

Palliative Care Monitoring für die Schweiz: Machbarkeit und Umsetzung

Im Auftrag
des Bundesamtes für Gesundheit
Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit, Sektion Grundlagen

Kilian Künzi, Thomas Oesch, Victor Legler

Bern, 6. März 2017

Impressum

Vertragsnummer:	16.007842 / 704.0001 / - 785
Laufzeit:	01.06.2016 – 31.12.2016
Leitung des Projekts im BAG:	Flurina Näf, Sektion Nationale Gesundheitspolitik
Bezug / Kontakt:	Bundesamt für Gesundheit BAG Sektion Nationale Gesundheitspolitik Schwarztorstrasse 157 3003 Bern
Übersetzung:	Originalsprache Deutsch
Zitiervorschlag:	Künzi Kilian, Thomas Oesch und Victor Legler (2016): Palliative Care Monitoring für die Schweiz: Machbarkeit und Umsetzung, Bern: Bun- desamt für Gesundheit

Abstract

Monitoring des soins palliatifs pour la Suisse : faisabilité et mise en œuvre

La nouvelle plate-forme «Soins palliatifs», qui sera lancée en 2017, place la thématique des soins palliatifs sur le devant de la scène fédérale. En raison de la perspective à long terme, il est prévu de mettre en place un monitoring national pour accompagner et contrôler son évolution (connaissances et besoins de la population et des spécialistes, prise en charge et offres, formation).

Le présent rapport documente et systématise sous forme tabulaire des réflexions sur la faisabilité et la mise en œuvre d'un monitoring des soins palliatifs. Pour ce faire, des indicateurs et leurs sources de données sont identifiés, et trois variantes de mise en œuvre possibles sont présentées.

Les variantes maximale, moyenne et minimale comprennent la collecte de données et l'analyse de respectivement 24, 16 et 9 indicateurs. Les estimations approximatives des coûts des 3 variantes de mise en œuvre, qui dépendent notamment de la périodicité des collectes des données et des analyses, vont de 338'000 CHF pour la variante minimale à 2.08 mio. de CHF pour la variante maximale pour les 5 premières années du monitoring.

Palliative Care Monitoring für die Schweiz: Machbarkeit und Umsetzung

Mit der neuen Plattform Palliative Care, die 2017 lanciert werden soll, wird Palliative Care zu einem fortwährenden Thema auf Bundesebene. Aufgrund der langfristigen Perspektive soll ein Monitoring die Entwicklung (Bekanntheit und Bedürfnisse der Bevölkerung, von Fachpersonen, Versorgung und Angebote, Bildungsbereich) national begleiten und überprüfen helfen.

Der vorliegende Bericht dokumentiert und systematisiert in tabellarischer Form Überlegungen zur Machbarkeit und Umsetzung eines Palliative Care Monitorings, indem er entsprechende Indikatoren und Datenquellen identifiziert und drei mögliche Umsetzungsvarianten darstellt.

Die Maximal-, Mittel- und Minimalvariante umfassen die Erhebung resp. Analyse von 24, 16 und 9 Indikatoren. Grobe Kostenschätzungen zu den Umsetzungsvarianten, die u.a. von der Periodizität der verschiedenen Erhebungen und Analysen abhängen, liegen für die ersten 5 Jahre des Monitorings zwischen rund 338'000 CHF für die Minimalvariante und 2.08 Mio. CHF für die Maximalvariante.

Inhaltsverzeichnis

Impressum	I
Abstract	II
Inhaltsverzeichnis	III
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage und Fragestellung	1
1.2 Methodisches Vorgehen	1
1.3 Rahmenbedingungen und Definition der Indikatoren für ein Monitoring	2
1.4 Grenzen	5
1.5 Struktur und Aufbau der Indikatoren für das Monitoring Palliative Care	5
1.6 Aufbau des Berichts.....	7
2 Indikatoren für ein Monitoring zu Palliative Care in der Schweiz	8
2.1 Bekanntheit von Palliative Care und Bedürfnisse in der Bevölkerung	8
2.1.1 Bekanntheit von Palliative Care in der Bevölkerung	8
2.1.2 Bedürfnisse der Bevölkerung in Bezug auf die Versorgung am Lebensende	9
2.2 Bekanntheit von Palliative Care bei den Personen im Gesundheitswesen	10
2.2.1 Bekanntheit von Palliative Care bei den Personen im Gesundheitswesen	10
2.3 Versorgungsbedarf	11
2.3.1 Versorgungsbedarf hergeleitet aus der Todesfallstatistik.....	11
2.4 Versorgungsangebot - Infrastruktur	12
2.4.1 Anzahl und Art der spezialisierten PC-Einrichtungen	12
2.5 Versorgungsangebot - Personal	13
2.5.1 Personal in Institutionen der spezialisierten PC	13
2.5.2 Personal in Institutionen der spezialisierten PC nach Berufsgruppe	13
2.5.3 Personal in Institutionen der spezialisierten PC nach Weiterbildungsniveau in PC.....	14
2.5.4 Personal im Gesundheitswesen nach Weiterbildungsniveau in PC.....	14
2.5.5 Anzahl Freiwillige in der PC-Versorgung	14
2.5.6 Geleistete Stunden Freiwilligenarbeit in der PC-Versorgung.....	15
2.6 Versorgungsangebot - Finanzierung und Auslastung	15
2.6.1 Kostendeckungsgrad in den Institutionen der spezialisierten PC	15
2.6.2 Belegungsgrad in den stationären Institutionen der spezialisierten PC	15
2.7 Versorgungsnachfrage / Behandlungen	16
2.7.1 Patient/Innen in den Institutionen mit spezialisierter PC	16
2.7.2 PC-Patient/innen in Spitälern (PC-Diagnosen, ICD-10)	16
2.7.3 PC-Patient/innen in Alters- und Pflegeheimen	17
2.7.4 PC-Patient/innen in der (nicht-spezialisierten) ambulanten Grundversorgung / Hausarztpraxis.....	17
2.8 Weiterbildungsangebot	17
2.8.1 Hochschulen mit Weiterbildungen in PC.....	17
2.8.2 Höhere Fachschulen mit Weiterbildungen in PC	18
2.8.3 Bildungseinrichtungen mit Weiterbildungen in PC für Laien	18
2.9 Weiterbildungs-Output / Bildungsabschlüsse	18
2.9.1 Abschlüsse des interdisziplinären Schwerpunkts «Palliativmedizin»	18
2.9.2 Weiterbildungsabschlüsse in PC an den Hochschulen	19
2.9.3 Weiterbildungsabschlüsse in PC an den Höheren Fachschulen.....	19
2.9.4 Weiterbildungsabschlüsse in PC von Laien.....	19

3	Vorschläge zu Erhebungen und Datenanalysen	20
3.1	Bevölkerungsbefragung zur Bekanntheit von Palliative Care und zu Bedürfnissen in Bezug auf die Versorgung am Lebensende	20
3.2	Befragung von Personen im Gesundheitswesen zur Bekanntheit von Palliative Care	21
3.3	Statistische Analyse PC-Versorgungsbedarf hergeleitet aus der BFS-Todesfallstatistik	21
3.4	Befragung von kantonalen Verwaltungen und Sektionen von palliative.ch zum PC-Versorgungsangebot	22
3.5	Befragung der spezialisierten Institutionen zur Anzahl und zum Weiterbildungsniveau ihres Personals	22
3.6	Befragung von Institutionen in der Gesundheitsversorgung zum Weiterbildungsniveau ihres Personals	23
3.7	Befragung von Freiwilligenorganisationen zur Anzahl und zur erbrachten Arbeit ihres Personals ..	23
3.8	Befragung der spezialisierten Institutionen zu deren Kostendeckungs- und Belegungsgrad.....	23
3.9	Statistische Analyse von Patientendaten aus spezialisierten Institutionen.....	24
3.10	Statistische Analyse von Patientendaten aus Spitälern (PC-Diagnosen, ICD-10)	24
3.11	Statistische Analyse von Patientendaten aus Alters- und Pflegeheimen	24
3.12	Befragung von Hausarztpraxen / Dienstleistern im ambulanten Bereich	25
3.13	Desk Research zum Weiterbildungsangebot in PC bei Hochschulen	25
3.14	Desk Research zum Weiterbildungsangebot in PC bei Höheren Fachschulen.....	26
3.15	Befragung der Sektionen von palliative.ch und Desk Research zur Inanspruchnahme des Weiterbildungsangebots in PC für Laien	26
3.16	Desk Research zu Abschlüssen des interdisziplinären Schwerpunkts «Palliativmedizin»	26
3.17	Datenrecherche und -auswertung zu Weiterbildungsabschlüssen in PC an Hochschulen.....	27
3.18	Datenrecherche und -auswertung zu Weiterbildungsabschlüssen in PC an Höheren Fachschulen .	27
4	Zusammenzug/Übersichtstabelle zu den drei Umsetzungsvarianten.....	28
5	Abkürzungsverzeichnis	30
6	Literaturverzeichnis	31

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage und Fragestellung

Bund und Kantone haben im Rahmen des «Dialogs Nationale Gesundheitspolitik» beschlossen, Palliative Care in der Schweiz zu fördern. Mit einer neuen Plattform, die 2017 lanciert werden soll, wird Palliative Care zu einem langfristigen Thema auf Bundesebene.

Aktuell fehlen in der Schweiz systematische Datensammlungen zu Palliative Care (PC). Ein entsprechendes **Palliative Care Monitoring** (Bekanntheit und Bedürfnisse der Bevölkerung, von Fachpersonen, Versorgung und Angebote, Bildungsbereich) soll es dem Bund ermöglichen, den Entwicklungsstand der PC-Versorgung anhand konkreter Aktivitäten zu messen, die Verbesserung des Angebots und des Zugangs zu überprüfen und die Schweiz international zu vergleichen. Den Kantonen sollen die gesammelten Daten als Planungsgrundlage für die PC-Versorgung dienen und die PC-Leistungserbringer wünschen sich im Hinblick auf die Qualität und die Finanzierung ihrer Leistungen Informationen.

Die vorliegende **Studie zur Überprüfung der Machbarkeit und Umsetzung** eines PC-Monitorings in der Schweiz behandelt folgende **Hauptfragestellungen**:

- Identifikation der Indikatoren: Welche Indikatoren werden für ein zukünftiges Monitoring der Palliative Care in der Schweiz benötigt?
- Identifikation der Datenquellen: Welche Datenquellen müssen für die Abbildung der Indikatoren ausgewertet werden? Welche Daten müssen allenfalls zusätzlich erhoben werden?
- Erarbeitung von drei Umsetzungsvarianten: Wie und mit welchem finanziellen respektive personellen Aufwand lassen sich drei Varianten des Monitorings umsetzen?

1.2 Methodisches Vorgehen

Die Machbarkeit- und Umsetzungsüberlegungen orientierten sich an der Vorstellung eines Soll-Zustands bzw. an der Frage: Welche Indikatoren zu Palliative Care in den Bereichen Bekanntheit und Bedürfnisse, Versorgung und Angebote sowie Bildung vom Bund, den Kantonen und den Leistungserbringern (Spital, Pflegeheim, etc.) als Planungsgrundlage und Benchmark benötigt werden? Durch dieses Vorgehen soll der Fokus auf Informationen gelegt werden, die von den massgeblichen Akteuren für ihre praktische Arbeit in der Versorgungsplanung und in der Bereitstellung von Angeboten effektiv verwendet werden (können). Die Informationsgewinnung und Abwicklung des Projekts erfolgten in vier Schritten:

- **Soll-Zustand.** In einem ersten Schritt wurde basierend auf Erkenntnissen aus der internationalen Literatur ein Soll-Zustand erarbeitet (Definitionen, Datenerfordernisse möglicher Indikatoren). Der erarbeitete Vorschlag wurde danach mit künftigen Nutzer/innen des Monitorings (Vertreter/innen von Bund, Kantonen, Leistungserbringern) und ausgewählten Expert/innen im Rahmen von Face-to-Face-Interviews diskutiert und Indikatoren priorisiert.
- **Ist-Zustand, Datenlage.** In einem zweiten Schritt wurde geklärt, welche Informationen bezüglich der Versorgungssituation von PC in der Schweiz in den bestehenden Datengrundlagen verfügbar sind. Hierzu wurden bereits bestehende Studien zur Datensituation zu PC ausgewertet, relevante Statistiken und Erhebungen entlang eines Kriterienrasters analysiert und ein tabellarischer Steckbrief zu potentiell möglichen Datengrundlagen erarbeitet.
- **Gegenüberstellung von Soll- und Ist-Zustand:** In einem dritten Schritt wurde ein Vergleich zwischen dem Ist- und dem Soll-Zustand durchgeführt und aufgezeigt, welche der einzelnen Indikatoren bereits gebildet werden können, wo Informationslücken vorliegen und wie diese geschlossen werden könnten (Lösungsoptionen).

■ **Umsetzungsvarianten.** In einem vierten Schritt wurden nach der Diskussion mit dem BAG drei Varianten für die Umsetzung eines Monitorings zu Palliative Care einer Umsetzungsanalyse unterzogen. Mit Hilfe von Dokumenten und Telefoninterviews mit Personen in betroffenen Institutionen und Vertreter/innen von PC-Monitorings im Ausland wurden Informationen zur Implementation und zum finanziellen Aufwand der verschiedenen Umsetzungsvarianten eingeholt und verwertet.

Die Erarbeitung eines Indikatoren-Sets PC und der Umsetzungsvarianten erfolgte mit Hilfe verschiedener **Interviews mit Fachspezialist/innen** von Bundes- und Kantonsstellen und externen Expert/innen **in der Schweiz** im Austausch mit der Projektverantwortlichen im BAG, denen wir an dieser Stelle herzlich danken:

Bund, Kantone:

- Flurina Näf (Stv. Projektleiterin Palliative Care & Koordinierte Versorgung, BAG)
- Stefan Leutwyler (Stv. Zentralsekretär, GDK)
- Magdalena Wicki Martin (Wiss. Mitarbeiterin, Amt für Gesundheit Kt. FR)
- Anke Lehmann (Leiterin Fachbereich Pflege und Entwicklung, Gesundheitsdepartement Kt. SG)

Institutionen (Hospiz, Heim, Spitex):

- Heike Gudat (Dr.med., Leitende Ärztin Hospiz im Park, Arlesheim BL)
- Stefan Brechbühl (Co-Leiter Hospiz Aargau, Brugg AG)
- Monika Obrist (Pflegefachfrau HF Palliative Care, Vorstand palliative zh+sh und Verband spezialisierter Palliative Care Leistungserbringer SPaC, Mobiles Palliative Care Team Zürcher Oberland, ZH)
- Sonja Flotron (Präsidentin palliative ch, Leitung Mobiler Palliative-Care-Dienst be-ju, BE)

Forschung, Medizin, Wissenschaft:

- Steffen Eychmüller (Prof.Dr.med., Vizepräsident palliative ch, Leitender Arzt, Palliativzentrum Inselspital Bern, Lehrstuhl für Palliative Care an der Universität Bern, BE)

Daneben haben wir verschiedene **ausländische Expert/innen** und **Vertreter/innen von staatlichen und nichtstaatlichen Organisationen mit Bezug zu PC** kontaktiert, insbesondere zu ihren Erfahrungen, wie anhand von Daten die **PC in der Grundversorgung** abgebildet werden kann:

- Österreich: Anna H. Pissarek (Projektleiterin Hospiz Österreich); Barbara Schleicher (Dr., Projektleiterin Gesundheit Österreich GmbH)
- Deutschland: Heiner Melching (Geschäftsführer Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin)
- Frankreich: Alain Derniaux (Dr., Vizepräs. Société Française d'accompagnement et de soins palliatifs SFAP)
- England: Scott Murray (Prof.Dr. Leiter de Primary Palliative Care Research Group, The University of Edinburgh)
- Irland: Marie Lynch (Leiterin Gesundheitsprogramme, The Irish Hospice Foundation)
- Kanada: Kim Taylor (Geschäftsführerin Canadian Society of Palliative Care Physicians)
- Australien: Jason Thomson (Leitender Forschungsbeauftragter Australian Institute of Health & Welfare)
- Neuseeland: Heather McLeod (Forschungsbeauftragte, University of Auckland)

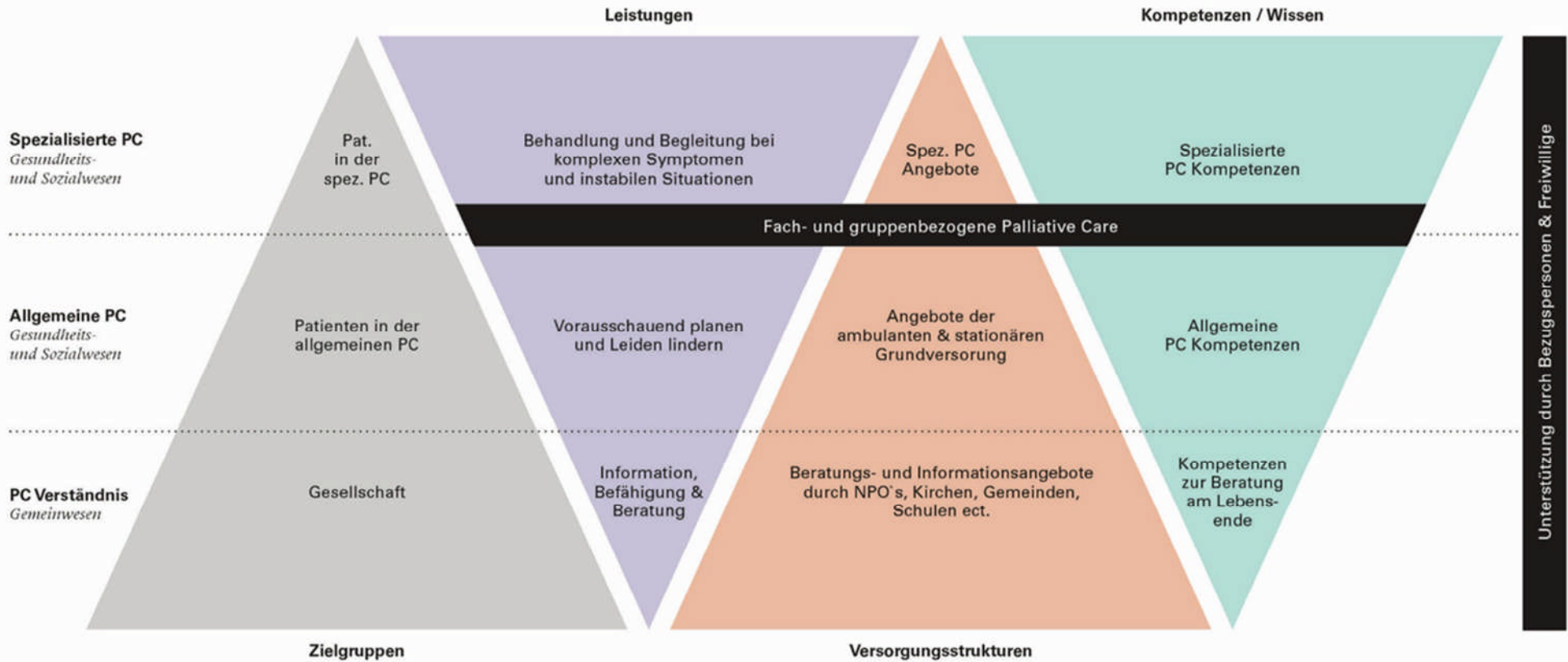
1.3 Rahmenbedingungen und Definition der Indikatoren für ein Monitoring

Die Ausarbeitung des Indikatoren-Sets PC und die Definitionen orientierten sich am allgemein verwendeten Rahmenkonzept für die Umsetzung der «Nationalen Strategie Palliative Care» und am Modell zu den Versorgungsstrukturen, wie sie nachfolgend in **Abbildung 1** und **Abbildung 2** dargestellt sind.

Einleitung

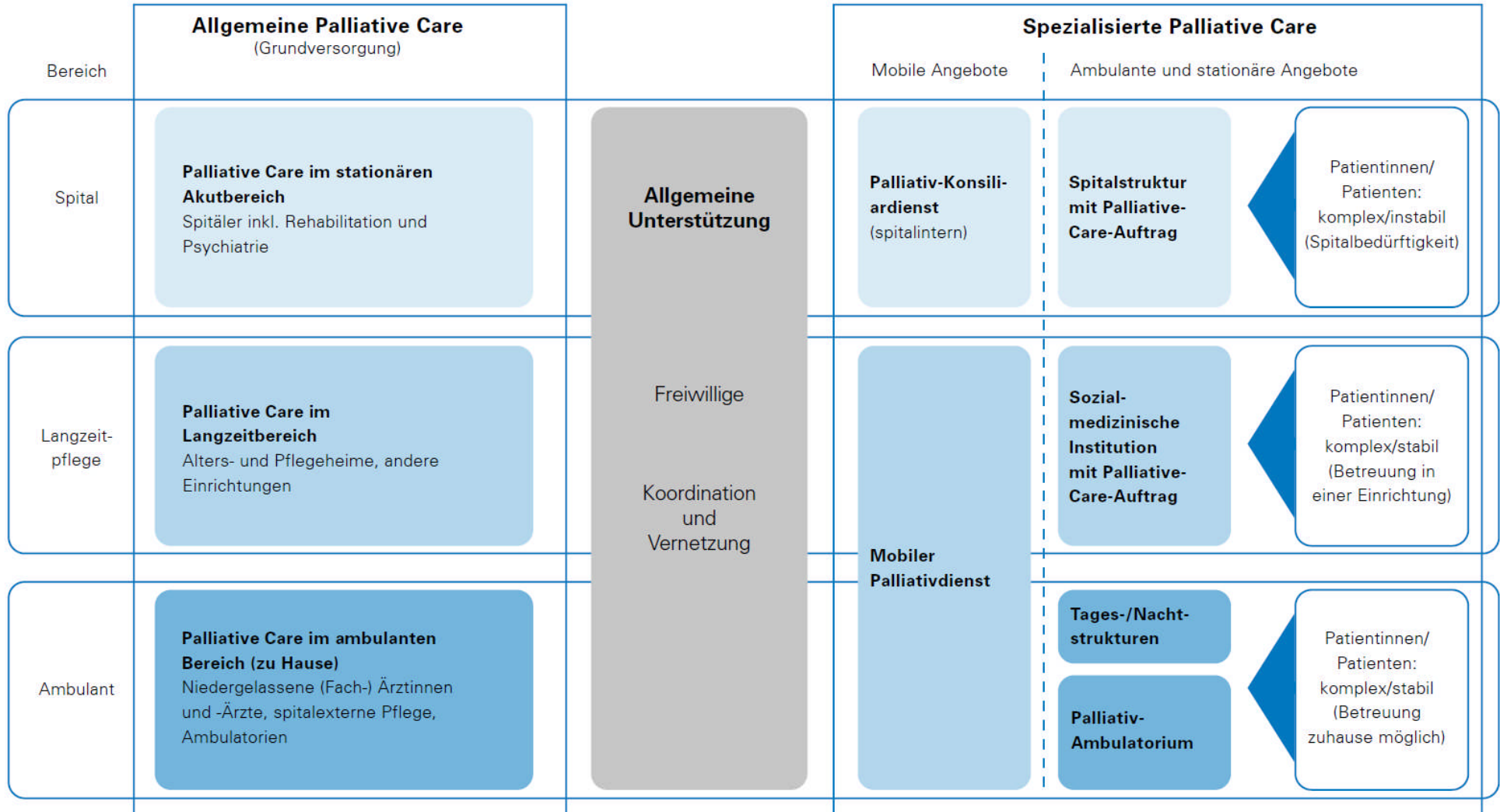
Abbildung 1: Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz - definitorische Grundlage für die Umsetzung der «Nationalen Strategie Palliative Care»

Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz



Quelle: aus BAG/GDK/palliative.ch (2014, 8)

Abbildung 2: Versorgungsstrukturen Palliative Care in der Schweiz (ausgehend vom Bedarf)



Quelle: aus Eichmüller et al. (palliative ch/GDK/BAG, 2014, 12f.)

Einleitung

Neben den in Abbildungen 1 und 2 dargestellten Konzeptualisierungen von Palliative Care wird in diesem Bericht von der Definition des Grundbegriffs gemäss den Nationalen Leitlinien Palliative Care (BAG/GDK 2011, 8) ausgegangen:

«Die Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie wird vorausschauend miteinbezogen, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der die Kuration der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt. Patientinnen und Patienten wird eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet und die nahestehenden Bezugspersonen werden angemessen unterstützt. Die Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein.»

1.4 Grenzen

Aufgrund der allgemeinen Zielsetzungen von Monitoring-Systemen – u.a. Überschaubarkeit, «top-line information» – handelt es sich bei den vorgeschlagenen PC-Indikatoren nicht um ein «epidemiologisches Monitoring», das den gesamten Themenkomplex Palliative Care mit seinen vielfältigen Zusammenhängen und Wechselwirkungen im Detail abbildet. Detailliertere Informationen und Erkenntnisse müssten bei Bedarf aus Einzelstudien (Ressortforschung) gewonnen werden.

1.5 Struktur und Aufbau der Indikatoren für das Monitoring Palliative Care

Zentral bei der Ausarbeitung der Indikatoren für das Monitoring Palliative Care waren die einleitend aufgeführten Hauptfragestellungen. Der Fokus lag auf der Ebene Versorgungsangebot.

Der Bericht ist entlang der Themen, zu welchen in einem Monitoring entsprechende Daten bzw. Informationen vorliegen sollen, gegliedert:

- (1) Bekanntheit von Palliative Care (in der Bevölkerung und bei Gesundheitsfachpersonen)
- (2) Versorgungsbedarf (anhand der Todesfallstatistik)
- (3) Versorgungsangebot (Infrastruktur, Personal) von PC-Einrichtungen
- (4) Versorgungsnachfrage (anhand der Patient/innen in PC-Einrichtungen)
- (5) Weiterbildungsangebot in PC
- (6) Weiterbildungs-Output bzw. Bildungsabschlüsse in PC

Folgende Rahmenbedingungen hatten Einfluss auf die Inhalte, Auswahl und Definition der Indikatoren:

- Datenquellen: Für die PC-Indikatoren sollten möglichst bestehende Statistiken und Datensammlungen auf Bundesebene genutzt werden.
- Beschränkung der Anzahl Indikatoren auf eine überschaubare Menge mit hoher Relevanz und Bezug zur Strategie PC.

Wie in der nachfolgenden **Tabelle 1** dargestellt, umfasst das **zur Diskussion vorgeschlagene Palliative Care Monitoring** in seiner Maximalvariante insgesamt 24 Indikatoren. Gemäss der Priorisierung entlang der **drei Umsetzungsvarianten** sind diese Indikatoren wie folgt eingeteilt:

- Minimale Umsetzungsvariante mit 9 Indikatoren (mindestens ein Indikator pro wichtigen Bereich: Bekanntheit, Versorgungsangebot, Versorgungsnachfrage, Weiterbildung)
- Mittlere Umsetzungsvariante mit 16 Indikatoren
- Maximale Umsetzungsvariante mit 24 Indikatoren

Tabelle 1: Palliative Care Monitoring für die Schweiz: Übersicht über die vorgeschlagenen Indikatoren und die drei Umsetzungsvarianten

Nr.	Indikator	Umsetzungsvarianten		
		Maximum	Mittel	Minimum
1	Bekanntheit von Palliative Care und Bedürfnisse in der Bevölkerung			
1.1	Bekanntheit von Palliative Care in der Bevölkerung	X	X	X
1.2	Bedürfnisse der Bevölkerung in Bezug auf die Versorgung am Lebensende	X	X	(X)
2	Bekanntheit von Palliative Care bei den Personen im Gesundheitswesen			
2.1	Bekanntheit von Palliative Care bei den Personen im Gesundheitswesen	X	(X)	
3	Versorgungsbedarf			
3.1	Versorgungsbedarf hergeleitet aus der Todesfallstatistik	X	X	
4	Versorgungsangebot - Infrastruktur			
4.1	Anzahl und Art der spezialisierten PC-Einrichtungen	X	X	X
5	Versorgungsangebot - Personal			
5.1	Personal in Institutionen der spezialisierten PC	X	X	
5.2	Personal in Institutionen der spezialisierten PC nach Berufsgruppe	X	X	
5.3	Personal in Institutionen der spezialisierten PC nach Weiterbildungsniveau in PC	X	X	
5.4	Personal im Gesundheitswesen nach Weiterbildungsniveau in PC	X	X	X
5.5	Anzahl Freiwillige in der PC-Versorgung	X		
5.6	Geleistete Stunden Freiwilligenarbeit in der PC-Versorgung	X		
6	Versorgungsangebot - Finanzierung und Auslastung			
6.1	Kostendeckungsgrad in den Institutionen der spezialisierten PC	X	X	X
6.2	Belegungsgrad in den stationären Institutionen der spezialisierten PC	X		
7	Versorgungsnachfrage / Behandlungen			
7.1	Patient/innen in den Institutionen mit spezialisierter PC	X	X	X
7.2	PC-Patient/innen in Spitälern (PC-Diagnosen, ICD-10)	X	X	X
7.3	PC-Patient/innen in Alters- und Pflegeheimen	X	X	
7.4	PC-Patient/innen in der (nicht-spezialisierten) ambulanten Grundversorgung / Hausarztpraxis	X		
8	Weiterbildungsangebot			
8.1	Hochschulen mit Weiterbildungen in PC	X	X	
8.2	Höhere Fachschulen mit Weiterbildungen in PC	X		
8.3	Bildungseinrichtungen mit Weiterbildungen in PC für Laien	X		
9	Weiterbildungs-Output			
9.1	Abschlüsse des interdisziplinären Schwerpunkts «Palliativmedizin»	X	X	X
9.2	Weiterbildungsabschlüsse in PC an den Hochschulen	X	X	(X)
9.3	Weiterbildungsabschlüsse in PC an den Höheren Fachschulen	X		
9.4	Weiterbildungsabschlüsse in PC von Laien	X		
Anz.		24	16	9

Kreuze in Klammern bedeuten, dass der Indikator in einer Umsetzungsvariante in reduzierter Form enthalten ist
Quelle: Darstellung BASS

Bei einigen Indikatoren werden im Bericht Subindikatoren unterschieden (Bezeichnungen (a), (b), (c) etc.). Die Subindikatoren decken unterschiedliche Dimensionen ab, die im Themenspektrum des jeweiligen Indikators getrennt betrachtet werden.

Disaggregation: Grundsätzlich soll bei den Indikatoren standardmässig nach Sprachregion differenziert werden, um regionale Unterschiede identifizieren zu können, bei Bevölkerungsbefragungen auch nach soziodemografischen Merkmalen.

Je nach Erkenntnisinteresse des PC-Monitorings sollten bei der Weiterentwicklung des Indikatorensets zu einzelnen nominalen Kennzahlen allenfalls noch geeignete Vergleichsgrössen definiert werden (Anteils-

werte, pro 1'000 Einwohner/innen, pro 1'000 Angehörige einer Berufsgruppe o.ä.), damit Veränderungen besser interpretiert werden können.

Die im nachfolgenden Kapitel 2 vorgenommene tabellarische **Beschreibung der Indikatoren** umfasst die Bezeichnung und Definition eines Indikators - je nach Datenquelle inkl. eines möglichen Wortlauts (näherungsweise) von Fragen in der Datenerhebung, um den Inhalt des Indikators zu veranschaulichen -, dessen Differenzierung (Desaggregation) sowie Angaben zu den Datenerfordernissen resp. zur Art der Erhebung und zur Periodizität. Letztere sind vor allem in Bezug auf die Umsetzungsvorschläge von Bedeutung, wo je nach Indikator eine oder mehrere (Sub)Varianten aufgeführt werden. Angaben zu Quellen oder zur Limitierung etc. sind unter «Bemerkungen zum Indikator» notiert.

1.6 Aufbau des Berichts

Im ersten Teil des Berichts werden die Indikatoren anhand verschiedener Kriterien beschrieben. Der zweite Teil widmet sich den Umsetzungsvarianten resp. den verschiedenen Datenanalysen und -erhebungen sowie eine grobe Kostenschätzung für deren Realisierung. Im dritten Teil werden die Umsetzungsvarianten in einer Übersichtstabelle zusammengeführt.

2 Indikatoren für ein Monitoring zu Palliative Care in der Schweiz

Nachfolgend werden die vorgeschlagenen Indikatoren für ein PC-Monitoring in der Schweiz anhand verschiedener Kriterien (Definition, möglicher Fragewortlaut näherungsweise, Disaggregation, Messmethode, Datenquelle, Umsetzungsvorschlag) beschrieben. Detaillierte Informationen zu den Umsetzungsvorschlägen und Kostenabschätzungen finden sich in Kapitel 3.

2.1 Bekanntheit von Palliative Care und Bedürfnisse in der Bevölkerung

2.1.1 Bekanntheit von Palliative Care in der Bevölkerung

Beschreibung/ Definition:	<p>(1) Bekanntheit von Palliative Care in der Bevölkerung Anteil der Personen, die den Begriff «Palliative Care» schon gehört haben Frage: Haben Sie schon mal etwas von «Palliative Care oder Palliativmedizin/-pflege» gehört? Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein Evtl. zusätzlich: Anteil Personen, die wissen, was «Palliative Care» bedeutet Frage: Wissen Sie, was «Palliative Care oder Palliativmedizin/-pflege» bedeutet [Antwortmöglichkeiten noch zu entwickeln, u.a. Abgrenzung zu Sterbehilfe]</p> <p>(2) Informationskanal Anteile der benutzen Informationskanäle Frage (nur an Personen, die den Begriff schon gehört haben): Von wo kennen Sie den Begriff? Antwortmöglichkeiten werden vorgelesen und können jeweils mit Ja oder Nein beantwortet werden: (a) Aus der Zeitung oder aus einer Zeitschrift (b) Aus Fachzeitschriften, Verbands- oder Mitgliederzeitschriftenbeitrag (c) In einer Fernseh-Sendung (d) Aus dem Internet (e) Hinweis von Verwandten oder aus dem Freundeskreis (privates Umfeld) (f) Hinweis von Arbeitskolleginnen oder Arbeitskollegen (Arbeitsumfeld) (g) Informationen vom Arzt / der Ärztin (h) Broschüren im Spital, Alters- und Pflegeheim (i) Information von einer Fachperson Pflege, Soziale Arbeit o.ä. (j) Informationen von Patientenorganisationen oder Verbänden (z.B. Krebsliga, Spitex) (k) Information aus der Apotheke (l) Andere Quellen</p> <p>(3) Bekanntheit von Patientenverfügungen Anteil der Personen, die wissen, was eine Patientenverfügung ist Frage: Wissen Sie, was eine Patientenverfügung ist? Antwortmöglichkeiten: (1) Ja, (2) Nein</p> <p>(4) Verbreitung von Patientenverfügungen Anteil der Personen, die eine Patientenverfügung ausgefüllt und hinterlegt haben Frage: Haben Sie eine Patientenverfügung ausgefüllt und hinterlegt? Antwortmöglichkeiten: (1) Ja, (2) Nein</p> <p>(5) Wissen um Beratungs- und Behandlungsangebote Anteil der Personen, die wissen, an wen sie sich wenden müssten, falls sie oder eine Person in ihrem Umfeld eine Beratung und/oder Behandlung in Palliative Care bräuchten Frage: Wissen Sie, an wen Sie sich wenden können, wenn Sie eine Beratung/Behandlung in Palliative Care bräuchten? Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein</p> <p>(6) Potentielle Inanspruchnahme von einzelnen Beratungs- und Behandlungsangeboten Prozentuale Anteile der genannten Beratungs- und Behandlungsangebote Frage (nur an Personen, die wissen, an wen sie sich wenden können): An wen würden Sie sich wenden, wenn Sie eine Beratung/Behandlung in PC bräuchten? Antworten werden den folgenden Kategorien zugeordnet: (1) Hausarzt/Hausärztin, (2) Arzt/Ärztin im Spital, (3) Pflegepersonal im Heim, (4) Spitex, (5) Andere Organisation (Krebsliga, etc.), (6) Andere Quellen</p> <p>(7) Bekanntheit von Versorgungsangeboten der spezialisierten Palliative Care Anteil der Personen, die die jeweiligen Versorgungsangebote kennen Frage: Kennen Sie die folgenden Angebote? Antwortmöglichkeiten werden vorgelesen und können jeweils mit Ja oder Nein beantwortet werden: (1) Palliativstation im Spital, (2) Hospiz (Institution mit spez. Palliative Care Auftrag-Angebot), (3) Mobiler Palliativdienst, (4) Palliativ-Konsiliardienst, (5) Palliativambulatorium, (6) Tages- und Nachthospiz</p>
Disaggregation:	Sprachregion, soziodemographische Merkmale der Befragten
Messmethode/ Datenquelle:	Repräsentative Bevölkerungsbefragung, (bisher einmalig durchgeführte Erhebung, GfK 2009)
Umsetzungsvorschlag:	Variante 1: Wiederholung einer 2009 im Auftrag des BAG/BSV durchgeführten Telefonbefragung (GfK 2009, n=1'600 Pers., 15+) im 5-Jahres-Rhythmus.

	Variante 2: Ermittlung der aufgeführten Indikatoren, bzw. einer Teilmenge, im Rahmen einer Omnibus-Erhebung des BFS (n=3'000-5'000 Pers.). Erhebung (gemeinsam mit Indikator 2.1.2): Bevölkerungsbefragung zur Bekanntheit von Palliative Care und zu Bedürfnissen in Bezug auf die Versorgung am Lebensende
Bemerkungen:	Quelle: Die Fragen/Indikatoren wurden der bereits durchgeführten Erhebung entnommen (GfK 2009)

2.1.2 Bedürfnisse der Bevölkerung in Bezug auf die Versorgung am Lebensende

Beschreibung/ Definition:	<p>(1) Wunsch in Bezug auf den Sterbeort Anteil der Personen, die in einem Spital, einem Hospiz, einem Pflegeheim oder zuhause sterben möchten Frage: An welchem Ort würden Sie sich wünschen, sterben zu können? Antwortmöglichkeiten werden vorgelesen und eine Antwort wird erfasst: (1) Spital, (2) Hospiz, (3) Alters- und Pflegeheim, (4) zuhause, (5) anderer Ort</p> <p>(2) Inanspruchnahme von PC im Fall einer unheilbaren Krankheit Anteil der Personen, die PC im Fall einer unheilbaren Krankheit in Anspruch nehmen würden Frage: Wenn Sie selber unheilbar krank wären, würden Sie Palliative Care in Anspruch nehmen, wenn Ihnen ein solches Angebot zur Verfügung stehen würde? Antwortmöglichkeiten werden vorgelesen und eine Antwort wird erfasst: (1) sicher, (2) eher ja, (3) eher nein, (4) bestimmt nicht</p> <p>(3) Persönliche Erfahrungen mit sterbenden Angehörigen Anteil der Personen, in deren näherem Umfeld in den letzten 5 Jahren eine Person an einer unheilbaren Krankheit gestorben ist Frage: Ist in Ihrem näheren Umfeld in den letzten 5 Jahren eine Person an einer unheilbaren Krankheit gestorben (z.B: Krebs)? Antwortmöglichkeiten: (1) Ja, (2) Nein</p> <p>(4) Einschätzung der Betreuungs- und Versorgungsqualität am Lebensende Prozentuale Anteile der Antworten in Bezug auf die Betreuungs- und Versorgungsqualität am Lebensende Frage (nur an Personen, in deren Umfeld eine Person an einer unheilbaren Krankheit gestorben ist): Wie schätzen Sie die Qualität der Betreuung und der Versorgung am Lebensende ein? Antwortmöglichkeiten: (1) sehr gut, (2) gut, (3) eher gut, (4) eher schlecht, (5) schlecht, (6) sehr schlecht, (7) weiss nicht/ Einschätzung nicht möglich</p> <p>(5) Inanspruchnahme von Angeboten der spezialisierten PC-Versorgung Anteil der Fälle, in denen spezialisierte PC-Angebote in Anspruch genommen wurden Anteil der Fälle, in denen spezialisierte PC-Angebote in Anspruch genommen wurden Frage (nur an Personen, in deren Umfeld eine Person an einer unheilbaren Krankheit gestorben ist): Wurden im Rahmen der Versorgung am Lebensende spezialisierte PC-Angebote in Anspruch genommen? Antwortmöglichkeiten: (1) Ja, (2) Nein</p> <p>(6) Einschätzung zum Bedarf der Angebote der spezialisierten PC-Versorgung Anteil der Fälle, in denen aus Sicht der Befragten ein Bedarf für die Inanspruchnahme von spezialisierten Angeboten der PC-Versorgung bestanden hat Frage (nur an Personen, in deren Umfeld eine Person an einer unheilbaren Krankheit gestorben ist): Bestand aus Ihrer Sicht ein Bedarf für die Inanspruchnahme von Angeboten der spezialisierten PC-Versorgung? Antwortmöglichkeiten: (1) Ja, (2) Nein</p> <p>(7) Unbefriedigte Bedürfnisse der sterbenden Person und der Angehörigen Prozentualer Anteil der genannten Bedürfnisse Frage (nur an Personen, in deren Umfeld eine Person an einer unheilbaren Krankheit gestorben ist): Welche zusätzliche Unterstützungsangebote wären aus Sicht der sterbenden Person oder der Angehörigen hilfreich gewesen? Antwortmöglichkeiten: offen (Codierung gemäss vorgegebenen Kategorien: Keine unbefriedigte Bedürfnisse, Unterstützung bei der medizinischen Behandlung, Emotionale Unterstützung für die sterbende Person, Emotionale Unterstützung für die Angehörigen, etc.)</p>
Disaggregation:	Sprachregion, soziodemographische Merkmale der Befragten
Messmethode/ Datenquelle:	Repräsentative Bevölkerungsbefragung (in Anlehnung an GfK 2009)
Umsetzungsvorschlag:	Variante 1: Wiederholung einer (ergänzten) 2009 im Auftrag des BAG/BSV durchgeführten Telefonbefragung (GfK 2009, n=1'600 Pers., 15+) im 5-Jahres-Rhythmus Variante 2: Ermittlung der aufgeführten Indikatoren, bzw. einer Teilmenge, im Rahmen einer Omnibus-Erhebung des BFS (n=3'000-5'000 Pers.) im 5-Jahres-Rhythmus Erhebung (gemeinsam mit Indikator 2.1.1): Bevölkerungsbefragung zur Bekanntheit von Palliative Care und zu Bedürfnissen in Bezug auf die Versorgung am Lebensende

Bemerkungen:	Quelle: Fragen/Indikatoren: (1) und (2): bereits durchgeführte Erhebung (GfK 2009), (3) bis (7): Abernethy Amy P. et al. (2008) sowie Expert/innengespräche
--------------	---

2.2 Bekanntheit von Palliative Care bei den Personen im Gesundheitswesen

2.2.1 Bekanntheit von Palliative Care bei den Personen im Gesundheitswesen

Beschreibung/ Definition:	<p>(1) Bekanntheit von Versorgungsangeboten der spezialisierten Palliative Care Anteil der Personen im Gesundheitswesen, die die jeweiligen Versorgungsangebote kennen Frage: Kennen Sie die folgenden Angebote? Antwortmöglichkeiten werden vorgelesen und können jeweils mit Ja oder Nein beantwortet werden: (1) Palliativstation im Spital, (2) Hospiz, (3) Mobiler Palliativdienst, (4) Palliativ-Konsiliardienst, (5) Palliativambulatorium, (6) Tages- und Nachthospiz</p> <p>(2) Kontakthäufigkeit mit Institutionen der spezialisierten PC Anteil der Personen im Gesundheitswesen, die im letzten halben Jahr Kontakt mit einer Institution der spezialisierten PC gehabt hatten Frage: Wie häufig hatten Sie im letzten halben Jahr Kontakt mit den jeweiligen Institutionen der spezialisierten Palliative Care? Antwortmöglichkeiten werden vorgelesen und können jeweils mit a) nie b) 1 mal c) 2 bis 6 mal d) mehr als 1 mal pro Monat: (1) Palliativstation im Spital, (2) Hospiz, (3) Mobiler Palliativdienst, (4) Palliativ-Konsiliardienst, (5) Palliativambulatorium, (6) Tages- und Nachthospiz</p> <p>(3) Bekanntheit von Advance Care Planning Anteil der Personen im Gesundheitswesen, die das Planungsinstrument „ACP“ kennen Frage: Kennen Sie Advance Care Planning? Antwortmöglichkeiten: (1) Ja, (2) Nein</p> <p>(4) Verbreitung von Advance Care Planning Anteil der Personen im Gesundheitswesen, die das Planungsinstrument „ACP“ eingesetzt haben Frage: Waren Sie im letzten halben Jahr an einer Bedarfsplanung mit Hilfe von ACP beteiligt? Antwortmöglichkeiten: (1) Ja, (2) Nein</p> <p>(5) Bekanntheit des PC-Screening-Instruments GSF Anteil der Ärzt/innen im Gesundheitswesen, die das PC-Screening-Instrument nach Gold Standard Framework (ENG) kennen Frage: Kennen Sie das PC-Screening-Instrument nach GSF? Antwortmöglichkeiten: (1) Ja, (2) Nein</p> <p>(6) Verbreitung des PC-Screening-Instruments GSF Anteil der Ärzt/innen im Gesundheitswesen, die das PC-Screening-Instrument nach GSF bereits angewendet haben Frage (nur an Ärzt/innen, die das Instrument kennen): Haben Sie das PC-Screening-Instrument nach GSF bereits angewendet? Antwortmöglichkeiten: (1) Ja, (2) Nein</p> <p>(7) Bekanntheit von psychosoziale Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen von PC Anteil der Personen im Gesundheitswesen, die die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen von PC kennen Frage: Kennen Sie die psychosozialen Behandlungsmöglichkeiten (Schmerzen, Atmung, Angst, Schlafstörungen, etc.) im Rahmen von PC? Antwortmöglichkeiten: (1) Ja, (2) Nein</p> <p>(8) Wichtigkeit von psychosozialen Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen von PC Anteil der Personen im Gesundheitswesen, die die Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen von PC als sehr wichtig oder wichtig erachten Frage (nur an Personen, die die Behandlungsmöglichkeiten kennen): Wie wichtig sind aus Ihrer Sicht die verschiedenen psychosozialen Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen von PC? Antwortmöglichkeiten: (1) sehr wichtig, (2) eher wichtig, (3) weder wichtig noch unwichtig, (4) eher unwichtig, (5) überhaupt nicht wichtig</p> <p>(9) Kompetenzen in der Anwendung dieser psychosozialen Behandlungsmöglichkeiten Anteil der Personen im Gesundheitswesen, die ihre Kompetenzen in der Anwendung dieser psychosozialen Behandlungsmöglichkeiten als sehr oder eher gut einschätzen Frage (nur an Personen, die die Behandlungsmöglichkeiten kennen): Wie gut sind Sie in der Anwendung dieser psychosozialen Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen von PC? Antwortmöglichkeiten: (1) sehr gut, (2) eher gut, (3) weder gut noch schlecht, (4) eher weniger gut, (5) überhaupt nicht gut</p> <p>(10) Bekanntheit von psychosozialen Unterstützungsmöglichkeiten im Rahmen von PC Anteil der Personen im Gesundheitswesen, die die verschiedenen psychosozialen Unterstützungsmöglichkeiten im Rahmen von PC kennen Frage: Kennen Sie die psychosozialen Hilfestellungen im Rahmen von PC? Antwortmöglichkeiten: (1) Ja, (2) Nein</p>
------------------------------	--

	<p>(11) Wichtigkeit von psychosozialen Unterstützungsmöglichkeiten im Rahmen von PC Anteil der Personen im Gesundheitswesen, die die verschiedenen psychosozialen Unterstützungsmöglichkeiten im Rahmen von PC als eher oder sehr wichtig erachten Frage (nur an Personen, die die psychosozialen Hilfestellungen kennen): Wie wichtig sind aus Ihrer Sicht die verschiedenen medizinischen Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen von PC? Antwortmöglichkeiten: (1) sehr wichtig, (2) eher wichtig, (3) weder wichtig noch unwichtig, (4) eher unwichtig, (5) überhaupt nicht wichtig</p> <p>(12) Kompetenzen in der Bereitstellung dieser psychosozialen Unterstützungsmöglichkeiten Anteil der Personen im Gesundheitswesen, die die verschiedenen psychosozialen Unterstützungsmöglichkeiten im Rahmen von PC als eher oder sehr wichtig erachten Frage (nur an Personen, die die Behandlungsmöglichkeiten kennen): Wie gut sind Sie in der Bereitstellung dieser psychosozialen Unterstützungsmöglichkeiten im Rahmen von PC? Antwortmöglichkeiten: (1) sehr gut, (2) eher gut, (3) weder gut noch schlecht, (4) eher weniger gut, (5) überhaupt nicht gut</p>
Disaggregation:	Versorgungsbereich (Spital, Heim, Spitex, Arztpraxis) und Qualifikationsniveau (nicht-ärztliches Personal) respektive Facharztstitel (Ärzte/innen), allenfalls Sprachregion
Messmethode/ Datenquelle:	Befragung der Ärzteschaft, des Pflegepersonals, des therapeutischen Personals und der Sozialdienste. (5) und (6) betreffen nur die Ärzte/innen (ohne nicht-ärztliches Personal), (7) bis (9) nur die Ärzteschaft und das Pflegepersonal
Umsetzungsvorschlag:	Konzipierung einer neuen repräsentativen Befragung von Personen im Gesundheitswesen. Wiederholung der Befragung im 5-Jahresrhythmus. Erhebung: Befragung von Personen im Gesundheitswesen zur Bekanntheit von Palliative Care.
Bemerkungen:	Quelle: Fragen/Indikatoren: (1): GfK (2009), (2) bis (12): Expert/innengespräche

2.3 Versorgungsbedarf

2.3.1 Versorgungsbedarf hergeleitet aus der Todesfallstatistik

Beschreibung/ Definition:	<p>(1) Todesfälle pro Jahr nach Todesursache Anzahl Todesfälle pro Jahr nach Todesursache Anzahl Todesfälle pro Jahr werden nach den folgenden Kategorien ausgewiesen: (1) Krankheiten, (2) Unfälle, (3) Suizide (nicht assistiert), (4) Assistierte Suizide</p> <p>(2) Todesfälle pro Jahr nach Sterbeort Anzahl Todesfälle pro Jahr nach Sterbeort Anzahl Todesfälle pro Jahr (nur Todesfälle infolge einer Krankheit) werden nach den folgenden Kategorien ausgewiesen: (1) Spital (davon auf einer Palliativstation), (2) Hospiz, (3) Alters- und Pflegeheim, (4) zuhause, (5) anderer Ort</p> <p>(3) Todesfälle pro Jahr nach Typ der Erkrankung Anzahl Todesfälle pro Jahr nach Typ der Erkrankung Anzahl Todesfälle pro Jahr (nur Todesfälle infolge einer Krankheit) werden nach Typ der Erkrankung ausgewiesen (ICD-10, z.B. nach Krankheitskapitel, z.B. Krebs-/Demenzerkrankungen)</p>
Disaggregation:	Sprachregion, Kanton, soziodemographische Merkmale der Verstorbenen
Messmethode/ Datenquelle:	Statistische Datenanalyse, BFS-Daten (Todesfallstatistik, für Sterbeort: SOMED, MS, BEVNAT)
Umsetzungsvorschlag:	Variante 1: Jährliche Auswertung der bestehenden Datenquellen. Sterbeortermittlung durch Verknüpfung Daten SOMED, MS und BEVNAT (vgl. Junker 2012, 6f.) Variante 2: Erweiterung der Todesbescheinigungen (der Ärzte/innen) mit einer Angabe zum Sterbeort für die direkte Abbildung von Indikator (2) Erhebung: Statistische Analyse PC-Versorgungsbedarf hergeleitet aus der BFS-Todesfallstatistik
Bemerkungen:	Quelle: BFS, Expert/innengespräche

2.4 Versorgungsangebot - Infrastruktur

2.4.1 Anzahl und Art der spezialisierten PC-Einrichtungen

Beschreibung/ Definition:	<p>(1) Palliativstationen/-kliniken Anzahl Palliativstationen/-kliniken Eine Spitalstruktur mit Palliative-Care-Auftrag (Leistungsauftrag des Kantons) kann eine Station innerhalb eines Spitals sein oder eine eigenständige Einrichtung (z.B. Klinik), die stationäre Leistungen der Palliative Care mit eigener ärztlicher und pflegerischer Leitung innerhalb von bzw. in Zusammenarbeit mit einem Akutspital anbietet (Eychmüller et al. 2012).</p> <p>(2) Sozialmedizinische Institutionen mit PC-Auftrag (Hospize) Anzahl sozialmedizinische Institutionen mit PC-Auftrag/Label (Hospize) Eine sozialmedizinische Institution mit Palliative-Care-Auftrag ist eine eigenständige Einrichtung der Langzeitpflege oder kann als Station oder Abteilung einer Einrichtung der Langzeitpflege zugeordnet sein (Eychmüller 2012). Grundsätzlich werden alle sozialmedizinischen Institutionen mit einer Spezialisierung in PC erfasst, unabhängig davon, ob ein kantonaler Leistungsauftrag besteht oder eine Zertifizierung erfolgt ist (Beispiel einer Einrichtung mit Spez. in PC ohne Leistungsauftrag des Kantons und ohne Zertifizierung: Hospiz Aargau in Brugg).</p> <p>(3) Palliativambulatorien Anzahl Palliativambulatorien Das Palliativambulatorium ist eine Einrichtung innerhalb von oder in Verbund mit einem Akutspital und wird in der Regel im Kontext einer anderen spezialisierten Palliativstruktur wie Palliativstation oder -klinik angeboten. Ein spezialisiertes, interprofessionell arbeitendes Palliative-Care-Team, teilweise mit zusätzlicher Dignität eines anderen Spezialgebietes (bspw. Neurologie, Onkologie), beurteilt, behandelt und begleitet die Patientinnen und Patienten und deren nahestehenden Bezugspersonen (Eychmüller et al. 2012).</p> <p>(4) Konsiliardienste in Akutspitälern Anzahl Konsiliardienste in Akutspitälern Der Palliativ-Konsiliardienst wird von einem spezialisierten, interprofessionell arbeitenden Team im Spital gebildet und wendet sich in erster Linie an das betreuende ärztliche Personal und Pflegepersonen in den Stationen und in den Ambulatorien, erst in zweiter Linie an die Patientinnen und Patienten und deren Angehörige (Eychmüller et al. 2012).</p> <p>(5) Mobile Palliativdienste Anzahl Mobile Palliativdienste Der mobile Palliativdienst ist ein spezialisiertes, interprofessionell arbeitendes Team, das sich in erster Linie an die professionellen Betreuenden der Grundversorgung zu Hause und im Pflegeheim wendet (Eychmüller/Coppex/von Wartburg 2012). Spitex-Dienste der 1. Linie werden nicht als mobile Palliativdienste gezählt. Spitex-Organisationen, die sowohl Leistungen bei den Klient/innen erbringen als auch beim Gesundheitspersonal, werden nur als MPD gezählt, wenn mindestens 50% der Leistungen als Betreuungen verbucht werden können [oder andere Definition/Kriterien vorgeben].</p> <p>(6) Tages- und Nachtstrukturen für PC Anzahl Tages- und Nachtstrukturen für PC Diese Einrichtungen bieten Palliativpatient/innen die Möglichkeit, tagsüber ausserhalb ihrer gewohnten Umgebung an verschiedenen Aktivitäten teilzuhaben bzw. die Nacht in einem professionalisierten Setting zu verbringen. Diese Angebote sind in der Regel an eine sozialmedizinische Institution mit Palliative-Care-Auftrag angeschlossen (Eychmüller et al. 2012).</p> <p>(7) Freiwilligenorganisationen in der PC-Versorgung Anzahl Freiwilligenorganisationen in der PC-Versorgung Zentral ist, dass die Freiwilligen entsprechend vorbereitet und kontinuierlich begleitet werden (Supervision). Dies ist am ehesten in einer geführten Gruppe von Freiwilligen der Fall. Um ihre Kenntnisse und Fertigkeiten zu verbessern, sollten sie die Möglichkeit einer (betrieblichen) Weiterbildung in Palliative Care erhalten (Eychmüller et al. 2012). Organisationen ohne Supervision und/oder ohne Weiterbildungsangebot in PC werden nicht in das Monitoring aufgenommen (Selektionskriterium).</p> <p>(8) PC-Betten nach Institutionstyp Anzahl PC-Betten nach Institutionstyp Die Betten in den folgenden Einrichtungen werden gezählt: Palliativstationen/-kliniken, sozialmedizinische Institutionen mit PC-Auftrag, Nachtstrukturen für PC</p>
Disaggregation:	Kanton und Zertifizierung (Ja/Nein); (7) nur nach Kanton
Messmethode/ Datenquelle:	Schriftliche Kantonsbefragung / Auswertung der Liste A mit zertifizierten Einrichtungen nach Qualität palliative; EAPC (2007)
Umsetzungsvorschlag:	Variante 1: Wiederholung und Optimierung der bereits durchgeführten Kantonsbefragungen (vgl. Wyss/Coppex 2013) in jährlichen Intervallen Variante 2: Wiederholung im 5-Jahres-Rhythmus

	Erhebung: Befragung von kantonalen Verwaltungen und Sektionen von palliative.ch zum PC-Versorgungsangebot
Bemerkungen:	<p>zu (1): Gemäss EAPC ist mit einem Bedarf von 80 bis 100 Palliativbetten pro 1 Mio. Einw. zu rechnen (Eychmüller et al. 2012).</p> <p>zu (4): In gewissen Kantonen sind der Palliativ-Konsiliardienst und der mobile Palliativdienst zusammengefasst und bilden einen einzigen Dienst (Hinweis auf Doppelzählungen notwendig). Die EAPC nennt im «white paper» die Verfügbarkeit eines Palliativteams pro 250 Betten der Akutversorgung (Eychmüller et al. 2012).</p> <p>zu (5): In gewissen Kantonen sind der Palliativ-Konsiliardienst und der mobile Palliativdienst zusammengefasst und bilden einen einzigen Dienst (Hinweis auf Doppelzählungen nötig). Gemäss EAPC sollte mind. 1 mobiler Palliativdienst pro 100'000 Einw., verfügbar sein, während 24 Std. (Eychmüller et al. 2012).</p> <p>zu (6): Gemäss EAPC sollte 1 Tageshospiz für 150'000 Einw. zur Verfügung stehen (Eychmüller et al. 2012).</p> <p>Quelle: Wyss/Coppex (2013), Eichmüller et al. (2012), EAPC (2007)</p>

2.5 Versorgungsangebot - Personal

2.5.1 Personal in Institutionen der spezialisierten PC

Beschreibung/ Definition:	Anzahl Beschäftigte (ohne Freiwillige) und Anzahl Vollzeitäquivalente nach Institutionstyp: (1) Palliativstationen/-kliniken (2) Sozialmedizinische Institutionen mit PC-Auftrag (3) Konsiliardienste in Akutspitälern (4) Mobile Palliativdienste
Disaggregation:	Zertifizierung (Ja/Nein), Sprachregion
Messmethode/ Datenquelle:	Online-Befragung der spezialisierten Institutionen (Vollerhebung)
Umsetzungsvorschlag:	<p>Variante 1: Jährliche Online-Befragung der spezialisierten Institutionen (Vollerhebung), Disaggregation nach Zertifizierung (Ja/Nein). Es stellt sich die Frage, ob Institutionen mit Blick auf die Indikatoren 5.2 und 5.3 aggregierte Daten oder Individualdaten (Person, BG, Funktion, Ausbildung) liefern sollten (in Anlehnung an KS/SOMED)</p> <p>Variante 2: Wiederholung im 5-Jahres-Rhythmus</p> <p>Erhebung (gemeinsam mit Indikatoren 2.5.2 und 2.5.3): Befragung der spezialisierten Institutionen zur Anzahl und zum Weiterbildungsniveau ihres Personals</p>
Bemerkungen:	Quelle: Pelttari (2014), EAPC (2007) Erfahrungen (C. Hoenger) zeigen, dass Qualität aggregierter Daten relativ schlecht ist.

2.5.2 Personal in Institutionen der spezialisierten PC nach Berufsgruppe

Beschreibung/ Definition:	Anzahl Beschäftigte (ohne Freiwillige) und Anzahl Vollzeitäquivalente nach Institutionstyp und nach Berufsgruppe: (1) Palliativstationen/-kliniken (2) Sozialmedizinische Institutionen mit PC-Auftrag (3) Konsiliardienste in Akutspitälern (4) Mobile Palliativdienste nach: (a) Ärzte/innen (b) diplomierte Pflegefachpersonen (c) anderes Pflegepersonal (d) andere Berufsgruppen
Disaggregation:	Zertifizierung (Ja/Nein), Sprachregion
Messmethode/ Datenquelle:	Online-Befragung der spezialisierten Institutionen (Vollerhebung)
Umsetzungsvorschlag:	<p>Variante 1: Jährliche Online-Befragung der spezialisierten Institutionen (vgl. 2.5.1)</p> <p>Variante 2: Wiederholung im 5-Jahres-Rhythmus</p> <p>Erhebung (gemeinsam mit Indikatoren 2.5.1 und 2.5.3): Befragung der spezialisierten Institutionen zur Anzahl und zum Weiterbildungsniveau ihres Personals</p>
Bemerkungen:	Quelle: Pelttari (2014), EAPC (2007)

2.5.3 Personal in Institutionen der spezialisierten PC nach Weiterbildungsniveau in PC

Beschreibung/ Definition:	Anzahl Beschäftigte und Anzahl Vollzeitäquivalente nach Institutionstyp und nach Weiterbildungsniveau in PC: (1) Palliativstationen/-kliniken (2) Sozialmedizinische Institutionen mit PC-Auftrag (3) Konsiliardienste in Akutspitälern (4) Mobile Palliativdienste nach: (a) keine Weiterbildung in PC (b) allgemeine Weiterbildung in PC (Level A1, A2, B1) (c) spezialisierte Weiterbildung in PC (Level B2, C, CAS, DAS, MAS) (d) Interdisziplinärer Schwerpunkt in «Palliativmedizin» (nur Ärzte/innen)
Disaggregation:	Zertifizierung (Ja/Nein), Sprachregion
Messmethode/ Datenquelle:	Online-Befragung der spezialisierten Institutionen (Vollerhebung)
Umsetzungs- vorschlag:	Variante 1: Jährliche Online-Befragung der spezialisierten Institutionen (vgl. 2.5.1) Variante 2: Wiederholung im 5-Jahres-Rhythmus Erhebung (gemeinsam mit Indikatoren 2.5.1 und 2.5.2): Befragung von Institutionen in der Gesundheitsversorgung zum Weiterbildungsniveau ihres Personals
Bemerkungen:	Quelle: Pelttari (2014), EAPC (2007) Anzumerken ist, dass es in der Schweiz keinen abschliessenden Konsens über Weiterbildung in PC gibt, insbes. bestehen Unterschiede zwischen den Sprachregionen (in der Romandie wurden z.B. aus B1 neu CAS, aus B2 DAS. Erfahrungen zeigen, dass eine entsprechende Erhebung sehr schwierig ist (Auskünfte v. C. Hoenger)

2.5.4 Personal im Gesundheitswesen nach Weiterbildungsniveau in PC

Beschreibung/ Definition:	Anzahl Beschäftigte und Anzahl Vollzeitäquivalente im Gesundheitswesen nach Weiterbildungsniveau in PC: (a) keine Weiterbildung in PC (b) allgemeine Weiterbildung in PC (Level A1, A2, B1) (c) spezialisierte Weiterbildung in PC (Level B2, C, CAS, DAS, MAS) (d) Interdisziplinärer Schwerpunkt in «Palliativmedizin» (nur Ärzte/innen)
Disaggregation:	Berufsgruppe (Ärzte/innen, Pflegefachpersonen, Personal im therapeutischen/sozialen Bereich) und Versorgungsstruktur (Spital, Heim, Spitex, Praxis), Sprachregion
Messmethode/ Datenquelle:	Online-Befragung der Institutionen in der Gesundheitsversorgung (Stichprobenerhebung)
Umsetzungs- vorschlag:	Variante 1: Jährliche Online-Befragung der Institutionen in der Gesundheitsversorgung (Stichprobenerhebung) Variante 2: Wiederholung im 5-Jahres-Rhythmus Erhebung: Befragung von Institutionen in der Gesundheitsversorgung zum Weiterbildungsniveau ihres Personals
Bemerkungen:	Der interdisziplinäre Schwerpunkt in Palliativmedizin wurde erst kürzlich installiert, es wird hier daher nur sehr wenige Ärzte/innen mit diesem Weiterbildungstitel geben. Vgl. auch die Bemerkungen zu 2.5.3. Quelle: ALPC (2013), Stiernswald J. et al. (2007)

2.5.5 Anzahl Freiwillige in der PC-Versorgung

Beschreibung/ Definition:	Anzahl in Freiwilligenorganisationen gemeldete Freiwillige in der PC-Versorgung
Disaggregation:	Sprachregion, allenfalls Kanton
Messmethode/ Datenquelle:	Online-Befragung der Freiwilligenorganisationen (Vollerhebung)
Umsetzungs- vorschlag:	Variante 1: Jährliche Online-Befragung der Freiwilligenorganisationen (Vollerhebung) Variante 2: Wiederholung im 5-Jahres-Rhythmus Erhebung (gemeinsam mit Indikator 2.5.6): Befragung von Freiwilligenorganisationen zur Anzahl und zur erbrachten Arbeit ihres Personals
Bemerkungen:	Quelle: Pelttari (2014)

2.5.6 Geleistete Stunden Freiwilligenarbeit in der PC-Versorgung

Beschreibung/ Definition:	Anzahl von in Freiwilligenorganisationen gemeldeten Freiwilligen geleistete Stunden in der PC-Versorgung pro Jahr
Disaggregation:	Tätigkeiten (Begleitung/andere Tätigkeiten), Sprachregion, allenfalls Kanton
Messmethode/ Datenquelle:	Online-Befragung der Freiwilligenorganisationen (Vollerhebung)
Umsetzungsvorschlag:	Variante 1: Jährliche Online-Befragung der Freiwilligenorganisationen (vgl. 2.5.5) Variante 2: Wiederholung im 5-Jahres-Rhythmus Erhebung (gemeinsam mit Indikator 2.5.5): Befragung von Freiwilligenorganisationen zur Anzahl und zur erbrachten Arbeit ihres Personals
Bemerkungen:	Quelle: Pelttari (2014)

2.6 Versorgungsangebot - Finanzierung und Auslastung

2.6.1 Kostendeckungsgrad in den Institutionen der spezialisierten PC

Beschreibung/ Definition:	Aggregierter durchschnittlicher Kostendeckungsgrad in % in den Institutionen der spezialisierten PC Der Kostendeckungsgrad wird wie folgt berechnet: Betriebsertrag aus Regeltarifen / Betriebsaufwand * 100. Für die Aggregation werden der jährliche Betriebsaufwand in CHF sowie der Betriebsertrag aus Regeltarifen (z.B. Pflege- u. Betreuungstaxen) in CHF pro Institution erhoben (Betriebsrechnungsdaten). Der durchschnittliche Kostendeckungsgrad pro Jahr wird schweizweit für die folgenden Einrichtungen abgebildet: (1) Palliativstationen/-kliniken, (2) Sozialmed. Institutionen mit PC-Auftrag, (3) Mobile Palliativdienste, (4) Tages- und Nachtstrukturen
Disaggregation:	Institutionstypen, Zertifizierung (Ja/Nein), Sprachregion
Messmethode/ Datenquelle:	Online-Befragung der spezialisierten Institutionen (Vollerhebung)
Umsetzungsvorschlag:	Variante 1: Jährliche Online-Befragung der spez. Institutionen (Vollerhebung) Variante 2: Wiederholung im 5-Jahres-Rhythmus Erhebung (gemeinsam mit Indikator 2.6.2): Befragung der spezialisierten Institutionen zu deren Kostendeckungs- und Belegungsgrad
Bemerkungen:	Quelle: Expert/innengespräche

2.6.2 Belegungsgrad in den stationären Institutionen der spezialisierten PC

Beschreibung/ Definition:	Aggregierter durchschnittlicher Belegungsgrad (in %) in den (teil-)stationären Institutionen der spezialisierten PC Der Belegungsgrad wird wie folgt berechnet: Anzahl Pflgetage pro Jahr / Anzahl Betten * 365 Tage * 100. Für die Aggregation werden die Anzahl der Betten und die Anzahl der Pflgetage pro Institution und Jahr erhoben. Der durchschnittliche Belegungsgrad pro Jahr wird schweizweit für die folgenden Einrichtungen abgebildet: (1) Palliativstationen/-kliniken, (2) Sozialmed. Institutionen mit PC-Auftrag, (3) Nachtstrukturen
Disaggregation:	Institutionstypen, Sprachregion
Messmethode/ Datenquelle:	Online-Befragung der stationären spezialisierten Institutionen (Vollerhebung)
Umsetzungsvorschlag:	Variante 1: Jährliche Online-Befragung der spez. Institutionen (vgl. 2.6.1). Variante 2: Wiederholung im 5-Jahres-Rhythmus. Erhebung (gemeinsam mit Indikator 2.6.1): Befragung der spezialisierten Institutionen zu deren Kostendeckungs- und Belegungsgrad
Bemerkungen:	Quelle: Expert/innengespräche

2.7 Versorgungsnachfrage / Behandlungen

Vorbemerkung: Aus den Rückmeldungen der Studienbegleitgruppe zu ersten Indikatoren-Vorschlägen (Zwischenbericht) ging hervor, dass neben der Situation in der spezialisierten PC vor allem auch die Lage in der Grundversorgung interessiert. Aus diesem Grunde werden unter 2.7.3 und 2.7.4 Vorschläge zur Informationsgewinnung gemacht, die die mögliche nicht-spezialisierte PC-Versorgung in Alters- und Pflegeheimen und vor allem in der ambulanten Grundversorgungen bzw. den Hausarztpraxen betreffen. Kritische Punkte bei allfälligen Erhebungen und Auswertungen bilden die eindeutige Identifikation von PC-Patient/innen und der Rücklauf resp. die Teilnahmebereitschaft befragter Leistungserbringer/innen.

2.7.1 Patient/innen in den Institutionen mit spezialisierter PC

Beschreibung/Definition:	Patient/innen in den Institutionen mit spezialisierter PC, Abbildung nach Einrichtungstyp: (1) Palliativstationen/-kliniken (2) Sozialmedizinische Institutionen mit PC-Auftrag (3) Konsiliardienste in Akutspitälern (4) Mobile Palliativdienste
Disaggregation:	Institutionstyp, Patienteneigenschaften (Alter, Geschlecht, Typ der Erkrankung)
Messmethode/Datenquelle:	Online-Befragung der spezialisierten Institutionen (Vollerhebung)
Umsetzungsvorschlag:	Variante 1: Jährliche Online-Befragung der spezialisierten Institutionen (Vollerhebung) Variante 2: Wiederholung im 5-Jahres-Rhythmus Erhebung: Statistische Analyse von Patientendaten aus spezialisierten Institutionen
Bemerkungen:	Die Disaggregation nach Patientendaten ermöglicht die Bildung einer Reihe von Subindikatoren (z.B.: Anteil der Tumorpatient/innen in den Institutionen der spez. PC). Doppelzählungen sind bei den Patientendaten (Fälle) nicht ausgeschlossen Quelle: Pelttari (2014)

2.7.2 PC-Patient/innen in Spitälern (PC-Diagnosen, ICD-10)

Beschreibung/Definition:	Anzahl und Anteil Spital-Fälle und -Patient/innen, welche eine PC-Diagnose (Haupt- oder Nebendiagnose) nach ICD-10/CHOP aufweisen Junker (2012): Spezifischer Diagnosecode zur Palliative Care: Z51.5 Palliativbehandlung [wurde unseres Wissens unterdessen umgestellt]; Spezifische Behandlungscodes zur Palliative Care: 92.28.12 Intravenöse palliative Schmerztherapie mit offenen Radionukliden bei Knochenmetastasen; Kap. 93.8A Palliativmedizin (Unterscheidung 93.8A2 u. A3), falls Behandlung unter Leitung von Behandelnden mit Weiterbildungsprogramm palliative Medizin
Disaggregation:	Patienteneigenschaften (Alter, Geschlecht, Typ der Erkrankung), allenfalls Institutionstyp (Zentrumsspital, Grundversorgerspital etc.)
Messmethode/Datenquelle:	Statistische Datenanalyse, BFS-Daten Medizinische Statistik der Krankenhäuser
Umsetzungsvorschlag:	Variante 1: Jährliche Auswertung Variante 2: Wiederholung im 5-Jahres-Rhythmus Erhebung: Statistische Analyse von Patientendaten aus Spitälern (PC-Diagnosen, ICD-10)
Bemerkungen:	Aus den Expert/innengesprächen ging hervor, dass in Akutspitälern PC-Patient/innen z.T. nicht als solche codiert werden, da die Codierung/Dokumentation relativ aufwendig ist und erst nach 8 Aufenthaltstagen finanziell relevant wird. Sei davon auszugehen, dass der Patient/die Patientin unter 8 Tagen Aufenthalt habe (bis zum Tode oder einer Verlegung), würden oft nur allgemeine Diagnosen angewendet/codiert, auch wenn es sich um PC handle. Eine Möglichkeit, allfällig «versteckte» PC-Fälle ausfindig zu machen, bestünde darin, die Diagnosekombinationen bei den Patient/innen in spezialisierten PC-Hospizen genauer zu analysieren und diese Kombinationen in anderen Einrichtungen/Spitälern zu suchen. Quelle: Junker (2012), Expert/innengespräche

2.7.3 PC-Patient/innen in Alters- und Pflegeheimen

Beschreibung/ Definition:	Anzahl und Anteil PC-Patient/innen in Alters- und Pflegeheimen Eine Abgrenzung zwischen spezialisierter PC und PC-Grundversorgung sollte gewährleistet sein
Disaggregation:	Patienteneigenschaften (Alter, Geschlecht, Typ der Erkrankung), Sprachregion
Messmethode/ Datenquelle:	Online-Befragung der Alters- und Pflegeheime (Stichprobenerhebung)
Umsetzungsvorschlag:	Variante 1: Jährliche Online-Befragung der Alters- und Pflegeheime Variante 2: Wiederholung im 5-Jahres-Rhythmus Erhebung: Statistische Analyse von Patientendaten aus Alters- und Pflegeheimen
Bemerkungen:	Eine breite Erhebung des BFS (EGBI) im APH-Bereich mit 1 expliziten Frage zur PC-Versorgung fand 2008/09 statt (Ergebnis: 16% od. hochgerechnet 13'000 Pers. erhalten in Pflegeheimen PC). Eine Wiederholung der Erhebung ist derzeit nicht geplant. Aktuell läuft auf Initiative der GDK ein PC-Pilotprojekt (End of Life) im Bereich Alters- und Pflegeheime zur Aufwandmessung von PC-Leistungen und deren Integration in Bedarfserfassungssysteme BESA und RAI-NH. Erste Resultate sind 2018 zu erwarten. Quelle: BFS EGBI (2012), Expert/innengespräche

2.7.4 PC-Patient/innen in der (nicht-spezialisierten) ambulanten Grundversorgung / Hausarztpraxis

Beschreibung/ Definition:	PC Patient/innen in der (nicht-spezialisierten) ambulanten Grundversorgung und Eigenschaften der Hausarztpraxen Fragestellungen: Wie gestaltet sich das PC-Angebot in Grundversorgerpraxen (Eigenschaften der Praxen, des Angebots und der involvierten Fachärzt/innen)? Anzahl und Eigenschaften der PC-Patient/innen in Grundversorgung
Disaggregation:	Patienteneigenschaften, allenfalls Praxistypen, Sprachregion
Messmethode/ Datenquelle:	Online-Befragung von Hausarztpraxen (Stichprobe)
Umsetzungsvorschlag:	Online-Befragung von Hausarztpraxen und Dienstleistern im ambulanten Bereich (Stichprobe). Wiederholung im 5-Jahres-Rhythmus Erhebung: Befragung von Hausarztpraxen / Dienstleistern im ambulanten Bereich
Bemerkungen:	Informationen zu PC im Bereich der ambulanten Grundversorgung bzw. der Hausarztpraxen sind nur sehr schwierig und aufwendig zu gewinnen (vgl. z.B. Maas et al. 2013). Als eine Möglichkeit wird eine periodische Stichprobenerhebung bei Hausärzt/innen gesehen, wie sie seit mehreren Jahren in Australien durchgeführt wird (BEACH-Programm). Allenfalls könnten dereinst auch Informationen aus der ambulanten medizinischen Statistik (MARS) oder aus Krankenversicherungsdaten (BAGSAN, Abgabe typischer PC-Medikamente) gewonnen werden. Quelle: Expert/innengespräche, Maas et al. (2013)

2.8 Weiterbildungsangebot

2.8.1 Hochschulen mit Weiterbildungen in PC

Beschreibung/ Definition:	Anzahl Universitäten und Fachhochschulen mit Weiterbildungen in PC CAS-, DAS- oder MAS-Lehrgänge und Kurse (Level A1, A2, B1) in Palliative Care an Hochschulen
Disaggregation:	Kanton der Bildungseinrichtung und Lehrgang bzw. Kursniveau
Messmethode/ Datenquelle:	Desk Research (Vollerhebung)
Umsetzungsvorschlag:	Variante 1: Desk Research, jährliche Vollerhebung Variante 2: Wiederholung im 5-Jahres-Rhythmus Erhebung: Desk Research zum Weiterbildungsangebot in PC bei Hochschulen
Bemerkungen:	Die Angebotsstruktur wird differenziert nach Lehrgang erfasst und abgebildet. Weiterbildungen in Spiritual Care werden nicht zu PC-Weiterbildungen gezählt. Bisher keine nationalen Daten vorhanden. Die Angaben sollten jedoch bei den betreffenden Institutionen grundsätzlich vorliegen bzw. eingeholt werden können. Vgl. auch die Bemerkungen zu 2.5.3. Quelle: BAG (2016), Expert/innengespräche, Careum Weiterbildung (2015)

2.8.2 Höhere Fachschulen mit Weiterbildungen in PC

Beschreibung/ Definition:	Anzahl Höhere Fachschulen mit Weiterbildungen in PC NDS-Lehrgänge sowie einzelne Kurse (Level A1, A2, B1) in Palliative Care an Höheren Fachschulen.
Disaggregation:	Kanton der Bildungseinrichtung und Lehrgang bzw. Kursniveau
Messmethode/ Datenquelle:	Desk Research (Vollerhebung)
Umsetzungsvorschlag:	Variante 1: Desk Research, jährliche Vollerhebung Variante 2: Wiederholung im 5-Jahres-Rhythmus Erhebung: Desk Research zum Weiterbildungsangebot in PC bei Höheren Fachschulen
Bemerkungen:	Die Angebotsstruktur wird differenziert nach Lehrgang/Kurs erfasst und abgebildet. Weiterbildungen in Spiritual Care werden nicht zu PC-Weiterbildungen gezählt. Bisher keine nationalen Daten vorhanden. Die Angaben sollten jedoch bei den betreffenden Institutionen grundsätzlich vorliegen bzw. eingeholt werden können. Vgl. auch die Bemerkungen zu 2.5.3. Quelle: BAG (2016), Expert/innengespräche, Careum Weiterbildung (2015)

2.8.3 Bildungseinrichtungen mit Weiterbildungen in PC für Laien

Beschreibung/ Definition:	Anzahl Bildungseinrichtungen mit Weiterbildungen in PC für Laien
Disaggregation:	Kanton der Bildungseinrichtung und Lehrgang bzw. Kursniveau
Messmethode/ Datenquelle:	Online-Befragung der Sektionen von palliative.ch; Desk Research (Vollerhebung)
Umsetzungsvorschlag:	Jährliche Online-Befragung der Sektionen von palliative.ch und Desk Research (Vollerhebung) Variante 2: Wiederholung im 5-Jahres-Rhythmus Erhebung (gemeinsam mit Indikator 2.9.4): Befragung der Sektionen von palliative.ch und Desk Research zur Inanspruchnahme des Weiterbildungsangebots in PC für Laien
Bemerkungen:	Die Angebotsstruktur wird differenziert nach Lehrgang erfasst und abgebildet. Weiterbildungen in Spiritual Care werden nicht zu PC-Weiterbildungen gezählt. Bisher keine nationalen Daten vorhanden. Die Angaben sollten jedoch bei den betreffenden Institutionen grundsätzlich vorliegen bzw. eingeholt werden können. Quelle: BAG (2016), Expert/innengespräche, Careum Weiterbildung (2015)

2.9 Weiterbildungs-Output / Bildungsabschlüsse

2.9.1 Abschlüsse des interdisziplinären Schwerpunkts «Palliativmedizin»

Beschreibung/ Definition:	Anzahl Abschlüsse des interdisziplinären Schwerpunkts «Palliativmedizin» pro Jahr
Disaggregation:	Keine (Indikator wird gesamtschweizerisch betrachtet)
Messmethode/ Datenquelle:	Desk Research, Datenauswertung
Umsetzungsvorschlag:	Jährliche Auswertung von Registerdaten (Vollerhebung) Erhebung: Desk Research zu Abschlüssen des interdisziplinären Schwerpunkts «Palliativmedizin»
Bemerkungen:	Die Angaben sollten grundsätzlich bei der FMH vorliegen bzw. eingeholt werden können. Quelle: BAG (2016), FMH, Expert/innengespräche

2.9.2 Weiterbildungsabschlüsse in PC an den Hochschulen

Beschreibung/ Definition:	Anzahl Weiterbildungsabschlüsse in PC an den Universitäten und Fachhochschulen pro Jahr CAS-, DAS- oder MAS-Abschlüsse und Kursabschlüsse (Level A1, A2, B1) in Palliative Care
Disaggregation:	Kanton der Bildungseinrichtung und Lehrgang bzw. Kursniveau
Messmethode/ Datenquelle:	Desk Research, Datenauswertung
Umsetzungsvorschlag:	Jährliche Auswertung von Daten der Bildungseinrichtungen (Vollerhebung) Erhebung: Datenrecherche und -auswertung zu Weiterbildungsabschlüssen in PC an Hochschulen
Bemerkungen:	Die Anzahl Abschlüsse wird nach Möglichkeit differenziert nach Lehrgang/Kurs abgebildet. Abschlüsse in Spiritual Care werden nicht zu PC-Weiterbildungsabschlüssen gezählt. Bisher keine nationalen Daten vorhanden. Die Angaben sollten jedoch bei den betreffenden Institutionen grundsätzlich vorliegen bzw. eingeholt werden können. Quelle: BAG (2016), Expert/innengespräche, Careum Weiterbildung (2015)

2.9.3 Weiterbildungsabschlüsse in PC an den Höheren Fachschulen

Beschreibung/ Definition:	Anzahl Weiterbildungsabschlüsse in PC an den Höheren Fachschulen pro Jahr NDS-Lehrgangabschlüsse sowie Kursabschlüsse (Level A1, A2, B1) in Palliative Care an Höheren Fachschulen.
Disaggregation:	Kanton der Bildungseinrichtung und Lehrgang bzw. Kursniveau
Messmethode/ Datenquelle:	Desk Research, Datenauswertung
Umsetzungsvorschlag:	Jährliche Auswertung von Daten der Bildungseinrichtungen (Vollerhebung) Erhebung: Datenrecherche und -auswertung zu Weiterbildungsabschlüssen in PC an Höheren Fachschulen
Bemerkungen:	Die Anzahl Abschlüsse wird nach Möglichkeit differenziert nach Lehrgang/Kurs abgebildet. Weiterbildungen in Spiritual Care werden nicht zu PC-Weiterbildungen gezählt. Bisher keine nationalen Daten vorhanden. Die Angaben sollten jedoch bei den betreffenden Institutionen grundsätzlich vorliegen bzw. eingeholt werden können. Quelle: BAG (2016), Expert/innengespräche, Careum Weiterbildung (2015)

2.9.4 Weiterbildungsabschlüsse in PC von Laien

Beschreibung/ Definition:	Anzahl Weiterbildungsabschlüsse in PC von Laien pro Jahr
Disaggregation:	Kanton der Bildungseinrichtung und Lehrgang bzw. Kursniveau
Messmethode/ Datenquelle:	Desk Research, Datenauswertung
Umsetzungsvorschlag:	Jährliche Auswertung von Daten der Bildungseinrichtungen (Vollerhebung) Erhebung (gemeinsam mit Indikator 2.8.3): Befragung der Sektionen von palliative.ch und Desk Research zur Inanspruchnahme des Weiterbildungsangebots in PC für Laien
Bemerkungen:	Die Anzahl Abschlüsse wird nach Möglichkeit differenziert nach Lehrgang/Kurs abgebildet. Abschlüsse in Spiritual Care werden nicht zu PC-Weiterbildungsabschlüssen gezählt. Bisher keine nationalen Daten vorhanden. Die Angaben sollten jedoch bei den betreffenden Institutionen grundsätzlich vorliegen bzw. eingeholt werden können. Quelle: BAG (2016), Expert/innengespräche, Careum Weiterbildung (2015)

3 Vorschläge zu Erhebungen und Datenanalysen

Nachfolgend skizzieren wir die Vorschläge zur Erhebung der beschriebenen Indikatoren und zu entsprechenden Datenanalysen und geben grobe Kostenabschätzungen für deren Realisierung ab. Die Abschnitte sind grundsätzlich in der Reihenfolge der Indikatoren gegliedert, wobei z.T. aus Synergieerwägungen mehrere Indikatoren unter einem Erhebungsvorschlag zusammengefasst werden. Ist nichts anderes vermerkt, so beruhen Preisangaben auf internen Schätzungen zu benötigten Arbeitstagen (AT) verrechnet mit Tagessätzen, plus (bei Befragungen) Spesen.

Bei den Umsetzungsoptionen für das Monitoring werden drei Varianten unterschieden: Maximalvariante mit 24 Indikatoren, Mittelvariante mit 16 Indikatoren und Minimalvariante mit 9 Indikatoren, wie sie aus der Priorisierungsdiskussion mit den befragten Expert/innen sowie dem BAG hervorgingen und in Abschnitt 1.3 in Tabelle 2 dargestellt sind. Die zugrunde gelegte Periodizität (jährlich oder alle 5 Jahre) entspricht den Wünschen, wie sie in den Gesprächen geäußert wurden. Bei den jährlichen Kostenschätzungen wurde die Erstdurchführung mit 1 gewichtet, die Folgejahre mit 2/3, um Synergieeffekte beim Arbeitsaufwand durch Wiederholungen miteinzubeziehen. Einen Zusammenzug der verschiedenen Umsetzungsvarianten und Kostenschätzungen zeigt abschliessend **Tabelle 2** in Kapitel 4.

3.1 Bevölkerungsbefragung zur Bekanntheit von Palliative Care und zu Bedürfnissen in Bezug auf die Versorgung am Lebensende

Indikatoren-Nr.:	2.1.1 Bekanntheit von Palliative Care in der Bevölkerung 2.1.2 Bedürfnisse der Bevölkerung in Bezug auf die Versorgung am Lebensende
Umsetzungsvarianten:	Alle Umsetzungsvarianten (reduzierter Einschluss von Indikatoren bei Minimalvariante) ¹
Vorschlag 1	
Erhebungsbeschreibung: Wiederholung einer Telefonbefragung analog GfK (2009). 2009 führte GfK im Auftrag des BAG/BSV eine repräsentative tel. Befragung zu PC bei der über 15-jährigen Schweizer Wohnbevölkerung durch. Insgesamt wurden 1'600 Personen befragt. Auswertungen nach sozio-demographischen Merkmalen und nach Sprachregion sowie Grossregion möglich.	
Mengengerüst: Maximal- und Mittelvariante: 14 Fragen in 1'600 CATI-Interviews à ca. 10 Min.; Minimalvariante: 9 Fragen (Vorhergehende Übersetzungen und Übersetzungskontrolle)	
Kostenschätzung: (Erstdurchführung): Maximal- und Mittelvariante: CHF 48'800; Minimalvariante: CHF 42'300 (Kostenschätzung beruht auf Auskunft der GfK)	
Periodizität:	alle 5 Jahre
Kostenschätzung (erste 5-Jahres-Periode):	Maximal- und Mittelvariante: CHF 48'800 Minimalvariante: CHF 42'300
Vorschlag 2	
Erhebungsbeschreibung: Erhebung der Indikatoren im Rahmen einer Omnibus-Erhebung des BFS. Die Omnibus-Erhebung ist eine Mehrthemenbefragung, die jährlich durchgeführt wird und auf einer telefonischen Stichprobe von 3'000 Interviews beruht (kann grundsätzlich auf 5'000 aufgestockt werden). Eine Online-Befragung ist ebenfalls möglich, aber die Befragten haben immer die Möglichkeit einer telefonischen Befragung. Die Ergebnisse können nach Sprachregionen ausgewertet werden. Das BFS legt die Themen der Omnibuserhebungen fest. Erfahrungsgemäss wird eine Rücklaufquote von ca. 80% realisiert. Die Fragen können grundsätzlich in das Modul C der Befragung eingeschlossen werden, das auf eine Maximaldauer von 10-15 Min. beschränkt ist (bzgl. PC-Frageminuten für 2018 müsste umgehend reagiert und im BAG (W. Achtermann, Leiterin Suchtmonitoring) koordiniert werden.	
Mengengerüst: Maximal- und Mittelvariante: 14 Fragen in repräsentativer Online-, bzw. Telefonbefragung von 3'000 Personen; Minimalvariante: 9 Fragen. Die geschätzte durchschnittliche Zeit pro Frage in einem Telefoninterview (inkl. erforderlicher Erläuterungen) beträgt 1 Min.	
Kostenschätzung (Erstdurchführung): Maximal- und Mittelvariante: CHF 86'100; Minimalvariante: CHF 55'350 (Kostenschätzung beruht auf Pauschalpreisen pro Min. der Omnibus-Befragung).	
Periodizität:	alle 5 Jahre
Kostenschätzung (erste 5-Jahres-Periode):	Maximal- und Mittelvariante: CHF 86'100 Minimalvariante: CHF 55'350

¹ In der Minimalvariante der Erhebung 3.1 werden aus dem Indikatoren-Set 2.1.2 Bedürfnisse der Bevölkerung in Bezug auf die Versorgung am Lebensende nur die Indikatoren (1) Wunsch in Bezug auf den Sterbeort und (2) Inanspruchnahme von PC im Fall einer unheilbaren Krankheit eingeschlossen.

3.2 Befragung von Personen im Gesundheitswesen zur Bekanntheit von Palliative Care

Indikatoren-Nr.:	2.2.1 Bekanntheit von Palliative Care bei den Personen im Gesundheitswesen
Umsetzungsvarianten:	Maximal- und Mittelvariante (reduzierter Einschluss von Indikatoren bei Mittelvariante) ²
<p>Erhebungsbeschreibung: Konzipierung einer neuen repräsentativen Befragung von Personen im Gesundheitswesen. Zwei Ansätze können geprüft werden: (A) Zufällige Auswahl von Institutionen und von Zielpersonen, (B) Bewusste Auswahl von «repräsentativen» Indexbetrieben kombiniert mit einer zufälligen Auswahl der Zielpersonen.</p> <p>Mengengerüst: Maximalvariante: Online-Befragung (Fragebogen mit 12 Fragen) von 1'000 Personen im Gesundheitswesen; Mittelvariante: 5 Fragen an 1'000 Personen. Eine Möglichkeit zur Stichprobenziehung besteht allenfalls darin, eine zufällige Auswahl aus Mitgliederlisten des Ärzteverbands FMH oder einzelner Gesellschaften/Berufsverbände zu treffen. Vorhergehende Datenzusammenzug und Recherchen zur Eingrenzung auf Ärzteschaft, Pflegepersonal, therapeutisches Personals und Sozialdienste.</p> <p>Kostenschätzung (Erstdurchführung): Maximalvariante: CHF 100'560 (96 AT); Mittelvariante: CHF 85'240 (80 AT).</p>	
Periodizität:	alle 5 Jahre
Kostenschätzung (erste 5-Jahres-Periode):	Maximalvariante: CHF 100'560 Mittelvariante: CHF 85'240

3.3 Statistische Analyse PC-Versorgungsbedarf hergeleitet aus der BFS-Todesfallstatistik

Indikatoren-Nr.:	2.3.1 Versorgungsbedarf hergeleitet aus der Todesfallstatistik
Umsetzungsvarianten:	Maximal- und Mittelvariante ³
Vorschlag 1	
<p>Erhebungsbeschreibung: Jährliche Auswertung der bestehenden Datenquellen</p> <p>Mengengerüst: Statistische Analyse der BFS-Daten (Todesfallstatistik (2014 rd. 64'000 Todesfälle); für Sterbeort: SOMED, MS, BEVNAT). Exklusiv bei Erstdurchführung: Vorhergehende Erarbeitung eines Indikatoren-Sets und Datensatzzusammenführung.</p> <p>Kostenschätzung (Erstdurchführung): CHF 30'640 (32 AT)</p>	
Periodizität:	jährlich
Kostenschätzung (erste 5-Jahres-Periode):	CHF 112'347
Vorschlag 2	
<p>Erhebungsbeschreibung: Vorbedingung: Erweiterung der Todesbescheinigungen (der Ärzte/innen) mit einer Angabe zum Sterbeort für die exakte Abbildung dieses Indikators</p> <p>Mengengerüst: Statistische Analyse der BFS-Daten unter Einbezug des Sterbeorts (erweiterte Todesfallstatistik - 2014 laut Statistik rd. 64'000 Todesfälle). Exklusiv bei Erstdurchführung: Vorhergehende Erarbeitung eines Indikatoren-Sets und Datensatzzusammenführung.</p> <p>Kostenschätzung (Erstdurchführung): CHF 35'600 (37 AT)</p>	
Periodizität:	jährlich
Kostenschätzung (erste 5-Jahres-Periode):	CHF 130'533

² In der Mittelvariante der Erhebung 3.2 werden aus den Subindikatoren unter 2.2.1 Bekanntheit von Palliative Care bei den Personen im Gesundheitswesen nur folgende eingeschlossen: (1) Bekanntheit von Versorgungsangeboten der spezialisierten PC, (2) Bekanntheit von Advance Care Planning, (3) Bekanntheit des PC-Screening-Instruments GSF, (4) Bekanntheit von medizinischen Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen von PC, (5) Bekanntheit von psychosozialen Unterstützungsmöglichkeiten im Rahmen von PC.

³ Eine Einschränkung der Zahl der Subindikatoren bei der Mittelvariante würde hier voraussichtlich keine nennenswerten Einsparungen bringen. Daher wird zu beiden Umsetzungsvorschlägen keine reduzierte Mittelvariante vorgeschlagen.

3.4 Befragung von kantonalen Verwaltungen und Sektionen von palliative.ch zum PC-Versorgungsangebot

Indikatoren-Nr.:	2.4.1 Anzahl und Art der spezialisierten PC-Einrichtungen
Umsetzungsvarianten:	Alle Umsetzungsvarianten
Vorschlag 1	
Erhebungsbeschreibung: Wiederholung und Optimierung der bereits durchgeführten Kantonsbefragungen. Die Erhebung wird auf die Sektionen von palliative.ch ausgedehnt, um die Anzahl der Freiwilligenorganisationen im Feld der PC ermitteln zu können. Allenfalls könnten die Angaben der Kantone durch die verantwortlichen Personen in den Sektionen von palliative.ch überprüft und validiert werden. Eine alleinige Auswertung der Listen mit den zertifizierten Institutionen nach <i>qualitépalliative</i> erachten wir als nicht zweckmässig, da nur ein Teil der spezialisierten Institutionen auch zertifiziert ist. Ein Vergleich der Ergebnisse der BAG/GDK-Umfrage 2013 mit dem aktuellen Stand der zertifizierten Spitaleinheiten hat ergeben, dass nur die Hälfte der rund 40 Spitalstrukturen mit PC-Auftrag zertifiziert ist.	
Mengengerüst: Online-Befragung (Fragebogen mit 8 Fragen) von ca. 40 Kontaktpersonen in kantonalen Verwaltungen und Sektionen von palliative.ch	
Kostenschätzung (Erstdurchführung): CHF 34'480 (32 AT)	
Periodizität:	jährlich
Kostenschätzung (erste 5-Jahres-Periode):	CHF 126'427
Vorschlag 2	
Gleiches Erhebungsdesign wie Vorschlag 1	
Periodizität:	alle 5 Jahre
Kostenschätzung (erste 5-Jahres-Periode):	CHF 34'480

3.5 Befragung der spezialisierten Institutionen zur Anzahl und zum Weiterbildungsniveau ihres Personals

Indikatoren-Nr.:	2.5.1 Personal in Institutionen der spezialisierten PC 2.5.2 Personal in Institutionen der spezialisierten PC nach Berufsgruppe 2.5.3 Personal in Institutionen der spezialisierten PC nach Weiterbildungsniveau in PC
Umsetzungsvarianten:	Maximal- und Mittelvariante
Vorschlag 1	
Erhebungsbeschreibung: Online-Befragung der spez. Institutionen (Vollerhebung)	
Mengengerüst: Online-Befragung (3-seitiger Fragebogen) von ca. 80 Kontaktpersonen in spezialisierten Institutionen. Vorhergehende Recherchen.	
Kostenschätzung (Erstdurchführung): CHF 65'320 (64 AT)	
Periodizität:	jährlich
Kostenschätzung (erste 5-Jahres-Periode):	CHF 239'507
Vorschlag 2	
Gleiches Erhebungsdesign wie Vorschlag 1	
Periodizität:	alle 5 Jahre
Kostenschätzung (erste 5-Jahres-Periode):	CHF 65'320

3.6 Befragung von Institutionen in der Gesundheitsversorgung zum Weiterbildungsniveau ihres Personals

Indikatoren-Nr.:	2.5.4 Personal im Gesundheitswesen nach Weiterbildungsniveau in PC
Umsetzungsvarianten:	Alle Umsetzungsvarianten
Erhebungsbeschreibung: Online-Befragung der Institutionen in der Gesundheitsversorgung (Stichprobenerhebung)	
Mengengerüst: Online-Befragung (1-seitiger Fragebogen) von ca. 50 Kontaktpersonen in zufällig ausgewählten Institutionen. Vorhergehende Recherchen.	
Kostenschätzung (Erstdurchführung): CHF 40'370 (40 AT)	
Periodizität:	alle 5 Jahre
Kostenschätzung (erste 5-Jahres-Periode):	CHF 40'370

3.7 Befragung von Freiwilligenorganisationen zur Anzahl und zur erbrachten Arbeit ihres Personals

Indikatoren-Nr.:	2.5.5 Anzahl Freiwillige in der PC-Versorgung 2.5.6 Geleistete Stunden Freiwilligenarbeit in der PC-Versorgung
Umsetzungsvarianten:	Nur Maximalvariante
Vorschlag 1	
Erhebungsbeschreibung: Online-Befragung der Freiwilligenorganisationen (Vollerhebung)	
Mengengerüst: Online-Befragung (1-seitiger Fragebogen) von ca. 30 Kontaktpersonen in ausgewählten Freiwilligenorganisationen. Vorhergehende Recherchen.	
Kostenschätzung (Erstdurchführung): CHF 34'430 (32 AT)	
Periodizität:	jährlich
Kostenschätzung (erste 5-Jahres-Periode):	CHF 126'243
Vorschlag 2	
Gleiches Erhebungsdesign wie Vorschlag 1	
Periodizität:	alle 5 Jahre
Kostenschätzung (erste 5-Jahres-Periode):	CHF 34'430

3.8 Befragung der spezialisierten Institutionen zu deren Kostendeckungs- und Belegungsgrad

Indikatoren-Nr.:	2.6.1 Kostendeckungsgrad in den Institutionen der spezialisierten PC 2.6.2 Belegungsgrad in den stationären Institutionen der spezialisierten PC
Umsetzungsvarianten:	Alle Umsetzungsvarianten (Indikatoren-Set 2.6.2 in Mittel- und Minimalvariante nicht eingeschlossen)
Vorschlag 1	
Erhebungsbeschreibung: Online-Befragung der spez. Institutionen (Vollerhebung)	
Mengengerüst: Online-Befragung (1-seitiger Fragebogen) von ca. 80 Kontaktpersonen in spez. Institutionen. In der Mittel- und Minimalvariante werden nur stationäre Institutionen eingeschlossen. Vorhergehende Recherchen.	
Kostenschätzung (Erstdurchführung): Maximalvariante: CHF 34'680 (32 AT); Mittel- und Minimalvariante: CHF 29'720 (27 AT)	
Periodizität:	jährlich
Kostenschätzung (erste 5-Jahres-Periode):	Maximalvariante: CHF 127'160 Mittel- und Minimalvariante: CHF 108'973
Vorschlag 2	
Gleiches Erhebungsdesign wie Vorschlag 1	
Periodizität:	alle 5 Jahre
Kostenschätzung (erste 5-Jahres-Periode):	Maximalvariante: CHF 34'680 Mittel- und Minimalvariante: CHF 29'720

3.9 Statistische Analyse von Patientendaten aus spezialisierten Institutionen

Indikatoren-Nr.:	2.7.1 Patient/innen in den Institutionen mit spezialisierter PC
Umsetzungsvarianten:	Alle Umsetzungsvarianten
Vorschlag 1	
Erhebungsbeschreibung: Analyse von Patientendaten in spezialisierten Institutionen (Vollerhebung)	
Mengengerüst: Statistische Analyse von Patientendaten aus den ca. 80 spez. Institutionen.	
Exklusiv bei Erstdurchführung: Vorhergehende Erarbeitung eines Indikatoren-Sets, Anforderung und Zusammenführung von Rohdaten.	
Kostenschätzung (Erstdurchführung): CHF 74'800 (72 AT)	
Periodizität:	jährlich
Kostenschätzung (erste 5-Jahres-Periode):	CHF 274'267
Vorschlag 2	
Gleiches Erhebungsdesign wie Vorschlag 1	
Periodizität:	alle 5 Jahre
Kostenschätzung (erste 5-Jahres-Periode):	CHF 74'800

3.10 Statistische Analyse von Patientendaten aus Spitälern (PC-Diagnosen, ICD-10)

Indikatoren-Nr.:	2.7.2 PC-Patient/innen in Spitälern (PC-Diagnosen, ICD-10)
Umsetzungsvarianten:	Alle Umsetzungsvarianten
Vorschlag 1	
Erhebungsbeschreibung: Analyse von Patientendaten (Diagnosecodes) aus Spitälern (Vollerhebung).	
Mengengerüst: Statistische Datenanalyse der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS (Vollerhebung).	
Exklusiv bei Erstdurchführung: Vorhergehende Erarbeitung eines Indikatoren-Sets (PC-Fälle: effektiv als PC codiert / vermutlich PC, aber nicht als solche codiert), Anforderung und Zusammenführung von Rohdaten.	
Kostenschätzung (Erstdurchführung): CHF 55'440 (56 AT)	
Periodizität:	jährlich
Kostenschätzung (erste 5-Jahres-Periode):	CHF 203'280
Vorschlag 2	
Gleiches Erhebungsdesign wie Vorschlag 1	
Periodizität:	alle 5 Jahre
Kostenschätzung (erste 5-Jahres-Periode):	CHF 55'440

3.11 Statistische Analyse von Patientendaten aus Alters- und Pflegeheimen

Indikatoren-Nr.:	2.7.3 PC-Patient/innen in Alters- und Pflegeheimen
Umsetzungsvarianten:	Maximal- und Mittelvariante
Erhebungsbeschreibung: Analyse von Patientendaten in Alters- und Pflegeheimen (Stichprobe)	
Mengengerüst: Statistische Analyse von Patientendaten aus ca. 300 Alters- und Pflegeheimen. Exklusiv bei Erstdurchführung: Vorhergehende Erarbeitung eines Indikatoren-Sets, Anforderung und Zusammenführung von Rohdaten. Die die vom BFS 2008/2009 durchgeführte Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (EGBI) bietet sich grundsätzlich als Ausgangslage an. Da der EGBI-Fragebogen nur 1 explizite Frage zur PC-Versorgung enthält, müssten bei einer nächsten Befragung allenfalls weitere spezifische Fragen aufgenommen werden.	
Kostenschätzung (Erstdurchführung): CHF 86'080 (88 AT)	
Periodizität:	alle 5 Jahre
Kostenschätzung (erste 5-Jahres-Periode):	CHF 86'080

3.12 Befragung von Hausarztpraxen / Dienstleistern im ambulanten Bereich

Indikatoren-Nr.:	2.7.4 PC-Patient/innen in der (nicht-spezialisierten) ambulanten Grundversorgung / Hausarztpraxis
Umsetzungsvarianten:	Nur Maximalvariante
<p>Erhebungsbeschreibung: Online-Befragung von Hausarztpraxen und nicht-spezialisierten Dienstleistern im ambulanten Bereich (Stichprobe). Als Beispiel für das Erhebungsdesign und die statistische Analyse von Patientendaten bietet sich die 2008 bis 2016 in Australien durchgeführte Hausärztebefragung «BEACH»(Bettering the Evaluation and Care of Health) an. Das BEACH-Programm sammelte kontinuierlich Informationen über die klinischen Aktivitäten der Hausärzte/innen in Australien, wobei u.a. PC-relevante Indikatoren wie Merkmale der Hausärzte/innen und ihrer Patienten/innen, die Gründe für deren Aufsuchen medizinischer Versorgung und die behandelten gesundheitlichen Probleme (inkl. Behandlungen, Verschreibungen und Überweisungen) erhoben werden. Es handelt sich um eine kontinuierliche Erhebung, indem ca. 20 Hausärzte/innen pro Woche erfasst werden. Die jährliche Stichprobe besteht aus 1'000 dem Krankenversicherungsregister entnommenen, zufällig ausgewählten Hausärzten/innen in ganz Australien, wobei pro Hausarzt/-ärztin jeweils 100 aufeinanderfolgende Patienten/innen aufgenommen werden (sydney.edu.au/medicine/fmrc/beach, 16.12.2016).</p> <p>Mengengerüst: Online-Befragung von ca. 300 Hausarztpraxen und ambulanten Versorgern zu ihrem PC-Versorgungsangebot und zu Eigenschaften ihrer PC-Patienten/innen. Exklusiv bei Erstdurchführung: Vorhergehende Erarbeitung eines Indikatoren-Sets, Anforderung und Zusammenführung von Rohdaten. Eine Möglichkeit zur Stichprobenziehung in der Schweiz bestünde evtl. darin, eine zufällige Auswahl aus Mitgliederlisten des Ärzteverbands zu treffen und Kontaktanfragen bei ambulanten Versorgern, wie dem Spitex- oder Pflegeverband, durchzuführen.</p> <p>Kostenschätzung (Erstdurchführung): CHF 106'040 (104 AT)</p>	
Periodizität:	alle 5 Jahre
Kostenschätzung (erste 5-Jahres-Periode):	CHF 106'040

3.13 Desk Research zum Weiterbildungsangebot in PC bei Hochschulen

Indikatoren-Nr.:	2.8.1 Hochschulen mit Weiterbildungen in PC
Umsetzungsvarianten:	Maximal- und Mittelvariante
Vorschlag 1	
<p>Erhebungsbeschreibung: Desk Research (Vollerhebung). Mengengerüst: Literatur- und Onlinerecherchen zu Ausbildungsangeboten in ca. 10 schweizerischen Universitäten und ca. 10 schweizerischen Fachhochschulen, inkl. tel. Nachfragen. Kostenschätzung (Erstdurchführung): CHF 15'320 (16 AT)</p>	
Periodizität:	jährlich
Kostenschätzung (erste 5-Jahres-Periode):	CHF 56'173
Vorschlag 2	
Gleiches Erhebungsdesign wie Vorschlag 1	
Periodizität:	alle 5 Jahre
Kostenschätzung (erste 5-Jahres-Periode):	CHF 15'320

3.14 Desk Research zum Weiterbildungsangebot in PC bei Höheren Fachschulen

Indikatoren-Nr.:	2.8.2 Höhere Fachschulen mit Weiterbildungen in PC
Umsetzungsvarianten:	Nur Maximalvariante
Vorschlag 1	
Erhebungsbeschreibung: Desk Research (Vollerhebung).	
Mengengerüst: Literatur- und Onlinerecherchen zu Ausbildungsangeboten in ca. 40 schweizerischen Höheren Fachschulen im Gesundheitsbereich, inkl. tel. Nachfragen.	
Kostenschätzung (Erstdurchführung): CHF 15'320 (16 AT)	
Periodizität:	jährlich
Kostenschätzung (erste 5-Jahres-Periode):	CHF 56'173
Vorschlag 2	
Gleiches Erhebungsdesign wie Vorschlag 1	
Periodizität:	alle 5 Jahre
Kostenschätzung (erste 5-Jahres-Periode):	CHF 15'320

3.15 Befragung der Sektionen von palliative.ch und Desk Research zur Inanspruchnahme des Weiterbildungsangebots in PC für Laien

Indikatoren-Nr.:	2.8.3 Bildungseinrichtungen mit Weiterbildungen in PC für Laien 2.9.4 Weiterbildungsabschlüsse in PC von Laien
Umsetzungsvarianten:	Nur Maximalvariante
Vorschlag 1	
Erhebungsbeschreibung: Online-Befragung der Sektionen von palliative.ch und Desk Research zu Bildungseinrichtungen mit Weiterbildungen in PC für Laien (Vollerhebung).	
Mengengerüst: Online-Befragung (1-seitige Auskunftsanfrage) von 14 Ansprechpersonen bei den Sektionen von palliative.ch zu Weiterbildungsangeboten für Laien. Datenzusammenzug aus den entsprechenden Bildungseinrichtungen, inkl. tel. Nachfragen. Datenaufbereitung und –auswertung zu den Bildungsabschlüssen.	
Kostenschätzung (Erstdurchführung): CHF 46'030 (48 AT)	
Periodizität:	jährlich
Kostenschätzung (erste 5-Jahres-Periode):	CHF 168'777
Vorschlag 2	
Gleiches Erhebungsdesign wie Vorschlag 1	
Periodizität:	alle 5 Jahre
Kostenschätzung (erste 5-Jahres-Periode):	CHF 46'030

3.16 Desk Research zu Abschlüssen des interdisziplinären Schwerpunkts «Palliativmedizin»

Indikatoren-Nr.:	2.9.1 Abschlüsse des interdisziplinären Schwerpunkts «Palliativmedizin»
Umsetzungsvarianten:	Alle Umsetzungsvarianten
Erhebungsbeschreibung: Auswertung von Registerdaten (Vollerhebung).	
Mengengerüst: Desk Research zu entsprechenden Abschlüssen in schweizerischen Weiterbildungseinrichtungen.	
Kostenschätzung (Erstdurchführung): CHF 1'160 (1 AT)	
Periodizität:	jährlich
Kostenschätzung (erste 5-Jahres-Periode):	CHF 4'253

3.17 Datenrecherche und -auswertung zu Weiterbildungsabschlüssen in PC an Hochschulen

Indikatoren-Nr.:	2.9.2 Weiterbildungsabschlüsse in PC an den Hochschulen
Umsetzungsvarianten:	Alle Umsetzungsvarianten (Indikatoren-Set 2.9.3 in Minimalvariante nicht eingeschlossen)
<p>Erhebungsbeschreibung: Auswertung von Daten der Bildungseinrichtungen (Vollerhebung).</p> <p>Mengengerüst: Datenaufbereitung und -auswertung. Vorhergehenden Datenzusammenzug aus ca. 10 schweizerischen Universitäten und ca. 10 schweizerischen Fachhochschulen, inkl. tel. Nachfragen.</p> <p>Kostenschätzung (Erstdurchführung): Maximal- und Mittelvariante: CHF 20'280 (21 AT); Minimalvariante: CHF 15'320 (16 AT)</p>	
Periodizität:	jährlich
Kostenschätzung (erste 5-Jahres-Periode):	Maximal- und Mittelvariante: CHF 74'360 Minimalvariante: CHF 56'173

3.18 Datenrecherche und -auswertung zu Weiterbildungsabschlüssen in PC an Höheren Fachschulen

Indikatoren-Nr.:	2.9.3 Weiterbildungsabschlüsse in PC an den Höheren Fachschulen
Umsetzungsvarianten:	Nur Maximalvariante
<p>Erhebungsbeschreibung: Auswertung von Daten der Bildungseinrichtungen (Vollerhebung).</p> <p>Mengengerüst: Datenaufbereitung und -auswertung. Vorhergehenden Datenzusammenzug aus ca. 40 schweizerischen Höheren Fachschulen, inkl. telefonischer Nachfragen. Bei einer vorhergehenden Erhebung des Indikatoren-Sets 2.8.3 ist hierbei von Kosteneinsparungen auszugehen, da bereits eine Recherche nach Bildungsangeboten an Höheren Fachschulen stattgefunden hat.</p> <p>Kostenschätzung (Erstdurchführung): CHF 21'160 (24 AT)</p>	
Periodizität:	jährlich
Kostenschätzung (erste 5-Jahres-Periode):	CHF 77'587

4 Zusammenzug/Übersichtstabelle zu den drei Umsetzungsvarianten

Die nachfolgende Tabelle gibt abschliessend einen Überblick darüber, welche Indikatoren in den drei möglichen Umsetzungsvarianten des Monitorings enthalten sein könnten. Die Variante Maximum enthält sämtliche in Kapitel 2 aufgeführten 24 Indikatoren, die Variante Minimum enthält nur diejenigen 9 Indikatoren, die mehrheitlich von den befragten Fachspezialist/innen als unabdingbar eingeschätzt wurden. Die Variante Mittel enthält den Mittelweg (16 Indikatoren): mehrheitlich von den Expert/innen als unabdingbar eingeschätzte Indikatoren und solche, die von einem hohen Anteil als relevant erklärt wurden. Die aufgeführten groben Kostenschätzungen betreffen summierte Kosten nach der ersten 5-Jahresperiode, bei welcher die jährlichen und die fünfjährigen Erhebung erstmals zusammenlaufen.

Anzumerken ist, dass es bei bestimmten Indikatoren (z.B. 2.1) in der Umsetzung Untervarianten gibt (z.B.: entweder eine Wiederholung einer spezifischen Befragung von 2009 oder die Aufnahme in einem BFS-Omnibus).

Weiter ist anzumerken, dass es zur Gewinnung der Informationen für zahlreiche Indikatoren (z.B. bzgl. PC-Personal) grundlegend entscheidend ist (d.h. 0-/1-Entscheid), ob eine Erhebung durchgeführt wird oder nicht. Fällt der Entscheid zu Gunsten einer Erhebung, dann können Ausdifferenzierungen (z.B. PC-Personal nach Weiterbildungsniveau) im gleichen Zuge relativ einfach erhoben werden. Insbesondere im Falle der Wahl der Maximalvariante ist somit von Kosteneinsparungen aufgrund von Synergien auszugehen. Die Erhebungsvorschläge wurden unter Berücksichtigung der in der Konsultationsphase aufgenommenen Ein- und Ausschlusswünschen bezüglich Indikatoren pro Umsetzungsvariante so weit wie möglich zusammengefasst.

Zusammenzug/Übersichtstabelle zu den drei Umsetzungsvarianten

Tabelle 2: Umsetzungsvarianten mit Preisabschätzungen für die erste 5-Jahres-Periode

Erhebung	Indikatoren	Maximalvariante		Mittelvariante		Minimalvariante	
		1. Vorschlag	2. Vorschlag	1. Vorschlag	2. Vorschlag	1. Vorschlag	2. Vorschlag
3.1) Bevölkerungsbefragung zur Bekanntheit von Palliative Care und zu Bedürfnissen in Bezug auf die Versorgung am Lebensende	1.1, 1.2	Wiederholung GfK-Studie (1 Erhebung) CHF 48'800	BFS-Omnibus (1 Erhebung) CHF 86'100	entspricht Maximalvariante		Weniger Indik. (1 Erhebung) CHF 42'300	Weniger Indik. (1 Erhebung) CHF 55'350
3.2) Befragung von Personen im Gesundheitswesen zur Bekanntheit von Palliative Care	2.1	1 Erhebung CHF 100'560	kein 2. Vorschlag	Weniger Indik. (1 Erhebung) CHF 85'240	kein 2. Vorschlag	nicht eingeschlossen	
3.3) Statistische Analyse PC-Versorgungsbedarf hergeleitet aus der BFS-Todesfallstatistik	3.1	Analyse bestehende Daten (5 Erhebungen) CHF 112'347	Analyse inkl. Angabe zum Sterbeort (5 Erh.) CHF 130'533	entspricht Maximalvariante		nicht eingeschlossen	
3.4) Befragung von kantonalen Verwaltungen und Sektionen von palliative.ch zum PC-Versorgungsangebot	4.1	5 Erhebungen CHF 126'427	1 Erhebung CHF 34'480	entspricht Maximalvariante		entspricht Maximalvariante	
3.5) Befragung der spezialisierten Institutionen zur Anzahl und zum Weiterbildungsniveau ihres Personals	5.1, 5.2, 5.3	5 Erhebungen CHF 239'507	1 Erhebung CHF 65'320	entspricht Maximalvariante		nicht eingeschlossen	
3.6) Befragung von Institutionen in der Gesundheitsversorgung zum Weiterbildungsniveau ihres Personals	5.4	1 Erhebung CHF 40'370	kein 2. Vorschlag	entspricht Maximalvariante	kein 2. Vorschlag	entspricht Maximalvariante	kein 2. Vorschlag
3.7) Befragung von Freiwilligenorganisationen zur Anzahl und zur erbrachten Arbeit ihres Personals	5.5, 5.6	5 Erhebungen CHF 126'243	1 Erhebung CHF 34'430	nicht eingeschlossen		nicht eingeschlossen	
3.8) Befragung der spezialisierten Institutionen zu deren Kostendeckungs- und Belegungsgrad	6.1, 6.2	5 Erhebungen CHF 127'160	1 Erhebung CHF 34'680	Weniger Indik. (5 Erhebungen) CHF 108'973	Weniger Indik. (1 Erhebung) CHF 29'720	entspricht Mittelvariante	
3.9) Statistische Analyse von Patientendaten aus spezialisierten Institutionen	7.1	5 Erhebungen CHF 274'267	1 Erhebung CHF 74'800	entspricht Maximalvariante		entspricht Maximalvariante	
3.10) Statistische Analyse von Patientendaten aus Spitälern (PC-Diagnosen, ICD-10)	7.2	5 Erhebungen CHF 203'280	1 Erhebung CHF 55'440	entspricht Maximalvariante		entspricht Maximalvariante	
3.11) Statistische Analyse von Patientendaten aus Alters- und Pflegeheimen	7.3	1 Erhebung CHF 86'080	kein 2. Vorschlag	entspricht Maximalvariante	kein 2. Vorschlag	nicht eingeschlossen	
3.12) Befragung von Hausarztpraxen / Dienstleistern im ambulanten Bereich	7.4	1 Erhebung CHF 106'040	kein 2. Vorschlag	nicht eingeschlossen		nicht eingeschlossen	
3.13) Desk Research zum Weiterbildungsangebot in PC bei Hochschulen	8.1	5 Erhebungen CHF 56'173	1 Erhebung CHF 15'320	entspricht Maximalvariante		nicht eingeschlossen	
3.14) Desk Research zum Weiterbildungsangebot in PC bei Höheren Fachschulen	8.2	5 Erhebungen CHF 56'173	1 Erhebung CHF 15'320	nicht eingeschlossen		nicht eingeschlossen	
3.15) Befragung der Sektionen von palliative.ch und Desk Research zur Inanspruchnahme des Weiterbildungsangebots in PC für Laien	8.3, 9.4	5 Erhebungen CHF 168'777	1 Erhebung CHF 46'030	nicht eingeschlossen		nicht eingeschlossen	
3.16) Desk Research zu Abschlüssen des interdisziplinären Schwerpunkts «Palliativmedizin»	9.1	5 Erhebungen CHF 4'253	kein 2. Vorschlag	entspricht Maximalvariante	kein 2. Vorschlag	entspricht Maximalvariante	kein 2. Vorschlag
3.17) Datenrecherche und -auswertung zu Weiterbildungsabschlüssen in PC an Hochschulen	9.2	5 Erhebungen CHF 74'360	kein 2. Vorschlag	entspricht Maximalvariante	kein 2. Vorschlag	Weniger Indik. (5 Erhebungen) CHF 56'173	kein 2. Vorschlag
3.18) Datenrecherche und -auswertung zu Weiterbildungsabschlüssen in PC an Höheren Fachschulen	9.3	5 Erhebungen CHF 77'587	kein 2. Vorschlag	nicht eingeschlossen		nicht eingeschlossen	
Geschätzte Kosten für erste 5-Jahres-Periode		CHF 1'026'217 – 2'083'890		CHF 726'530 – 1'515'563		CHF 337'536 – 869'093	

5 Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BAGSAN	BAG-Statistik auf der Basis anonymisierter Krankenversichererdaten
BEVNAT	Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung
BFS	Bundesamt für Statistik
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
DRG	Diagnosis Related Groups
EAPC	European Association for Palliative Care
EGBI	Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum - Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
KS	Krankenhausstatistik
MARS	Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé
MS	Medizinische Statistik der Krankenhäuser
NCD	Nicht-übertragbare Krankheit (non-communicable disease)
P15+	Wohnbevölkerung ab 15 Jahren
PC	Palliative Care
PSA	Patientendaten Spital ambulant (MARS Teilprojekt 2)
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
SOMED	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen

6 Literaturverzeichnis

- Abernethy Amy P., David C. Currow, Belinda Fazekas und Maragatha Kuchibhatla (2008): Specialized palliative care services are associated with improved short- and long-term caregivers outcomes, *Supportive Care in Cancer*, Vol. 16, Nr. 6, 585–597
- ALCP Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (2013): Palliative Care Indicators, 2013
- BAG Bundesamt für Gesundheit (2016): Palliative Care Monitoring für die Schweiz: Machbarkeit und Umsetzung, Pflichtenheft (unveröffentlicht), Bern
- BAG/GDK Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2009): Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012, Bern
- BAG/GDK Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2011): Nationale Leitlinien Palliative Care, Bern
- BAG/GDK/palliative ch Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren und palliative ch (2014): Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz. Eine definitorische Grundlage für die Umsetzung der «Nationalen Strategie Palliative Care». Version vom 15. Juli 2014, Bern
- Bartelt Guido (2015): RAI-NH–Fachtagung 2015. Aktuelles zum RAI
- BFS Bundesamt für Statistik (2012): Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen. Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen EGBI (2008/09), Neuchâtel
- Camenzind Paul und Luca Petrini (2014): Personen ab 55 Jahren im Gesundheitssystem: Schweiz und internationaler Vergleich 2014. Auswertung der Erhebung «The Commonwealth Fund's 2014 International Survey of Older Adults», im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit
- Careum Weiterbildung (2015): Modulare Weiterbildung. Palliative Care: Angebote auf allen Stufen, http://dokumente.careum-weiterbildung.ch/AnmeldeUnterlagen_CWB/produkteblatt_palliative_care.pdf, (27.12.2016)
- EAPC European Association of Palliative Care (2007): Atlas of Palliative Care in Europe
- Eychmüller Steffen (palliative ch), Pia Coppex (GDK) und Lea von Wartburg (BAG) (2014): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, aktualisierte Version von 2012, Bern: Bundesamt für Gesundheit [Hrsg.]
- Eychmüller Steffen (palliative ch), Pia Coppex (GDK) und Lea von Wartburg (BAG) (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, Bern: Bundesamt für Gesundheit [Hrsg.]
- Eychmüller Steffen, Margareta Schmid und Marianne Müller (2009): Palliative Care in der Schweiz – Nationale Bestandaufnahme 2008. Schlussbericht Projekt No OCS 01776-08-2005. Oncosuisse – Schweizerische Vereinigung gegen Krebs; Krebsliga Schweiz; Stiftung Krebsforschung Schweiz
- GfK Switzerland AG (2009): Repräsentative Bevölkerungsbefragung Palliative Care im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG
- Junker Christoph (2012): Inventar der Datensituation über Palliative Care, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel
- Palliative ch (2009): Minimum Data Set Schweiz. Erhebung Juli –September 2008, Bericht
- Pelttari Leena, Anna H. Pissarek und Peter Zottale (2014): Hospiz Österreich. Hospiz und Palliative Care, Datenerhebung 2014
- Stiernswärd Jan, Kathleen M Foley und Frank D. Ferris (2007): The Public Health Strategy for Palliative Care, *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 33, Nr. 5, S. 468-492

- Telser Harry, Barbara Fischer und Melanie Trost (2014): Machbarkeitsabklärung für eine Kosten-/Nutzenstudie im Bereich Palliative Care. Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit
- Vodoz Valérie (2010): Palliative Care 2009. Eine Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), GfK Custom Research
- Wenger Susanne (2009). Palliative Care im Aufbau. Drei Viertel der Bevölkerung haben keine Ahnung, was Palliative Care ist, *Curaviva*, 9, 34-37
- Wyss Nina (BAG) und Pia Coppex (GDK) (2013) Nationale Strategie Palliative Care. Stand und Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen 2013. Ergebnisbericht vom 11. Juni 2013, Bern: Bundesamt für Gesundheit [Hrsg.]