**Tabelle 13** im Anhang). Für die Bedarfseinschätzung mit dem EPS-Test ergibt sich ein Cohen's Kappa von 0.42. Dies würde eine moderate Übereinstimmung bedeuten. Dieser Wert wird jedoch beeinflusst dadurch, dass insgesamt nur sehr selten (10% und 11%) ein Bedarf an spezialisierter Palliative Care besteht. Um dies zu berücksichtigen, wurde zudem das «prevalence-adjusted and bias-adjusted kappa PABAK» berechnet und die positive und negative Übereinstimmung ausgewiesen. Die Kombination mit dem höheren Wert von PABAK (0.78) zeigt, dass das Cohen's Kappa durch die ungleiche Verteilung von Bedarf/kein Bedarf beeinflusst wird. Die negative Übereinstimmung (d.h. kein Bedarf) ist mit 94% deutlich höher als die positive Übereinstimmung (d.h. bestehender Bedarf) mit 48%.

Bei der intuitiven Einschätzung, ob ein Bedarf an spezialisierter Palliative Care besteht, zeigt sich ein ähnliches Bild (**Abbildung 9**). Im Grossteil stimmen die Einschätzungen überein (81%). Der Anteil Abweichungen ist jedoch grösser als bei den Einschätzungen mit dem EPS-Test. Es zeigt sich damit, dass der EPS-Tests zu robusteren Einschätzungen führt.

Abbildung 9: Intuitive Bedarfseinschätzung laut nach Ausbildungsstufe, inkl. Übereinstimmung, EPS 3



Quelle: Erhebung EPS 3 Institutionen der Langzeitpflege 2025 (vorhandene Interrater-Vergleiche Sek II – Tertiär, n = 1'126 Bewohner/innen / 2'252 EPS-Tests), Berechnungen BASS

Die weiteren Interrater-Kennzahlen zeigen für die intuitive Bedarfseinschätzung ein ähnliches Bild wie bei dem EPS-Ergebnis (Tabelle 13 im Anhang). Cohen's Kappa zeigt mit 0.41 eine moderate

Übereinstimmung, welche jedoch durch den tiefen Bedarf beeinflusst wird. Der PABAK-Wert liegt mit 0.62 etwas tiefer als mit dem EPS-Test.

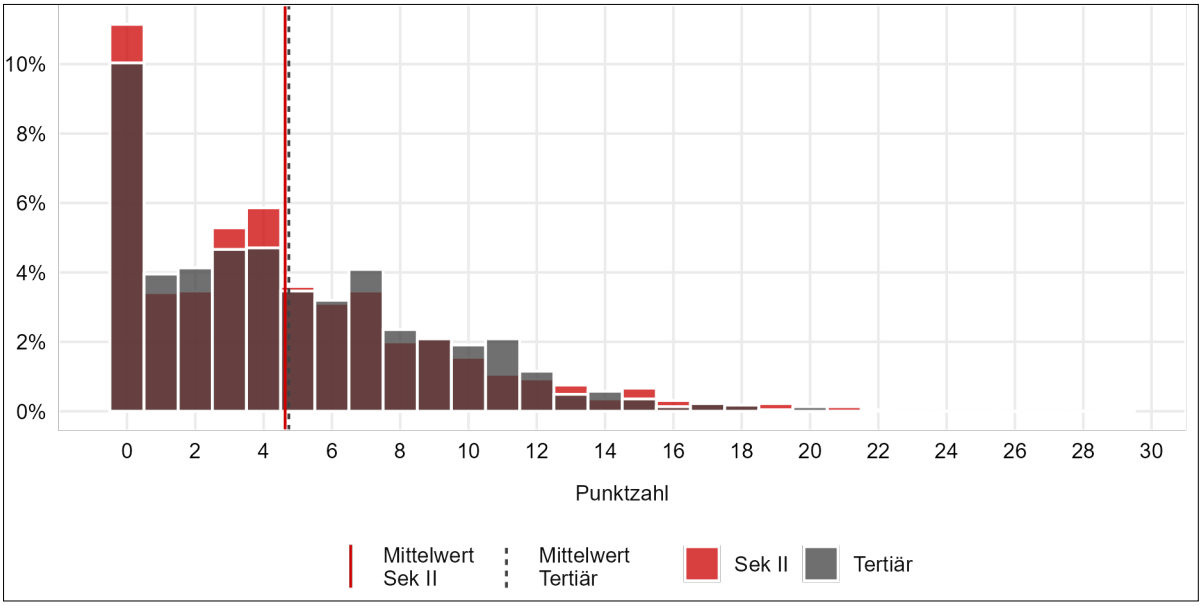
In den beiden anderen Erhebungen der Interrater-Testungen zeigen sich etwas grössere Unterschiede, wobei im Grossteil die Einschätzungen mit dem EPS-Test jeweils übereinstimmen zwischen den Gruppen. Aufgrund der tiefen Fallzahlen sind diese Auswertungen weniger aussagekräftig, können jedoch zur Ergänzung beigezogen werden.

Der Vergleich der MPD mit den Sek II-Mitarbeitenden der Spitex (Grundversorgung) in der Erhebung EPS 2 zeigt eine Übereinstimmung von 67% (**Abbildung 26** im Anhang). Die MPD-Mitarbeitenden stellen etwas häufiger keinen Bedarf laut dem EPS-Test fest: In 25% der Fälle stellen die MPD-Mitarbeitenden keinen Bedarf fest, die Sek II-Mitarbeitenden der Spitex jedoch schon (die umgekehrte Kombination betrifft 8% der Fälle). Der Vergleich der MPD-Mitarbeitenden mit den Tertiär-Mitarbeitenden der Spitex zeigt etwas weniger häufig eine Abweichung der Bedarfseinschätzung (**Abbildung 27** im Anhang): In 22% stimmen die Einschätzungen nicht überein, wobei in 19% die Tertiär-Mitarbeitenden der Spitex einen Bedarf feststellen, die MPD-Mitarbeitenden nicht. Werden die Einschätzungen der Spitex-Mitarbeitenden mit unterschiedlichem Bildungsabschluss miteinander verglichen, stimmt die Bedarfseinschätzung mit dem EPS-Test bei 11 von 12 Fällen überein (**Abbildung 28** im Anhang).
Aus der EPS-Erhebung 4 bei der Spitex (Grundversorgung) zeigt sich mit 82% eine etwas höhere Übereinstimmung der Einschätzungen mit dem EPS-Test (**Abbildung 29** im Anhang). Dass die Tertiär-Mitarbeitenden einen Bedarf feststellen, die Sek II-Mitarbeitenden jedoch nicht, kommt etwas häufiger vor als die umgekehrte Kombination (12% vs. 6%).

Insgesamt zeigen sich aus den Daten in Bezug auf den Bedarf an spezialisierter Palliative Care also vor allem insofern systematische Unterschiede, als dass die MPD-Mitarbeitenden, welchen unter anderem bereits seit einiger Zeit den EPS-Test genutzt und entsprechend Erfahrung gesammelt hatten, etwas seltener einen Bedarf feststellen als die Spitex-Mitarbeitenden (Grundversorgung).

Wird die **Punktzahl** im EPS-Test betrachtet, zeigt sich in der Erhebung EPS 3 im Überblick, dass die Mittelwerte der beiden Gruppen (Sek II vs. Tertiär) praktisch gleich sind und auch die Verteilung der Werte insgesamt sehr ähnlich ist (**Abbildung 10**). Hier zeigt sich auch, dass in den Institutionen der Langzeitpflege deutlich tiefere Punktzahlen im EPS-Test üblich sind als in der Erhebung der MPDs (Erhebung EPS 1), wo die Hälfte der Fälle über und die andere Hälfte unter 12 Punkten lag.

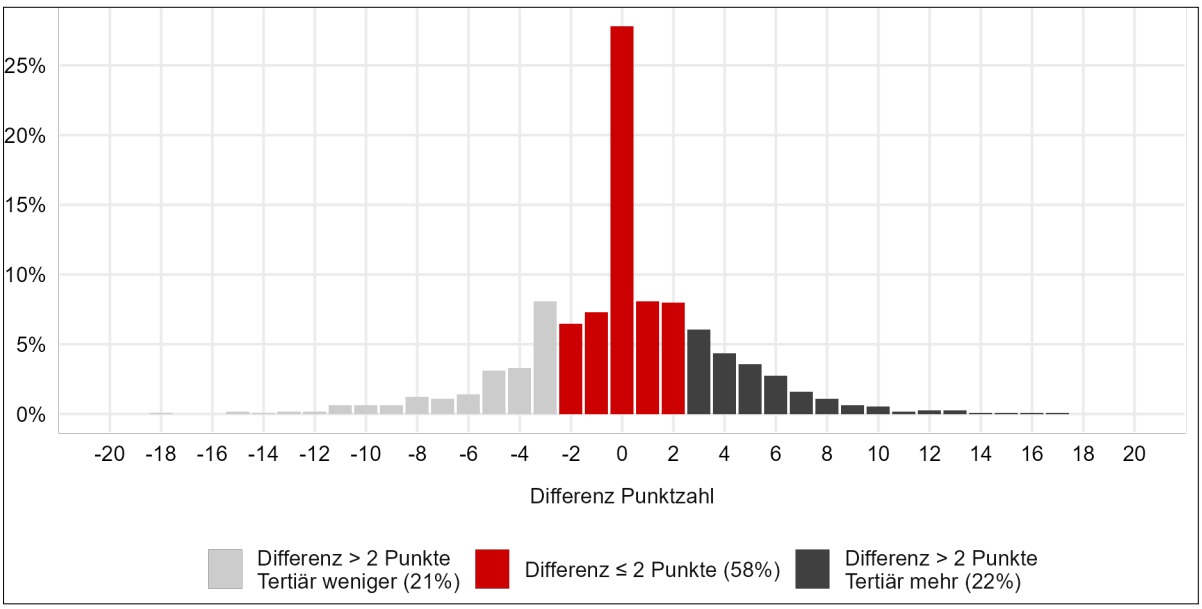
Abbildung 10: Verteilung Ergebnis EPS-Test in Punkten, EPS 3



Quelle: Erhebung EPS 3 Institutionen der Langzeitpflege 2025 (vorhandene Interrater-Vergleiche Sek II – Tertiär, n = 1'126 Bewohner/innen / 2'252 EPS-Tests), Berechnungen BASS

Um die Unterschiede pro Fall bzw. Bewohner/in zu vergleichen, wurde die Differenz zwischen den beiden Punktzahlen des EPS-Tests berechnet. Wie in **Abbildung 11** ersichtlich, stimmt die Punktzahl bei etwas mehr als einem Viertel der Fälle überein. Bei insgesamt 58% beträgt die Differenz maximal 2 Punkte. Die übrigen Fälle mit mehr als 2 Punkten Differenz verteilen sich gleichmässig darauf, dass entweder die Person mit Tertiär-Abschluss höhere Punktzahlen erhält (22%) oder jene mit Sek II-Abschluss (21%). Es zeigt sich damit kein systematischer Unterschied zwischen den beiden Gruppen.

Abbildung 11: Differenz der Punktzahlen des EPS-Tests zwischen der Einschätzung der Fachpersonen mit Tertiär vs. Sek II (Fallweiser Vergleich), EPS 3



Quelle: Erhebung EPS 3 Institutionen der Langzeitpflege 2025 (vorhandene Interrater-Vergleiche Sek II – Tertiär, n = 1'126 Bewohner/innen / 2'252 EPS-Tests), Berechnungen BASS

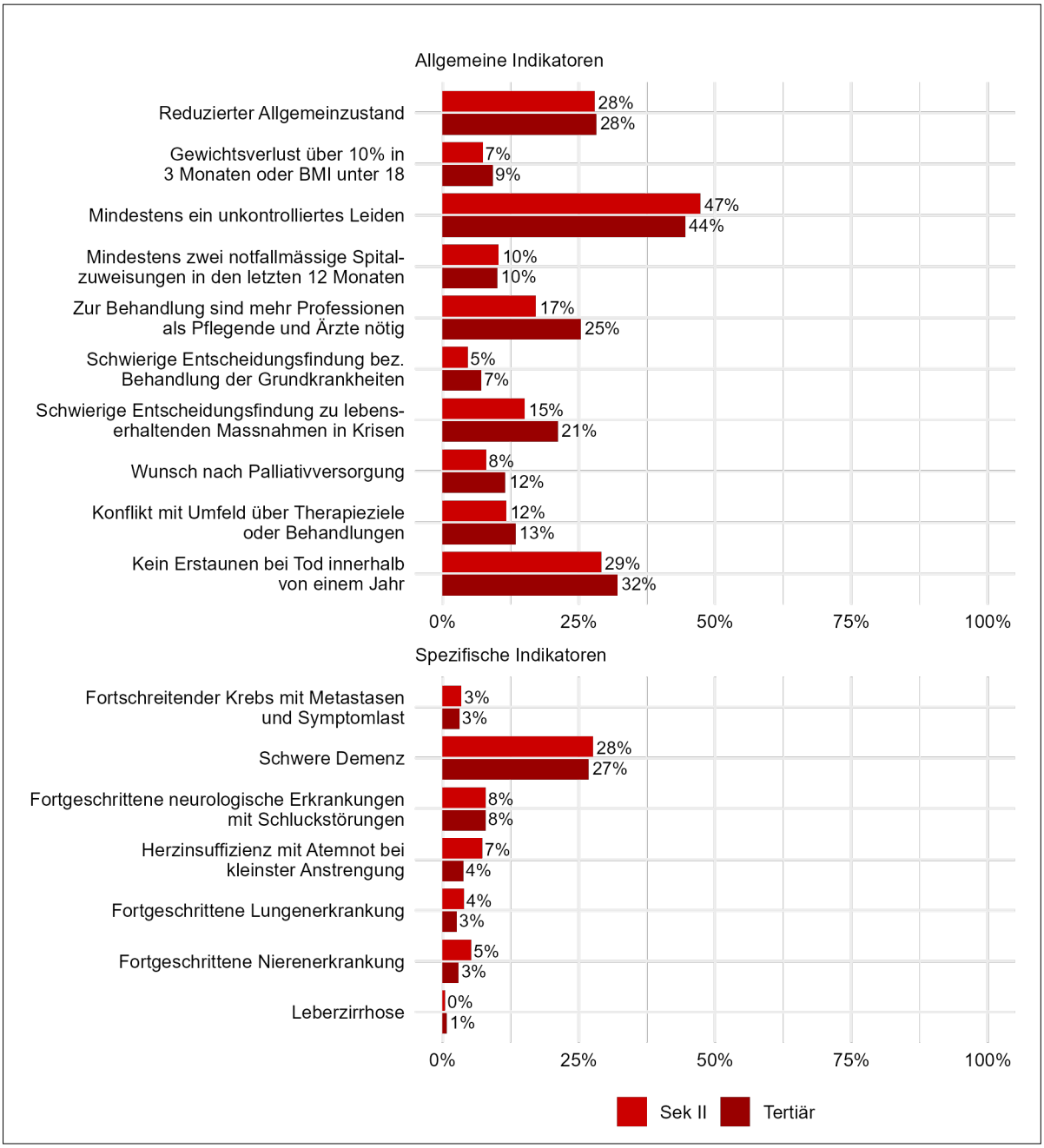
Bei den anderen Interrater-Vergleichen liegt der Anteil mit einer Differenz ≤ 2 Punkte bei 25–59%. Aufgrund der tiefen Fallzahlen sind die Detailvergleiche der Punktzahlen allerdings nicht sehr aussagekräftig. In der Erhebung EPS 2 zeigt sich, dass auch die Mittelwerte der MPD-Mitarbeitenden etwas tiefer sind als jene der Spitex (insb. gegenüber den Sek II-Mitarbeitenden).[1]

Verteilung Indikatoren

Die gesamthafte **Verteilung der Indikatoren** ist sehr ähnlich für die beiden Ausbildungsgruppen (Sek II vs. Tertiär) der Institutionen der Langzeitpflege (Erhebung EPS 3, **Abbildung 12**). Der grösste Unterschied liegt mit 8 Prozentpunkten in der Häufigkeit des Indikators «Zur Behandlung sind mehr Professionen als Pflegende und Ärzte nötig».

[1] Erhebung EPS 2: Vergleich MPD vs. Tertiär Spitex: Mittelwert MPD = 12.2, Mittelwert Tertiär Spitex = 14.09
Erhebung EPS 2: Vergleich MPD vs. Sek II Spitex: Mittelwert MPD = 12.58, Mittelwert Sek II Spitex = 16.25
Erhebung EPS 3: Vergleich Institutionen der Langzeitpflege Sek II vs. Tertiär: Mittelwert Sek II = 4.63, Mittelwert Tertiär = 4.74
Erhebung EPS 4: Vergleich Spitex Sek II vs. Tertiär: Mittelwert Sek II = 7.65, Mittelwert Tertiär = 7.71

Abbildung 12: Vergleich Häufigkeit der einzelnen Indikatoren des EPS-Tests zwischen Personen mit Tertiär- oder Sekundarstufe II-Ausbildung in Langzeitpflegeinstitutionen, EPS 3



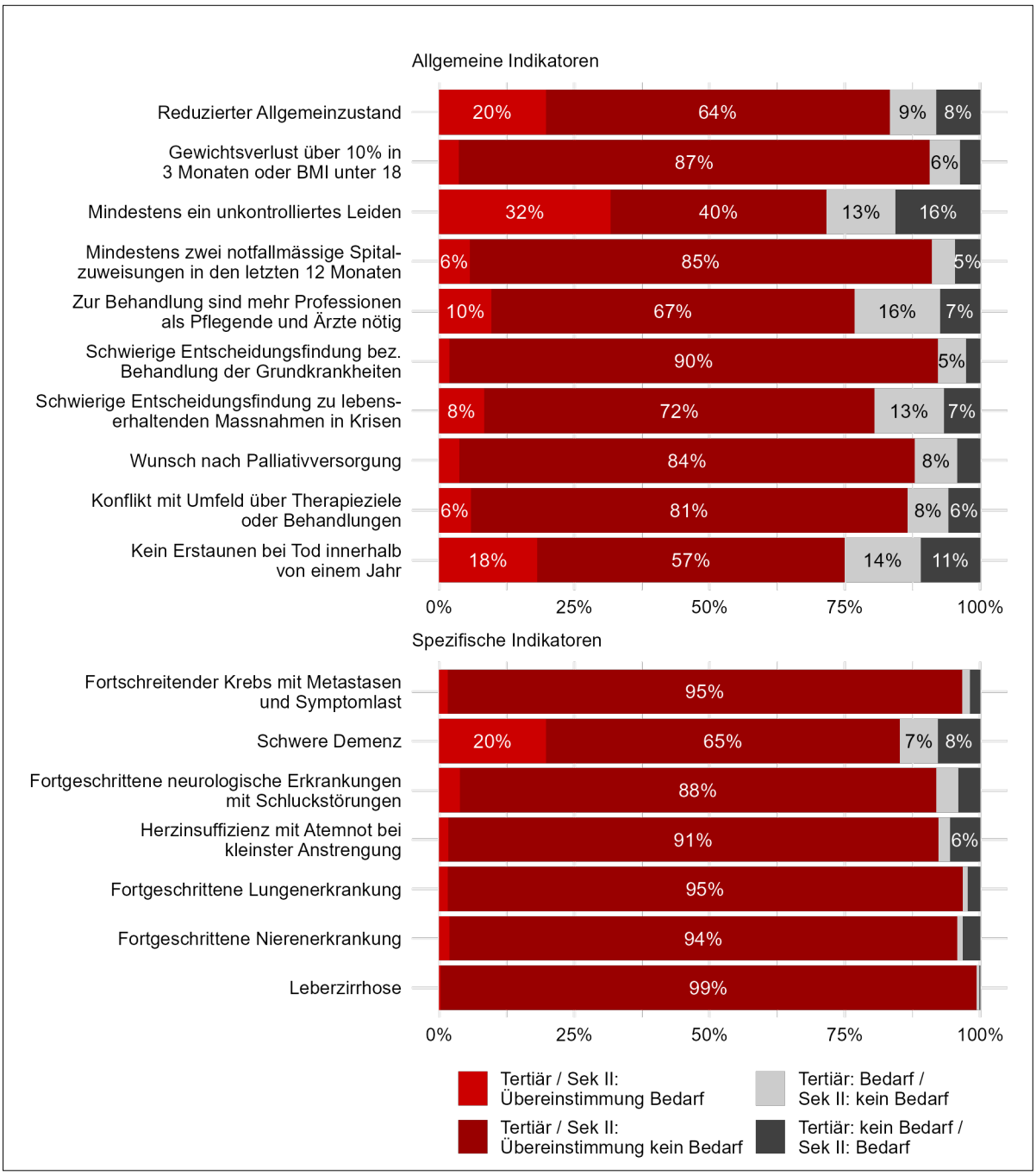
Anmerkung: Die Formulierung der Indikatoren wurden in der Abbildung aus Platzgründen gekürzt.
Quelle: Erhebung EPS 3 Institutionen der Langzeitpflege 2025 (vorhandene Interrater-Vergleiche Sek II – Tertiär, n = 1'126 Bewohner/innen / 2'252 EPS-Tests), Berechnungen BASS

Werden die Einschätzungen der Indikatoren jedoch fallweise verglichen, zeigen sich teilweise durchaus Abweichungen (**Abbildung 13**). Die Übereinstimmung liegt zwischen 72% und 99%. Die meisten Abweichungen zeigen sich bei den beiden Indikatoren «Mindestens ein unkontrolliertes Leiden» und «Kein Erstaunen bei Tod innerhalb von einem Jahr», gefolgt von «Zur Behandlung sind mehr Professionen als Pflegende und Ärzte nötig» und «Schwere Entscheidungsfindung zu lebenserhaltenden Massnahmen in Krisen». Bei den meisten spezifischen Indikatoren sind die Anteile mit Übereinstimmung relativ hoch, diese kommen jedoch allgemein auch viel seltener vor und daher ist auch die Einschätzung einfacher, ob einer dieser Indikatoren zutrifft oder nicht. Bei den Abweichungen in den Einschätzungen zeigt sich kein klares

Muster im Sinne, dass zum Beispiel eine Gruppe der Mitarbeitenden nach Ausbildung jeweils Indikatoren häufiger als zutreffend einschätzt als die andere.

Die tieferen Übereinstimmungsraten können einen Hinweis dafür sein, das gewisse Indikatoren bzw. deren Formulierung nicht ganz klar verstanden werden. Bei diesen könnte eine Anpassung der Formulierung in Betracht gezogen werden oder sie könnten in den geplanten Schulungsunterlagen zum EPS-Test verstärkt thematisiert werden.

Abbildung 13: Übereinstimmung der Einschätzung der einzelnen Indikatoren des EPS-Tests zwischen Personen mit Tertiär- oder Sekundarstufe II-Ausbildung in Langzeitpflegeinstitutionen, EPS 3

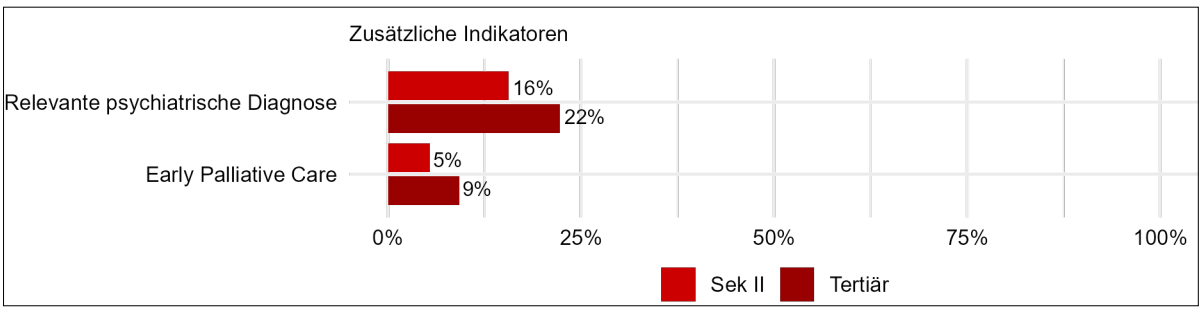


Anmerkung: Die Formulierung der Indikatoren wurden in der Abbildung aus Platzgründen gekürzt.
Quelle: Erhebung EPS 3 Institutionen der Langzeitpflege 2025 (vorhandene Interrater-Vergleiche Sek II – Tertiär, n = 1'126 Bewohner/innen / 2'252 EPS-Tests), Berechnungen BASS

Auch für die einzelnen Indikatoren wurden die weiteren Interrater-Kennzahlen berechnet um im Anhang in Tabelle 13 dargestellt. Die Kennzahlen werden wiederum dadurch beeinflusst, dass sie meist selten vorkommen. Analog zu der Darstellung der Übereinstimmung in Abbildung 13 zeigen sich aber auch in den Kennzahlen Unterschiede zwischen den Indikatoren.

Bei den Häufigkeiten der zusätzlichen Indikatoren zeigen sich leichte Unterschiede in der Häufigkeit, im Grossen und Ganzen sieht die Verteilung jedoch ähnlich aus (**Abbildung 14**).

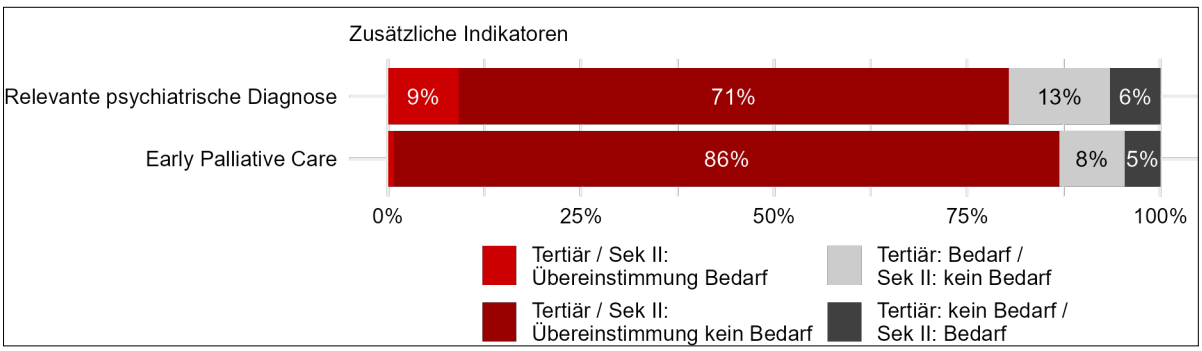
Abbildung 14: Vergleich Einschätzung der zusätzlichen Indikatoren zwischen Personen mit Tertiär- oder Sekundarstufe II-Ausbildung in Langzeitpflegeinstitutionen, EPS 3



Anmerkung: Die Formulierung der Indikatoren wurden in der Abbildung aus Platzgründen gekürzt.
Quelle: Erhebung EPS 3 Institutionen der Langzeitpflege 2025 (vorhandene Interrater-Vergleiche Sek II – Tertiär, n = 1'126 Bewohner/innen / 2'252 EPS-Tests), Berechnungen BASS

Bei dem fallweisen Vergleich zeigen sich mit 20% Abweichungen bei «relevante psychiatrische Diagnose» wiederum bei dem Indikator mehr Abweichungen, der auch häufiger vorkommt (**Abbildung 15**). Ähnlich wie bei den meisten allgemeinen Indikatoren des EPS-Tests zeigt sich bei «relevante psychiatrisch Diagnose» eine eher tiefe Übereinstimmung. Falls dieser Aspekt zukünftig in den EPS-Test aufgenommen werden soll, bräuchte es daher allenfalls noch eine präzisere Formulierung.

Abbildung 15: Übereinstimmung der Einschätzungen zusätzlichen Indikatoren zwischen Personen mit Tertiär- oder Sekundarstufe II-Ausbildung in Langzeitpflegeinstitutionen, EPS 3



Anmerkung: Die Formulierung der Indikatoren wurden in der Abbildung aus Platzgründen gekürzt.
Quelle: Erhebung EPS 3 Institutionen der Langzeitpflege 2025 (vorhandene Interrater-Vergleiche Sek II – Tertiär, n = 1'126 Bewohner/innen / 2'252 EPS-Tests), Berechnungen BASS

6 Erfahrungen mit der Nutzung des EPS-Tests

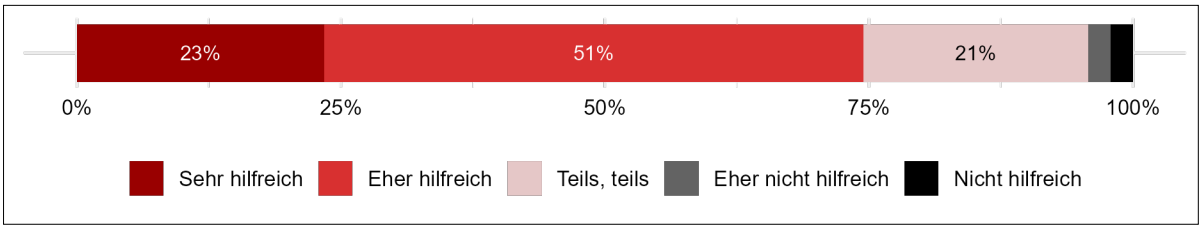
6.1 Erfahrungen der MPD-Mitarbeitenden

In der Befragung der MPD-Mitarbeitenden zu ihren Erfahrungen mit dem EPS-Test wurden eine allgemeine Einschätzung des EPS-Tests, die einzelnen Indikatoren, die Bedarfseinschätzung des EPS-Tests und die Anwendung thematisiert.

Allgemeine Einschätzungen

Insgesamt fanden fast drei Viertel der Befragten den EPS-Test eher oder sehr hilfreich, um den Bedarf an spezialisierter Palliative Care einzuschätzen (**Abbildung 16**). Jeweils eine Person fand ihn eher nicht bzw. nicht hilfreich. Zwischen den einzelnen MPDs oder nach Tätigkeitsdauer in der spezialisierten Palliative Care zeigten sich keine grossen Unterschiede.

Abbildung 16: Wie hilfreich finden Sie den EPS-Test insgesamt, um den Bedarf an spezialisierter Palliative Care einzuschätzen?

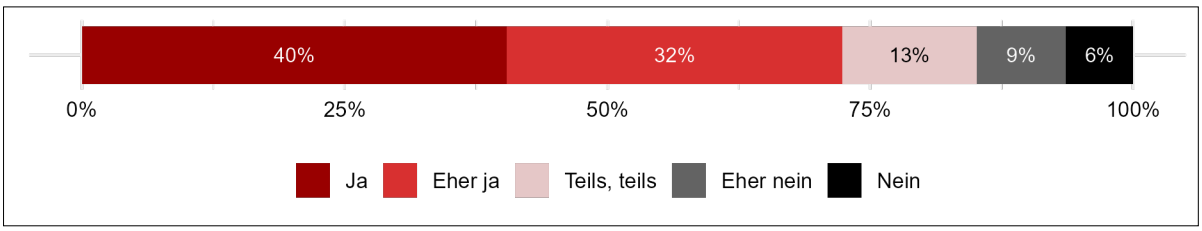


Anmerkung: Anteile unter 5 Prozent sind nicht beschriftet
Quelle: Befragung der MPD-Mitarbeitenden 2025 (n = 47), Berechnungen BASS

Das Ausfüllen des EPS-Tests hat laut Angabe der Befragten durchschnittlich jeweils 3.8 Minuten (Median 3 Minuten) gedauert. Insgesamt gaben die Befragten eine Dauer von 1 bis 10 Minuten an, wobei 55% davon 2 oder 3 Minuten nannten.

Der Grossteil der Befragten (72%) würde den EPS-Test zumindest eher gerne weiterhin in ihrer täglichen Arbeit anwenden (**Abbildung 17**). 15% der Befragten möchten ihn (eher) nicht weiterhin nutzen, 13% sind unentschlossen.

Abbildung 17: Würden Sie den EPS-Test gerne weiterhin in Ihrer täglichen Arbeit anwenden?

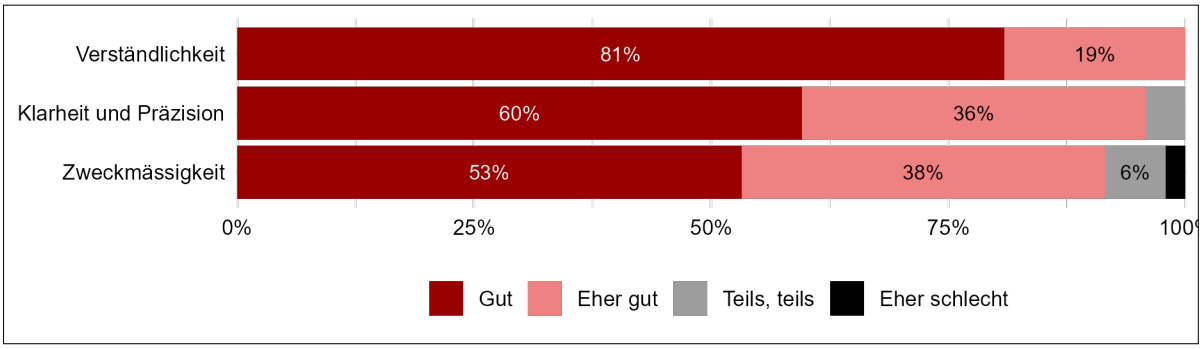


Quelle: Befragung der MPD-Mitarbeitenden 2025 (n = 47), Berechnungen BASS

Einschätzungen der Indikatoren des EPS-Tests

Bezüglich der einzelnen Indikatoren des EPS-Tests wurde eine allgemeine Beurteilung der sprachlichen Formulierung und anschliessend Anpassungsvorschläge bezüglich der Formulierung und Gewichtung erhoben. Die sprachliche Formulierung der einzelnen Indikatoren des EPS-Tests wurde insgesamt von praktisch allen Befragten hinsichtlich den Aspekten Verständlichkeit, Klarheit und Präzision und Zweckmässigkeit als gut oder eher gut beurteilt (**Abbildung 18**). Einzig die Zweckmässigkeit wird von einer Person als eher schlecht angesehen.

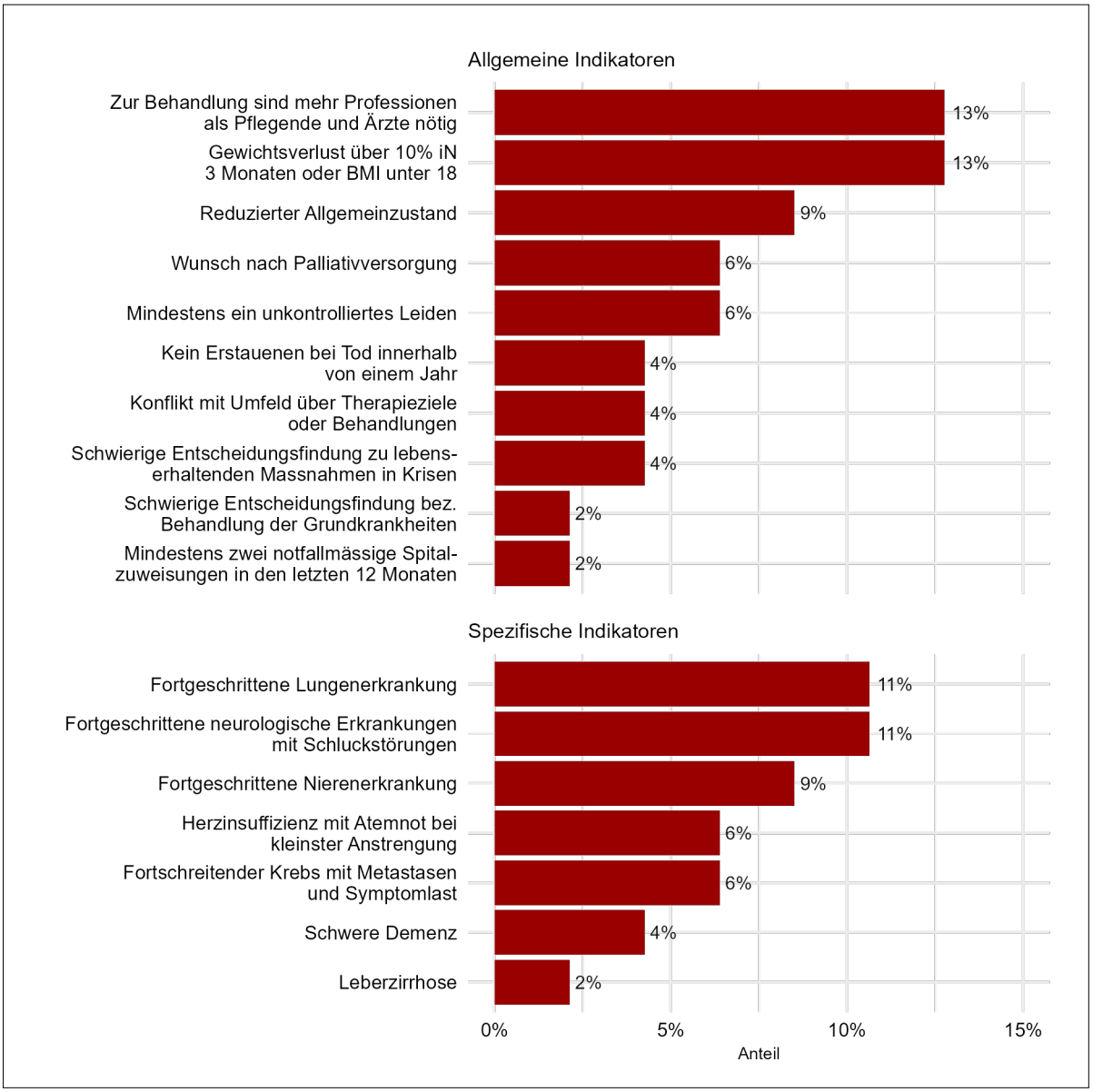
Abbildung 18: Wie schätzen Sie insgesamt die sprachliche Formulierung der einzelnen Indikatoren ein bezüglich der folgenden Aspekte?



Anmerkung: Anteile unter 5 Prozent sind nicht beschriftet
Quelle: Befragung der MPD-Mitarbeitenden 2025 (n = 47), Berechnungen BASS

Bei jedem der Indikatoren gab mindestens eine Person an, dass sie eine **sprachliche Anpassung** hilfreich fände (**Abbildung 19**). Der Anteil Personen, welche eine sprachliche Anpassung sinnvoll finden, beträgt jedoch maximal 13% (entspricht 6 Personen). Am häufigsten wurden die zwei allgemeinen Indikatoren «Zur Behandlung der Leiden sind mehr Professionen als Pflegende und Ärzte nötig», «Gewichtsverlust über 10 % in 3 Monaten oder BMI unter 18» sowie die beiden spezifischen Indikatoren «Fortgeschrittene Lungenerkrankung mit Atemnot in Ruhe, unter Sauerstofftherapie oder nach künstlicher Beatmung» und «Fortgeschrittene neurologische Erkrankungen mit Schluckstörungen» genannt.

Abbildung 19: Gibt es Indikatoren, für die Sie eine sprachliche Anpassung hilfreich fänden?



Anmerkung: Die Formulierung der Indikatoren wurden in der Abbildung aus Platzgründen gekürzt.
Quelle: Befragung der MPD-Mitarbeitenden 2025 (n = 47), Berechnungen BASS

Die **Tabelle 6** und **Tabelle 7** zeigen die Vorschläge der Befragten für Anpassungen bzw. andere Formulierungen im Wortlaut. Meist handelt es sich bei den Vorschlägen um kleinere Anpassungen wie Präzisierungen, Ergänzungen oder das Weglassen von gewissen Punkten.

Tabelle 6: Vorgeschlagene Anpassungen / andere Formulierungen – Allgemeine Indikatoren

Allgemeinde Indikatoren
Reduzierter Allgemeinzustand (z.B. Patient verbringt mehr als den halben Tag im Bett)
Dem Patienten fehlt die Energie zur Aufrechterhaltung der Aktivitäten des täglichen Lebens.
verbringt mehr als einen halben Tag liegend (kann auch Sofa, Lehnstuhl, etc. sein)
zu Hause ist es oft auch der Lehnstuhl anstatt das Bett
oder sitzend, stark eingeschränkter Mobilitätsradius (zu Hause oft im Lehnstuhl oder Sofa, individuelle Präferenz)
Gewichtsverlust über 10 % in 3 Monaten oder BMI unter 18
Das Problem bei dieser Frage ist, dass wir den BMI und den Gewichtsverlauf in Zahlen nicht kennen und es dann eine Schätzung ist.
ich würde es auf das Gewicht beschränken und nicht den BMI
Wenn BMI, dann Formel auch gleich nennen.
hier wäre es für die Grundversorgung hilfreich noch die Berechnung des BMI aufzuführen
Gewichtsverlust von über 10%, oder >10kg oder BMI unter 18 (10% ausrechnen erscheint mir für die Grundversorgung als sehr herausfordernd)
Mindestens ein unkontrolliertes Leiden (Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Erschöpfung, Depression, Appetitmangel, Schläfrigkeit, Beunruhigung), auf der VAS Skala > 5 über mindestens 24 Stunden
VAS Skala Einschätzung subjektiv. Bedeutung von VAS 5 nicht vergleichbar. Stattdessen Formulierung: mindestens mässig bis stark
Vorschlag, Mehrmals in den letzten 24h. Begründung: über 24h kontinuierlich whs nicht oft der Fall. Abhängig von Symptom, Aktivität. Medikation. Trotzdem sind die Symptome nicht gut eingestellt, wenn diese intermittierend immer wieder >5 sind.
Mindestens zwei notfallmässige Spitalzuweisungen in den letzten 12 Monaten
... (beinhaltet Notfallstationen oder hospital@home)
Zur Behandlung der Leiden sind mehr Professionen als Pflegende und Ärzte nötig
Bedarf an Koordination mit pflegenden Angehörigen und/oder dem Behandlungs- und Betreuungsnetzwerk
Beispiele (Sozialarbeit, Physio, Freiwillige) etc.
Bei einer Erstabklärung sieht die Grundversorgung diesen Bedarf oft nicht, da nicht ganzheitliche Sicht. Evtl. noch diverse Professionen aufzählen.
, zB. … (Physiotherapie, Seelsorge, Psychologie....)
welche Professionen sind gemeint? Physio? Fahrdienst?
Schwierige Entscheidungsfindung bezüglich Behandlung der Grundkrankheiten (z.B. Dialyse starten oder abbrechen, Operationen, Chemotherapie weiterführen, palliative Sedation)
in Klammer ergänzen: Flüssigkeitszufuhr, fortfahren oder stoppen der Medikamente
Schwierige Entscheidungsfindung, welche lebenserhaltenden Massnahmen in einer Krisensituation noch getroffen werden sollen
keine Vorschläge
Wunsch nach Palliativversorgung, Therapiebegrenzung, Suizidbeihilfe oder Sterbefasten
keine Vorschläge
Konflikt zwischen Patient oder Patientin, familiärem Umfeld, Betreuenden in Bezug auf Therapieziele, Behandlungen
Konflikte auch generell, nicht nur auf Therapieziel/Behandlung bezogen.
Ich wäre nicht erstaunt, wenn dieser Patient oder diese Patientin innerhalb von einem Jahr versterben würde
innerhalb eines Jahres (Genitiv wäre hier richtig, entschuldigt meine Tüpfeschisserei)

Quelle: Befragung der MPD-Mitarbeitenden 2025, Darstellung BASS

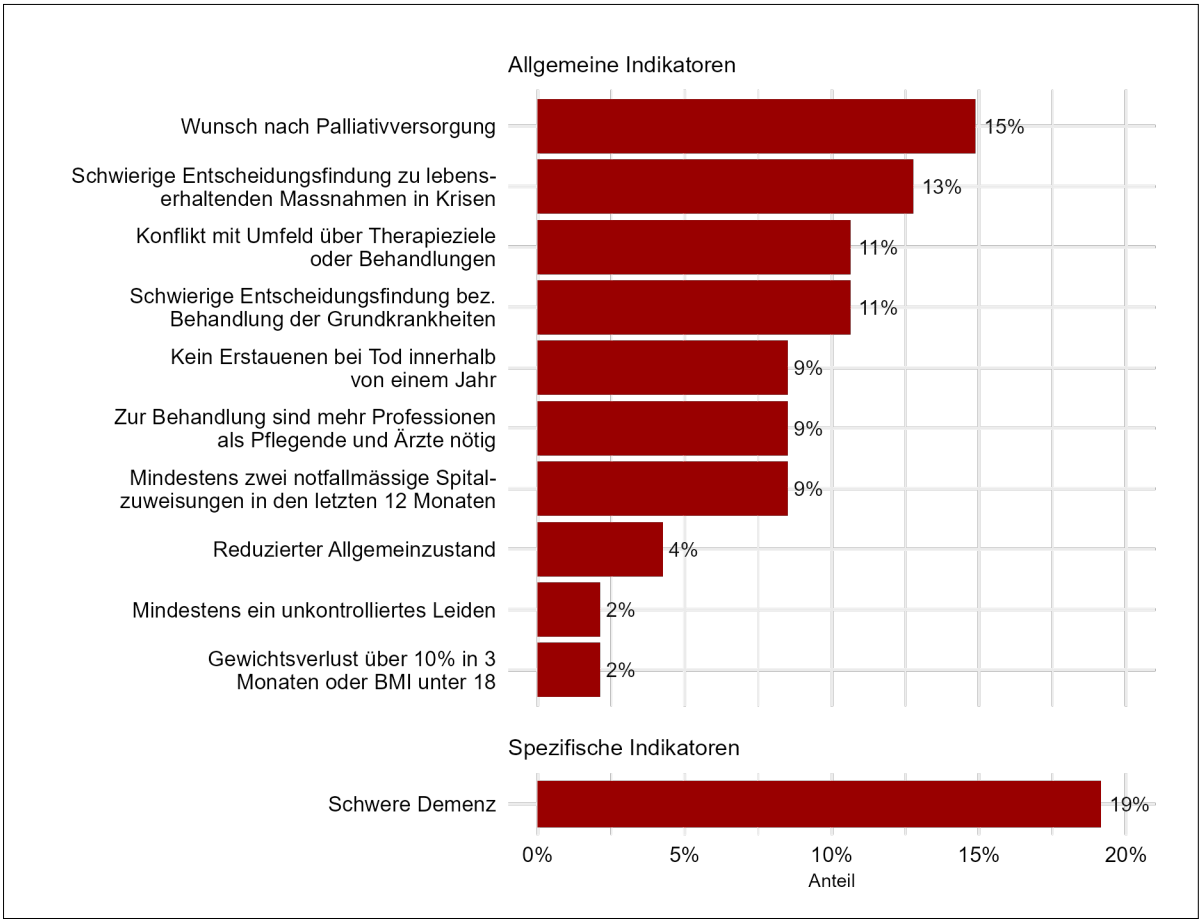
Tabelle 7: Vorgeschlagene Anpassungen / andere Formulierungen – Spezifische Indikatoren

Spezifische Indikatoren
Fortschreitender Krebs mit Metastasen und Symptomlast
"und / oder"
Fortschreitender Krebs mit/ohne Metastasen und Symptomlast
Krebs ohne Metas macht auch Symptome. Kann dann aber nicht angekreuzt werden.
Schwere Demenz (in den meisten ATL auf Hilfe angewiesen), mit wiederholten Stürzen, oder wiederholten Infekten oder fehlender Nahrungsaufnahme
Diagnostizierte, fortgeschrittene demenzielle Entwicklung
Fortgeschrittene neurologische Erkrankungen mit Schluckstörungen
ergänzen in Klammer, z.B. ALS, MS, Parkinson, CVI) / mit ODER OHNE Schluckstörungen
... oder respiratorischer Insuffizienz
Schluckstörungen weglassen: early Palliative Care z. B bei ALS, ACP, Belastung Angehörige, Schmerzen usw. könne alles Themen sein
Fortgeschrittene neurologische Erkrankung
Fortgeschrittene neurologische Erkrankung (Schluckstörung meiner Ansicht nach nicht zwingend nötig)
Herzinsuffizienz mit Atemnot bei kleinster Anstrengung (und Transplantation oder Kunstherz kommen nicht in Frage)
Inhalte in der Klammer weg lassen - oder mindestens "und" weglassen
Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz haben zunehmend Bedarf an Palliative Care. Der Punkt Atemnot bei kleinster Anstrengung schliesst aber viele aus.
Herzinsuffizienz mit Atemnot bei kleinster Anstrengung oder wiederholte kardiale Dekompensation
Fortgeschrittene Lungenerkrankung mit Atemnot in Ruhe, unter Sauerstofftherapie oder nach künstlicher Beatmung
Auch COPD-Patienten in einem fortgeschrittenen Stadium haben Bedarf an Pall Care. Atemnot in Ruhe schliesst viele aus.
Atemnot in Ruhe weglassen. dies kommt ja bereits mit Symptomlast. COPD Patient:innen habe oft schwere Belastungsdyspnoe, die die Lebensqualität stark einschränkt. Oder aber rezd. Infekte, Hospitalisationen usw. auch hier, early Palliative Care wichtig
Fortgeschrittene Lungenerkrankung mit Atemnot (evtl. unter Sauerstofftherapie oder nach künstlicher Beatmung)
Fortgeschrittene Lungenerkrankung mit Atemnot in Ruhe oder häufige Atemnotattacken und Exazerbationen (meiner Meinung nach Sauerstoff nicht zwingend)
Fortgeschrittene Nierenerkrankung, mit Wunsch auf Beendigung oder Verzicht auf Dialyse
Ich finde, dass der Wunsch auf Beendigung oder Verzicht auf Dialyse in Klammer gesetzt werden müsste.
Fortgeschrittene Nierenerkrankung (evtl. mit Wunsch nach Beendigung oder Verzicht auf Dialyse)
Fortgeschrittene Nierenerkrankung (Dialysepatienten haben für mich auch Recht auf spez. Palliative Care)
Leberzirrhose mit Aszites oder hepatischer Enzephalopathie, bakt. Peritonitis, Ösophagusvarizenblutung
keine Vorschläge

Quelle: Befragung der MPD-Mitarbeitenden 2025, Darstellung BASS

Neben der sprachlichen Formulierung wurden die MPD-Mitarbeitenden auch nach Ihrer Sicht auf die **Gewichtungen** der einzelnen Indikatoren gefragt. Hier wurde mit 19% der Befragten (9 Personen) am häufigsten für den spezifischen Indikator «Schwere Demenz» eine Anpassung der damit verbundenen Punktzahl vorgeschlagen. Ansonsten wurde bei keinem weiteren spezifischen Indikatoren ein Anpassungsbedarf gesehen. Ein anderes Bild ergibt sich bei den allgemeinen Indikatoren: Bei allen Indikatoren gaben einzelne Personen Anpassungsbedarf hinsichtlich der Gewichtung an. Am häufigsten wurde dieser beim «Wunsch nach Palliativversorgung» sowie bei der «Schwierigen Entscheidungsfindung zu lebenserhaltenden Massnahmen in Krisen» genannt (**Abbildung 20**).

Abbildung 20: Gibt es Indikatoren, für die Sie eine andere Punktzahl vorsehen würden?



Anmerkung: Die Formulierung der Indikatoren wurden in der Abbildung aus Platzgründen gekürzt.
Quelle: Befragung der MPD-Mitarbeitenden 2025 (n = 47), Berechnungen BASS

Bei den vorgeschlagenen Gewichtungen handelt es sich primär um höhere Punktzahlen, als bisher verwendet werden. Die **Tabelle 8** und **Tabelle 9** zeigen die Auswertungen der vorgeschlagenen Punktzahlen pro Indikator.

Bei den meisten vorgeschlagenen Punktzahlen handelt es sich um eine Erhöhung der Gewichtung, nur beim Indikator «Mindestens zwei notfallmässige Spitalzuweisungen in den letzten 2 Monaten» wird eine Reduktion vorgeschlagen. Dort, wo von mehreren Personen Anpassungen vorgeschlagen werden, sind die vorgeschlagenen Punktzahlen relativ ähnlich.

Tabelle 8: Vorgeschlagene Punktzahl/Gewichtung – Allgemeine Indikatoren

Indikator	Gewichtung	Vorgeschlagene Gewichtung					
		Anz. Antworten	Mittelwert	Median	Modus	Minimum	Maximum
Reduzierter Allgemeinzustand (z.B. Patient verbringt mehr als den halben Tag im Bett)	1 Punkt	2	**2.0**	2	2	2	2
Gewichtsverlust über 10 % in 3 Monaten oder BMI unter 18	1 Punkt	1	**2.0**	2	2	2	2
Mindestens ein unkontrolliertes Leiden (Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Erschöpfung, Depression, Appetitmangel, Schläfrigkeit, Beunruhigung), auf der VAS Skala > 5 über mindestens 24 Stunden	3 Punkte	1	**4.0**	4	4	4	4
Mindestens zwei notfallmässige Spitalzuweisungen in den letzten 12 Monaten	3 Punkte	4	**2.0**	2	1	1	4
Zur Behandlung der Leiden sind mehr Professionen als Pflegende und Ärzte nötig	1 Punkt	4	**2.0**	2	2	2	2
Schwierige Entscheidungsfindung bezüglich Behandlung der Grundkrankheiten (z.B. Dialyse starten oder abbrechen, Operationen, Chemotherapie weiterführen, palliative Sedation)	2 Punkte	5	**3.0**	3	3	3	3
Schwierige Entscheidungsfindung, welche lebenserhaltenden Massnahmen in einer Krisensituation noch getroffen werden sollen	2 Punkte	6	**3.0**	3	3	3	3
Wunsch nach Palliativversorgung, Therapiebegrenzung, Suizidbeihilfe oder Sterbefasten	2 Punkte	7	**3.0**	3	3	3	3
Konflikt zwischen Patient oder Patientin, familiärem Umfeld, Betreuenden in Bezug auf Therapieziele, Behandlungen	1 Punkt	5	**2.2**	2	2	2	3
Ich wäre nicht erstaunt, wenn dieser Patient oder diese Patientin innerhalb von einem Jahr versterben würde	2 Punkte	4	**2.0**	2	3	1	3

Quelle: Befragung der MPD-Mitarbeitenden 2025, Berechnungen BASS

Am häufigsten wird mit 9 Personen ein Änderungsbedarf bei dem Indikator «Schwere Demenz» gesehen (Tabelle 9). Vorgeschlagen werden statt bisher 1 Punkt neu 2 oder 3 Punkte, wobei häufiger 3 Punkte genannt wurden (6 Nennungen «3», 3 Nennungen «2»).

Tabelle 9: Vorgeschlagene Punktzahl/Gewichtung – Spezifische Indikatoren

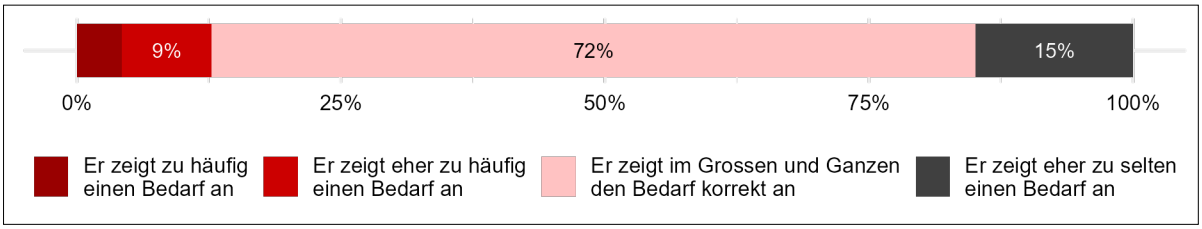
Indikator	Gewichtung	Vorgeschlagene Gewichtung					
		Anz. Antworten	Mittelwert	Median	Modus	Minimum	Maximum
Schwere Demenz (in den meisten ATL auf Hilfe angewiesen), mit wiederholten Stürzen, oder wiederholten Infekten oder fehlender Nahrungsaufnahme	1 Punkt	9	2.7	3	3	2	3

Quelle: Befragung der MPD-Mitarbeitenden 2025, Berechnungen BASS

Beurteilung der Bedarfseinschätzung durch den EPS-Test

Fast drei Viertel gaben an, dass der EPS-Test den Bedarf an spezialisierter Palliative Care im Grossen und Ganzen korrekt anzeigt. 15% sind der Ansicht, dass er eher zu selten auf Bedarf hinweist, gemäss 13% zeigt er (eher) zu häufig einen Bedarf an (**Abbildung 21**).

Abbildung 21: Beurteilung der Korrektheit des EPS-Tests, ob ein Bedarf an spezialisierter Palliative Care besteht



Quelle: Befragung der MPD-Mitarbeitenden 2025 (n = 47), Berechnungen BASS

Die MPD-Mitarbeitenden wurden gefragt, ob es **bestimmte Fälle oder Konstellationen** gab (z.B. bestimmte Einschränkungen oder Diagnosen), bei denen die Einschätzung des Bedarfs an spezialisierter Palliative Care durch den **EPS-Test häufig von ihrer intuitiven Einschätzung abgewichen** ist.
Das Ergebnis, bei dem intuitiv kein Bedarf an spezialisierter Palliative Care gesehen wurde, der EPS-Test jedoch einen Bedarf anzeigte, wurde von 2 Personen angegeben. Eine dieser Personen gab die Situation «Kunden mit wenig Symptomlast und einer Tumorerkrankung ohne Metastasen» an, die andere Person hat keine konkrete Konstellation genannt.
Es wurden mehr Fälle oder Konstellationen genannt, wo intuitiv ein Bedarf an spezialisierter Palliative Care gesehen wurde, anhand des EPS-Tests jedoch nicht. Am häufigsten (7 Nennungen) wurden Situationen genannt, in der es um early Palliative Care, Planung oder Entscheidungsfindung ging. Dies betrifft Situationen, in denen ein frühzeitiger Kontakt der spezialisierten Palliative Care hilfreich ist für eine vorausschauende Planung, Erstabklärung mit Blick auf eine sich verschlechternde Situation, Entscheidungsfindung (insbes. bei Unstimmigkeiten) oder das Erstellen einer Notfallplanung. Weiter wird intuitiv, entgegen dem EPS-Test, auch dann ein Bedarf gesehen, wenn die Symptome aktuell gut kontrolliert sind oder umgekehrt eine hohe Symptomlast besteht, die Entscheidungsfindung jedoch gut ist (3 Nennungen). Neben der early Palliative Care wird auch sonst in Situationen, wo eine Begleitung im Hintergrund (z.B. COPD/Herzinsuffizienz-Patienten) oder mehr emotionale oder soziale Belastung vorhanden ist, vom EPS-Test kein Bedarf festgestellt (2 Nennungen). Ebenfalls zweimal werden Situationen genannt, in denen die Personen hochaltrig sind, vulnerabel, multimorbid und/oder gebrechlich (Frailty), jedoch keine spezifischen Indikatoren erfüllen. Jeweils einzeln werden zudem die folgenden Fälle oder Situationen genannt: Komplexität/psychiatrische Diagnosen, Sucht, (Hirn-)Tumore ohne Metastasen, kurzfristiger Spitalaustritt und Personen mit einer schlechten Selbsteinschätzung auf der VAS-Skala.

Die MPD-Mitarbeitenden wurden gefragt, ob es aus ihrer Sicht Aspekte gibt, die für die Einschätzung des Bedarfs an spezialisierter Palliative Care relevant sind, im EPS-Test aber nicht abgefragt werden, und bei denen es aus Ihrer Sicht sinnvoll wäre, diese **allenfalls als zusätzliche Indikatoren aufzunehmen**. Als Auswahl wurden die beiden bereits in der Erhebung zum EPS-Test hinzugefügten zusätzlichen Indikatoren und offene Felder vorgelegt. Die **Tabelle 10** zeigt die Häufigkeiten dieser beiden Optionen und die weiteren genannten Aspekte. Die beiden Optionen «early Palliative Care» und «relevante psychiatrische Diagnosen» wurden von 40% bzw. 34% der Befragten angewählt, d.h. zwischen einem Drittel und der Hälfte der Befragten schätzt diese Aspekte als relevant für den Bedarf an spezialisierter Palliative Care ein. Von knapp einem Fünftel wurde als weiterer wichtiger Aspekt eine Überforderung oder starke Belastung der Angehörigen bzw. des betreuenden Netzwerkes genannt.

Tabelle 10: Weitere Aspekte, die aus Sicht der MPD-Mitarbeitenden für die Einschätzung des Bedarfs an spezialisierter Palliative Care relevant und allenfalls als zusätzliche Indikatoren aufzunehmen wären

Zusätzliche Aspekte	Nennungen	Anteil
Early Palliative Care (Erstkontakt, Familiengespräch, Entscheidungsfindung usw.)	19	40%
Relevante psychiatrische Diagnose (z.B. Sucht, akute behandlungsrelevante Erkrankung wie Angststörung, Depression usw.)	16	34%
Überforderung oder starke Belastung der Angehörigen bzw. des betreuenden Netzwerkes	9	19%
Austritt aus Institution welche kurzfristig sind, mit Notfallplan oder von terminalen Klienten	3	6%
Bedarf an Beratung für Advanced Care Planing oder Patientenverfügung	2	4%
Unterstützung allgemeine Palliative Care, Grundversorgung, Netzwerk	2	4%
Frailty, schwere Gebrechlichkeit	2	4%
Instabiler Zustand (ggf. verbunden mit dadurch hoher Belastung für Angehörige)	2	4%
Wunsch zuhause sterben zu können	1	2%
Notwendigkeit von psychosozialer/spiritueller Unterstützung	1	2%
Multimorbidität	1	2%
kognitive Beeinträchtigung oder in einem Wohnheim lebend	1	2%
Unterstützung aufgrund bestimmter Lebenssituation (z.B. minderjährige Kinder)	1	2%
Hoher Koordinationsaufwand für Grundversorgung	1	2%
Migrationshintergrund, Verständigungsschwierigkeiten (Sprache)	1	2%
Anzahl MPD-Mitarbeitende	47	

Quelle: Befragung der MPD-Mitarbeitenden 2025 (n = 47), Berechnungen BASS

Anwendung des EPS-Tests

Die Anwendung des EPS-Tests ist für die MPD-Mitarbeitenden mit verschiedenen **Vorteilen** verbunden. Klar am häufigsten (20 von 39 Antworten) wurde genannt, dass der EPS-Test eine differenzierte Einschätzung und damit Triage ermöglicht (auch gegenüber allgemeiner Palliative Care). Dadurch ergebe sich auch gleich eine Grundlage für die Argumentation für oder gegen den Einbezug von spezialisierter Palliative Care. Weiter wird als Vorteil gesehen, dass der EPS-Test von der «Basis» bzw. Grundversorgung angewendet werden kann (12 Nennungen). Dadurch wird unter anderem erhofft, dass der Aufwand der MPDs für Abklärungen reduziert wird. Ein weiterer wichtiger Vorteil des EPS-Tests wird darin gesehen, dass die Anwendung durch die einheitlichen Kriterien zu einer Standardisierung führt (11 Nennungen). Weiter wurde genannt, dass die Anwendung des EPS-Tests schnell und gut machbar sei (9 Nennungen). Zudem könne der EPS-Test durch eine breite Anwendung allenfalls hilfreich sein gegenüber Kostenträger und mehr Sichtbarkeit für den Bedarf an spezialisierter Palliative Care bieten (4 Nennungen). Für 2 Personen kann der EPS-Test auch dazu führen, dass die spezialisierte Palliative Care früher einbezogen wird.

Es wurde in der Befragung auch angesprochen, welche **Nachteile** die Anwendung des EPS-Test aus Sicht der MPD-Mitarbeitenden mit sich bringt. 8 Personen (von 32, welche die Frage beantwortet haben) haben geantwortet, dass sie keine Nachteile sehen. Als häufigster Nachteil (8 Nennungen) wurde genannt, dass einige Situationen mit EPS-Test nicht korrekt abgebildet werden, bzw. fälschlicherweise kein Bedarf an spezialisierter Palliative Care festgestellt wird. In diesem Zusammenhang wurde auch genannt, dass der Test nicht darüber entscheiden sollte, was schlussendlich gemacht wird. Bezüglich des Ausfüllens des EPS-Tests gaben 3 Personen an, dass es dafür Schulungen brauche und das Ausfüllen für die «Basis»/ Personen mit niedriger medizinischer Qualifikation allenfalls schwierig sein könnte. Ebenfalls 3 Personen gaben an, dass die Anwendung des EPS-Tests einen zusätzlichen Aufwand bedeutet (und bei klaren Situationen unnötig sei). 2 weitere Personen sehen in der Anwendung des EPS-Tests eine Bürokratisierung. Weitere Einzelnennungen betreffen die folgenden Punkte: Der EPS-Test zeige eine Schwarz/Weiss-Antwort, er soll nicht die eigene Einschätzung ersetzen, der ESP-Test könne manipuliert werden, die Schwelle für den Bedarf an spezialisierter Palliative Care sei zu niedrig und die Integration in bestehende Systeme fehle.

6.2 Erfahrungen aus der Interrater-Testung in den Institutionen der Langzeitpflege und Grundversorgung

Um die Erfahrungen der beteiligten Personen aus den Erhebungen EPS 3 und 4 in den Institutionen der Langzeitpflege und der Grundversorgung (Spitex) zu erfassen, hat die Co-Projektleitung des Projektes «Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care» Einzel- und Gruppeninterviews und vorgängig eine kurze Befragung mit den an den Erhebungen beteiligten Verantwortlichen durchgeführt.

Allgemeine Einschätzungen

Die Projektverantwortlichen der teilnehmenden Institutionen der Langzeitpflege und Spitex-Organisationen fanden den EPS-Test insgesamt hilfreich, um den Bedarf an spezialisierter Palliative Care einzuschätzen.
Die dafür benötigte Zeitdauer wird im Mittel auf 4 Minuten geschätzt.
Fast alle (10 von 11) würden den EPS-Test, zumindest eher, gerne weiterhin in ihrer täglichen Arbeit nutzen. Eine Person hat mit «teils/teils» geantwortet.

Einschätzungen der Indikatoren des EPS-Tests

Die sprachliche Formulierung der Indikatoren wird jeweils von fast allen Projektverantwortlichen als gut oder eher gut bezüglich der Verständlichkeit und Zweckmässigkeit beurteilt. Die Beurteilung der Klarheit und Präzision fällt etwas schlechter aus, ist jedoch ebenfalls für 7 von 11 Befragte gut oder eher gut.

Bei verschiedenen Indikatoren wird eine Anpassung der Formulierung als hilfreich angesehen und entsprechende Anpassungen vorgeschlagen (absteigende Reihenfolge):

Tabelle 11: Vorgeschlagene Anpassungen / andere Formulierungen

Allgemeinde Indikatoren
Zur Behandlung der Leiden sind mehr Professionen als Pflegende und Ärzte nötig
5 Nennungen – 3 vorgeschlagene Anpassungen
Erklärung zu den Professionen – wurde uns an der Schulung mitgeteilt – Beispiele anfügen
Bei welchen Leiden und welche Professionen
Da fast all unsere Bewohnenden zusätzlich Physiotherapie und Aktivierung erhalten sind in der Regel mehr als zwei Professionen neben Ärzten und Pflege involviert.
Schwierige Entscheidungsfindung bezüglich Behandlung der Grundkrankheiten (z.B. Dialyse starten oder abbrechen, Operationen, Chemotherapie weiterführen, palliative Sedation)
4 Nennungen – 1 vorgeschlagene Anpassung
Die Beispiele passen für uns nicht – vielleicht könnte dies auf ein "normales" Pflegeheim herunter gebrochen werden?
Schwierige Entscheidungsfindung, welche lebenserhaltenden Massnahmen in einer Krisensituation noch getroffen werden sollen
4 Nennungen – 2 vorgeschlagene Anpassungen
würde ich mit Beispielen kombinieren, damit alle verstehen, was mit lebenserhaltenden Massnahmen gemeint ist (ist mir bei der Testung aufgefallen)
noch nicht geklärte Entscheidungsfindung, welche lebenserhaltenden Massnahmen in einer Krisensituation noch getroffen werden sollen
Ich wäre nicht erstaunt, wenn dieser Patient oder diese Patientin innerhalb von einem Jahr versterben würde
4 Nennungen – 2 vorgeschlagene Anpassungen
die Pflege bei uns kann sich nur schwer vorstellen ihre langjährigen hochaltrigen und gebrechlichen Bewohnenden zu verlieren – sie konnten sich ein Sterben eines Bew. In einem Jahr fast bei niemandem vorstellen
Der Zeitraum von einem Jahr erscheint mir eher lang, 3-6 Monate würde aus meiner Sicht besser passen.
Mindestens ein unkontrolliertes Leiden (Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Erschöpfung, Depression, Appetitmangel, Schläfrigkeit, Beunruhigung), auf der VAS Skala > 5 über mindestens 24 Stunden
3 Nennungen – 1 vorgeschlagene Anpassung
Erklärung dazu, was unkontrolliertes Leiden heisst resp. was damit gemeint ist; bei uns wird nicht mit der VAS-Skala gearbeitet – was bedeutet dann unkontrolliertes Leiden?
Wunsch nach Palliativversorgung, Therapiebegrenzung, Suizidbeihilfe oder Sterbefasten
2 Nennungen – 1 vorgeschlagene Anpassung
Wunsch nach Palliativversorgung – für uns ein schwieriges Thema, denn palliativ sein bedeutet jetzt sofort sterben zu müssen
Reduzierter Allgemeinzustand (z.B. Patient verbringt mehr als den halben Tag im Bett)
1 Nennung – keine vorgeschlagene Anpassung
Mindestens zwei notfallmässige Spitalzuweisungen in den letzten 12 Monaten
1 Nennung – 1 vorgeschlagene Anpassung
Gründe der Einweisung, Häufigkeit der Einweisung, Monate evtl. 6
Spezifische Indikatoren
Fortschreitender Krebs mit Metastasen und Symptomlast
1 Nennung – keine vorgeschlagene Anpassung
Schwere Demenz (in den meisten ATL auf Hilfe angewiesen), mit wiederholten Stürzen, oder wiederholten Infekten oder fehlender Nahrungsaufnahme
1 Nennung – keine vorgeschlagene Anpassung
Fortgeschrittene neurologische Erkrankungen mit Schluckstörungen
1 Nennung – keine vorgeschlagene Anpassung

Quelle: Befragung der Verantwortlichen der Erhebungen EPS 3 und 4 2025 (n = 11), Darstellung BASS

Auch die Projektverantwortlichen wurden gefragt, ob es weitere Aspekte gibt, die für die Einschätzung des Bedarfs an spezialisierter Palliative Care relevant sind und allenfalls in den EPS-Test als zukünftige Indikatoren aufgenommen werden sollten. Jeweils 3 Personen haben die bereits vorgeschlagenen Aspekte «early PallCare» und «relevante psychiatrische Diagnose» angewählt. Zusätzlich wurden die folgenden beiden Aspekte (je 1x) genannt: «Komplexe sozial Situationen/spirituelle Sinnfragen, welche einen hohen Gesprächs- /Aufklärungsbedarf erfordern (auch von Seiten der Pflege)» und «Komplexe Behandlungspflege (Zugänge/Abgänge (ausser s.c., DK/Cystofix/PEG), Verbandswechsel >30 Min. o.ä.)».

Beurteilung der Bedarfseinschätzung durch den EPS-Test

Die Einschätzung des Bedarfs an spezialisierter Palliative Care wird vom Grossteil der Projektverantwortlich als korrekt eingeschätzt – 8 von 11 geben an, dass er im Grossen und Ganzen den Bedarf korrekt anzeigt. 2 Personen finden, der EPS-Test zeigt (eher) zu häufig einen Bedarf an, 1 Person findet, er zeigt eher zu selten einen Bedarf an.

Laut den Interviews zeigten sich nur geringe Abweichungen zwischen der intuitiven Einschätzung des Bedarfs an spezialisierter Palliative Care und den Ergebnissen des EPS-Tests. In der Mehrheit der Fälle bestätigte der Test die fachliche Einschätzung der Pflegepersonen. Abweichungen traten vor allem dann auf, wenn Patientendaten unvollständig oder Diagnosen nicht aktuell waren. Zudem konnten komplexe Situationen, etwa ein hoher Pflegeaufwand oder unklare Indikatoren, im Test nicht immer vollständig abgebildet werden. Einzelne Rückmeldungen deuteten darauf hin, dass der Bedarf an spezialisierter Palliative Care vereinzelt zu früh festgestellt wurde – insbesondere bei Patientinnen und Patienten, die sich noch in einer aktiven Therapie befanden oder Hoffnungen auf Heilung hatten. Insgesamt wurde jedoch eine hohe Übereinstimmung zwischen den Testresultaten und der fachlichen Einschätzung festgestellt, was auf eine gute Beurteilungskompetenz der Mitarbeitenden hinweise.

Anwendung des EPS-Test

Als Vorteil der Anwendung des EPS-Test nennen die Projektverantwortlichen vor allem, dass der EPS-Test eine Möglichkeit bietet, sich bewusst mit der Situation der Patienten auseinander zu setzen und dadurch eine gute Grundlage und Sicherheit für die interprofessionelle Abstimmung bietet. Weiter werde die Komplexität von Palliative Care aufgezeigt, palliative Situationen könnten frühzeitig erkannt werden und er bietet ein einheitliches Tool.
Als Nachteil wird genannt, dass nicht immer alle das gleiche verstehen hinter den Indikatoren (z.B. je nach Fachkompetenz oder Sprachkenntnissen), stark auf das Testergebnis fixiert wird und die Einschätzung von neuen Bewohnenden noch schwierig sei. Weiter wird angefügt, dass Fachpersonen auch ohne Test palliative Situationen erkennen und einschätzen können sollten, ob Hilfe benötigt wird.

Einschätzungen zur Interrater-Reliabilität und der Anwendung durch Personen mit unterschiedlichem Qualifikationsniveau

Die Auswertung der Interviews zeigt, dass der EPS-Test grundsätzlich von Mitarbeitenden verschiedener Ausbildungsstufen angewendet werden kann, allerdings mit gewissen Einschränkungen. Dipl. Pflegefachpersonen und Fachangestellte Gesundheit (FaGe) konnten den Test grösstenteils selbstständig und ohne grössere Schwierigkeiten ausfüllen, während Fachangestellte Betreuung (FaBe) sowie weniger erfahrene Mitarbeitende teilweise Unterstützung benötigten. Ausschlaggebend für die sichere Anwendung sind vor allem die Berufserfahrung, das Arbeitsumfeld und die vorhandenen Sprachkenntnisse. Ausserdem wurde erwähnt, dass Mitarbeitende mit Erfahrung in spezialisierten Fachbereichen über ein vertieftes Verständnis für die komplexen Situationen, die der Test abbildet, verfügten.

Als herausfordernd erwiesen sich insbesondere ethische Fragestellungen und die spezifischen Indikatoren. Mehrere Teilnehmende empfahlen, dass allgemeine Indikatoren von FaGe und spezifische Indikatoren von diplomierten Pflegefachpersonen ausgefüllt werden sollten oder dass eine gemeinsame Bearbeitung sinnvoll wäre, um ein einheitliches Verständnis und Vorgehen zu fördern. Schulungen sowie praxisnahe Fallbeispiele wurden als zentrale Unterstützungselemente für eine einheitliche und sichere Anwendung hervorgehoben.

Einschätzung der Schulungsunterlagen

Die bereitgestellten Schulungsunterlagen, Informationsblätter und Fallbeispiele wurden in den Interviews von den Teilnehmenden als besonders hilfreich beurteilt. Sie unterstützten das Verständnis der einzelnen Kriterien und ermöglichten ein gezieltes Üben. Schulungen vor Ort sowie Webinare mit anschliessender Fragerunde wurden als effektive Formate bewertet. Für eine nachhaltige Implementierung werden ergänzende Materialien empfohlen, darunter kurze Erklärvideos, die Wiederholungen erleichtern, eine klar definierte Ansprechperson für Rückfragen sowie eine Evaluation nach einigen Monaten, um häufig auftretende Fragen systematisch zu klären. Darüber hinaus wurde angeregt, das Thema Palliative Care und die Anwendung des EPS-Tests verstärkt in die Grundausbildung zu integrieren, um bereits früh ein gemeinsames Verständnis zu fördern.

Fazit zur Anwendung des EPS-Test aus den Gruppeninterviews

Insgesamt zeigte sich, dass das Projekt wesentlich zur Sensibilisierung für das Thema Palliative Care beigetragen hat. Der EPS-Test wird von den Teilnehmenden nicht nur als Instrument zur Bedarfserhebung, sondern auch als wertvolles Hilfsmittel zur Förderung des Verständnisses für allgemeine Palliative Care betrachtet. Gleichzeitig wurde darauf hingewiesen, dass Patientinnen und Patienten mit wechselnden oder nur zeitweise bestehenden Bedürfnissen – beispielsweise während einer Chemotherapie – durch den Test nicht immer adäquat erfasst werden. Hier besteht das Risiko, dass eine spezialisierte Palliative Care zu früh eingeleitet wird, obwohl der Schwerpunkt überwiegend auf der allgemeinen Palliative Care liegt. Zudem besteht der Wunsch strukturelle Rahmenbedingungen, wie die Abrechnungsmöglichkeiten für Fachangestellte Gesundheit zu überprüfen, um die praktische Anwendung des Tests auch für Fachpersonen der Sekundarstufe II zu erleichtern. Insgesamt wird der EPS-Test von den Befragten als sinnvolles, praxisnahes und förderliches Instrument bewertet, das mit gezielten Schulungen, klaren Abläufen und organisatorischer Unterstützung erfolgreich in den Pflegealltag integriert werden kann.

7 Möglichkeiten zur Weiterentwicklung des EPS-Tests

Mit der testweisen Anwendung des EPS-Test sollten Erfahrungen dazu gesammelt werden, wie sich der EPS-Test in der Praxis bewährt, auch mit dem Hintergedanken, ob zukünftig allenfalls eine Weiterentwicklung des EPS-Tests möglich wäre. Aus den Auswertungen der verschiedenen Erhebungen zeigen sich aus Sicht der Praxis (MPDs und Pflege) einzelne Punkte, bei denen eine Weiterentwicklung sinnvoll erscheint.

Die Formulierung der Indikatoren wird grösstenteils als klar und verständlich wahrgenommen. Für einige der Indikatoren werden kleinere Anpassungen der Formulierungen vorgeschlagen, wobei es sich meist um Präzisierungen oder kleinere Ergänzungen wie Beispiele handelt. Die Interrater-Testung zeigt ergänzend, dass es je nach Indikator eine unterschiedlich hohe Übereinstimmung in den Einschätzungen der Indikatoren gibt. Dies könnte ebenfalls einen Hinweis darauf sein, dass gewisse Indikatoren weniger klar formuliert sind. Allerdings betrifft dies oft andere Indikatoren als diejenigen, für welche in der Befragung der MPD-Mitarbeitenden Vorschläge formuliert wurden. Da in der Interrater Erhebung in den Institutionen der Langzeitpflege jedoch eine andere Patientengruppe mit dem EPS-Test beurteilt wurde, liegt je nach Erhebung ein unterschiedlicher Fokus auf einzelnen Indikatoren.

Grössere Anpassungsmöglichkeiten zeigen sich punktuell bei der Gewichtung der bestehenden Indikatoren und der allfälligen Ergänzung durch zusätzliche Indikatoren. Insgesamt zeigt der Abgleich der Einschätzung des Bedarfs an spezialisierter Palliative Care durch den EPS-Test mit der intuitiven Einschätzung der MPD-Mitarbeitenden, dass der EPS-Test etwas restriktiver einschätzt als die intuitive Einschätzung der MPD-Mitarbeitenden. Bei den 20% der Fälle, in denen die Einschätzung mit dem EPS-Test von der intuitiven Einschätzung abweicht, wird fast ausschliesslich intuitiv ein Bedarf festgestellt, mit dem EPS-Test

jedoch nicht. Dies und die Rückmeldungen aus der Befragung der MPD-Mitarbeitenden und den weiteren Gesprächen deuten darauf hin, dass mit dem EPS-Test nicht alle Situationen optimal erfasst werden.

Es zeigt sich, dass wenn die intuitive Bedarfseinschätzung nicht mit dem EPS-Test übereinstimmt, Situationen mit schwerer Demenz und early Palliative Care häufiger vorkommen. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass diese Situationen mit dem EPS-Test nicht optimal abgebildet werden.

Für den Indikator «Schwere Demenz (in den meisten ATL auf Hilfe angewiesen), mit wiederholten Stürzen, oder wiederholten Infekten oder fehlender Nahrungsaufnahme» wurde zudem in der Befragung der MPD-Mitarbeitenden eine Erhöhung der Gewichtung von aktuell 1 auf 3 Punkte vorgeschlagen.

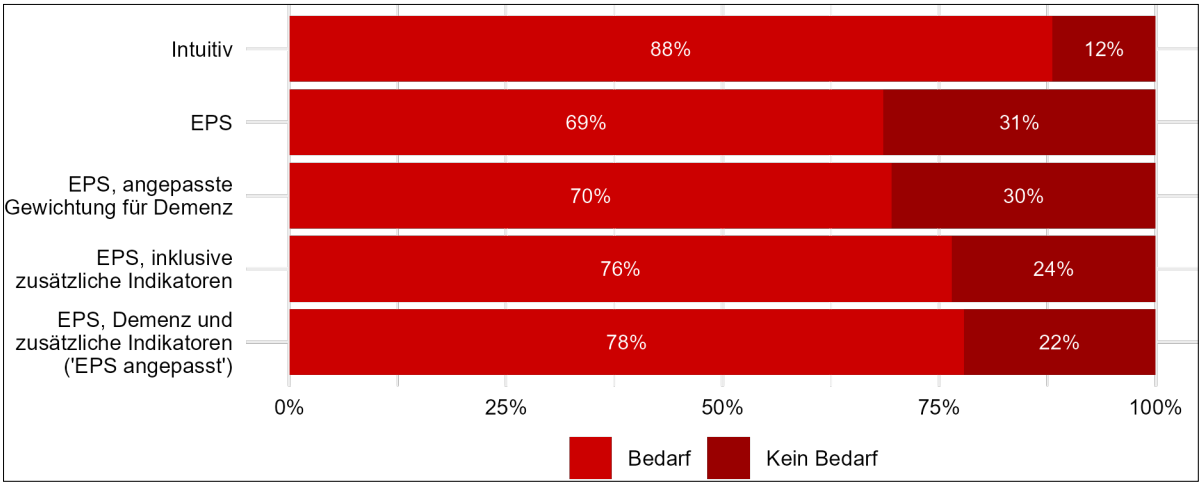
Situationen für early Palliative Care werden in der Befragung der MPD-Mitarbeitenden zu ihren Erfahrungen mit der Anwendung des EPS-Test angegeben als Konstellationen, in denen der EPS-Test nicht mit der intuitiven Bedarfseinschätzung übereinstimmt. Mit Situationen für early Palliative Care sind Konstellationen gemeint, in denen eine frühe, kurzzeitige / temporäre oder gar einmalige Beratung durch die spezialisierte Palliative Care gefragt ist. Es geht dabei z.B. um das Erstellen einer vorausschauenden Planung, eines Notfallplanes, Beratung bei der Entscheidungsfindung oder das Durchführen eines runden Tisches. Als mögliche weitere Aspekte, deren Aufnahme in den EPS-Test als sinnvoll erachtet wird, wird ebenfalls early Palliative Care am häufigsten genannt, gefolgt von relevanten psychiatrischen Diagnosen (von je etwas mehr als ein Drittel der Befragten MPD-Mitarbeitenden).

Mit Hilfe der Daten aus der Erhebung EPS 1 der MPDs[2] wurde geprüft, welche Auswirkungen entsprechende Anpassungen auf die Bedarfseinschätzungen mit dem EPS-Test hätten. Für den Indikator «Schwere Demenz» wurde die Punktzahl von 1 auf 3 erhöht, und für die beiden aufgrund der Rückmeldungen in der Pilotphase bereits erhobenen zusätzlichen Indikatoren «early PallCare» und «relevante psychiatrische Diagnosen» wurden eine mittlere Gewichtung von je 2 Punkten verwendet.

Abbildung 22 zeigt die unterschiedlichen Bedarfseinschätzungen, mit einer stufenweisen Anpassung des EPS-Tests. Wenn nur die Gewichtung für den Indikator «Schwere Demenz» erhöht wird, wird 1% häufiger ein Bedarf festgestellt (70%). Wenn nur die zusätzlichen Indikatoren «early PallCare» und «relevante psychiatrische Diagnosen» mit je einer Gewichtung von 2 hinzugefügt werden, erhöht sich der Bedarf um 7% (auf 76%). Wenn beide Anpassungen vorgenommen werden, ergibt sich in 78% ein Bedarf an spezialisierter Palliative Care (+ 9%).

[2] Daten ab Januar 2025, da die zusätzlichen Indikatoren «early PallCare» und «relevante psychiatrische Diagnosen» ab dann erfasst wurden.

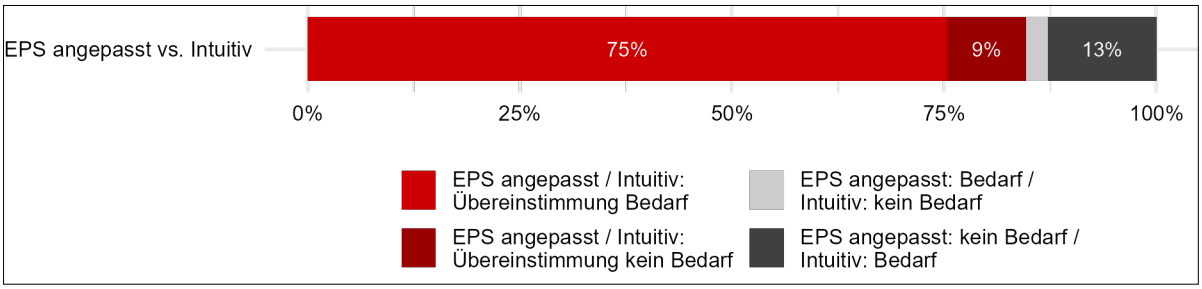
Abbildung 22: Simulation Bedarfseinschätzung bei Anpassungen des EPS-Test, basierend auf EPS 1



Anmerkung: Die Formulierung der Indikatoren wurden in der Abbildung aus Platzgründen gekürzt.
Quelle: Simulation basierend auf Erhebung EPS 1 MPD 2024/2025 (ab Januar 25, n = 1'024), Berechnungen BASS

In **Abbildung 23** wird aufgezeigt, inwiefern die intuitive Bedarfseinschätzung mit dem «angepassten EPS» (Anpassung Gewichtung Demenz und zusätzliche Indikatoren) übereinstimmt. Die Übereinstimmung liegt bei 85% und ist damit um 6% höher als ohne Anpassungen. Die Einschätzung durch den angepassten EPS-Test bleibt jedoch restriktiver als die intuitive Einschätzung.

Abbildung 23: Simulation Übereinstimmung Bedarfseinschätzung bei Anpassungen des EPS-Test mit der intuitiven Bedarfsschätzung, basierend auf EPS 1



Quelle: Simulation basierend auf Erhebung EPS 1 MPD 2024/2025 (ab Januar 25, n = 1'024), Berechnungen BASS

8 Fazit

Mit dem Projekt «Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care» von palliative.ch und der Arbeitsgruppe des Netzwerks MPD konnte mit den Mitarbeitenden der MPDs Erfahrungen von Fachpersonen zu der Anwendung des EPS-Tests gewonnen werden. Diese Erfahrungen waren grösstenteils positiv. Praktisch alle MPD-Mitarbeitenden fanden den EPS-Test zumindest teilweise hilfreich und ein Grossteil würde ihn auch gern weiterhin in der täglichen Arbeit anwenden. Er wurde insgesamt als kurz und gut anwendbar wahrgenommen. Als Vorteil der Anwendung wurde unter anderem genannt, dass der EPS-Test eine differenzierte Einschätzung der Situation erlaubt, von der Basis bzw. Grundversorgung angewendet werden kann und durch die einheitliche Anwendung von Kriterien eine Standardisierung erreicht werden kann. Als grösster Nachteil wurde angegeben, dass einige Situationen mit dem EPS-Test nicht ganz korrekt abgebildet werden können. Neben kleineren Anpassungen in der Formulierung von einzelnen Indikatoren wird damit primär bei dem Thema der Erfassung von Situationen für early Palliative Care, eine Erhöhung der Punktzahl für schwere Demenz und allenfalls die Erfassung von relevanten psychiatrischen Diagnosen Anpassungsbedarf für den EPS-Test gesehen.

Der Abgleich der Einschätzung des Bedarfs an spezialisierter Palliative Care durch den EPS-Test mit der intuitiven Einschätzung der MPD-Mitarbeitenden zeigt dann auch, dass der EPS-Test etwas restriktiver einschätzt. Intuitiv sehen die MPD-Mitarbeitenden in 89% der Fälle einen Bedarf an spezialisierter Palliative Care, mit dem EPS-Test resultieren 71%. In 80% der Fälle stimmen die Bedarfseinschätzungen überein. Bei den 20%, in denen die Einschätzungen abweichen, wird fast ausschliesslich intuitiv ein Bedarf festgestellt, mit dem EPS-Test jedoch nicht.

Die einzelnen Indikatoren des EPS-Tests kamen innerhalb der einjährigen Anwendung durch die MPDs alle vor (mind. 3% der Fälle). Die allgemeinen Faktoren treten allerdings deutlich häufiger auf als die spezifischen Indikatoren – mit Ausnahme des Indikators «Fortschreitender Krebs».

Die Interrater-Testung hat gezeigt, dass die Einschätzungen mit dem EPS-Test (Bedarf an spezialisierter Palliative Care ja vs. nein) von zwei Personen im Grossteil der Fälle übereinstimmt (89% in der Erhebung EPS 3). Zudem hat sich bei der Erhebung in den Institutionen der Langzeitpflege gezeigt, dass das Bedarfseinschätzung mit dem EPS-Test robuster ist als die intuitive Einschätzung (81% Übereinstimmung).

Zwischen den verschiedenen Bildungsstufen lassen sich aus den Daten keine klaren Unterschiede feststellen. Aus Sicht der verantwortlichen Personen aus den an der Interrater-Testung beteiligten Institutionen, war das Ausfüllen grundsätzlich für die Mitarbeitenden aus allen Bildungsstufen möglich, einzig Fachangestellte Betreuung (FaBe) und Mitarbeitende mit wenig Erfahrung hätten teilweise Unterstützung benötigt. In diesem Zusammenhang wurde die Wichtigkeit der durchgeführten Schulungen und Unterlagen betont.

BASS

Literaturverzeichnis

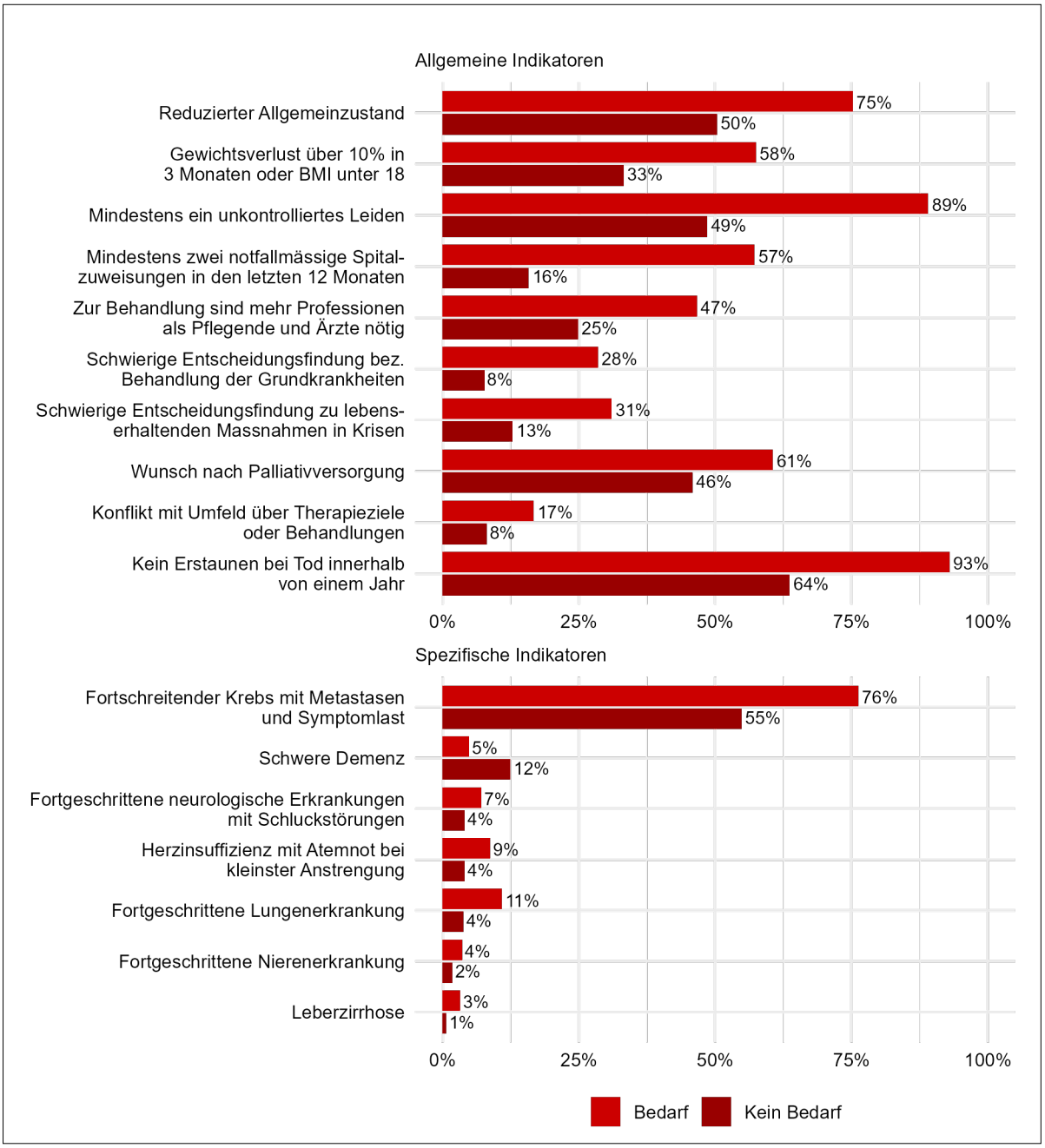
Boyd, K., Highet, G., Crawford, D., Duthie, F., & Murray, S. (2012). Identifying patients with advanced illness for needs assessment and care planning: SPICT in practice. *BMJ Supportive & Palliative Care*, *2*(Suppl 1), A43.1-A43. https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000196.124

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

Anhang

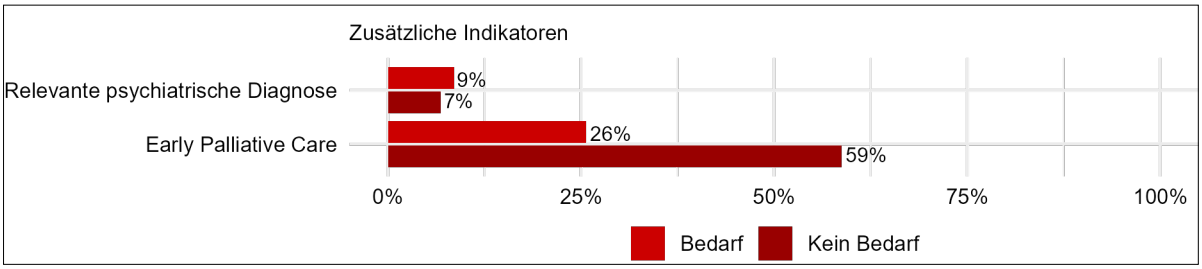
A-1 Zusatzauswertungen

Abbildung 24: Häufigkeit Indikatoren EPS-Test nach Bedarf / Kein Bedarf laut EPS-Test, EPS 1



Anmerkung: Die Formulierung der Indikatoren wurden in der Abbildung aus Platzgründen gekürzt.
Quelle: Erhebung EPS 1 MPD 2024/2025 (n = 1'549), Berechnungen BASS

Abbildung 25: Häufigkeit zusätzliche Indikatoren nach Bedarf / Kein Bedarf laut EPS-Test, EPS 1



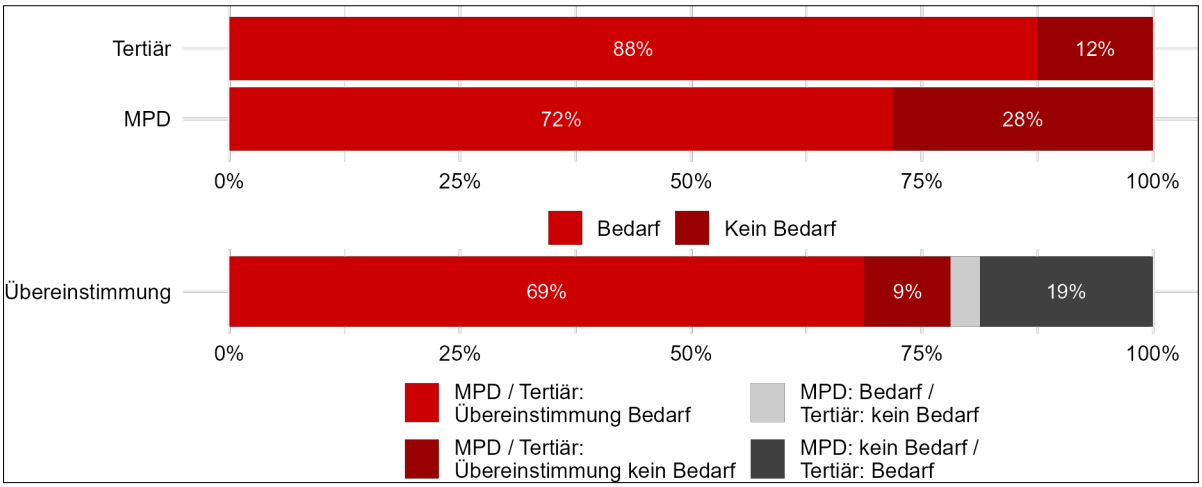
Anmerkung: Die Formulierung der Indikatoren wurden in der Abbildung aus Platzgründen gekürzt.
Quelle: Erhebung EPS 1 MPD 2024/2025 (n = 1'024), Berechnungen BASS

Tabelle 12: Bedarf an spezialisierter Palliative Care laut EPS-Test und intuitiver Einschätzung

MPD	Anzahl EPS-Tests	Anteil Bedarf EPS	Anteil Bedarf intuitiv
Spitex Zürich 1	122	60%	75%
Spitex Zürich 2	255	75%	93%
Palliative Spitex Aargau, RPZ Brugg	76	78%	89%
Palliative Spitex Aargau, RPZ Spitex Suhrental plus	149	44%	84%
MPCT Basel	315	79%	91%
Palliativer Brückendienst Krebsliga Ostschweiz	374	74%	93%
MPD Solothurn	33	73%	88%
MPD Bern	178	75%	86%
MPD Arlesheim	47	70%	72%

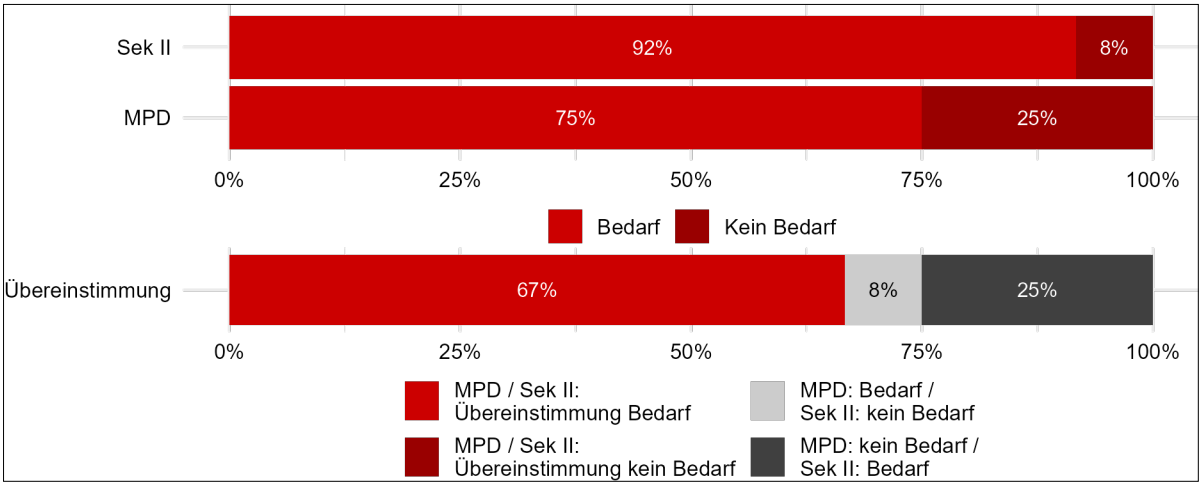
Quelle: Erhebung EPS 1 MPD 2024/2025 (n = 1'549), Berechnungen BASS

Abbildung 26: Bedarfseinschätzung laut EPS-Test nach Ausbildungsstufe, inkl. Übereinstimmung, EPS 2



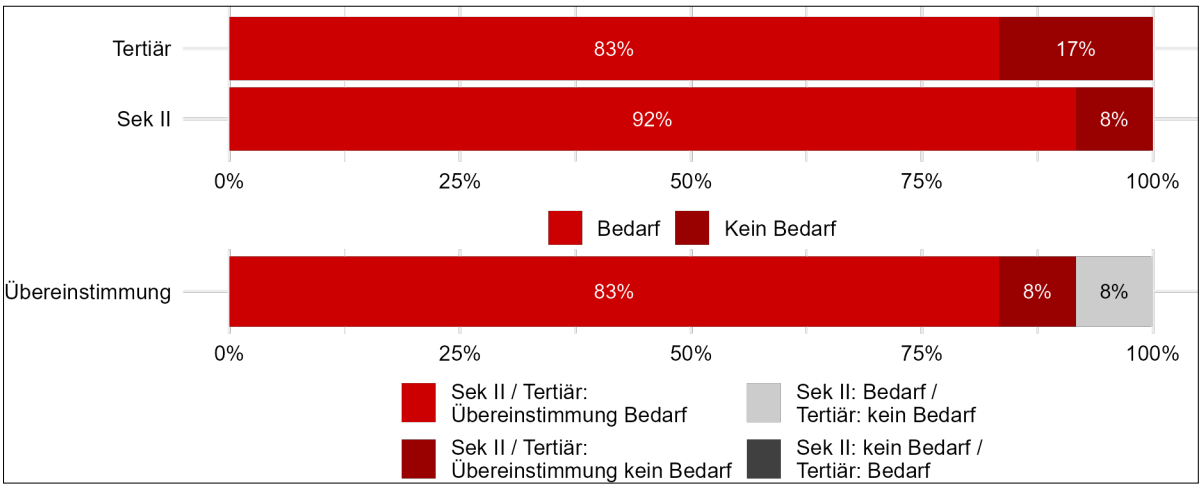
Quelle: Erhebung EPS 2 MPD / Spitex (Grundversorgung) 2025 (vorhandene Interrater-Vergleiche MPD – Sek II Spitex, n = 12 Patient/innen / 24 EPS-Tests), Berechnungen BASS

Abbildung 27: Bedarfseinschätzung laut EPS-Test nach Ausbildungsstufe, inkl. Übereinstimmung, EPS 2



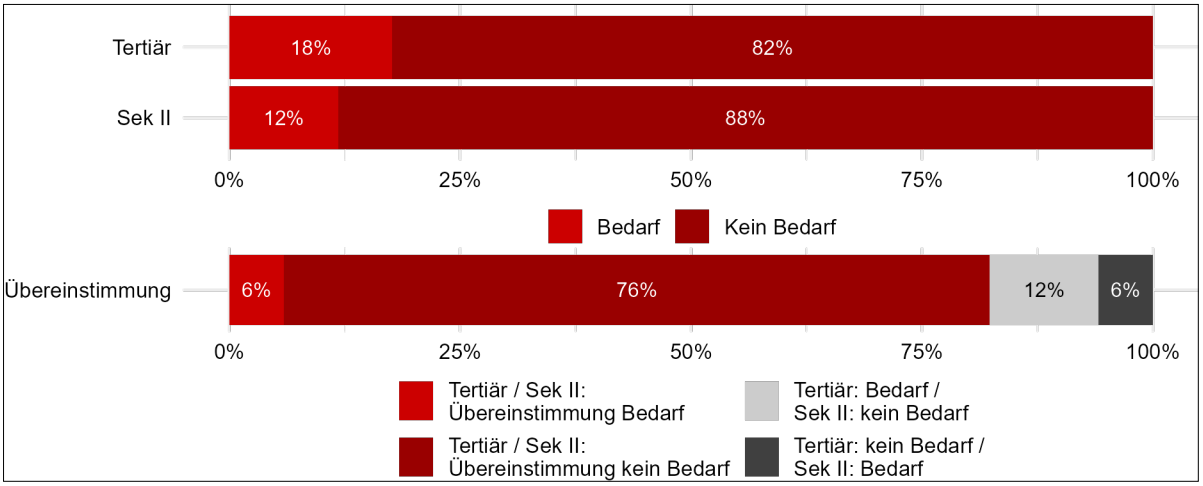
Quelle: Erhebung EPS 2 MPD / Spitex (Grundversorgung) 2025 (vorhandene Interrater-Vergleiche MPD – Tertiär Spitex, n = 32 Patient/innen / 64 EPS-Tests), Berechnungen BASS

Abbildung 28: Bedarfseinschätzung laut EPS-Test nach Ausbildungsstufe, inkl. Übereinstimmung, EPS 2



Quelle: Erhebung EPS 2 MPD / Spitex (Grundversorgung) 2025 (vorhandene Interrater-Vergleiche Sek II Spitex – Tertiär Spitex, n = 12 Patient/innen / 24 EPS-Tests), Berechnungen BASS

Abbildung 29: Bedarfseinschätzung laut EPS-Test nach Ausbildungsstufe, inkl. Übereinstimmung, EPS 4



Quelle: Erhebung EPS 4 Spitex (Grundversorgung) 2025 (vorhandene Interrater-Vergleiche, 17 Patient/innen / 34 EPS-Tests), Berechnungen BASS

Tabelle 13: Kennzahlen Interrater-Reliabilität, EPS 3

	Cohen's Kappa	% Übereinstimmung (Po)	PABAK	positive Übereinstimmung	negative Übereinstimmung	Anteil positiv
Bedarfseinschätzung						
EPS	0.4158	89%	0.7815	48%	94%	10%
Intuitiv	0.4122	81%	0.6163	53%	88%	21%
Allgemeine Indikatoren						
Reduzierter Allgemeinzustand (z.B. Patient verbringt mehr als den halben Tag im Bett)	0.5866	83%	0.6661	70%	88%	28%
Gewichtsverlust über 10 % in 3 Monaten oder BMI unter 18	0.3882	91%	0.8135	44%	95%	8%
Mindestens ein unkontrolliertes Leiden (Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Erschöpfung, Depression, Appetitmangel, Schläfrigkeit, Beunruhigung), auf der VAS Skala > 5 über mindestens 24 Stunden	0.428	72%	0.4316	69%	74%	46%
Mindestens zwei notfallmässige Spitalzuweisungen in den letzten 12 Monaten	0.5092	91%	0.8206	56%	95%	10%
Zur Behandlung der Leiden sind mehr Professionen als Pflegende und Ärzte nötig	0.3079	77%	0.5364	46%	85%	21%
Schwierige Entscheidungsfindung bezüglich Behandlung der Grundkrankheiten (z.B. Dialyse starten oder abbrechen, Operationen, Chemotherapie weiterführen, palliative Sedation)	0.2919	92%	0.8437	33%	96%	6%
Schwierige Entscheidungsfindung, welche lebenserhaltenden Massnahmen in einer Krisensituation noch getroffen werden sollen	0.3421	81%	0.6092	46%	88%	18%
Wunsch nach Palliativversorgung, Therapiebegrenzung, Suizidbeihilfe oder Sterbefasten	0.3149	88%	0.7584	38%	93%	10%
Konflikt zwischen Patient oder Patientin, familiärem Umfeld, Betreuenden in Bezug auf Therapieziele, Behandlungen	0.39	87%	0.7318	47%	92%	13%
Ich wäre nicht erstaunt, wenn dieser Patient oder diese Patientin innerhalb von einem Jahr versterben würde	0.4108	75%	0.4991	59%	82%	31%
Spezifische Indikatoren						
Fortschreitender Krebs mit Metastasen und Symptomlast	0.4691	97%	0.9325	49%	98%	3%
Schwere Demenz (in den meisten ATL auf Hilfe angewiesen), mit wiederholten Stürzen, oder wiederholten Infekten oder fehlender Nahrungsaufnahme	0.6262	85%	0.7034	73%	90%	27%
Fortgeschrittene neurologische Erkrankungen mit Schluckstörungen	0.4388	92%	0.8366	48%	96%	8%
Herzinsuffizienz mit Atemnot bei kleinster Anstrengung (und Transplantation oder Kunstherz kommen nicht in Frage)	0.2631	92%	0.8455	30%	96%	6%
Fortgeschrittene Lungenerkrankung mit Atemnot in Ruhe, unter Sauerstofftherapie oder nach künstlicher Beatmung	0.4763	97%	0.9343	49%	98%	3%
Fortgeschrittene Nierenerkrankung, mit Wunsch auf Beendigung oder Verzicht auf Dialyse	0.4563	96%	0.9147	48%	98%	4%
Leberzirrhose mit Aszites oder hepatischer Enzephalopathie, bakt. Peritonitis, Ösophagusvarizenblutung	0.4251	99%	0.9858	43%	100%	1%
Zusätzliche Indikatoren						
Relevante psychiatrische Diagnose (z.B. Sucht, akute behandlungsrelevante Erkrankung wie Angststörung, Depression usw.)	0.3616	80%	0.6075	48%	88%	19%
Early PallCare (Erstkontakt, Familiengespräch, Entscheidungsfindung usw.)	0.0387	87%	0.7389	11%	93%	7%

Quelle: Erhebung EPS 3 Institutionen der Langzeitpflege 2025 (vorhandene Interrater-Vergleiche Sek II – Tertiär, n = 1'126 Bewohner/innen / 2'252 EPS-Tests), Berechnungen BASS

A-2 Erhebungsinstrument EPS-Test

Prüfung des EPS-Tests zur Erhebung des Bedarfs an spezialisierter Palliative Care

Das Netzwerk Mobile Palliative Care Dienste (Netzwerk MPD) möchte ein einheitliches Instrument zur Erhebung des Bedarfs an spezialisierter Palliative Care einführen. Dazu wird der EPS-Test der Andreas Weber Stiftung von einigen Mobilen Palliative Care Diensten getestet.

Hinweise zum Ausfüllen:

- Bitte füllen Sie für jede Patientin/jeden Patienten die Online-Befragung kurz aus.
- Bitte füllen Sie die Online-Befragung aus, nachdem Sie die Patientin/den Patienten zum ersten Mal gesehen haben.

F1: Bitte geben Sie Ihren persönlichen Code ein:

_____

F2: Zu Beginn möchten wir Sie nach Ihrer intuitiven Einschätzung fragen: Sehen Sie bei dieser Patientin/diesem Patienten einen Bedarf an spezialisierter Palliative Care?

○ Ja
○ Nein

EPS-Test der Andreas Weber Stiftung

Bitte klicken Sie alle Aussagen an, die auf Ihre Patientin/Ihren Patienten zutreffen.

F3a: Allgemeine Indikatoren

☐ Reduzierter Allgemeinzustand (z.B. Patient verbringt mehr als den halben Tag im Bett)
☐ Gewichtsverlust über 10 % in 3 Monaten oder BMI unter 18
☐ Mindestens ein unkontrolliertes Leiden (Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Erschöpfung, Depression, Appetitmangel, Schläfrigkeit, Beunruhigung), auf der VAS Skala > 5 über mindestens 24 Stunden
☐ Mindestens zwei notfallmässige Spitalzuweisungen in den letzten 12 Monaten
☐ Zur Behandlung der Leiden sind mehr Professionen als Pflegende und Ärzte nötig
☐ Schwierige Entscheidungsfindung bezüglich Behandlung der Grundkrankheiten (z.B. Dialyse starten oder abbrechen, Operationen, Chemotherapie weiterführen, palliative Sedation)
☐ Schwierige Entscheidungsfindung, welche lebenserhaltenden Massnahmen in einer Krisensituation noch getroffen werden sollen
☐ Wunsch nach Palliativversorgung, Therapiebegrenzung, Suizidbeihilfe oder Sterbefasten
☐ Konflikt zwischen Patient oder Patientin, familiärem Umfeld, Betreuenden in Bezug auf Therapieziele, Behandlungen

☐ Ich wäre nicht erstaunt, wenn dieser Patient oder diese Patientin innerhalb von einem Jahr versterben würde

F3b: Spezifische Indikatoren

☐ Fortschreitender Krebs mit Metastasen und Symptomlast
☐ Schwere Demenz (in den meisten ATL auf Hilfe angewiesen), mit wiederholten Stürzen, oder wiederholten Infekten oder fehlender Nahrungsaufnahme
☐ Fortgeschrittene neurologische Erkrankungen mit Schluckstörungen
☐ Herzinsuffizienz mit Atemnot bei kleinster Anstrengung (und Transplantation oder Kunstherz kommen nicht in Frage)
☐ Fortgeschrittene Lungenerkrankung mit Atemnot in Ruhe, unter Sauerstofftherapie oder nach künstlicher Beatmung
☐ Fortgeschrittene Nierenerkrankung, mit Wunsch auf Beendigung oder Verzicht auf Dialyse
☐ Leberzirrhose mit Aszites oder hepatischer Enzephalopathie, bakt. Peritonitis, Ösophagusvarizenblutung

Ergebnis EPS-Test

Allgemeine Indikatoren:	{{Summe}} Punkte
Spezifische Indikatoren:	{{Summe}} Punkte
Total	**{{Summe}} Punkte**

Satz Ergebnis:

<= 10 Punkte: «Laut Ergebnis des EPS-Tests liegt in diesem Fall ein Bedarf an spezialisierter Palliative Care vor.»

> 10 Punkte: «Laut Ergebnis des EPS-Tests liegt in diesem Fall kein Bedarf an spezialisierter Palliative Care vor.»

> 5 Punkte: allgemeine Palliative Care durch Spitex, Hausarzt, Pflegeheim, Spitalabteilung
> 10 Punkte: instabile und komplexe Situation, Beizug spezialisierte Palliative Care

F4: Bitte geben Sie zusätzlich an, ob folgende Aspekte auf diesen Fall zutreffen:

☐ relevante psychiatrische Diagnose (z.B. Sucht, akute behandlungsrelevante Erkrankung wie Angststörung, Depression usw.)
☐ early PallCare (Erstkontakt, Familiengespräch, Entscheidungsfindung usw.)

Vielen Dank, Ihre Antworten wurden vollständig gespeichert.

Hier können Sie bei Bedarf das PDF des Fragebogens herunterladen: «Link Download»

A-3 Erhebungsinstrument Befragung der MPD zur Erfahrung mit dem EPS-Test

Fragebogen zu den Erfahrungen mit dem EPS-Test

Startseite

Willkommen zur Befragung zu den Erfahrungen mit dem EPS-Test

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit nehmen, die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Zu Ihrer Person

1. Bitte wählen Sie ihr Team aus:
   [Drop-down]
2. Wie lange arbeiten Sie bereits in der spezialisierten Palliative Care?
   Angabe in Jahren
   [Textfeld]

Allgemeine Einschätzung

3. Wie hilfreich finden Sie den EPS-Test insgesamt, um den Bedarf an spezialisierter Palliative Care einzuschätzen?
   a. Sehr hilfreich
   b. Eher hilfreich
   c. Teils, teils
   d. Eher nicht hilfreich
   e. Nicht hilfreich
   f. Weiss nicht
4. Wie beurteilen Sie insgesamt die Korrektheit des EPS-Tests, ob ein Bedarf an spezialisierter Palliative Care besteht oder nicht? Bitte kreuzen Sie die zutreffende Aussage an.
   a. Er zeigt zu häufig einen Bedarf an
   b. Er zeigt eher zu häufig einen Bedarf an
   c. Er zeigt im Grossen und Ganzen den Bedarf korrekt an
   d. Er zeigt eher zu selten einen Bedarf an
   e. Er zeigt zu selten einen Bedarf an
   f. Weiss nicht
5. Wie lange hat das Ausfüllen des EPS-Tests jeweils in etwa gedauert?
   a. 1 Minute
   b. 2 Minuten

c. 3 Minuten
d. 4 Minuten
e. 5 Minuten
f. 6 Minuten
g. 7 Minuten
h. 8 Minuten
i. 9 Minuten
j. 10 Minuten
k. Über 10 Minuten
l. Weiss nicht

Einschätzung der Indikatoren des EPS-Tests

6. Wie schätzen Sie insgesamt die sprachliche Formulierung der einzelnen Indikatoren ein bezüglich der folgenden Aspekte?

	Gut	Eher gut	Teils, teils / mittel	Eher schlecht	Schlecht	Weiss nicht
Verständlichkeit	()	()	()	()	()	()
Klarheit und Präzision	()	()	()	()	()	()
Zweckmässigkeit	()	()	()	()	()	()

7. Gibt es Indikatoren, für die Sie eine sprachliche Anpassung hilfreich fänden?
Bitte wählen Sie alle Indikatoren an, für die Sie eine Anpassung hilfreich fänden.
Allgemeine Indikatoren
   a. Reduzierter Allgemeinzustand (z.B. Patient verbringt mehr als den halben Tag im Bett)
   b. Gewichtsverlust über 10 % in 3 Monaten oder BMI unter 18
   c. Mindestens ein unkontrolliertes Leiden (Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Erschöpfung, Depression, Appetitmangel, Schläfrigkeit, Beunruhigung), auf der VAS Skala > 5 über mindestens 24 Stunden
   d. Mindestens zwei notfallmässige Spitalzuweisungen in den letzten 12 Monaten
   e. Zur Behandlung der Leiden sind mehr Professionen als Pflegende und Ärzte nötig
   f. Schwierige Entscheidungsfindung bezüglich Behandlung der Grundkrankheiten (z.B. Dialyse starten oder abbrechen, Operationen, Chemotherapie weiterführen, palliative Sedation)
   g. Schwierige Entscheidungsfindung, welche lebenserhaltenden Massnahmen in einer Krisensituation noch getroffen werden sollen
   h. Wunsch nach Palliativversorgung, Therapiebegrenzung, Suizidbeihilfe oder Sterbefasten
   i. Konflikt zwischen Patient oder Patientin, familiärem Umfeld, Betreuenden in Bezug auf Therapieziele, Behandlungen
   j. Ich wäre nicht erstaunt, wenn dieser Patient oder diese Patientin innerhalb von einem Jahr versterben würde

   Spezifische Indikatoren
   a. Fortschreitender Krebs mit Metastasen und Symptomlast
   b. Schwere Demenz (in den meisten ATL auf Hilfe angewiesen), mit wiederholten Stürzen, oder wiederholten Infekten oder fehlender Nahrungsaufnahme
   c. Fortgeschrittene neurologische Erkrankungen mit Schluckstörungen

d. Herzinsuffizienz mit Atemnot bei kleinster Anstrengung (und Transplantation oder Kunstherz kommen nicht in Frage)
e. Fortgeschrittene Lungenerkrankung mit Atemnot in Ruhe, unter Sauerstofftherapie oder nach künstlicher Beatmung
f. Fortgeschrittene Nierenerkrankung, mit Wunsch auf Beendigung oder Verzicht auf Dialyse
g. Leberzirrhose mit Aszites oder hepatischer Enzephalopathie, bakt. Peritonitis, Ösophagusvarizenblutung

Nur Indikatoren einblenden, die bei 7 angewählt wurden; Ganze Frage nur, wenn mind. ein Indikator angewählt wurde

8. Welche Anpassungen / andere Formulierungen würden Sie vorschlagen?

Allgemeine Indikatoren

	Anpassung / andere Formulierung
Reduzierter Allgemeinzustand (z.B. Patient verbringt mehr als den halben Tag im Bett)	[Textfeld]
Gewichtsverlust über 10 % in 3 Monaten oder BMI unter 18	[Textfeld]
Mindestens ein unkontrolliertes Leiden (Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Erschöpfung, Depression, Appetitmangel, Schläfrigkeit, Beunruhigung), auf der VAS Skala > 5 über mindestens 24 Stunden	[Textfeld]
Mindestens zwei notfallmässige Spitalzuweisungen in den letzten 12 Monaten	[Textfeld]
Zur Behandlung der Leiden sind mehr Professionen als Pflegende und Ärzte nötig	[Textfeld]
Schwierige Entscheidungsfindung bezüglich Behandlung der Grundkrankheiten (z.B. Dialyse starten oder abbrechen, Operationen, Chemotherapie weiterführen, palliative Sedation)	[Textfeld]
Schwierige Entscheidungsfindung, welche lebenserhaltenden Massnahmen in einer Krisensituation noch getroffen werden sollen	[Textfeld]
Wunsch nach Palliativversorgung, Therapiebegrenzung, Suizidbeihilfe oder Sterbefasten	[Textfeld]
Konflikt zwischen Patient oder Patientin, familiärem Umfeld, Betreuenden in Bezug auf Therapieziele, Behandlungen	[Textfeld]
Ich wäre nicht erstaunt, wenn dieser Patient oder diese Patientin innerhalb von einem Jahr versterben würde	[Textfeld]

Spezifische Indikatoren

	Anpassung / andere Formulierung
Fortschreitender Krebs mit Metastasen und Symptomlast	[Textfeld]
Schwere Demenz (in den meisten ATL auf Hilfe angewiesen), mit wiederholten Stürzen, oder wiederholten Infekten oder fehlender Nahrungsaufnahme	[Textfeld]
Fortgeschrittene neurologische Erkrankungen mit Schluckstörungen	[Textfeld]
Herzinsuffizienz mit Atemnot bei kleinster Anstrengung (und Transplantation oder Kunstherz kommen nicht in Frage)	[Textfeld]
Fortgeschrittene Lungenerkrankung mit Atemnot in Ruhe, unter Sauerstofftherapie oder nach künstlicher Beatmung	[Textfeld]
Fortgeschrittene Nierenerkrankung, mit Wunsch auf Beendigung oder Verzicht auf Dialyse	[Textfeld]
Leberzirrhose mit Aszites oder hepatischer Enzephalopathie, bakt. Peritonitis, Ösophagusvarizenblutung	[Textfeld]

9. Für die Berechnung der Gesamtpunktzahl als Ergebnis des EPS-Tests, ist den einzelnen Indikatoren jeweils eine Gewichtung in Form einer Punktzahl zugewiesen. Diese widerspiegelt, wie stark der jeweilige Indikator den Bedarf an spezialisierter Palliative Care beeinflusst (insbesondere auch im Vergleich mit den anderen Indikatoren).
   Gibt es Indikatoren, für die Sie eine andere Punktzahl vorsehen würden?

   Über 10 Punkten besteht laut EPS-Test ein Bedarf an spezialisierter Palliative Care.

   Allgemeine Indikatoren
   Bitte wählen Sie alle Indikatoren an, für die Sie eine andere Punktzahl vorsehen würden.
   a. Reduzierter Allgemeinzustand (z.B. Patient verbringt mehr als den halben Tag im Bett)
      >>> 1 Punkt
   b. Gewichtsverlust über 10 % in 3 Monaten oder BMI unter 18
      >>> 1 Punkt
   c. Mindestens ein unkontrolliertes Leiden (Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Erschöpfung, Depression, Appetitmangel, Schläfrigkeit, Beunruhigung), auf der VAS Skala > 5 über mindestens 24 Stunden
      >>> 3 Punkte
   d. Mindestens zwei notfallmässige Spitalzuweisungen in den letzten 12 Monaten
      >>> 3 Punkte
   e. Zur Behandlung der Leiden sind mehr Professionen als Pflegende und Ärzte nötig
      >>> 1 Punkt
   f. Schwierige Entscheidungsfindung bezüglich Behandlung der Grundkrankheiten (z.B. Dialyse starten oder abbrechen, Operationen, Chemotherapie weiterführen, palliative Sedation)
      >>> 2 Punkte
   g. Schwierige Entscheidungsfindung, welche lebenserhaltenden Massnahmen in einer Krisensituation noch getroffen werden sollen
      >>> 2 Punkte
   h. Wunsch nach Palliativversorgung, Therapiebegrenzung, Suizidbeihilfe oder Sterbefasten
      >>> 2 Punkte
   i. Konflikt zwischen Patient oder Patientin, familiärem Umfeld, Betreuenden in Bezug auf Therapieziele, Behandlungen
      >>> 1 Punkt
   j. Ich wäre nicht erstaunt, wenn dieser Patient oder diese Patientin innerhalb von einem Jahr versterben würde
      >>> 2 Punkte

   Spezifische Indikatoren
   Bitte wählen Sie alle Indikatoren an, für die Sie eine andere Punktzahl vorsehen würden.
   a. Fortschreitender Krebs mit Metastasen und Symptomlast
      >>> 3 Punkte
   b. Schwere Demenz (in den meisten ATL auf Hilfe angewiesen), mit wiederholten Stürzen, oder wiederholten Infekten oder fehlender Nahrungsaufnahme
      >>> 1 Punkt

c. Fortgeschrittene neurologische Erkrankungen mit Schluckstörungen
   >>> 3 Punkte
d. Herzinsuffizienz mit Atemnot bei kleinster Anstrengung (und Transplantation oder Kunstherz kommen nicht in Frage)
   >>> 3 Punkte
e. Fortgeschrittene Lungenerkrankung mit Atemnot in Ruhe, unter Sauerstofftherapie oder nach künstlicher Beatmung
   >>> 3 Punkte
f. Fortgeschrittene Nierenerkrankung, mit Wunsch auf Beendigung oder Verzicht auf Dialyse
   >>> 3 Punkte
g. Leberzirrhose mit Aszites oder hepatischer Enzephalopathie, bakt. Peritonitis, Ösophagusvarizenblutung
   >>> 3 Punkte

Nur Indikatoren einblenden, die bei 9 angewählt wurden; Ganze Frage nur, wenn mind. ein Indikator angewählt wurde

10. Welche Punktzahl(en) würden Sie vorschlagen?

Allgemeine Indikatoren

	Punktzahl
Reduzierter Allgemeinzustand (z.B. Patient verbringt mehr als den halben Tag im Bett) >>> 1 Punkt	[Textfeld]
Gewichtsverlust über 10 % in 3 Monaten oder BMI unter 18 >>> 1 Punkt	[Textfeld]
Mindestens ein unkontrolliertes Leiden (Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Erschöpfung, Depression, Appetitmangel, Schläfrigkeit, Beunruhigung), auf der VAS Skala > 5 über mindestens 24 Stunden >>> 3 Punkte	[Textfeld]
Mindestens zwei notfallmässige Spitalzuweisungen in den letzten 12 Monaten >>> 3 Punkte	[Textfeld]
Zur Behandlung der Leiden sind mehr Professionen als Pflegende und Ärzte nötig >>> 1 Punkt	[Textfeld]
Schwierige Entscheidungsfindung bezüglich Behandlung der Grundkrankheiten (z.B. Dialyse starten oder abbrechen, Operationen, Chemotherapie weiterführen, palliative Sedation) >>> 2 Punkte	[Textfeld]
Schwierige Entscheidungsfindung, welche lebenserhaltenden Massnahmen in einer Krisensituation noch getroffen werden sollen >>> 2 Punkte	[Textfeld]
Wunsch nach Palliativversorgung, Therapiebegrenzung, Suizidbeihilfe oder Sterbefasten >>> 2 Punkte	[Textfeld]
Konflikt zwischen Patient oder Patientin, familiärem Umfeld, Betreuenden in Bezug auf Therapieziele, Behandlungen >>> 1 Punkt	[Textfeld]
Ich wäre nicht erstaunt, wenn dieser Patient oder diese Patientin innerhalb von einem Jahr versterben würde >>> 2 Punkte	[Textfeld]

Spezifische Indikatoren

	Punktzahl
Fortschreitender Krebs mit Metastasen und Symptomlast >>> 3 Punkte	[Textfeld]
Schwere Demenz (in den meisten ATL auf Hilfe angewiesen), mit wiederholten Stürzen, oder wiederholten Infekten oder fehlender Nahrungsaufnahme >>> 1 Punkt	[Textfeld]
Fortgeschrittene neurologische Erkrankungen mit Schluckstörungen >>> 3 Punkte	[Textfeld]

Herzinsuffizienz mit Atemnot bei kleinster Anstrengung (und Transplantation oder Kunstherz kommen nicht in Frage) >>> 3 Punkte	[Textfeld]
Fortgeschrittene Lungenerkrankung mit Atemnot in Ruhe, unter Sauerstofftherapie oder nach künstlicher Beatmung >>> 3 Punkte	[Textfeld]
Fortgeschrittene Nierenerkrankung, mit Wunsch auf Beendigung oder Verzicht auf Dialyse >>> 3 Punkte	[Textfeld]
Leberzirrhose mit Aszites oder hepatischer Enzephalopathie, bakt. Peritonitis, Ösophagusvarizen-blutung >>> 3 Punkte	[Textfeld]

11. Gibt es weitere Aspekte, die für die Einschätzung des Bedarfs an spezialisierter Palliative Care relevant sind, im EPS-Test aber nicht abgefragt werden, und bei denen es aus Ihrer Sicht sinnvoll wäre, diese allenfalls als zusätzliche Indikatoren aufzunehmen?
    Die beiden erstgenannten Aspekte «relevante psychiatrische Diagnose» und «early PallCare» sind aufgrund von ersten Rückmeldungen bereits in der laufenden Datenerfassung probeweise hinzugefügt worden.
    a. relevante psychiatrische Diagnose (z.B. Sucht, akute behandlungsrelevante Erkrankung wie Angststörung, Depression usw.)
    b. early PallCare (Erstkontakt, Familiengespräch, Entscheidungsfindung usw.)
    c. Weitere: [Textfeld]
    d. Weitere: [Textfeld]
    e. Weitere: [Textfeld]

Vergleich Bedarf an spezialisierter Palliative Care nach dem EPS-Test vs. intuitiver Einschätzung

12. Gab es bestimmte Fälle oder Konstellationen (z.B. bestimmte Einschränkungen oder Diagnosen), bei denen die Einschätzung des Bedarfs an spezialisierter Palliative Care durch den EPS-Test häufig von Ihrer intuitiven Einschätzung abgewichen ist? Falls ja, um welche Fälle oder Konstellationen handelte es sich?

    Intuitiv nein, der EPS ergab aber ja:
    [Textfeld]

    Intuitiv ja, der EPS ergab aber nein:
    [Textfeld]

Anwendung des EPS-Tests

13. Würden Sie den EPS-Test gerne weiterhin in Ihrer täglichen Arbeit anwenden?
    a. Ja
    b. Eher ja
    c. Teils / teils

d. Eher nein
e. Nein
f. Weiss nicht

14. Welche Vorteile sehen Sie in der Anwendung des EPS-Tests?
[Textfeld]
15. Welche Nachteile sehen Sie in der Anwendung des EPS-Tests?
[Textfeld]

Abschluss

16. Haben Sie abschliessend noch Bemerkungen zur Anwendung des EPS-Tests für die Bedarfsermittlung für spezialisierte Palliative Care?
[Textfeld]

Sie sind am Ende der Befragung angelangt. Bitte klicken Sie auf «Antworten abschicken» um die Befragung abzuschliessen.

Besten Dank für Ihre wertvolle Teilnahme!