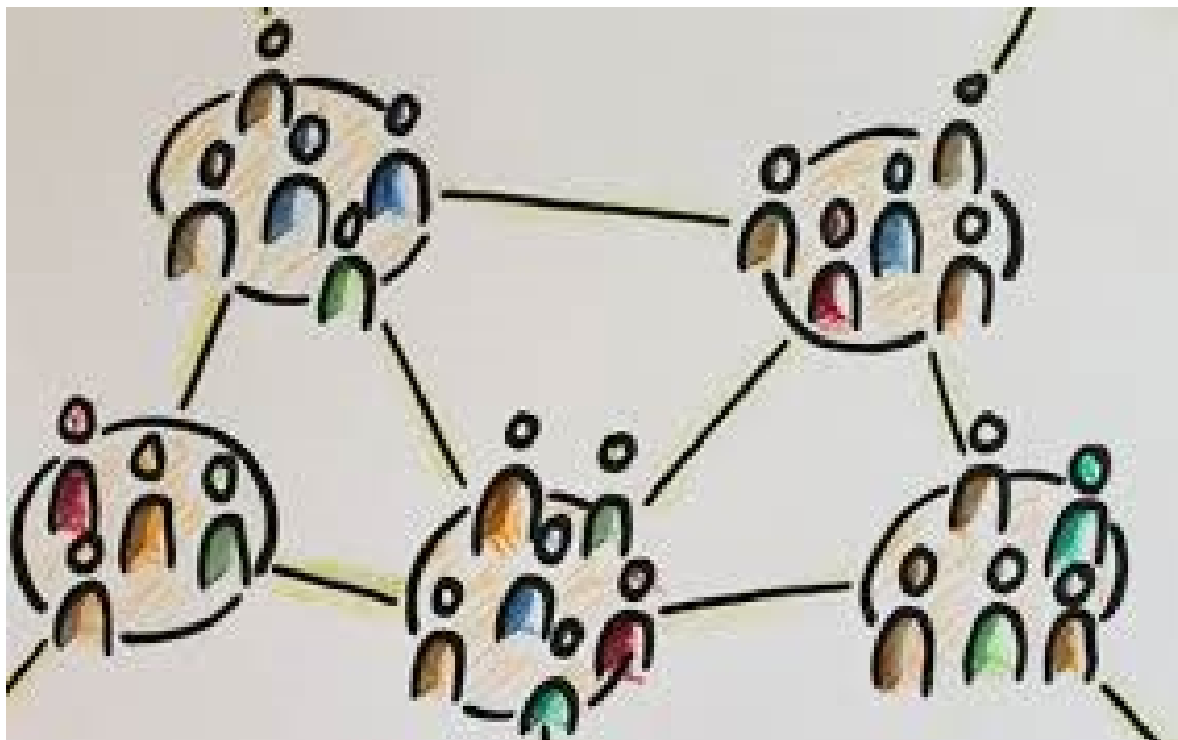


Palliative Care in der Schweiz

Die Perspektive der Leistungserbringenden



Eveline Degen Jermann, Brigitte Liebig, Reka Schweighoffer, Emily Reeves

Olten, April 2020

Institut für Kooperationsforschung und -entwicklung

Hochschule für Angewandte Psychologie

Fachhochschule Nordwestschweiz

Dank

- ❖ Wir danken all den im Feld Palliative Care tätigen Personen, die an unserer Umfrage teilgenommen haben! Auch danken wir allen Fachpersonen und insbesondere auch den Angehörigen, die freundlicherweise in Interviews auf unsere Fragen antworteten.
- ❖ Wir danken wir palliative.ch, der Schweizerischen Krebsliga, dem Verband mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz, Spitex Schweiz, Reha Schweiz sowie allen weiteren Organisationen für ihre wertvolle Unterstützung im Rahmen der Erhebung.
- ❖ An diesem Bericht haben PD Dr. med. Klaus Bally, Dr. med. Christoph Cina, Dr. med. Sandra Eckstein, Dr. med. Claudia Gamondi, PD Dr. med. Claudia Mazzocato, Dr. med. Christoph Merlo, Dr. med. Hans Neuschwander, Dr. med. Florian Suter und Prof. Dr. Elisabeth Zemp mit Anregungen und konstruktiv-kritischem Blick mitgewirkt. Auch Ihnen nochmals unseren herzlichen Dank!

Der Bericht bildet Teil des Forschungsprojekts «*Coordination and Collaboration in Primary Palliative Care. Palliative Care Networks in Switzerland*», das im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms 74 «Gesundheitsversorgung» mit freundlicher Unterstützung des Schweizerischen Nationalfonds durchgeführt werden konnte (<http://www.nfp74.ch/de/projekte/sector-uebergreifende-versorgung/projekt-liebig>).

Management Summary

In den vergangenen Jahren wurde die Palliativversorgung in der Schweiz erheblich gestärkt. Eine steigende Zahl chronischer Erkrankungen und Bemühungen um ein Mehr an Kosteneffizienz im Gesundheitswesen bildeten wichtige Ausgangspunkte für die Erarbeitung einer «Nationalen Strategie» zur Förderung einer qualitativ hochstehenden palliativmedizinischen Versorgung.

Wie aber haben sich die Bemühungen der letzten Jahre ausgewirkt? Eine qualitativ hochstehende Patientenversorgung baut auf zahlreichen Faktoren auf, von denen einige in diesem Bericht in den Fokus gerückt werden. Anknüpfend an ein in der Versorgungsforschung bekanntes Konzept zur Bewertung von Gesundheitsdienstleistungen wird versucht, ein aktuelles Bild zum Stand der Palliativversorgung aus Sicht der Leistungserbringenden in der Schweiz zu zeichnen. Folgende Fragen stehen dabei im Zentrum:

- Wie werden heute strukturelle Voraussetzungen für die Palliativversorgung bewertet?
- Wie werden zentrale Aspekte von Versorgungsprozessen und die Koordination von Versorgungsleistungen beurteilt?
- Wie nehmen Fachpersonen und Familienangehörige heute wichtige Dimensionen von Versorgungsqualität im Bereich Palliative Care wahr?

Methodisch baut der Bericht auf einer im Herbst 2018 durchgeführten schweizweiten Online-Befragung von etwa 4500 in der Palliativversorgung tätigen Fachpersonen; die Befragung wurde von mehr als 1000 Personen beantwortet. Der Survey enthielt 55 Fragen zu wichtigen Qualitätsaspekten in der Palliativversorgung: Erfragt wurde die Wahrnehmung von Versorgungsstrukturen (z.B. Versorgungsinfrastrukturen, finanzielle Vergütung von Leistungen), von wichtigen Aspekten der Behandlung und Betreuung (wie z.B. Zusammenarbeit, Koordination von Aufgaben) und von ausgewählten Dimensionen der Versorgungsqualität (z. B. Miteinbezug von Angehörigen und Freunden, Zugang und Kontinuität in der Betreuung). Überdies wurden im Zeitraum November 2017 bis Oktober 2018 leitfadengestützte Interviews mit 40 Fachpersonen aus der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung sowie mit 26 Angehörigen von Palliativpatientinnen und -patienten durchgeführt. Die Interviews fanden in den vier Kantonen Basel-Stadt, Luzern, Waadt und Tessin statt.

Resultate: Die Daten geben Auskunft über Erfolge aber auch Herausforderungen der Palliativversorgung in der Schweiz. **Strukturelle Rahmenbedingungen**, wie die Versorgungsinfrastruktur werden kritisch beurteilt - insbesondere hinsichtlich der Anzahl Betten im spezialisierten Versorgungsbereich. Die finanzielle Vergütung von palliativen Versorgungsleistungen wird von den Befragten deutlich als zu gering bemängelt. Im Weiteren zeigt sich, dass vor allem die Hausärzteschaft das Angebot an Zusatzausbildungen im Palliativbereich noch wenig nutzt und dass insgesamt noch immer ein zu geringer Grad an Vernetzung zwischen Fachpersonen im Palliativbereich existiert. Auch mit Blick auf **zentrale Aspekte von Versorgungsprozessen** macht der Bericht Handlungsbedarf aus: Zwar wird der Informationsaustausch zwischen Leistungserbringenden heute vielfach positiv beurteilt, eine Herausforderung aber stellen begrenzte Möglichkeiten darüber hinausreichender Formen der Zusammenarbeit dar. Die Interviews mit Versorgerinnen und Versorgern weisen an dieser Stelle auf besonderen Nachholbedarf an den Schnittstellen der Versorgungsbereiche hin: Hier kommen

E-Tools noch nicht hinreichend zum Einsatz und die Befragung deckt zudem Schwächen im Bereich der Koordination von Aufgaben und Verantwortung auf.

Zentrale Faktoren von **Versorgungsqualität**, wie der Einbezug von Angehörigen und Freunden werden von den befragten Fachpersonen mehrheitlich positiv beurteilt. Kritischer fällt die Beurteilung allerdings aus Sicht der **Angehörigen** von Patienten und Patientinnen aus: die Interviews machen deutlich, dass besonders der häufige Wechsel von Personal als problematisch erlebt wird.

Empfehlungen

Der Bericht lässt eine Vielzahl von Ansatzpunkten für eine weitere Verbesserung der Palliativversorgung in der Schweiz erkennen, wobei auf politischer Ebene, in der Aus- und Weiterbildung und nicht zuletzt im Versorgungsalltag angesetzt werden kann:

- Von **Bund und Kantonen** müssen heute verstärkt Versorgungsstrukturen im Bereich der allgemeinen Palliative Care gefördert werden. Zugleich baut Versorgungsqualität im Palliativbereich generell auf einer angemessenen Finanzierung der Versorgungsleistungen auf. Kantonal erfolgreiche Finanzierungssysteme, wie sie beispielsweise im Tessin bestehen, können hier, im Sinne einer «best practice», wegweisend sein für andere Schweizer Kantone. Auch kann ein systematisches Monitoring der Versorgungsqualität auf nationaler und kantonaler Ebene wichtige Hinweise zur Entwicklung von Leistungen in Ausrichtung an den Patientenbedürfnissen liefern.
- In der **Aus-, Fort- und Weiterbildung** erscheint es unverzichtbar, interprofessionelle Kompetenzen in den Berufen des Gesundheitswesens stärker zu fördern. Mit Blick auf Koordinationsaufgaben bedürfen Weiterbildungsangebote zur «Advanced Practice Nurse» oder im Bereich der klinischen Sozialarbeit einer gezielten Förderung in allen Schweizer Kantonen. Bildungsangebote für Leistungserbringende sollten vermehrt auch Fähigkeiten im Umgang mit E-Tools für Kommunikation und Informationsaustausch erweitern.
- Im Alltag der Palliativversorgung muss die Vernetzung von Gesundheitsfachleuten und -institutionen über Kantons Grenzen und Versorgungsbereiche hinweg strukturell aber auch auf der Ebene des beruflichen und persönlichen «Mindsets» gefördert werden. Dabei sollten insbesondere die Hausärzte und Hausärztinnen stärker in Bemühungen zur Vernetzung eingeschlossen werden. Nicht zuletzt gilt es in der häuslichen Palliativbetreuung die Angehörigen von Patienten bzw. Patientinnen als wichtige Akteure der Versorgung umfassend aufzuwerten und ihren Beitrag zu honorieren.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
1.1	Palliative Care: Definition und Versorgungsstrukturen	7
2	Bewertung von Qualität in der Palliativversorgung	8
3	Die Befragten	9
4	Strukturelle Voraussetzungen der Palliativversorgung	12
4.1	Beurteilung der Versorgungsinfrastrukturen im Bereich Palliative Care.....	12
4.2	Vernetzung in der Palliativversorgung.....	15
4.3	Verfügbarkeit von Leitlinien und Standards	16
4.4	Finanzielle Vergütung	17
5	Beurteilung zentraler Dimensionen im Versorgungsprozess.....	20
5.1	Zusammenarbeit aus Sicht der Grundversorgung und Spezialisierten Versorgung	20
5.2	Weitergabe von Informationen	22
5.3	Teamarbeit.....	23
5.4	Interprofessioneller Austausch im beruflichen Alltag	25
5.4.1	Verwendung von E-Tools beim Informationstransfer	26
5.5	Gemeinsame Werte	27
5.6	Koordination von Aufgaben und Verantwortung	27
5.7	Evaluation und Feedback im Arbeitsalltag.....	30
6	Versorgungsqualität aus Sicht der Angehörigen und Fachpersonen.....	31
6.1	Angemessener Miteinbezug von Familie und Freunden	32
6.2	Wahrnehmung der Kontinuität bzw. Nahtlosigkeit der Betreuung.....	33
7	Empfehlungen	34
7.1	Empfehlungen für die Politik (Bund und Kantone).....	34
7.2	Empfehlungen für die Aus-, Weiter- und Fortbildung	35
7.3	Empfehlungen für die Fachpersonen im beruflichen Alltag der Palliativversorgung	36
8	Limitationen	38
9	Literatur	39

1 Einleitung

In den vergangenen Jahren wurden in der Schweiz erhebliche Anstrengungen zur Stärkung der Palliativversorgung unternommen. Anlass bildete u.a. die «Nationale Strategie» zur Förderung einer qualitativ hochstehenden palliativmedizinischen Versorgung (vgl. z.B. BAG 2012a, b; BAG 2014), auf deren Grundlage erheblich in Aus- und Weiterbildung, in die Unterstützung gemeindenaher Versorgungsstrukturen durch Ambulatorien oder mobile Palliative Care Teams sowie in die integrierte Versorgung über die Grenzen der Langzeitpflege, der akutstationären und ambulanten Versorgung hinweg investiert wurde.

Zudem gilt heute die «interprofessionelle Zusammenarbeit» in der Palliativversorgung als unverzichtbar; sie wird durch Förderprogramme (vgl. BAG 2016) und in der Ausbildung unterstützt (vgl. Bally et al. 2019). Auch wird die Vernetzung von Versorgungsleistungen in den für die Palliativversorgung oftmals charakteristischen, ambulant/stationären Versorgungspfaden durch zahlreiche Massnahmen, wie etwa verschiedene Ansätze von «Case Management» gefördert. Hinzu kommen in jüngster Zeit zahlreiche Anstrengungen, internetbasiert bzw. mit Hilfe von «E-Tools» den Informationsaustausch an den Schnittstellen der Versorgungsbereiche zu stärken (BAG 2013; EHealth Suisse 2018), die sich auch für die Palliativversorgung positiv auswirken.

Alle diese Bemühungen stehen im Zeichen einer qualitativ hochstehenden Patientenversorgung. In der Schweiz hat sich die Fachgesellschaft *palliative ch* schon früh um die Festlegung von Qualitätsstandards in der palliativen Versorgung bemüht. Seit einigen Jahren vergibt *Qualitépalliative - Verein für Qualität in Palliative Care* ein schweizerisches Label für die Anerkennung von Qualität in Palliative Care, welche sich an spezifischen Kriterien orientiert. Die Zertifizierung für stationäre, ambulante und mobile Einrichtungen und Dienste leistet einen wichtigen Beitrag, um Voraussetzungen für eine palliative Leistungserbringung in möglichst hoher Qualität sicherzustellen. Das Label stützt sich vornehmlich auf Modelle aus dem angelsächsischen Bereich und orientiert sich an Richtlinien der «*European Association for Palliative Care*» (EAPC). Bereits verfügen zahlreiche Institutionen aus dem stationären und ambulanten Versorgungsbereich sowie der Langzeitversorgung über ein solches Qualitätslabel.

Qualität ist allerdings nicht allein mit einem Label erreicht. Vielmehr bedarf es einer kontinuierlichen Auseinandersetzung mit den komplexen Voraussetzungen, die für eine qualitativ hochstehende Versorgung wichtig sind. Dieser Bericht zeigt einige dieser relevanten Dimensionen auf: Aufbauend auf einem in der Versorgungsforschung bekannten Konzept zur Bewertung von Gesundheitsdienstleistungen wird ein aktuelles Bild zum Stand der Palliativversorgung aus Sicht der Versorgerinnen und Versorger in der Schweiz gezeichnet. Dabei stehen folgende Fragen im Zentrum:

- Wie werden heute zentrale strukturelle Voraussetzungen für die Palliativversorgung bewertet?
- Wie wird die Zusammenarbeit zwischen Versorgenden und die Koordination von Versorgungsleistungen beurteilt?
- Wie werden die Versorgungsleistungen im Bereich Palliative Care aus Sicht von Fachpersonen und von Familienangehörigen bewertet?

Grundlage dieses Berichts bilden die Einschätzungen von im Bereich Palliative Care tätigen Hausärzten/innen, Pflegefachkräften, spezialisierten Versorgern/innen und vielen weitere Gesundheitsfachleute. Sie wurden im Herbst/Winter 2018 mit Hilfe eines Online-Fragebogens zu Palliative Care in der gesamten

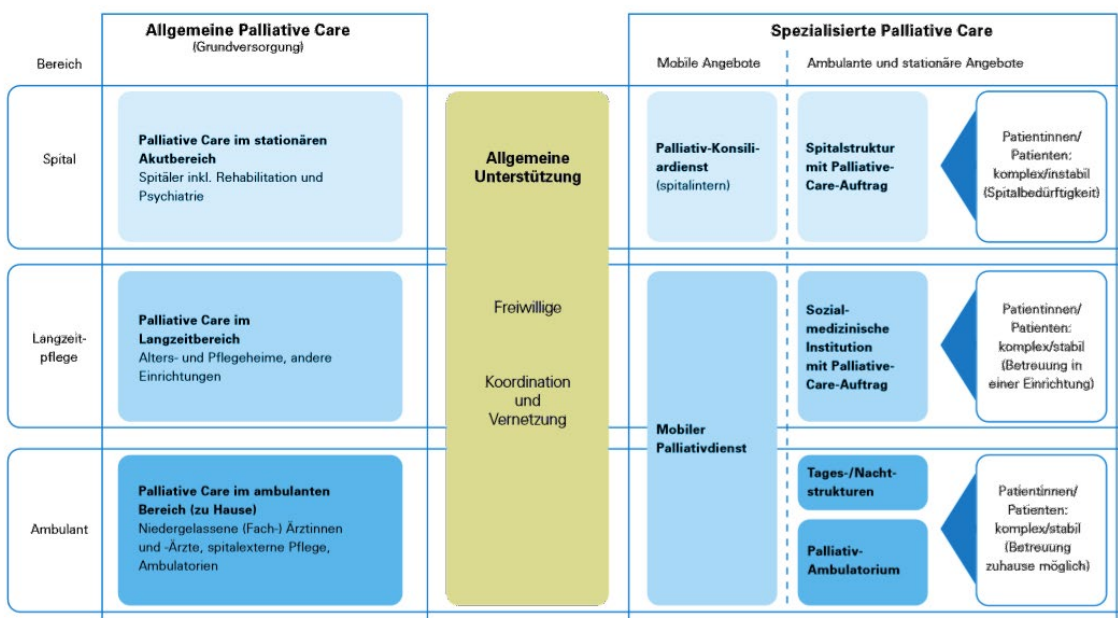
Schweiz befragt. Zudem werden Aussagen einbezogen, die aus Interviews mit Versorgern/innen und Familienangehörigen von Palliativpatienten und –patientinnen stammen.

1.1 Palliative Care: Definition und Versorgungsstrukturen

Palliative Care wird in den «Nationalen Leitlinien Palliative Care» (2010) als die ganzheitliche Betreuung und Behandlung von Menschen mit einer unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheit verstanden. Palliative Care bezieht sowohl medizinische, pflegerische wie auch psychologische, soziale und spirituelle Hilfe und Zuwendung mit ein und soll menschlichem Leiden vorbeugen. Im Zentrum der Behandlung steht nicht die Bekämpfung der Krankheit, sondern vielmehr eine bestmögliche Qualität des Lebens **trotz** einer Erkrankung. Dabei bezieht Palliative Care auch nahestehende Bezugspersonen in den Behandlungsprozess mit ein und unterstützt diese. In der Umfrage, welche diesem Bericht und den hier ersichtlichen Ergebnissen zugrunde liegt, wurde folgende Definition verwendet:

Ein/e Palliativpatient/in wird verstanden als Person, bei der im Kontext einer fortschreitenden unheilbaren Erkrankung speziell palliativmedizinische Massnahmen angezeigt sind (wie z.B. Symptomtherapie, vertiefte Gespräche mit Angehörigen, multidimensionale Betreuung, vorausschauende Planung des weiteren Vorgehens).

Abb. 1: Versorgungsstrukturen Palliative Care in der Schweiz, ausgehend vom Bedarf (BAG, palliative ch & GDK, 2014)



Patientinnen und Patienten werden im Bereich Palliative Care aufgrund ihrer unterschiedlichen Bedürfnisse in zwei Gruppen eingeteilt – bei fließenden Übergängen. In der **allgemeinen Palliative Care** werden Patienten/innen durch die **Grundversorgung** in den Bereichen **Spital** (inkl. Rehabilitation und Psychiatrie), **Langzeitpflege** (Alters- und Pflegeinstitutionen und andere Einrichtungen wie Institutionen für Menschen mit Beeinträchtigungen) sowie im **ambulanten Bereich** (zu Hause) durch niedergelassene (Fach-) Ärztinnen und –

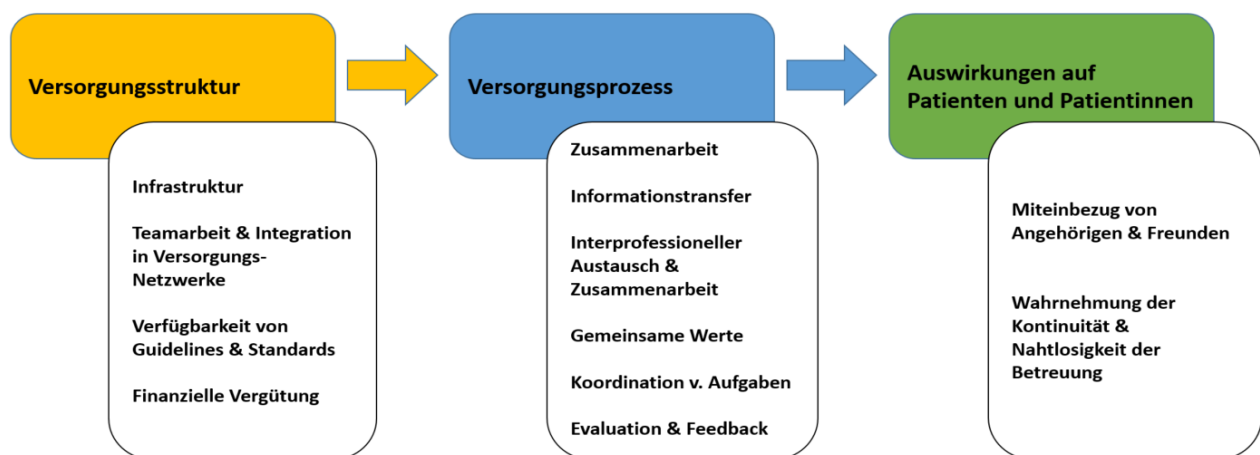
ärzte, spitalexterne Pflege und/oder Ambulatorien betreut (vgl. Abbildung 1) (BAG palliative.ch & GDK, 2014).

Patientinnen und Patienten in der **spezialisierten Palliative Care** benötigen aufgrund einer komplexen akuten Symptomatik oder eines instabilen Krankheitsverlaufs vorübergehend eine Betreuung auf der Basis spezifischen Fachwissens. Diese spezialisierte Palliative Care kann sowohl durch mobile spitalinterne Angebote (Palliativ-Konsiliardienste), mobile Palliativdienste oder durch ambulante und stationäre Angebote erfolgen (Spitalstruktur mit Palliative Care-Auftrag, sozial-medizinische Institutionen mit Palliative Care-Auftrag, Tages-/Nachtstrukturen oder Palliativ-Ambulatorien, vgl. Abbildung 1).

2 Bewertung von Qualität in der Palliativversorgung

Die zur Analyse der Qualität in der Palliativversorgung herangezogene Perspektive (vgl. Bainbridge et al. 2010) basiert auf einem in der Gesundheitsforschung bekannten Konzept, welches von drei zentrale Pfeilern einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung ausgeht (vgl. Donabedian 1988): Der strukturelle Kontext, in dem die Versorgung erfolgt, (vgl. Abb. 2: «Versorgungsstruktur») gilt als zentrale Voraussetzung für alle Aktivitäten, die beim Erbringen von Gesundheitsdienstleistungen (vgl. Abb.2 «Versorgungsprozess») notwendig sind. Darüber hinaus werden Strukturen und Prozesse als besonders wichtig für die Resultate von Versorgungsleistungen erachtet (vgl. Abb.2 «Auswirkungen auf Patienten/innen»). Ausgehend von dieser Perspektive sowie zahlreichen weiteren empirischen Studien, beziehen sich Bainbridge et al. (2010) auch bei der Bewertung der Versorgungsqualität im Bereich Palliative Care auf diesen konzeptuellen Rahmen. Dabei werden in Anpassung an die spezifischen Merkmale der Palliativversorgung eine Vielzahl von Faktoren genannt, von denen an dieser Stelle, die in Abbildung 2 aufgeführten, in die Betrachtung einfließen.

Abb. 2: Qualitätsrahmen zur Analyse und Bewertung der Palliativversorgung (vgl. Bainbridge et al. 2010)



In Anlehnung an dieses Rahmenmodell wird im Folgenden zunächst ein Bild der **Versorgungsstrukturen** (vgl. Abb. 2) im Bereich Palliative Care der Schweiz skizziert. In den Vordergrund gestellt werden neben einigen strukturellen Bedingungen, wie beispielsweise Versorgungsinfrastrukturen oder finanzielle Ausstattung der Versorger/innen, auf informeller Ebene angesiedelte, kulturelle Faktoren (hier: gemeinsame Vorstellungen

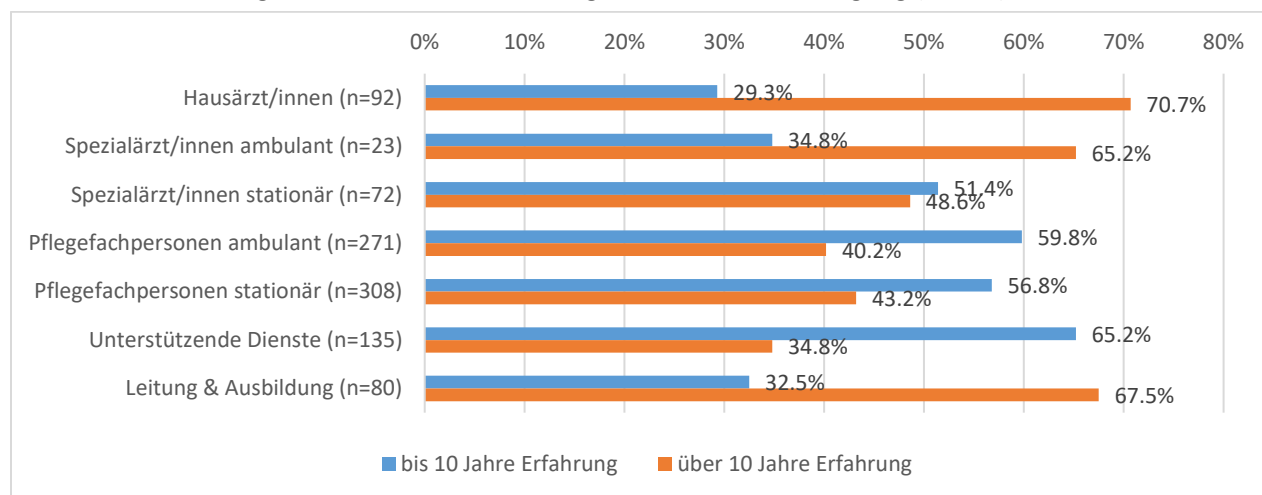
von Palliative Care und deren Relevanz) bis hin zur Verfügbarkeit von Richtlinien. Die strukturellen Bedingungen können, wie erste Studien zeigen, in Abhängigkeit von der kantonalen Gesundheitspolitik und rechtlichen Rahmenbedingungen sehr unterschiedlich ausfallen (vgl. Alvarado & Liebig 2015, 2016; Reeves, Schweighoffer & Liebig 2019) und sind von grosser Bedeutung für Versorgungsprozesse. Im **Versorgungsprozess** gelten Aspekte der Kommunikation und der Zusammenarbeit sowie die Koordination von Leistungserbringenden bzw. Gesundheitsdienstleistungen als wichtige Pfeiler der Qualitätssicherung. Schliesslich wird als dritter Pfeiler das **Versorgungsergebnis** im Sinne der Zufriedenheit mit Versorgungsleistungen sowie das Erleben von Patientenzentriertheit und Kontinuität in der Versorgung untersucht. Während der vorliegende Bericht Versorgungsstrukturen und –prozesse gestützt auf die Aussagen der Versorgerinnen und Versorger illustriert, werden die Wirkungen der Versorgungsleistungen bzw. die Bewertung der Palliativversorgung aus Sicht der Angehörigen von Palliativpatienten dargestellt.

3 Die Befragten

Insgesamt wurden schweizweit etwa 4500 Fachpersonen¹ mit Hilfe von Verbänden und Organisationen wie palliative.ch, Schweizerische Krebsliga, mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz, Spitex Schweiz und vielen weiteren kantonalen Verbänden mittels Fragebogen in deutscher, französischer und italienischer Sprache angeschrieben.

Gesamthaft nahmen 1111 Gesundheitsfachpersonen, die im Jahr 2018 in der Schweizer Palliativversorgung tätig waren, an der Befragung teil. Das Durchschnittsalter der Befragten lag bei knapp 51 Jahren (Standardabweichung=10.35), die Mehrheit der Befragten (64.7%) war weiblichen Geschlechts. Wie Abbildung 3 zeigt, verfügen 45% der Befragten im Jahr 2018 über mehr als 10 Jahre Erfahrung in der Palliativversorgung. Dabei fällt insbesondere der hohe Anteil an Hausärzten und –ärztinnen sowie der ambulant tätigen Spezialisten und Spezialistinnen auf, welche auf eine lange Erfahrung im Bereich palliativer Versorgung blicken können.

Abb. 3: Zu den Befragten: Anzahl Jahre Erfahrung in der Palliativversorgung (n=981)

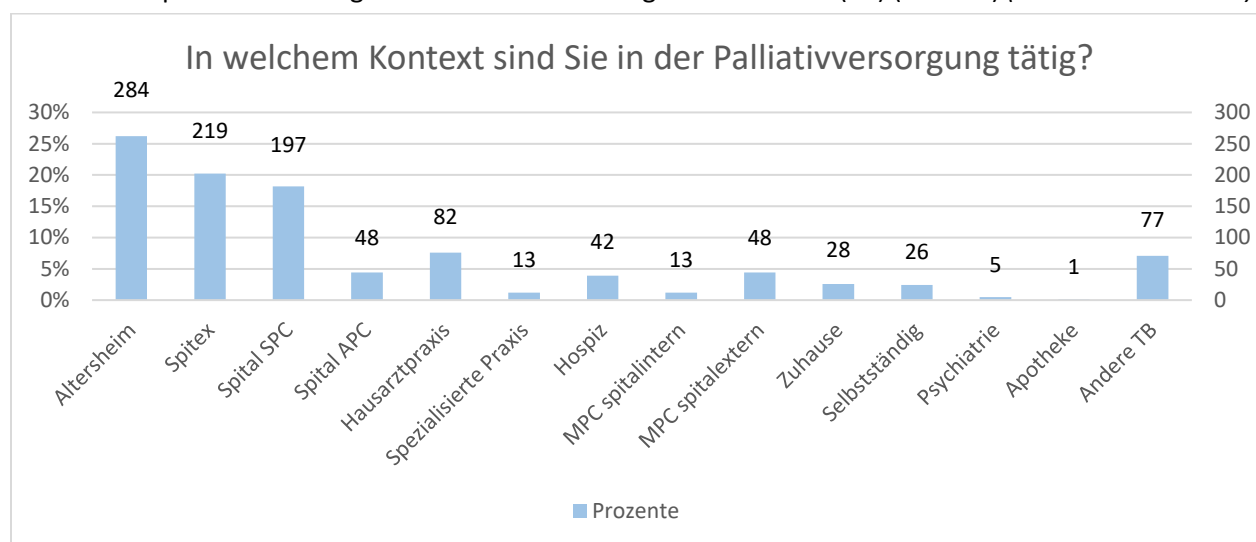


¹ Es handelt sich hierbei um eine Schätzung basierend auf öffentlichen Statistiken von in der Palliativversorgung tätigen Personen sowie den Mitgliedszahlen von palliative.ch und weiteren befragten Verbänden

Nebst der Anzahl Jahre Berufstätigkeit im Bereich der Palliativversorgung zeigt Abbildung 3, dass die Befragten auch eine hohe Anzahl Patientinnen und Patienten langfristig oder konsiliarisch betreuen. 816 Personen, die die entsprechende Frage dazu beantworteten, haben im Jahr 2017 durchschnittlich rund 44 Patienten langfristig betreut (Range: 1 - 500). Die konsiliarische Betreuung von Palliativpatienten wurde von 442 Befragten beantwortet und betrug im Mittel 66 Personen (Range: 1 - 862).

Fast die Hälfte der befragten Fachleute war zum Zeitpunkt der Befragung (2018) in Spitälern sowie in Alters- und Pflegeinstitutionen tätig, 18.4% ordneten sich der häuslichen Pflege (Spitex) zu, während Hausärztinnen und Hausärzte 7.6% der Antwortenden darstellen (vgl. Abb. 4). Gering vertreten sind Berufsfachleute aus Hospizen, mobilen Palliative Care Teams (MPCT) sowie Spezialärztinnen und Spezialärzte wie beispielsweise Onkologinnen und Onkologen. Fachleute weiterer Tätigkeitsbereiche, wie Psychologie, Seelsorge oder Sozialarbeit, wurden «anderen Tätigkeitsbereichen» zugeordnet und stellen insgesamt 7.1% der Stichprobe dar. Da die Tätigkeitsbereiche «Zuhause», «Selbständig», «Psychiatrie» und «Apotheke» lediglich kleine Gruppen darstellen, werden auch sie in diesem Bericht für weitere Berechnungen der Gruppe «andere Tätigkeitsbereiche» zugeordnet.

Abb. 4: Stichprobe der befragten Fachleute nach Tätigkeitsbereichen (TB) (n=1083) (Prozent und Anzahl)²

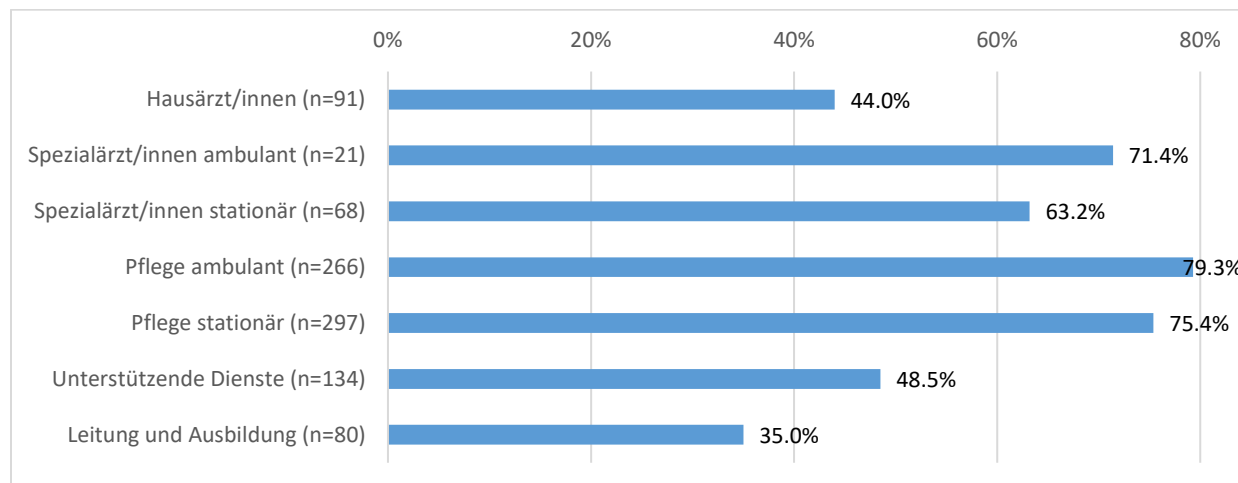


Während Informationen zu Versorgungsstrukturen und –prozessen auf Aussagen der Versorgerinnen und Versorger selbst beruhen, wurden zur Analyse der «Outcome-Faktoren» dreiundzwanzig im Jahr 2018/19 geführte Interviews mit Familienangehörigen von Palliativpatienten aus der deutsch-, französisch- und italienischsprachigen Schweiz als Informationen herangezogen. Die leitfadengestützten Interviews dauerten ca. 30-70 Minuten und schlossen Fragen zu Erfahrungen mit zentralen Aspekten einer qualitativ hochstehen-

² Die Zahl der Antworten ist hier geringer als in der Gesamtstichprobe, da Personen, die zum Zeitpunkt der Umfrage nicht im Bereich Palliative Care tätig waren und diejenigen mit fehlenden Angaben nicht hinzugezählt wurden. Als «selbständig» tätige Personen werden ausserhalb von Institutionen tätige Personen (z.B. Sterbebegleitung, Physio-, Ergotherapie, selbständig Pflegende) bezeichnet (ohne Hausärzte/innen oder in freier Praxis tätige Spezialisten/innen).

den Palliativversorgung ein (siehe dazu auch Degen Jermann & Liebig, forthcoming). Schliesslich wurden Erkenntnisse aus leitfadengestützten Interviews mit 12 Hausärzten/innen und 12 Pflegefachkräften als Vertreter/innen der Grundversorgung sowie 16 in der stationären Versorgung sowie in Mobilen Palliativ Care Teams tätigen Personen aus vier Kantonen der Schweiz (Basel-Stadt, Luzern, Waadt und Tessin) in die Studie einbezogen.

Abb. 5: Anteil der Befragten die über eine Zusatzausbildung im Bereich Palliative Care verfügen (n=957)

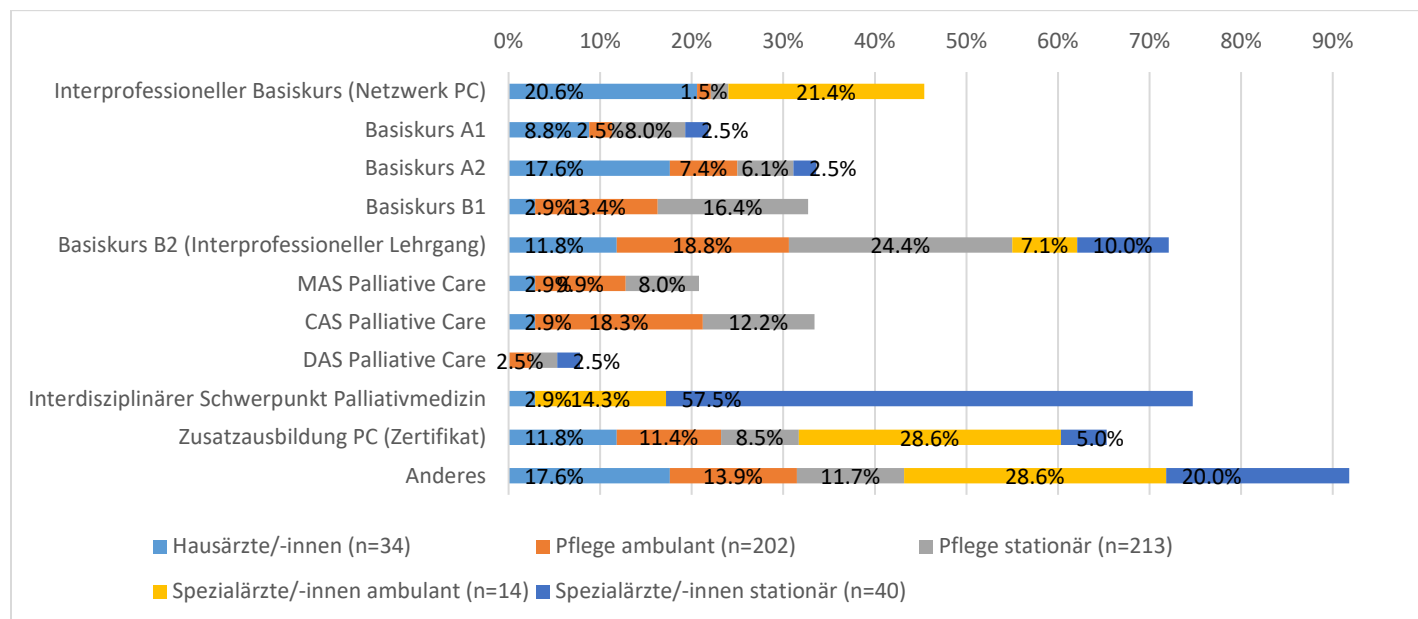


Gesamthaft verfügen 65.4% der Befragten über eine Zusatzausbildung in Palliative Care (vgl. Abb 5). Es zeigen sich jedoch grosse Unterschiede zwischen den Berufsgruppen. Zum einen wurden die wichtigsten Versorger/innen der allgemeinen Grundversorgung (Hausärzte/innen, sowie Pflegefachkräfte aller Ausbildungsstufen und Spezialärzte/innen (z.B. für Onkologie) innerhalb/ausserhalb von Spitälern) einbezogen, zum anderen Vertreter und Vertreterinnen zahlreicher unterstützender Dienste (Sozialarbeit, Psychologie, Seelsorge, Case Management, Physiotherapie, Kunst-, Tier-, Musiktherapie, Apotheken, weitere Berufe) sowie Personen aus der Leitung von Institutionen/Teams und Verantwortliche aus dem Bereich Aus- und Weiterbildung. Während nahezu 80% der befragten Pflegefachpersonen in ambulanten und 75.4% in stationären Einrichtungen über eine Zusatzausbildung verfügen, sind es bei den befragten Hausärzten/innen lediglich 44%. Dies stellt im Vergleich zu den unterstützenden Diensten mit 48.5% einen ähnlich geringen Anteil dar. Nur die Gruppe im Bereich «Leitung und Ausbildung» verfügt mit 35% über noch weniger Zusatzausbildungen. Die wahrgenommenen Zusatzausbildungen in Palliative Care sind vielfältig und reichen von wenigen Tagen bis zu mehreren Jahren berufsbegleitender Ausbildung. Abbildung 6 zeigt die Angaben der Befragten zu ihren höchstqualifizierten Zusatzausbildungen im Überblick.

Abbildung 6 zeigt, dass die höchsten Zusatzausbildungen der befragten Hausärzte/innen sehr vielfältig sind. So verfügen 20.6% der befragten Hausärzte/innen über einen interprofessionellen Basiskurs (Basiskurs A2: 17.6% oder B2: 11.8%). Andere Zusatzausbildungen werden von 17.6% der befragten Hausärzte/innen genannt, ohne diese weiter zu spezifizieren. Von den befragten Pflegefachkräften wurde insbesondere der Basiskurs B2 mit 24.4% (stationäre Pflege) resp. 18.8% (ambulante Pflege) überdurchschnittlich häufig besucht,

während auch Basiskurs B1 und MAS oder CAS für Palliative Care als Weiterbildung häufig angegeben werden. Die befragten spezialisierten Ärzte/innen verfügen zu einem sehr hohen Anteil (stationär: 57.5%, ambulant: 14.3%) über eine Weiterbildung mit interdisziplinärem Schwerpunkt Palliativmedizin.

Abb. 6: Höchste Zusatzausbildungen im Bereich Palliative Care nach Berufsgruppen (n=503)



4 Strukturelle Voraussetzungen der Palliativversorgung

Eine qualitativ hochstehende Palliativversorgung ist anspruchsvoll. In Anlehnung an das in Kapitel 2 beschriebene Rahmenmodell (vgl. Bainbridge et al. 2010) wird im Folgenden beschrieben, wie die befragten Versorgerinnen und Versorger in der Schweiz die Qualität der Versorgungsstrukturen beurteilen. Dabei werden einige zentrale Aspekte - wie etwa die Einbettung in Versorgungsnetzwerke, die Verfügbarkeit von Richtlinien oder die finanzielle Ausstattung der Versorgungsbereiche - als zentrale Voraussetzungen für die Qualität der Versorgung - in den Mittelpunkt gestellt.

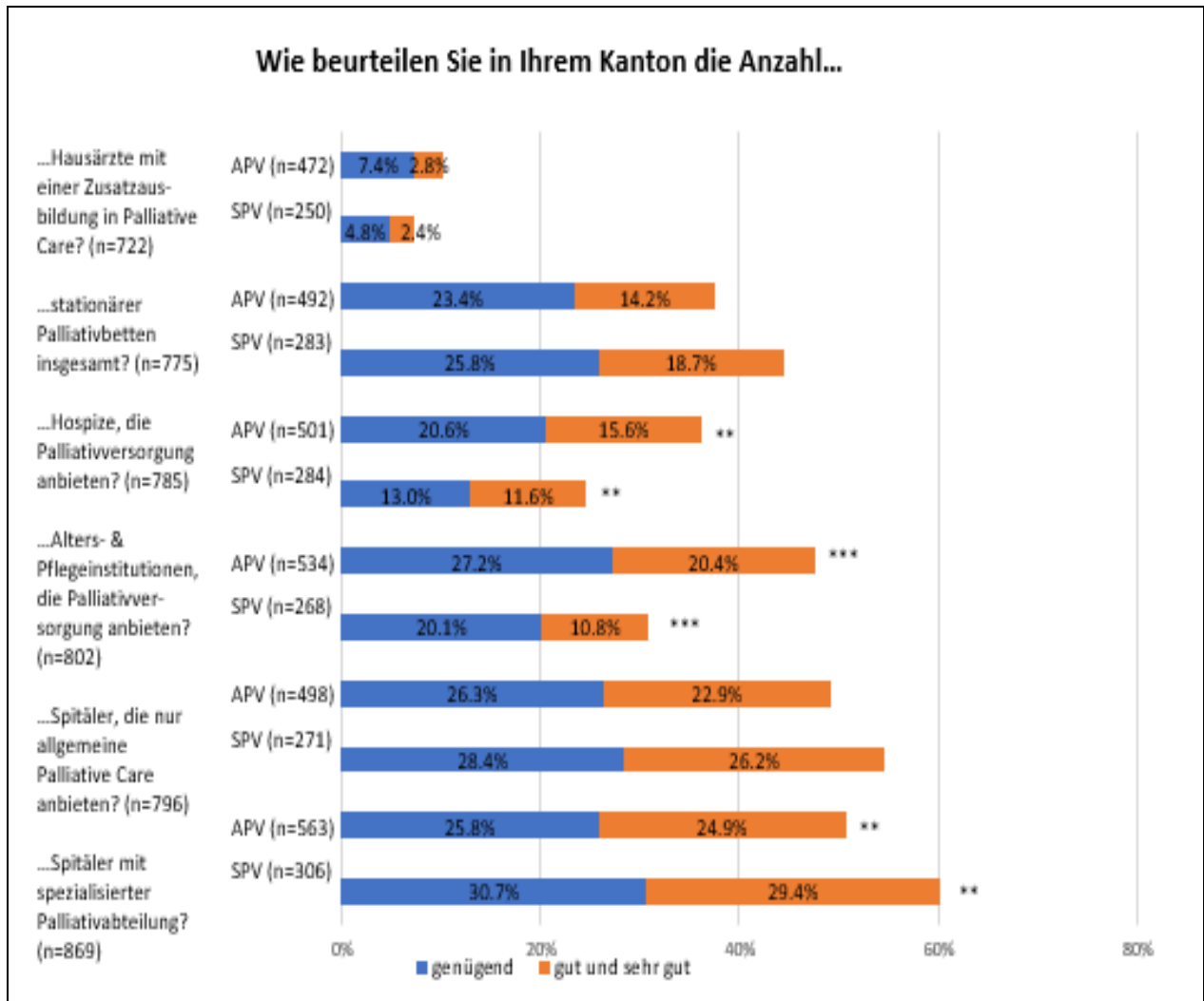
4.1 Beurteilung der Versorgungsinfrastrukturen im Bereich Palliative Care

In den letzten Jahren haben sich verschiedene Erhebungen und Studien den Palliativstrukturen in der Schweiz gewidmet; erste Bestandsaufnahmen zur Schweiz datieren aus den Jahren 2001 (Eychmüller & Remy-Bass 2001) und 2008 (Eychmüller, Schmid & Müller 2010). Letztere Studie stellte Handlungsbedarf mit Blick auf die Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen, einer vermehrten Unterstützung durch die Kantone und beim Leistungsangebot der spezialisierten Palliativversorgung fest. Zudem fiel die im internationalen Vergleich geringere Anzahl an Institutionen wie auch stationärer Betten für Palliative Care in der Schweiz auf (Eychmüller, Schmid & Müller 2010). Auf Grundlage der Erhebung aus dem Jahre 2008 wurde die «Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012» definiert und lanciert. Weitere, vom BAG und der GDK in Auftrag gegebene Bestandsaufnahmen von Palliative Care folgten in den Jahren 2011 und 2013 (vgl. BAG & GDK 2011 und 2013).

Ergänzende Befragungen im Bereich Palliative Care fokussierten auf Nonprofit-Spitem-Organisationen (Näf 2018) und die stationäre Langzeitpflege (Volken et al. 2019). Schliesslich wurde von palliative.ch im Jahre 2018 der Stand und die Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen erfasst (Liechti & Künzi 2019). Die Studie konstatiert seit der letzten gesamtschweizerischen Bestandsaufnahme aus dem Jahr 2013 einen Ausbau der Versorgungsinfrastrukturen, insbesondere in der spezialisierten Versorgung bei gleichzeitig kantonalen Unterschieden im Versorgungsangebot (Liechti & Künzi 2019). Allen hier aufgeführten Studien ist gemeinsam, dass Führungskräfte befragt wurden: Dabei handelte es sich um Personen aus den Pflegedienstleitungen in Spitälern, aus Alters- und Pflegeinstitutionen, spezialisierten Palliative-Care-Institutionen und der Spitem (vgl. Eychmüller, Schmid & Müller 2010), Betriebsleitende von Spitem-Organisationen (vgl. Näf 2018), Dienstvorstehende der kantonalen Gesundheitsdirektionen, Zuständige für Palliative Care aus kantonalen Verbänden (vgl. Liechti & Künzi 2019) und um Heimleitungen der stationären Langzeitpflege (vgl. Volken et al. 2019). Im Unterschied zu diesen Erhebungen kommen in der vorliegenden Studie die Versorgenden an der Basis der Palliativversorgung zu Wort.

Versorgungsinfrastrukturen im Bereich Palliative Care schliessen eine hinreichend grosse Anzahl an Versorgungsinstitutionen (z.B. Palliative Care Units im akutstationären Bereich oder Hospize) einschliesslich der dort verfügbaren Betten, sowie eine hinreichend grosse Anzahl ausgebildeter Fachpersonen im Bereich der Grundversorgung und der spezialisierten Versorgung ein. Gefragt nach verschiedenen Aspekten der Versorgungsstruktur äussern sich die Befragten zunächst generell nur mässig positiv (vgl. Abb. 7). Bei einer insgesamt etwas besseren Beurteilung der infrastrukturellen Situation durch Vertretende der spezialisierten Versorgung (z.B. Anzahl Spitäler mit Palliativversorgung) beurteilen lediglich 7.2% der spezialisierten Versorgenden die Anzahl Hausärzte/innen mit einer Zusatzausbildung im Bereich Palliative Care als genügend bis sehr gut. Überdies weist die Befragung erhebliche Unterschiede in den Bewertungen von ländlich und urban geprägten Regionen der Schweiz aus. Fachpersonen in städtisch geprägten Gebieten erweisen sich oft deutlich zufriedener mit den Versorgungsinfrastrukturen als ihre Berufskollegen und -kolleginnen in ländlichen Regionen (ohne Abbildung).

Abb. 7: Beurteilung der Versorgungsinfrastruktur nach Versorgungsbereich (n=siehe jeweilige Frage in der Grafik) (nur positive Beurteilungen (genügend, gut/sehr gut))

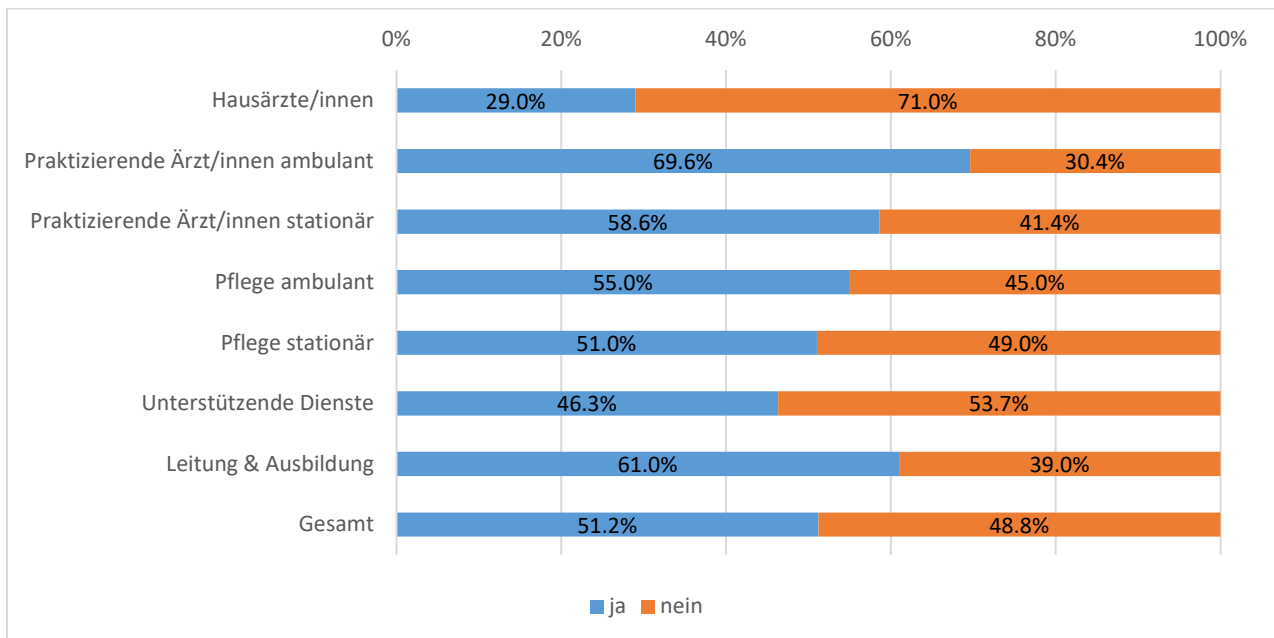


Hoch signifikante Unterschiede im Antwortverhalten von Leistungserbringenden in der allgemeinen Palliativversorgung (APV) und der spezialisierten Palliativversorgung (SPV) zeigen sich bei der Beurteilung der Anzahl Hospize ($p < 0.01$), der Anzahl von Alters- und Pflegeinstitutionen mit Palliativversorgungsbereich ($p < 0.001$) und bei der Anzahl Spitäler mit einer spezialisierten Palliative Care-Abteilung ($p < 0.01$). Dabei beziehen sich die Antworten immer auf die Beurteilung des eigenen Kantons. Insgesamt wird die Ausstattung mit Spitälern aus Sicht der Grundversorgung kritischer beurteilt, während Vertreter/innen der spezialisierten Versorgung sowohl die Anzahl Hospize wie Alters- und Pflegeinstitutionen weniger gut beurteilen (vgl. Abb. 7).

4.2 Vernetzung in der Palliativversorgung

Ein Netzwerk von Fachpersonen bildet die kleinste Einheit der regionalen Palliativmedizin (vgl. Eychmüller 2009). Die berufs- und institutionenübergreifende Vernetzung zwischen den Versorgenden über Kantons- grenzen hinweg ist für eine qualitativ hochstehende Palliativversorgung unerlässlich. Offizielle Versorgungs- Netzwerke wie beispielsweise das «Réseau des soins palliatifs de l'espace BEJUNE» sichern in komplexen Situationen fachliche Unterstützung und gemeinsame Planung. Wie in Abbildung 8 ersichtlich, erweist sich - gestützt auf die Aussagen der befragten Personen - der Vernetzungsgrad in der Palliativversorgung der Schweiz mit insgesamt 51.2% noch als gering. Dabei sind es die «praktizierenden Ärzte/innen ambulant», welche sich mit 69.6% am häufigsten in ein offizielles Palliative Care-Netzwerk eingebunden beschreiben. Auch befragte Personen, die im Bereich Palliative Care eine Leitungs- oder Ausbildungsfunktion einnehmen, weisen mit 61% einen höheren Vernetzungsgrad auf. Pflegefachpersonen im ambulanten oder stationären Bereich sowie praktizierende Ärzte/innen, welche in stationärem Setting tätig sind, schätzen ihren Vernetzungsgrad noch im oder über dem Gesamtdurchschnitt aller Befragten von 51.2% ein. Im Vergleich dazu geben Vertreter/innen unterstützender Dienste (46.3%) und insbesondere Hausärzte/innen (29%) in signifi- kant tieferem Masse als andere Berufsgruppen an, in ein Palliative Care Netzwerk eingebettet zu sein.

Abb. 8: Teilhabe an einem offiziellen Palliative Care Netzwerk nach Berufsgruppen (n=985)

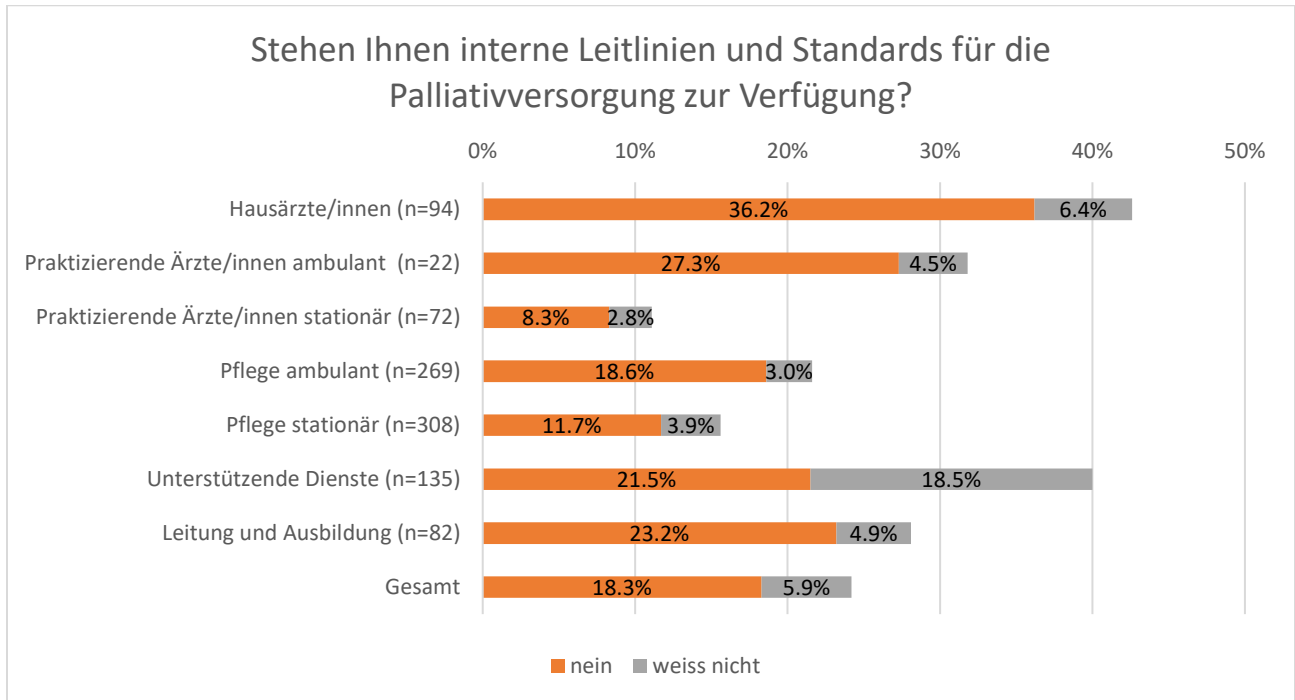


Wie sich zeigt, sind auch *informelle* - d.h. auf persönlichen Beziehungen beruhende - berufs- und/oder insti- tutionenübergreifender Netzwerke im Bereich der Palliativversorgung für alle Berufsgruppen von Bedeutung (Zustimmung gesamt: 70.6%, ohne Abbildung). Allerdings bezeichnen sich Hausärzte/innen mehr als doppelt so häufig in ein informelles wie in ein offizielles Netzwerk eingebunden, was Fragen nach dem Charakter ihrer Einbindung in offizielle Palliative Care Netzwerke aufwerfen muss.

4.3 Verfügbarkeit von Leitlinien und Standards

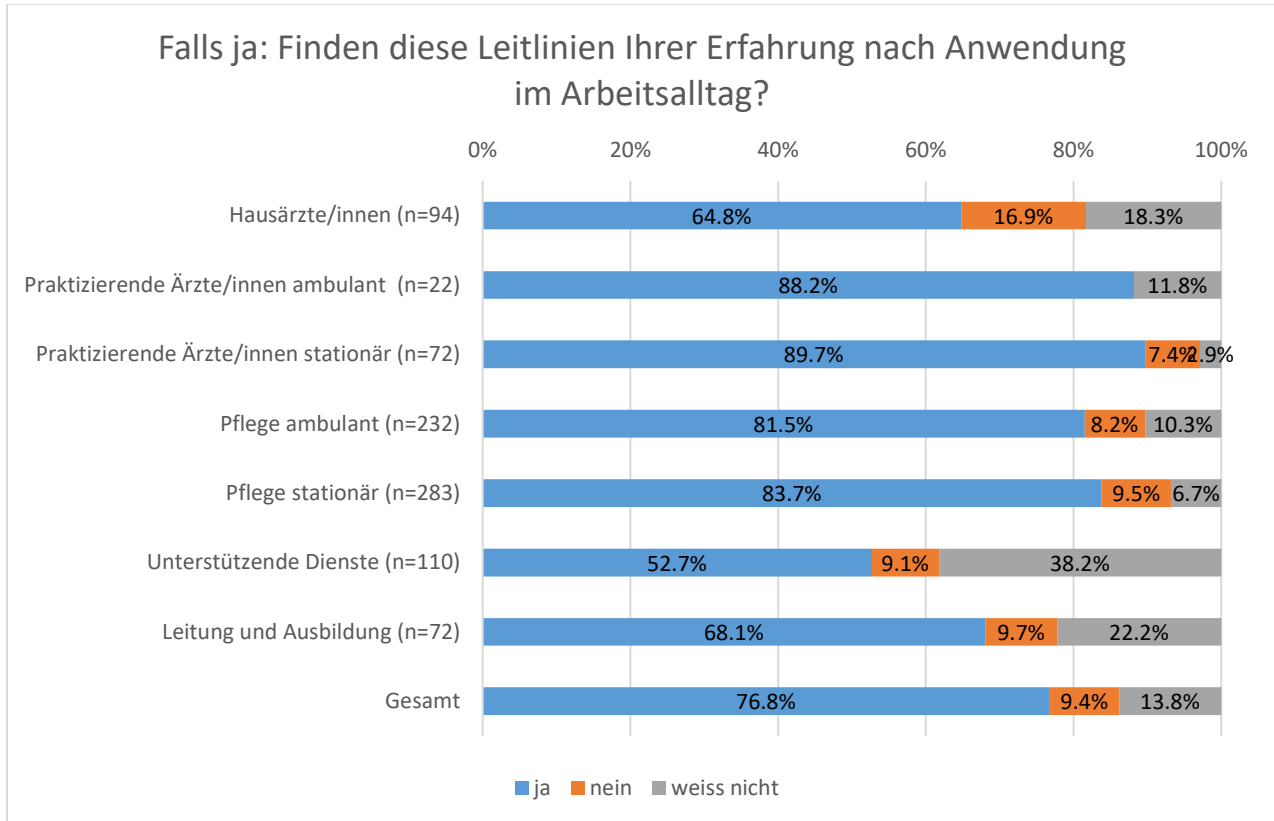
Das Vorhandensein von Leitlinien oder Standards kann auch in der Palliativversorgung das gemeinsame berufliche Handeln und Wirken unterstützen, z.B. indem es Orientierungshilfen mit Blick auf die Qualitätskriterien der Versorgung bietet. Wie Abbildung 9 zeigt, sind nach Auskunft der Befragten Leitlinien und/oder Standards im Bereich Palliative Care inzwischen weit verbreitet und kommen in den meisten Fällen auch zur Anwendung (vgl. Abb. 10). Besonders der stationäre Versorgungsbereich zeigt einen hohen Grad an Durchdringung mit entsprechenden Instrumenten.³

Abb. 9: Verfügbarkeit von Leitlinien und Standards in den Tätigkeitsbereichen (n=982)



³ Die Frage nach Leitlinien und Standards wurde hier nur sehr vage formuliert («Stehen Ihnen und Ihrem Arbeitsumfeld interne Guidelines und Standards für die Palliativversorgung zur Verfügung?»). Diese Ergebnisse gelten deshalb nur eingeschränkt, die Frage wurde potentiell sehr unterschiedlich beantwortet.

Abb. 10: Anwendung von Leitlinien in den Tätigkeitsbereichen (n=853)

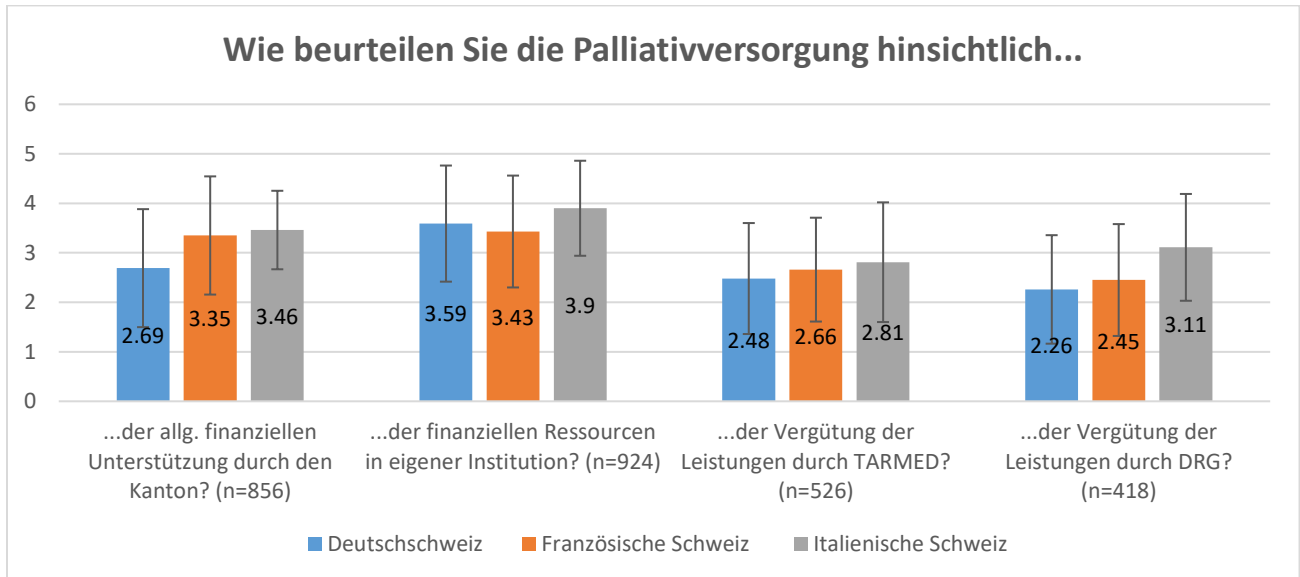


4.4 Finanzielle Vergütung

Die Finanzierung von palliativen Versorgungsleistungen wird in der Schweiz mit Hilfe unterschiedlicher Tarifsyste­me abgerechnet. Prinzipiell richten sich diese zunächst danach aus, ob Patientinnen und Patienten ambulant oder stationär versorgt werden. Dieses Tarifsyste­m wird seit Jahren von Berufsfachpersonen kritisch beurteilt und wurde wiederholt mit Krankenversicherungen und den Kantonen neu ausgehandelt. Da die Finanzierung von Leistungen eine zentrale Voraussetzung für die Qualität der Palliativversorgung darstellt (vgl. Bainbridge et al. 2010), wurde die Meinung der Fachpersonen auch hierzu eingeholt.

Die Abbildungen 11 bis 13 bringen die kritische Haltung der Befragten zum Tarifsyste­m deutlich zum Ausdruck. Insgesamt wird die finanzielle Situation der Palliativversorgung kaum als «genügend» betrachtet, im Mittel liegen die Werte zwischen einer «schlechten» und einer «ungenügenden» Bewertung. Allerdings zeigen sich auch signifikante Unterschiede zwischen den Sprachregionen: In der italienischen Schweiz tätige Fachpersonen beurteilen alle Fragen zur Finanzierung signifikant besser als jene aus der Deutsch- und Westschweiz; am Negativsten fallen die Antworten zur Finanzierung bei drei von vier Themen in der Deutschschweiz aus (vgl. Abb. 11).

Abb. 11: Beurteilung der Finanzierung in 3 Sprachregionen (n=siehe jeweilige Frage in der Grafik) (Mittelwerte mit Standardabweichungen, 1=sehr schlecht, 2=schlecht, 3=ungenügend, 4=genügend, 5=gut, 6=sehr gut)



Um ein genaueres Bild zu den Einschätzungen bzgl. der Finanzierung der Palliativversorgung zu gewinnen wurden zwischen den Antworten unterschiedlicher **Berufsgruppen** unterschieden (vgl. Abb. 12 & 13). Auffallend kritisch fällt dabei durchgehend die Beurteilung des Tarifsystems TARMED (Abb. 12) und der Fallpauschalen DRG (Abb. 13) aus. Lediglich ein Drittel der befragten Hausärztinnen und Hausärzte erachten die Vergütung von palliativen Leistungen durch TARMED als genügend, alle anderen Berufsgruppen beurteilen sie noch schlechter (<15%). Das seit seiner Einführung stark kritisierte Fallpauschalen-System SwissDRG (*Swiss Diagnosis Related Groups*) wird von der Mehrheit der Befragten ebenfalls als ungenügend beurteilt, wenn es um die Finanzierung von palliativen Leistungen geht.

Abb. 12: Beurteilung der Vergütung eigener Leistungen in der Palliativversorgung durch TARMED (n=481) (nur Antworten «genügend», «gut» und «sehr gut»)

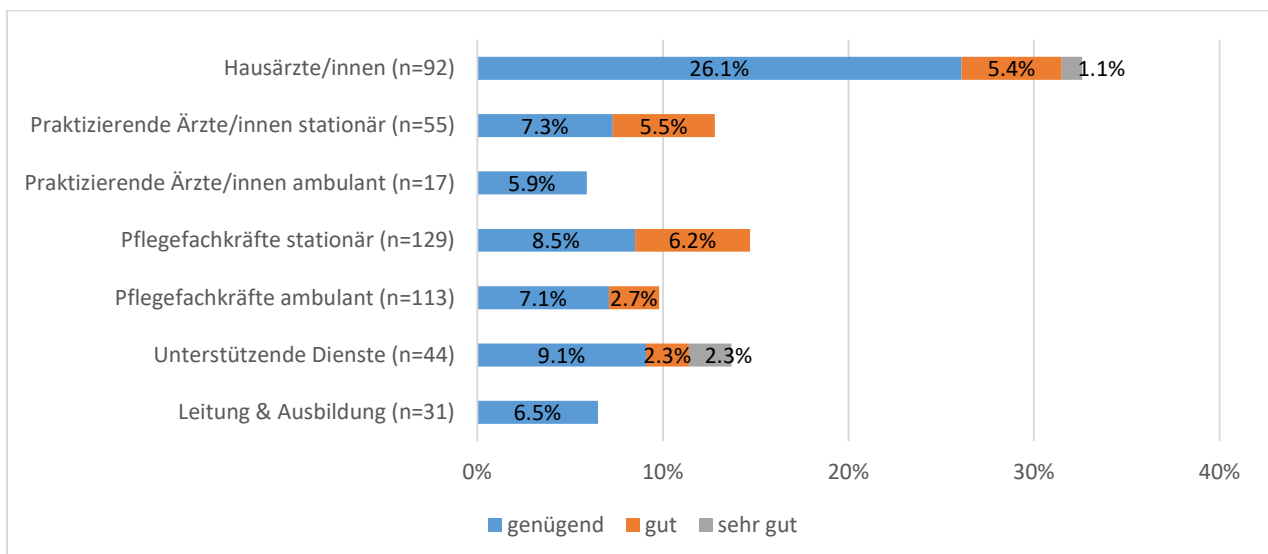
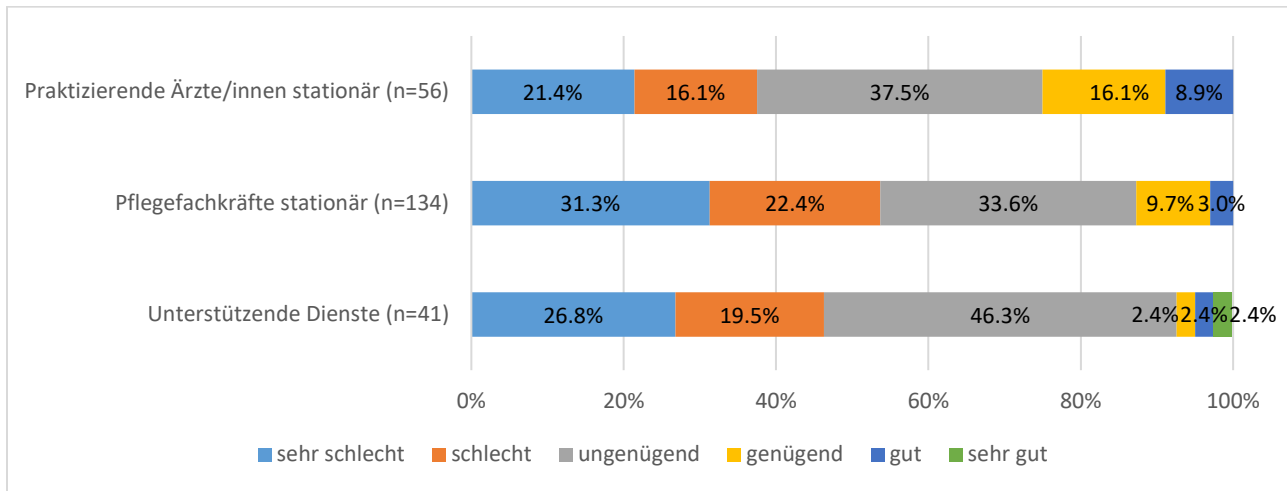
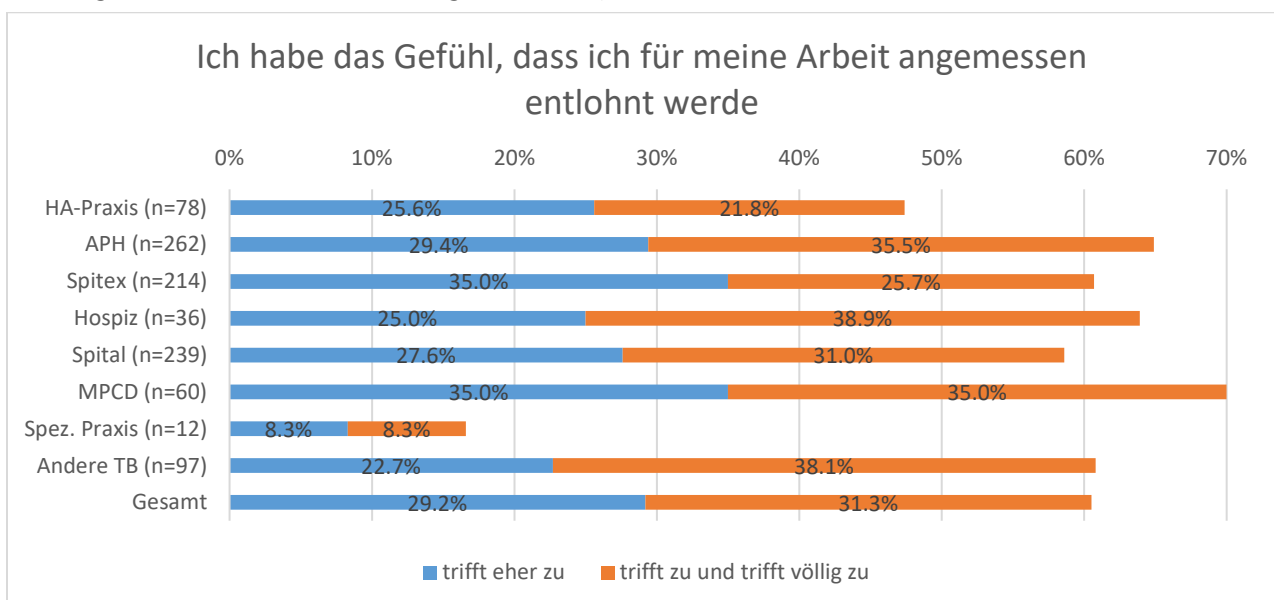


Abb. 13: Beurteilung der Vergütung von Leistungen in der Palliativversorgung durch die Fallpauschale SwissDRG (n=379)



Wesentlich besser werden dagegen generell die finanziellen Ressourcen der eigenen Institution resp. der eigenen Praxis von den befragten Berufsgruppen wahrgenommen (vgl. Abb. 14). Fachkräfte aus Hospizen beurteilen ihre Entlohnung am häufigsten positiv (Antwortmöglichkeit «trifft zu» und «trifft völlig zu») und auch die Einschätzungen von Fachpersonen aus Alters- und Pflegeinstitutionen (APH), aus mobilen Palliative Care Diensten und anderen Tätigkeitsbereichen liegen noch über dem Durchschnitt aller Befragten von 31.3%. Weniger positiv fallen dagegen die Antworten der befragten Hausärztinnen und Hausärzte aus: Lediglich 21.8% sind im Jahre 2018 der Ansicht, für ihre Arbeit angemessen entlohnt zu werden. Bei den Fachärztinnen und –ärzten in freier Praxis ist sogar nur eine/r von 12 Befragten (8.3%) dieser Meinung.

Abb. 14 Beurteilung der Entlohnung für die eigene Arbeit in den Tätigkeitsbereichen (n=998) (Antworten «trifft eher zu», «trifft zu», trifft völlig zu»; mit «Spezialisierte Praxis» sind ärztliche Praxen ohne Hausarzt-Praxen gemeint, d.h. z.B. eine Onkologische Praxis)



Aufgeteilt nach Berufsgruppen gaben 48.9% der befragten Hausärztinnen und –ärzte und lediglich 40% der befragten praktizierenden Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Setting an, eine ihrer Ansicht nach angemessene Entlohnung zu erhalten (ohne Abbildung). Bei den spezialisierten Ärztinnen und Ärzten, welche in einem stationären Setting tätig sind, waren hingegen 71% dieser Ansicht, während bei den befragten Pflegefachkräften die Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer Tätigkeit weniger unterschiedlich ausfielen (60.1% vs. 56.5%). Das Gefühl einer angemessenen Entlohnung war in der Berufsgruppe “Leitung und Ausbildung“ mit 77.4% am besten. Die “unterstützenden Berufe“, in welcher sich Sozialarbeitende, Psychiater/innen, Psycholog/innen, Case Manager/innen, Kunsttherapeut/innen, Apotheker/innen und Physiotherapeut/innen wiederfinden lagen mit 61.1% ebenfalls über dem Durchschnitt.

5 Beurteilung zentraler Dimensionen im Versorgungsprozess

Eine erfolgreiche Palliativversorgung ist nicht nur durch strukturelle Voraussetzungen bedingt, sie hängt auch von zahlreichen Aspekten im Versorgungs- bzw. Betreuungsgeschehen selbst ab. Zu zentralen Elementen des Versorgungsprozesses zählen die erfolgreiche Zusammenarbeit von Fachpersonen über Institutionen und Pflegesituationen hinweg, sowie die Koordination der Gesundheitsdienstleistungen in einfachen wie in komplexen Situationen. Beide Faktoren werden in der Regel vom Informationsaustausch zwischen Leistungserbringenden beeinflusst.

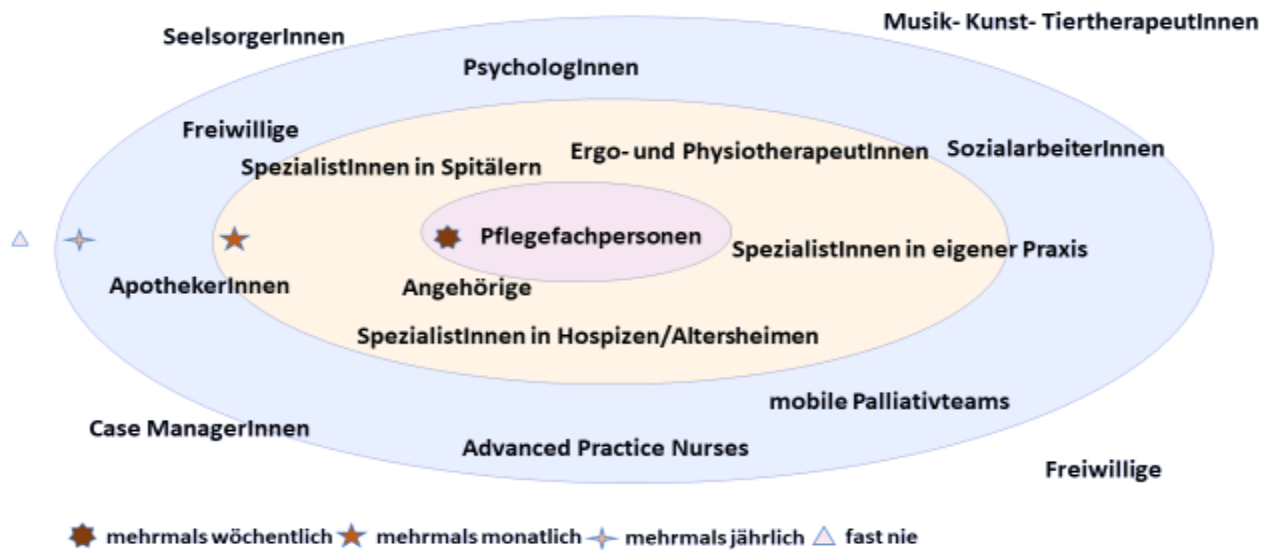
5.1 Zusammenarbeit aus Sicht der Grundversorgung und Spezialisierten Versorgung

Neben Hausärzten/innen und Pflegefachkräften kommt spezialisierten Palliativpflegeteams in Krankenhäusern, Ambulanzen, Hospizen, aber auch mobilen Palliativpflegeteams (MPCTs) eine grosse Bedeutung im Versorgungspfad zu. Hinzu kommen unterstützende Dienste aus den Bereichen Sozialarbeit, Psychologie, Seelsorge, Physiotherapie, Ergotherapie, Ernährungsberatung, Pharmazie, Kunsttherapie, Komplementärmedizin und weiteren Feldern (BAG 2016). Erst die Zusammenarbeit dieser Fachleute - gemeinsam mit Angehörigen, Freiwilligen und gemeindebasierten Initiativen - gewährleistet die Qualität einer «integrierten» Versorgung.

Wie häufig aber arbeiten Fachleute der palliativen Grundversorgung mit anderen Professionellen zusammen? Wer steht im Zentrum der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen den Versorgungsbereichen? Zur Klärung dieser Fragen wurden die zentralen Berufsgruppen der ambulanten und stationären Palliativversorgung im Rückblick auf das Jahr 2017 nach der Häufigkeit ihrer Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen befragt.

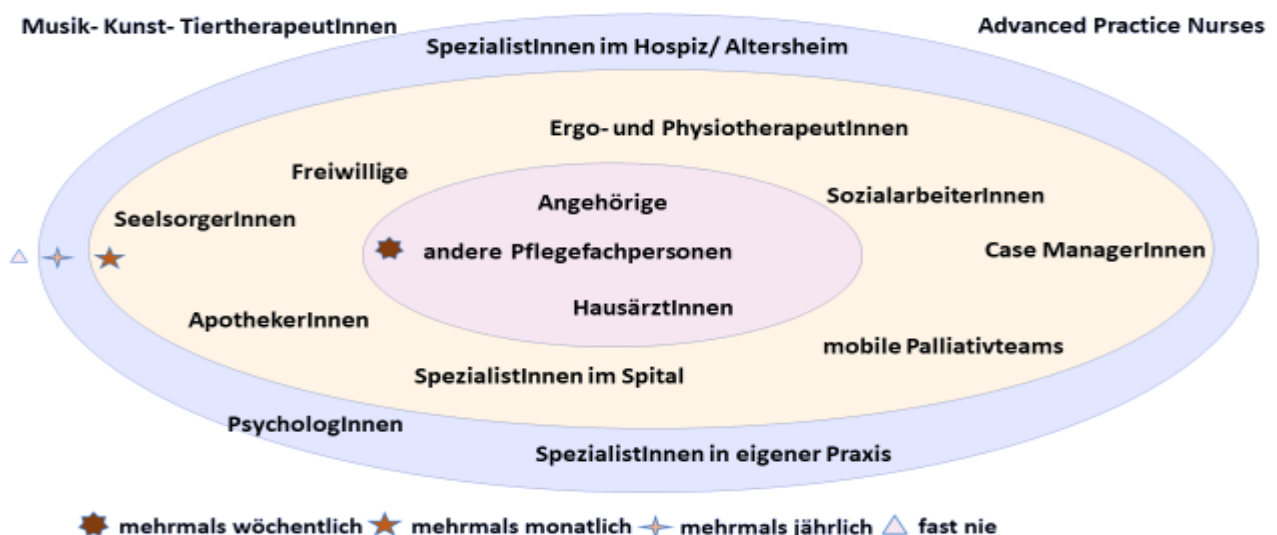
In Abbildung 15 wird ersichtlich, dass Hausärzte/innen mehrmals wöchentlich mit Pflegefachpersonen kooperieren, wenn es um die palliative Versorgung geht. Eine Interaktion mit Angehörigen, Ärzt/innen in spezialisierter Praxis, Spezialisten und Spezialistinnen für Palliative Care in Krankenhäusern oder Hospizen sowie Fachpersonen aus dem physio- oder ergotherapeutischen Bereich findet mehrere Male pro Monat statt. Zugleich wird deutlich, dass beratende Dienste (MPCTs), Koordinationsangebote («Advanced Practice Nurses», «Case Manager/innen») und unterstützende Berufe (Psychologie, Seelsorge, Sozialarbeit) im Alltag der hausärztlichen Palliativversorgung selten eine zentrale Rolle einnehmen (vgl. Schweighoffer, Reeves & Liebig 2020).

Abb. 15: Häufigkeit der Zusammenarbeit von Hausärzten/innen mit anderen Berufsgruppen



Wie Abbildung 16 zeigt, stehen hingegen Pflegefachpersonen aus dem Bereich der Grundversorgung (Spitex/Onko-Spitex) mit Angehörigen, weiteren Pflegefachpersonen und mit der Hausärzteschaft mehrmals in der Woche in Kontakt, und ihre Kooperationen schliessen zahlreiche weitere Professionen mehrmals im Monat mit ein. Auch mit psychosozialen und seelsorgerischen Diensten arbeiten Pflegefachkräfte mehrmals im Jahr zusammen. Einzig zur Berufsgruppe der «Advanced Practice Nurses», die in der Grundversorgung bisher noch wenig bzw. nur lokal etabliert sind, oder zu Musik- Kunst und Tiertherapeut/innen wurden von den befragten Pflegefachpersonen der Spitex sehr wenige bis gar keine Kontakte angegeben.

Abb. 16: Häufigkeit der Zusammenarbeit von Spitex/Onko-Spitex mit anderen Berufsgruppen



Wie die Aussagen der spezialisierten Ärztinnen und Ärzte in der stationären Versorgung durch Spitäler und Hospize erkennen lassen, weisen sie - mitbedingt durch eine grössere Zahl von Patienten und Patientinnen, als auch die Nähe zu anderen Versorgenden - eine deutlich höhere Häufigkeit der Zusammenarbeit mit anderen Professionen aus. Mehrmals pro Woche stehen sie mit zahlreichen Berufsgruppen aus dem Bereich der Grundversorgung wie der spezialisierten Versorgung in Kontakt. Auffallend ist, dass in unterstützenden Berufsgruppen im Bereich der Sozialarbeit oder in psychologisch-seelsorgerischen Berufen zahlreiche Kooperationen im Alltag ausgewiesen werden und zu allen befragten Berufsgruppen häufiger Kontakt besteht (vgl. Abb. 17).

Abb. 17: Häufigkeit der Zusammenarbeit von spezialisierten Ärzten/innen in der stationären Versorgung mit anderen Berufsgruppen



5.2 Weitergabe von Informationen

Informationsaustausch zählt zu den Kernvoraussetzungen einer gelungenen Zusammenarbeit – dies gilt auch für den Bereich Palliative Care. Für Gesundheitsfachpersonen insbesondere an den Schnittstellen von ambulanter und stationärer Versorgung erfordert die Planung des Behandlungsablaufs und die effektive Entscheidungsfindung oftmals die Integration von grossen Mengen an Informationen aus unterschiedlichen Quellen: Behandlungspläne, Befunde und Beobachtungen zu Patient/innen sollten für alle involvierten Fachpersonen zugänglich und einsehbar sein.

Mit Blick auf zentrale Versorgungsbereiche kann festgestellt werden, dass die meisten der befragten Personen den Informationsaustausch mit anderen Leistungserbringenden als gut oder sehr gut bewerten. Besonders in der spezialisierten Palliativversorgung (SPV) fallen die Beurteilungen der Informationsweitergabe überwiegend gut aus, während das Bild in der allgemeinen Grundversorgung (APV) mit knapp 15% ungenügend/schlechten Bewertung etwas weniger positiv erscheint (vgl. Abb. 18).

Abb. 18: Austausch von Patienteninformationen in den Versorgungsbereichen (n=964)
(Mittelwert mit Standardabweichung; 1=ja, 2=eher ja, 3=eher nein, 4=nein)

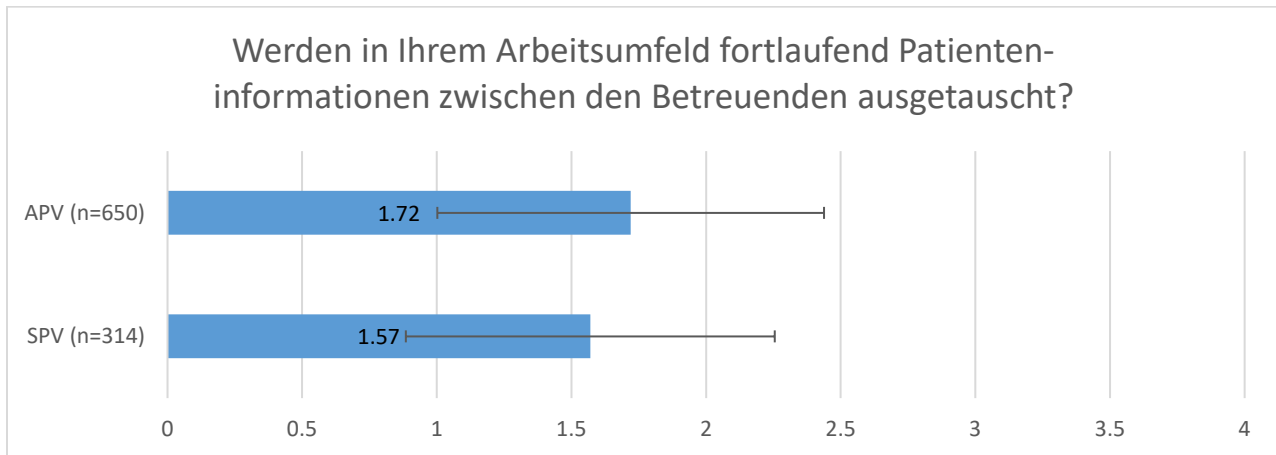
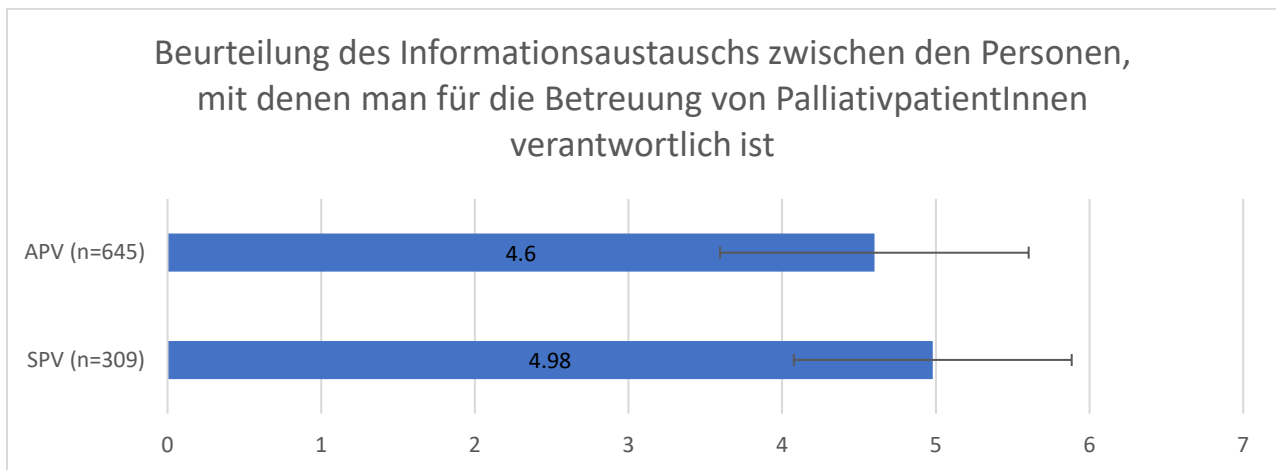


Abb. 19: Informationsaustausch zwischen Betreuungspersonen von Palliativpatienten/innen (n=954)
(Mittelwert mit Standardabweichung; 1=sehr schlecht, 2=schlecht, 3=ungenügend, 4=genügend, 5=gut, 6=sehr gut)



Bei beiden Fragen zum Informationsaustausch zwischen Fachpersonen in der Palliativversorgung fällt auf, dass sich das Antwortverhalten der Befragten aus dem Bereich der allgemeinen Palliativversorgung signifikant von jenen aus der spezialisierten Palliativversorgung unterscheidet (vgl. Abb. 19). Die befragten Berufsvertreter/innen der spezialisierten Palliativversorgung beurteilen den Informationsaustausch insgesamt deutlich positiver als Fachpersonen der allgemeinen palliativen Grundversorgung. In der allgemeinen Palliativversorgung scheint der Informationsaustausch zwischen den involvierten Betreuenden hingegen lückenhaft und schwierig zu sein.

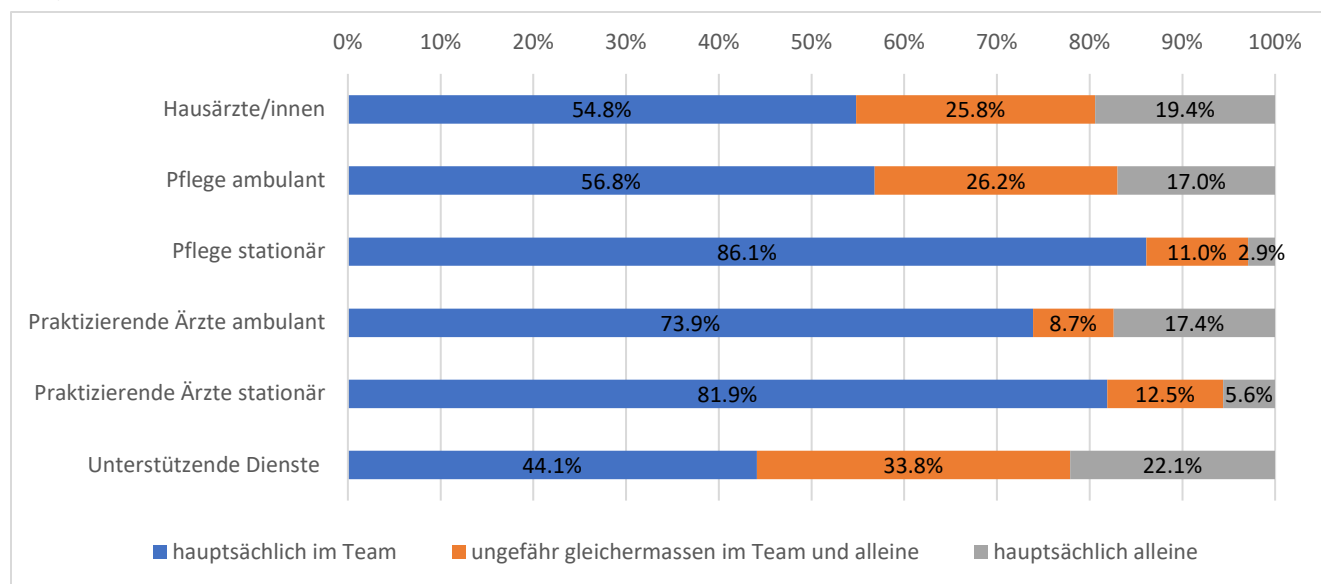
5.3 Teamarbeit

In der Fachwelt herrscht breiter Konsens, dass Palliative Care zu einem hohen Anteil aus Teamarbeit besteht. Die medizinische und pflegerische Betreuung von chronisch und schwer erkrankten Patienten/innen baut

auf der Zusammenarbeit von Fachpersonen innerhalb des medizinischen Feldes auf - und schliesst auch deren seelsorgerische und psychologische Begleitung mit ein. Zentral sind Möglichkeiten zur Rücksprache und die Lösungssuche innerhalb eines mehrköpfigen Betreuungsteams, das sich oftmals aus verschiedenen Berufsgruppen zusammensetzt.

Die Bedeutung einer an gemeinsamen Zielen ausgerichteten «Teamarbeit» spiegelt sich auch in den Aussagen der befragten Fachleute wider (Abb. 20): Die Mehrheit (88.8%) bezeichnet sich als hauptsächlich einem Team zugehörig, oder «gleichermaßen im Team und allein» arbeitend. Dennoch gibt es zwischen den Tätigkeitsbereichen auch Unterschiede: Hausärzte/innen, praktizierende Ärzte/innen, Fachpersonen der mobilen Palliative Care-Teams und unterstützende Dienste (wie Psychologie, Seelsorge) beschreiben sich vergleichsweise häufig als «alleine arbeitend», während in Spitälern sowie in Alters- und Pflegeinstitutionen, am häufigsten «Teamarbeit» angegeben wird.

Abb. 20: Einschätzung des Ausmasses von Teamarbeit im Bereich Palliative Care nach Berufsgruppen (n= 985)



Exkurs I: Herausforderungen der Teamarbeit in der Palliativversorgung

Teamarbeit, d.h. die zielgerichtete Zusammenarbeit mehrerer Personen beim Erfüllen von Aufgaben, gilt als wichtige Voraussetzung für eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung und eine verbesserte Koordination der Betreuungs- und Behandlungsleistungen. Auch im Bereich Palliative Care bedeutet Teamarbeit, dass unterschiedliche Berufsgruppen mit sich ergänzenden Fähigkeiten eng zusammenarbeiten, dass sie sich einem gemeinsamen Ziel verpflichtet fühlen und für ihre Arbeit gemeinsam Verantwortung tragen. Allerdings sieht sich Teamarbeit auch hier oft mit erheblichen Herausforderungen konfrontiert.

Eine der grössten Herausforderungen für Teams stellen begrenzte Möglichkeiten der Kooperation dar, bedingt durch die limitierte Erreichbarkeit und Verfügbarkeit der einzelnen Teammitglieder. Interprofessionelle

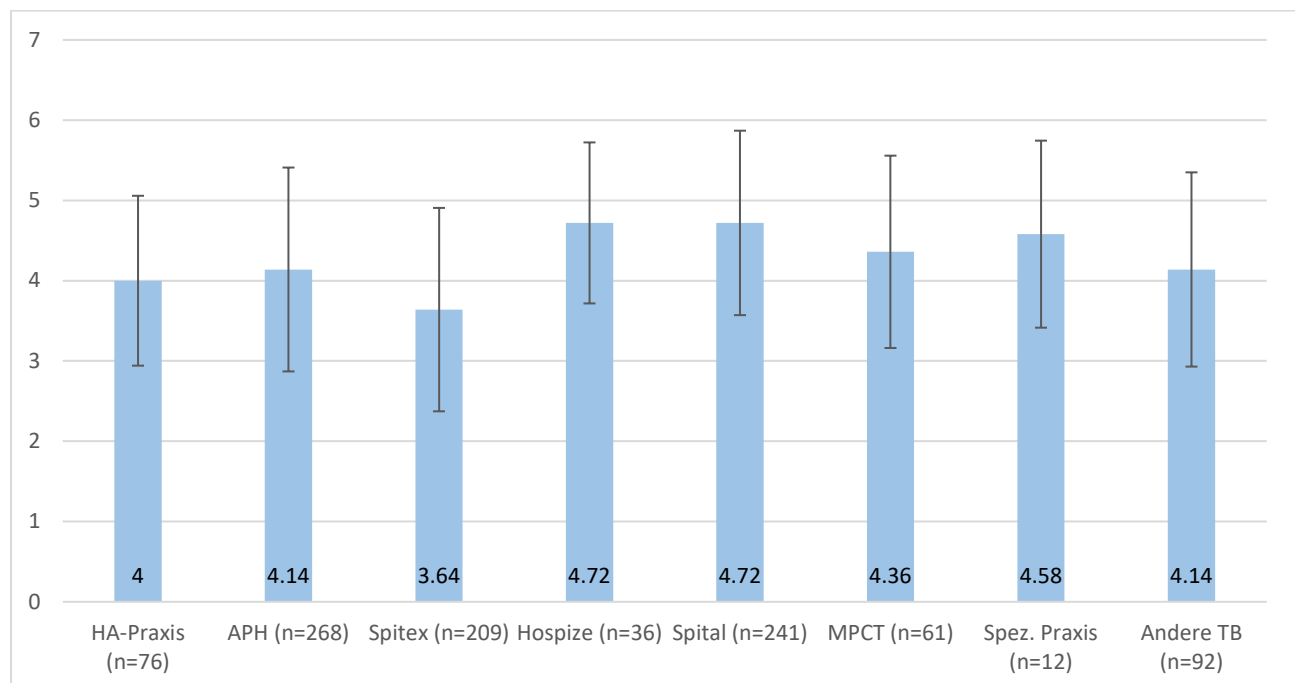
Teams, wie sie in der allgemeinen und spezialisierten Palliative Care anzutreffen sind, wirken dieser Herausforderung durch häufige Interaktionen zwischen den Versorgenden und die möglichst selbständige Koordination von Aufgaben entgegen. Sogenannt «transprofessionelle Teams» (vgl. Crawford & Price, 2003), wie sie bei mobilen Palliative Care Teams zu erkennen sind, sind sogar in der Lage, sich bei bestimmten Aufgaben gegenseitig zu ersetzen, wenn es die Situation erfordert - auch wenn die beruflichen Rollen einen hohen Grad an Spezialisierung aufweisen. Die Teams handeln dabei weitgehend selbstreguliert, die Teamleitung kann situativ von jedem Teammitglied übernommen werden.

Besondere Herausforderungen für die Kooperation im Team stellen die Schnitt- bzw. Nahtstellen zwischen unterschiedlichen Versorgungsbereichen dar: Die Mitglieder der verschiedenen Versorgungsbereiche verstehen sich oftmals nicht als Team - dazu sind die institutionellen Voraussetzungen der Zusammenarbeit in den Versorgungsbereichen zu unterschiedlich.

5.4 Interprofessioneller Austausch im beruflichen Alltag

Eine weitere wichtige Voraussetzung für gelungene Kooperation stellt der **interprofessionelle Austausch im Rahmen von Teambesprechungen, Supervisionen oder Qualitätszirkeln** dar (vgl. Abb. 21). Die Versorgerinnen und Versorger wurden nach ihren persönlichen Ansichten in Bezug auf Möglichkeiten zum interprofessionellen Austausch im beruflichen Kontext befragt. Insbesondere Mitarbeitende von Spitex-Organisationen beurteilten diese Möglichkeiten zu 46.4% als ungenügend. In Anbetracht der zentralen Rolle von Pflegefachpersonen in der palliativen Grundversorgung lässt dieser Wert erhebliches Verbesserungspotenzial vermuten.

Abb. 21: Beurteilung der Möglichkeiten zum interprofessionellen Austausch (z.B. Meetings, Supervision, Qualitätszirkel) in den Tätigkeitsbereichen (n=995) (Mittelwert mit Standardabweichung; 1=sehr schlecht, 2=schlecht, 3=ungenügend, 4=genügend, 5=gut, 6=sehr gut)



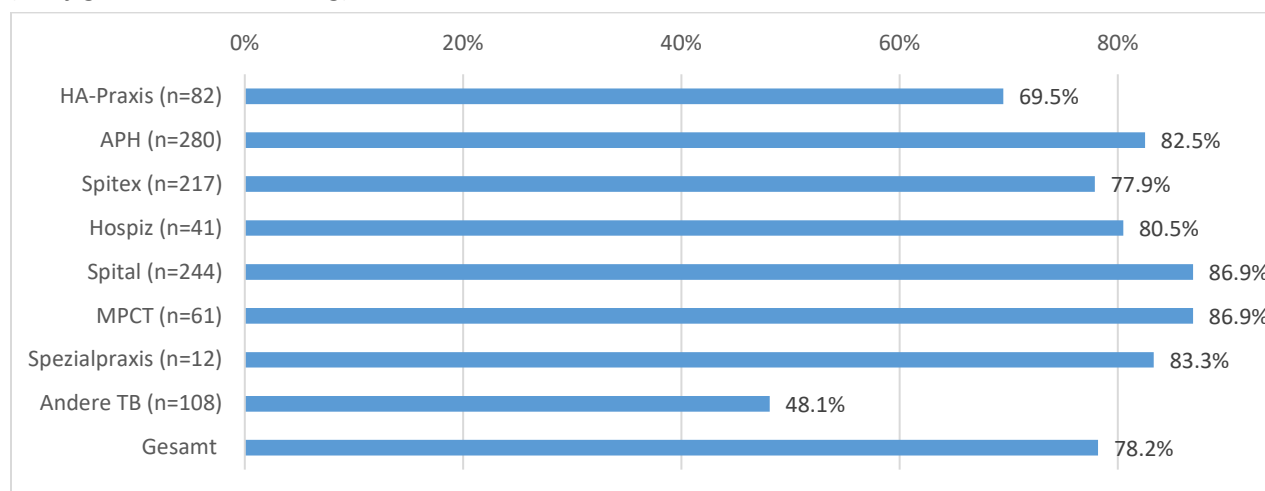
Die Kommunikation innerhalb der eigenen Organisation bzw. im Arbeitsumfeld bewerten 59.3% aller Befragten als gut oder sehr gut. Dabei äussern sich Vertreter/innen der mobilen Palliative Care Teams (63.9%), der Hospize (62.5%) und spezialisierten Praxen (75%) am häufigsten positiv. Hingegen liegen positive Bewertungen der Kommunikation von Fachpersonen der Grundversorgung, genauer gesagt von Spitex-Fachpersonen (56.2%) und Pflegepersonen in Alters- und Pflegeinstitutionen (57.8%) sowie in Spitälern (58.1%) unter dem Durchschnitt. Die Häufigkeit, mit der Mitarbeitende von Hausarztpraxen die Kommunikation innerhalb des Arbeitsumfeldes als positiv bewerten, bildet mit 59.2% den Durchschnitt (ohne Abbildung).

5.4.1 Verwendung von E-Tools beim Informationstransfer

Informations- und Kommunikationstechnologien bzw. *E-Tools* nehmen heute einen zunehmend wichtigen Stellenwert im Gesundheitswesen ein. Sie versprechen die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit zu verbessern, beispielsweise durch das Vermeiden von Doppelspurigkeiten und längerfristiger Kosteneffizienz. Zu den E-Tools zählt das elektronische Patientendossier (EPD): es ist zeit- und ortsunabhängig von Gesundheitsfachleuten wie von Patienten/Patientinnen nutzbar und wird ab April 2020 in Spitälern/ ab April 2022 in Pflegeinstitutionen der Schweiz obligatorisch eingeführt.⁴ Dabei besitzt das EPD auch Koordinationsfunktionen, indem es den aktuellen Stand im Prozessablauf der Behandlung und die Verknüpfung der Aktivitäten der verschiedenen Berufsgruppen jederzeit für alle Mitarbeitenden sichtbar macht.

Die Resultate der Befragung verdeutlichen, dass im Herbst 2018 E-Tools zur Verwaltung und Einsicht von Patientendossiers zwar in nahezu allen Tätigkeitsbereichen der Palliativversorgung Anwendung finden, dass aber hinsichtlich einer flächendeckenden Nutzung von E-Tools immer noch Handlungsbedarf besteht (vgl. Abb. 22). Insbesondere in Hausarztpraxen (69.5%), bei der Spitex (77.9%) und in Hospizen (80.5%) greifen Fachpersonen im Vergleich etwa zu Spitälern und mobilen Palliative Care-Teams (je 86.9%) noch selten auf E-Tools zurück.

Abb. 22: Nutzung von E-Tools zur Verwaltung von Patientendossiers in den Tätigkeitsbereichen (n=1045) (Häufigkeit der Zustimmung)



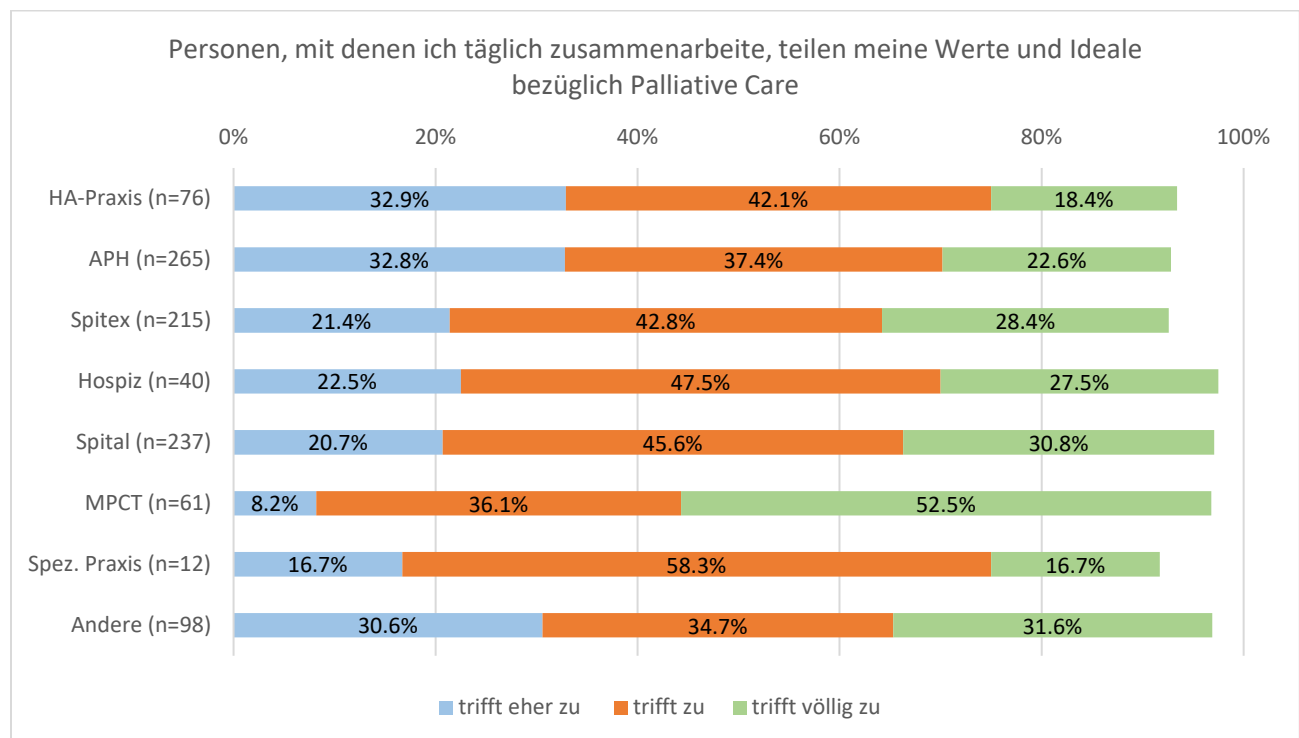
⁴ Für Patienten und Patientinnen sowie Gesundheitsfachpersonen im Bereich der ambulanten Gesundheitsversorgung ist das EPD bislang nicht obligatorisch.

5.5 Gemeinsame Werte

Einen wichtigen Faktor für eine hohe Versorgungsqualität bilden gemeinsame Ideale und Werte hinsichtlich der Palliativversorgung über Berufsgrenzen hinweg. Als kulturelle Dimension einer gelungenen Zusammenarbeit helfen sie bei der gemeinsamen Lösung von Problemen, dem Finden einer weitgehend gemeinsamen Sprache und Perspektive in Entscheidungssituationen und sie begünstigen insgesamt das «Ziehen am gleichen Strang».

Wie Abbildung 23 aufzeigt, attestieren die hier befragten Fachpersonen sich und ihren Kolleginnen und Kollegen aus allen Tätigkeitsbereichen gemeinsame Werte und Ideale, wenn es um die Palliativversorgung geht. Dennoch fallen Unterschiede im Antwortverhalten auf: während Mitarbeitende von mobilen Palliative Care Teams zu über 50% von vollständig geteilten Werten und Idealen berichten, ist es bei der Ärzteschaft – sei es in spezialisierten oder in Hausarztpraxen – mit weniger als 20% ein wesentlich geringerer Teil, der an dieser Stelle vorbehaltlos zustimmen kann. Dennoch zeigen die Ergebnisse, dass im Bereich Palliative Care die Voraussetzung von gemeinsamen Werten und Idealen weitestgehend gegeben ist.

Abb. 23: Geteilte Werte und Ideale bezüglich Palliative Care nach Tätigkeitsbereichen (n=1004)



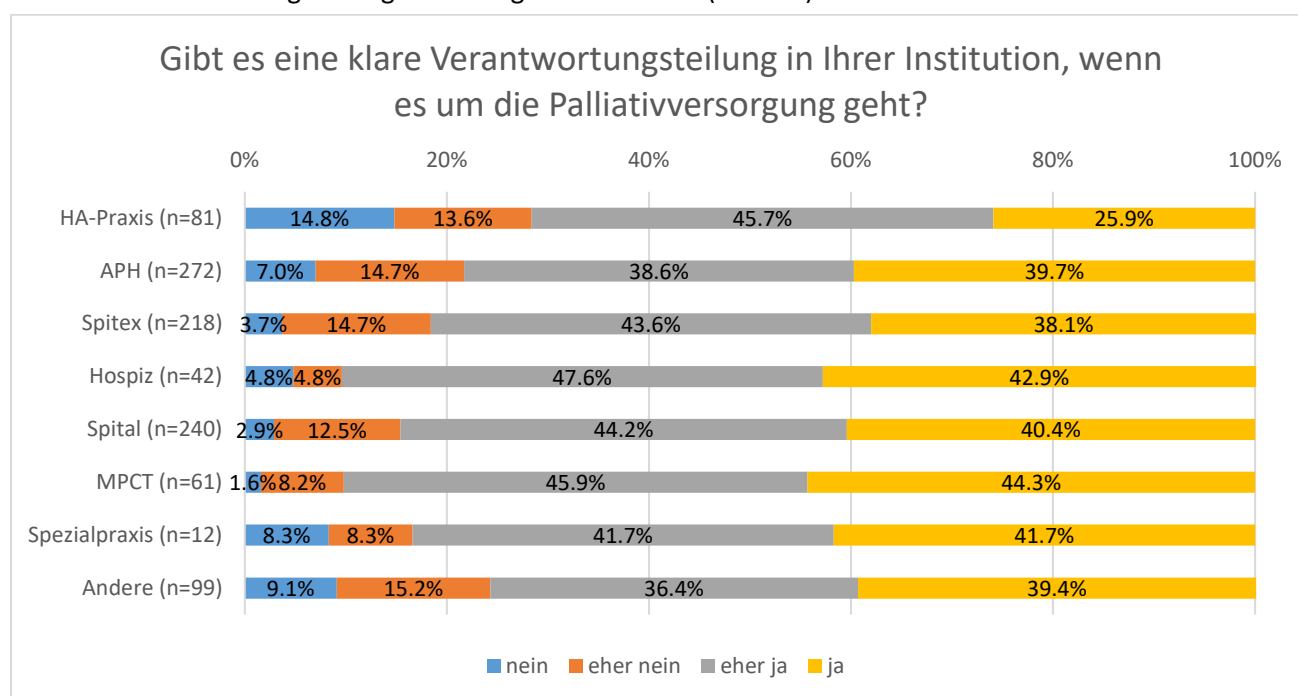
5.6 Koordination von Aufgaben und Verantwortung

Palliative Care erfordert gut koordinierte Tätigkeiten und Reaktionen im Zusammenspiel verschiedener Palliative Care-Dienste und bei der Kombination spezifischer Fachkompetenzen. Im Versorgungspfad können dabei insbesondere in der Betreuung zu Hause (siehe dazu Exkurs II) und an den Schnittstellen zwischen Grundversorgung und spezialisierter Versorgung (vgl. Exkurs III) Herausforderungen entstehen. Gerade in komplexen Situationen ist nicht nur ein zeitnahe Informationsaustausch über Berufsgrenzen hinweg nötig, sondern

auch eine klar geregelte Verantwortungsteilung unter Professionellen sowie eine klare Definition derjenigen Personen bzw. Funktionen, welche Schlüsselrollen bei der Aufgaben- und Verantwortungsteilung im Versorgungspfad erhalten.

Auf die Frage, ob eine klare Verantwortungsteilung im Sinne einer ausgewogenen Verteilung im Arbeitsumfeld bzw. in der Institution existiere, zeichnen die befragten Gesundheitsfachleute ein überwiegend positives Bild. Eine klare Verantwortungsteilung («eher ja» und «ja») wird insbesondere in der spezialisierten Palliativversorgung (Hospize 90.5%; spezialisierte Praxen 83.4%) beobachtet. Aber auch Vertreterinnen und Vertreter der Spitex und der Spitäler äussern sich positiv hinsichtlich der Verantwortungsteilung in ihrem Arbeitsumfeld. Im Vergleich zu diesen Werten fallen die Aussagen im hausärztlichen Bereich (71.6%), in Alters- und Pflegeinstitutionen (78.3%) sowie in anderen Tätigkeitsbereichen (75.8%) kritischer aus (vgl. Abb. 24)

Abb. 24: Verantwortungsteilung nach Tätigkeitsbereichen (n=1025)



Exkurs II: Wer hat eine Schlüsselrolle in der Koordination der Palliativbetreuung zu Hause?

Unter Berufspersonen und Angehörigen existiert oft nur wenig Konsens darüber, wer die Aufgaben im Bereich der Palliativbetreuung zu Hause koordiniert. Sowohl Hausärzte/innen, Pflegefachpersonen wie auch Angehörige betrachten sich als Schlüsselpersonen für die Koordination der Betreuung im häuslichen Umfeld, wie Interviews mit 40 Berufsvertreter/innen und 26 Angehörigen aus dem Jahr 2018/19 in vier Schweizer Kantonen zeigen (Reeves, Schweighoffer & Liebig 2020a).

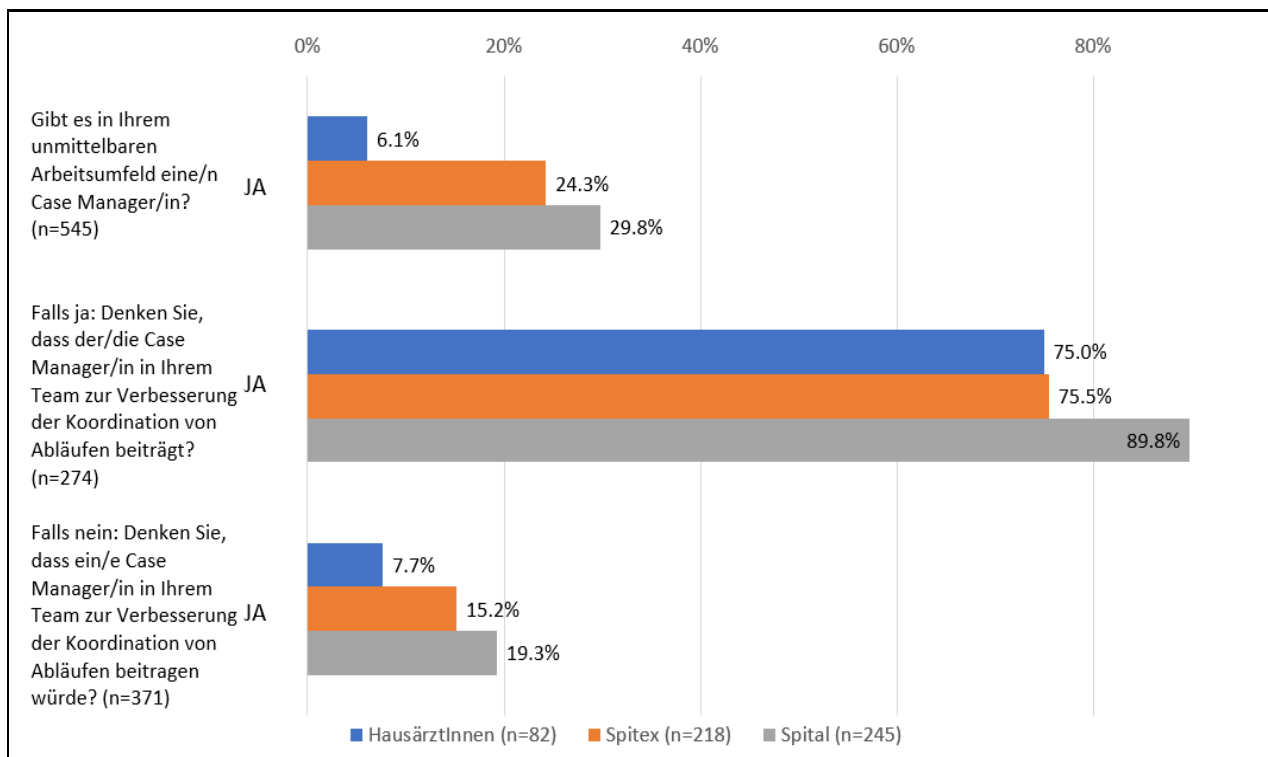
Dieses Phänomen lässt sich zunächst damit erklären, dass in der Betreuung zu Hause jeweils situativ unterschiedliche Anforderungen an die Koordination von Tätigkeiten entstehen. Standardisierte Rollen und Arbeitsteilungen sind in der Palliativbetreuung zu Hause nur teilweise möglich. Andererseits besteht nach Aussage der Befragten auch ein Mangel an Kommunikation zwischen den Fachpersonen im Palliative Care-Team,

beispielsweise zwischen Hausärzten/innen und Pflegefachpersonen. Diese spezifischen Bedingungen begünstigen widersprüchliche Auffassungen über die Zuständigkeit für Koordinationsaufgaben bei allen an der Betreuung von Palliativpatienten beteiligten Personen.

Um Unklarheiten hinsichtlich der Koordination von Aufgaben in einem Palliative Care Team zu vermeiden, bedarf es einer steten Kommunikation über diese Rolle innerhalb des Teams wie im Austausch mit den Angehörigen. Auch ein Mehr an Kontinuität im Betreuungsteam erleichtert es Koordinationsfunktionen abzustimmen. Für Angehörige wie Gesundheitsfachpersonen begünstigt das Vorhandensein eines stabilen Teams, dass sich Routinen im Alltagshandeln entwickeln können, was letztlich auch die Zuordnung und Realisierung von Koordinationsaufgaben erleichtert.

Die Koordination von Aufgaben kann auch im Bereich der Palliativversorgung an Personen delegiert werden, welche offiziell das «Case Management» übernehmen und die Schnitt- resp. Nahtstelle nach Aussen darstellen. Wie Abbildung 25 zeigt, werden Case Manager/innen in der Palliativbetreuung aktuell vorwiegend in Spitälern für Koordinationsaufgaben eingesetzt. Insgesamt aber sind sie noch wenig präsent. Besonders dem hausärztlichen Bereich (6.1%) ist ein Case Management im unmittelbaren Arbeitsumfeld erst selten bekannt. In jenen Bereichen, in denen Case Manager/-innen bereits eingesetzt werden, wird ihr Beitrag zur Koordination jedoch von der Mehrheit der befragten Fachpersonen als wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Koordination von Arbeitsabläufen beurteilt, dies gilt auch für Hausärzte und –ärztinnen (75%). Zugleich fällt aber auch auf, dass jene Personen, die kein Case Management zur Unterstützung in ihrem Umfeld besitzen, insgesamt auch seltener positive Konsequenzen für die Koordination von Aufgaben damit assoziieren.

Abb. 25: Existenz von Case Managern/innen für Koordinationsaufgaben im Arbeitsumfeld (n=siehe jeweilige Frage in Grafik) (*nur positive Antworten*)



Exkurs III: Herausforderungen der Koordination an der Schnittstelle zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliative Care

Eine gute Koordination von Versorgungsleistungen ist unerlässlich, da Palliativdienste stark arbeitsteilig organisiert sind und die Leistungen verschiedener Berufsgruppen und Organisationen kombinieren. Dabei stellt die Koordination an den Schnittstellen der Versorgungsbereiche eine besondere Herausforderung dar, wie in Interviews mit 40 Gesundheitsfachpersonen aus der Grundversorgung und spezialisierter Versorgung deutlich wird (Reeves, Schweighoffer & Liebig 2020b).

Die Interviews verweisen auf drei Kategorien von Herausforderungen, die sich auf struktureller, organisatorischer und interpersoneller Ebene lokalisieren lassen: So stellen nicht nur der grundsätzliche Mangel an verfügbaren Koordinationsdiensten in der Grundversorgung, sondern auch Zeitmangel und fehlende Ressourcen strukturelle Hindernisse für die Abstimmung von Betreuungsleistungen über die Schnittstellen hinweg dar. Überdies werden auch im Bereich Palliative Care heute noch unterschiedlichste Wege für den Austausch von patientenbezogenen Informationen eingesetzt: Sie sind auf die Bedürfnisse einzelner Institutionen zugeschnitten, erweisen sich jedoch im Austausch mit anderen Institutionen oft als inkompatibel. Aufgrund dieser Mängel ist der Informationsfluss zwischen den Versorgern und Versorgerinnen besonders über die Schnittstellen hinweg oftmals nur eingeschränkt bzw. indirekt über Drittpersonen möglich. Schliesslich erschweren auf der Beziehungsebene unterschiedliche Vorstellungen von beruflichen Rollen und Zusammenarbeit bis hin zu fehlendem Vertrauen in die Kompetenzen der anderen Fachpersonen die Koordination von Leistungen (siehe auch Liebig & Piccini 2017).

Strukturelle Herausforderungen	Herausforderungen auf organisatorischer Ebene	Herausforderungen auf Beziehungsebene
Mangel an verfügbaren Koordinationsrollen und -diensten in der palliativen Grundversorgung	Gebrauch von E-Tools, die in der eigenen Institution, jedoch nicht im Austausch mit anderen Institutionen gängig sind	Unterschiede im Verständnis von beruflichen Rollen mit Blick auf Koordinationsaufgaben
Mangelnde zeitliche Ressourcen der Versorger/innen für die Koordination mit anderen Diensten	Mangel an regelmäßigen Treffen zwischen Versorgerinnen und Versorgern der allgemeinen und spezialisierten Palliative Care	Unterschiedliche Vorstellungen von Zusammenarbeit und Koordination
Mangelnde finanzielle Vergütung für die Koordination von Aufgaben	Mangelnde oder nur indirekte Kommunikation zwischen Fachpersonen über Drittpersonen	Mangelndes Wissen und Vertrauen hinsichtlich der Fachkompetenzen von anderen Fachpersonen

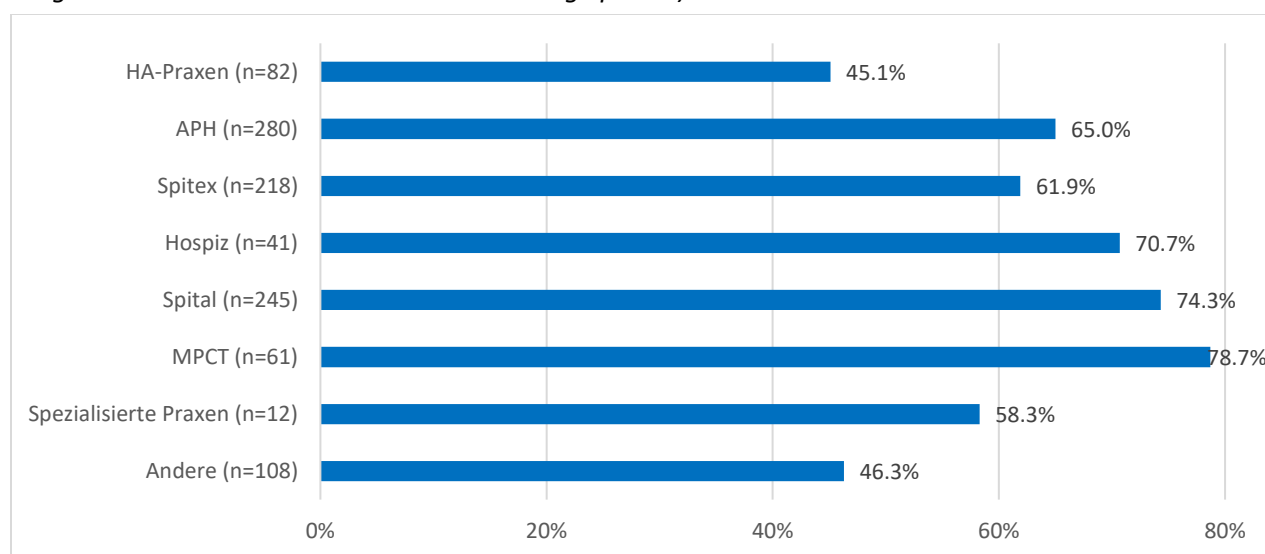
5.7 Evaluation und Feedback im Arbeitsalltag

Eine regelmässige Beurteilung des Versorgungsprozesses und ein Feedback zum beruflichen Handeln werden als wesentliche Faktoren der Versorgungsqualität beschrieben (vgl. Bainbridge et al. 2010). In institutionali-

sierter Form gelten Qualitätsmanagementsysteme zur laufenden Bewertung und Leistungsanpassung im Gesundheitswesen als entscheidend für Effizienzsteigerungen und für die Verbesserung der Patientenzufriedenheit.

Zum Evaluationsprozess gehört das Erfassen von Patientenbedürfnissen und –wünschen. Die Frage, ob die befragten Fachleute bzw. deren Arbeitsumfeld im Bereich der Palliativversorgung über Instrumente verfügt, um die Wünsche und Bedürfnisse von Palliativpatienten zu erheben, offenbart jedoch Lücken in diesem Bereich (vgl. Abbildung 26). Regelmässige Evaluationen, beispielsweise in Form von Qualitätszirkeln oder Feedbackrunden erscheinen nach Aussage der Fachpersonen vor allem im Bereich hausärztlicher Versorgung noch wenig verbreitet. Dazu fehlen, wie Gespräche mit Hausärzten/innen zeigen, sowohl zeitliche wie auch finanzielle Ressourcen (vgl. Alvarado & Liebig 2016).

Abb. 26: Regelmässige Evaluation von Arbeitsabläufen im Arbeitsumfeld (z.B. mit Qualitätszirkeln oder Feedbackrunden) in den Tätigkeitsbereichen (n=1047) (nur Anteil positiver Antworten, d.h. von 100% in HA-Praxen tätigen Personen beantworteten 45.1% die Frage positiv)



6 Versorgungqualität aus Sicht der Angehörigen und Fachpersonen

Die Verfügbarkeit von palliativen Dienstleistungen rund um die Uhr (24/7) bildet ein wichtiges Qualitätsmerkmal der Versorgung (vgl. Bainbridge et al., 2010). In Institutionen wie Spitälern oder Hospizen ist die Verfügbarkeit rund um die Uhr gegeben. Doch wie sieht es in der ambulanten Palliativversorgung aus? Gerade wenn Menschen in ihrer häuslichen Umgebung betreut und gepflegt werden, ist es für Patienten/innen und Angehörige entscheidend, während 24 Stunden auf palliative Dienstleistungen zurückgreifen zu können, um unnötige Einweisungen ins Spital zu vermeiden.

79.1% der Befragten geben an, dass entweder sie selbst oder ihre Institution rund um die Uhr Palliativversorgung gewährleisten können. Mit Blick auf die Institutionen sind jedoch grosse Unterschiede erkennbar: In Institutionen, die über einen 24h-Betrieb verfügen, fällt der Anteil eines 24h-Angebots für Palliativbetreuung sehr viel höher aus (Alters- und Pflegeinstitutionen 94.1%, Spitäler 91.8%, Hospize 90.2%). Auch 87.5%

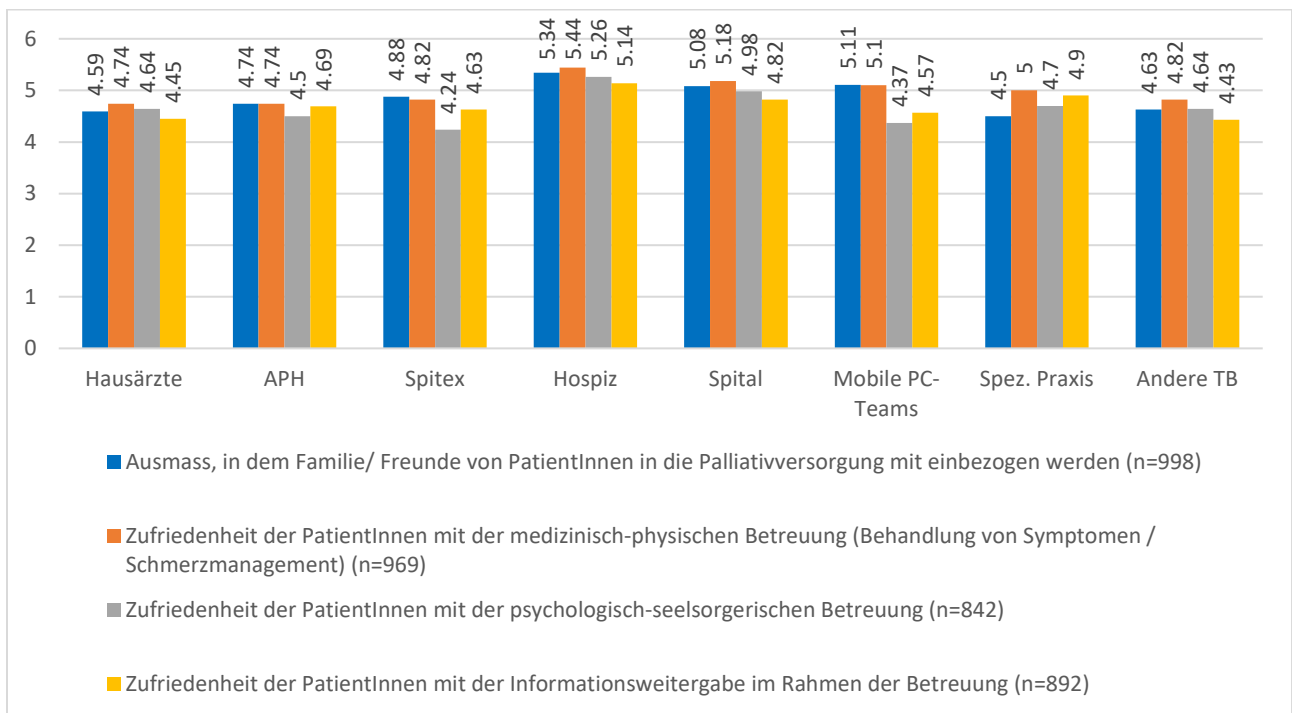
der befragten spezialisierten Praxen und 76.8% der mobilen Palliative Care-Teams verfügen über diese Möglichkeit. Die befragten Spitex-Fachpersonen (65.4%) und Hausärztinnen und Hausärzte (46.6%) geben hingegen vergleichsweise seltener ein 24h-Angebot in der Palliativversorgung an.

Von allen Befragten (n=1098) sind 79.7% überdies der Meinung, dass palliativmedizinische Dienstleistungen in ihrem Umfeld für Personen unabhängig von deren spezifischen Diagnose, Religion oder ethnischer bzw. sozioökonomischer Herkunft angeboten werden. In Anbetracht der Relevanz dieser Frage soll festgehalten werden, dass 16% der befragten Personen die Ansicht vertreten, dass die Palliativversorgung in der Schweiz nicht allen Personen in gleichem Masse zur Verfügung stehen sollte.

6.1 Angemessener Miteinbezug von Familie und Freunden

Trotz der skizzierten Defizite im Hinblick auf die Versorgungsstrukturen und -prozesse, werden die «Output-Faktoren» bzw. verschiedene Merkmale der Versorgungsqualität von den Befragten gesamthaft sehr positiv beurteilt. Insbesondere hinsichtlich der medizinisch-physischen Betreuung beobachten die befragten Fachleute zu 77.2% eine hohe bis sehr hohe Zufriedenheit der Patienten und Patientinnen. Mit 62.5% fällt die Beurteilung der psychologisch-seelsorgerischen Betreuung etwas kritischer aus (siehe Abb. 27). Allerdings fällt auf, dass sich zu dieser konkreten Frage deutlich weniger Fachpersonen als zu den anderen Items in dieser Skala äussern. Dieses deutlich reduzierte Antwortverhalten könnte ein Hinweis darauf sein, dass bei Fachpersonen der Fokus der Palliativversorgung vorwiegend auf der medizinischen Versorgung liegt, während psychologisch-seelsorgerische Bedürfnisse von Patienten/innen und Angehörigen eher in den Hintergrund der Wahrnehmung treten.

Abb. 27: Versorgungsqualität aus Sicht der Fachpersonen (n=siehe jeweilige Frage in Grafik) (Mittelwerte; 1=sehr schlecht, 2=schlecht, 3=ungenügend, 4=genügend, 5=gut, 6=sehr gut)

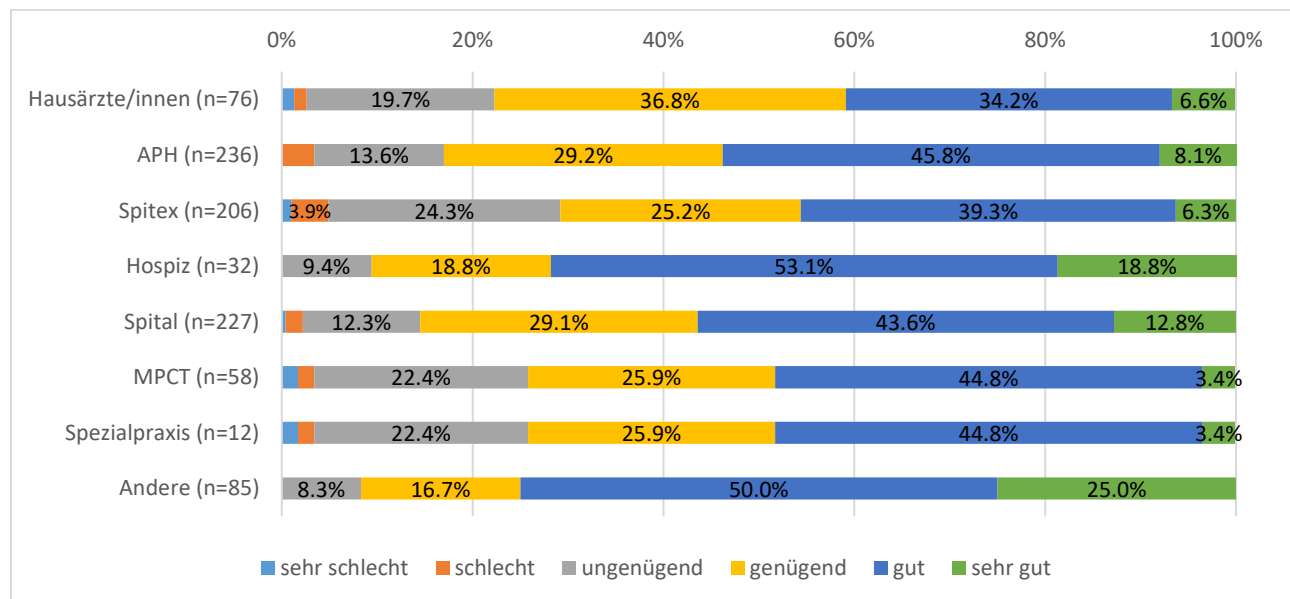


Diese Vermutung bestätigt sich weitgehend in der qualitativen Befragung von Angehörigen (Degen Jermann & Liebig, forthcoming). Viele pflegende Angehörige berichten, dass ihre erkrankten Familienmitglieder keine psychologisch-seelsorgerische Betreuung erhalten haben, weil sie dies nicht wünschten. Ähnlich häufig berichten aber auch Angehörige, welche diese Betreuung sowohl für die Erkrankten wie auch für sich selber in Anspruch nahmen, dass sie diese in ihrem privaten Umfeld fanden, eigenständig organisierten oder selber als Seelsorger/in für das Familienmitglied fungierten. Von psychologischer-seelsorgerischer Unterstützung durch das palliative Team wurde vor allem dann berichtet, wenn ein mobiles Palliative Care Team in die Betreuung involviert war: Dabei handelte es sich um Gespräche, welche einer seelsorgerischen Begleitung sehr nahekamen und von den Angehörigen sehr geschätzt wurden.

6.2 Wahrnehmung der Kontinuität bzw. Nahtlosigkeit der Betreuung

Aus der Literatur ist bekannt, dass ein stabiles, aus lediglich wenigen Personen bestehendes Betreuungsteam, in der Wahrnehmung von Palliativpatienten/innen und ihren Angehörigen als zentrales Qualitätsmerkmal gilt. In der Befragung äusserten 38.3% der Fachpersonen der allgemeinen Palliativversorgung den Eindruck, dass es häufige Wechsel der primären Bezugspersonen von Palliativpatienten gibt. Fachpersonen der spezialisierten Palliative Care teilten diese Ansicht in ähnlich hoher Zahl (36.7%).

Abb. 28: Beurteilung der Kontinuität von Versorgungsabläufen im unmittelbaren Arbeitsumfeld (n=932) (sehr schlecht bis sehr gut)



Ein häufiger Wechsel von Fachpersonen innerhalb von Palliative Care Teams wird von vielen der befragten Angehörigen als problematisch beschrieben (vgl. Degen Jermann & Liebig, forthcoming). Insbesondere im Spital-Setting und bei der Betreuung durch die Spitex werden häufige Wechsel des Personals bemängelt. Das Ausweichen auf private Spitex-Organisationen, die eine konstantere Betreuung mit wenigen Betreuungspersonen erlauben, wurde in den Interviews als mögliche Lösung genannt.

7 Empfehlungen

7.1 Empfehlungen für die Politik (Bund und Kantone)

- **Allgemeine Palliative Care vermehrt unterstützen:** Nach Jahren des Aufbaus der spezialisierten Versorgung, müssen nun verstärkt auch Versorgungsleistungen und –strukturen im Bereich der allgemeinen Palliative Care gefördert und die Vernetzung innerhalb der Grundversorgung sowie zwischen den Versorgungsbereichen unterstützt werden. Dazu gehört auch eine angemessene Finanzierung der allgemeinen Versorgungsleistungen.
- **Palliatives Versorgungsangebot in den Kantonen:** Ziel muss es sein, gesamtschweizerisch - d.h. in allen Kantonen, in städtischen wie ländlichen Regionen - eine angemessene Anzahl an Hospizen sowie auch Betten in Spitälern, Alters- und Pflegeinstitutionen und in Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen für die palliative Versorgung zur Verfügung zu stellen.
- **Finanzierung:** Als dringend notwendig erachten die befragten Fachpersonen die Verbesserung der Finanzierung von Versorgungsleistungen im Palliativbereich. Dies betrifft nicht nur die Abgeltung von Leistungen in den Kantonen, sondern auch die Vergütungen durch TARMED und die diagnosebezogenen Fallpauschalen in den Spitälern (DRG). Überdies bedarf es kantonsübergreifend einer einheitlichen Finanzierung von palliativen Versorgungsleistungen mit vergleichbaren Tarifsyste-men. Der Kanton Tessin mit seinem vergleichsweise grosszügigen Finanzierungssystem durch Gemeinden und Kanton kann als Vorbild für die restliche Schweiz dienen (s. Box I).
- **Finanzierung für sozialmedizinische Institutionen mit Palliative Care-Auftrag (Hospize) vereinheitlichen:** Schweizer Hospize kämpfen mit grossen finanziellen Schwierigkeiten. Im geltenden Krankenversicherungsgesetz sind sie - mit drei Ausnahmen - der Langzeitpflege zugeordnet. Die Vergütung von Leistungen nach dem Pflegeheimtarif reicht aber bei weitem nicht aus, um die anfallenden Kosten zu decken. Nötig ist ein neues Finanzierungsgesetz, auf dessen Grundlage Hospize eigenständig finanziert werden können, wie dies beispielsweise in Deutschland bereits der Fall ist.
- **«Patientenferne» Leistungen adäquat abgelden:** Auch Besprechungen innerhalb und zwischen den Versorgungsbereichen oder zwischen Fachleuten in Palliative Care-Teams und Angehörigen sollten finanziell abgegolten werden können. Die Absprache und Koordination von Behandlungs- und Betreuungsleistungen ist unverzichtbar für eine hohe Versorgungsqualität und bedarf zusätzlicher Arbeitszeit.

Box I: Finanzierungsmodell Palliative Care im Tessin

Der Kanton Tessin nutzt schon seit bald 30 Jahren ein eigenes Finanzierungs-System: Sowohl das *Hospice Ticino* wie auch der *Servizio die Cure Palliative* sind in zweiter Linie (Beratung und Anleitung von Fachpersonen) tätig und kommen zu Hause (Hospize) und in Spitälern (Servizio) zum Einsatz. Beide Strukturen haben einen Bildungsauftrag am Krankenbett, um die Qualität der «primary care givers» nachhaltig sicherzustellen. Finanziert werden die Leistungen des *Hospice Ticino* – wie auch diejenigen der kantonalen Spitex-Organisationen – zu 80% durch die Gemeinden und 20% durch den Kanton. Das *Hospice Ticino* verfügte im Jahr 2018 über ein Jahresbudget von rund 1.3 Millionen Franken, wovon knapp 0.3 Millionen über Spenden finanziert wurden. Der *Servizio di Cure Palliative* wird von den Spitälern finanziert.

Quelle: <http://hospiceticino.ch/wp-content/uploads/2019/09/FHT-Rapporto-annuale-2018.pdf>

- **Förderung** von E-Tools und digitalen Plattformen auf nationaler Ebene: Internet-Plattformen und Gefässe, welche dem Austausch und der interprofessionellen Kooperation in den Versorgungsbereichen und deren Schnitt- resp. Nahtstellen dienen, müssen von der Kompetenz- und Koordinationsstelle von Bund und Kantonen (eHealth Suisse) gezielt weiterentwickelt und gefördert werden (vgl. z.B. PalliaCare App Kanton Solothurn). Parallel dazu sollten (Online-)Schulungsangebote zur Nutzung dieser Plattformen ausgebaut werden. Hier gilt es zudem, kluge Finanzierungsmodelle dieser interprofessionellen Plattformen zu finden.
- **Erfassen der Bedürfnisse von Patient/innen mittels Feedback-Instrumenten:** Bisher mangelt es an Instrumenten, welche in der Schweiz systematisch die Bedürfnisse von Palliativpatienten und deren Angehörigen erfassen können und eine Einschätzung zur Güte und Qualität der erbrachten Leistungen erlauben. Insbesondere für die allgemeine Versorgung, in der erst wenige Formen der Evaluation von Versorgungsangeboten existieren, könnten ein Feedback-Instrumente wertvolle Hinweise für die Qualitätsverbesserung von Betreuungsleistungen bieten.
- **Systematisches Monitoring anstreben:** Ein systematisches Monitoring der Versorgungsqualität auf nationaler und kantonaler Ebene kann wichtige Hinweise zur Entwicklung von Leistungen in Ausrichtung an den Patientenbedürfnissen liefern.
- **Pflegerische Leistungen von Angehörigen vergüten:** Angehörige, die Betreuungsaufgaben in der Palliativversorgung übernehmen, sollten auch dann für ihre Leistungen eine finanzielle Vergütung erhalten, wenn sie nicht mit der pflegebedürftigen Person im selben Haushalt leben.

7.2 Empfehlungen für die Aus-, Weiter- und Fortbildung

- **Frühe und kontinuierliche interprofessionelle Bildung anstreben:** Interprofessionalität sollte bereits in die Grundausbildung von Berufen des Gesundheitswesens integriert werden, damit eine weitreichende Kultur des Zusammenarbeitens im Team entstehen kann und nicht als selbstverständliche Fähigkeit von Leistungserbringenden angesehen wird. Die interprofessionelle Ausrichtung von Lehrveranstaltungen sollte zudem weiterhin in der Fort- und Weiterbildung gefördert werden (vgl. dazu auch Sottas, Mentrup & Meyer 2016). Für alle Bildungsangebote sollten generell die Grundsätze gelten: «Weg von Konkurrenz, hin zur Zusammenarbeit» und «Begegnung auf Augenhöhe», damit interprofessionelle Zusammenarbeit in der Praxis gelingen kann.
- **Interprofessionell geführte Trainings- und Ausbildungsstationen etablieren:** Analog zum schwedischen Modell (s. Box II) existieren in der Schweiz Bestrebungen zu ähnlichen interprofessionell geführten Ausbildungsstationen. So etablierte die Universität Zürich seit Herbst 2019 in der Klinik und Poliklinik

Box II: Schwedisches Modell für interprofessionelle Bildung und Praxis

Im schwedischen Linköping bestehen seit 1996 sogenannte «interprofessional education student training wards» als Teil einer interprofessionellen Ausbildung im Gesundheitsbereich. Hierbei handelt es sich um Trainingsstationen, auf welchen Teams von Studierenden des letzten Ausbildungssemesters während zweier Wochen die gesamte Verantwortung für eine konventionelle Abteilung mit nicht selektionierten Patienten in der orthopädischen Klinik übernehmen. Die Teams setzen sich interprofessionell aus Studierenden verschiedener Professionen (Medizin, Pflegewissenschaften, Physiotherapie, Ergotherapie, Soziale Arbeit und Labormedizin) zusammen und werden von Supervisoren unterstützt.

Sottas, Mentrup & Meyer 2016

für Innere Medizin wie auch in der Klinik für Traumatologie jeweils eine interprofessionelle Ausbildungsstation (ZIPAS – Zürcher interprofessionelle Ausbildungsstation). Studierende unterschiedlicher Fachbereiche bilden interprofessionelle Teams, in welchen sie über einen Monat hinweg selbständig Patientinnen und Patienten betreuen. Bestätigen wissenschaftliche Evaluationen die positiven Effekte dieses Modells auf Studierende, Patient/innen und die Qualität der Betreuung, sollten solche Ausbildungsstationen in Zusammenarbeit mit Universitäten und Hochschulen auch in anderen Kantonen gefördert und etabliert werden (vgl. Bally, Hähnel, Häuptle, Sommer & Hari 2019).

- **Weiterbildung Palliative Care für Pflegeberufe etablieren:** Pflegerische Weiterbildungen im Bereich Palliativversorgung bedürfen der Förderung sowie der inhaltlichen Angleichung, um das bis anhin sehr inkonsistente und breit gestreute Weiterbildungsangebot inhaltlich aufeinander abzustimmen.
- **Koordinationsaufgaben aufwerten:** Aus- und Weiterbildungsangebote zur Advanced Practice Nurse (APN) oder im Bereich der klinischen Sozialarbeit bedürfen einer gezielten Förderung in allen Kantonen: Beide Professionen besitzen Kompetenzen, um Koordinationsaufgaben in der Palliativversorgung zu übernehmen. Zudem kommt ihnen eine wichtige Funktion an der Schnittstelle zwischen allgemeiner und spezialisierter sowie ambulanter und stationärer Versorgung zu (s.a. Sailer Schramm et al., 2018). Aus- und Weiterbildungsprogramme für APN bestehen u.a. am Department Public Health der Universität Basel (<https://nursing.unibas.ch/de/weiterbildung/das-anp-plus/>).
- **Interprofessionelle Qualitätszirkel bilden:** Interprofessionelle Qualitätszirkel zwischen Gesundheitsfachleuten sowie weiteren Berufsgruppen (z.B. Soziale Arbeit, seelsorgerische Dienste) verbessern die Betreuungsqualität und fördern zugleich den Erfahrungsaustausch und die Vernetzung in den Regionen. Die bisherigen Qualitätszirkel, die oft entweder in der allgemeinen oder aber stationären Versorgung gängig sind, sollten mit einem spezifischen Fokus auf Palliative Care auch institutionenübergreifend angeboten werden, denn sie können in besonderer Weise Ausgangspunkt für ein gemeinsames Handeln und Entscheiden bilden. Zudem tragen Qualitätszirkel zur emotionalen Stärkung mit Blick auf das Berufsverständnis und den Praxisalltag bei und unterstützen bei der Bewältigung schwieriger und komplexer Versorgungssituationen.
- **Angehörige von Palliativpatienten/innen vermehrt unterstützen:** Angehörige sind erheblichen Belastungen ausgesetzt und sollten durch gezielte Angebote wie z.B. Selbsthilfegruppen oder Trauercafés Unterstützung erhalten.

7.3 Empfehlungen für Fachpersonen im beruflichen Alltag der Palliativversorgung

- **Förderung der Vernetzung:** Der Vernetzungsgrad von Fachleuten und Teams in der Schweizer Palliativversorgung kann als noch gering bezeichnet werden. Die Förderung der Vernetzung von Palliative Care-Versorgungseinheiten über Kantonsgrenzen und Versorgungsbereiche hinweg sollte einen Schwerpunkt der Palliative Care Strategie der kommenden Jahre bilden.
- **Einbettung von Hausärzten/innen in Palliative Care Netzwerke:** Insbesondere Hausärzte/innen erscheinen bis heute in zu geringem Masse in Palliative Care Netzwerke eingebettet: hier überwiegen bisher noch informelle Formen der Kooperation und Vernetzung und Vorstellungen des «alleine Arbeitens» sind noch zu stark verbreitet. Das Schaffen von Anreizen, sich Palliative Care Netzwerken anzuschliessen, stellt eine Möglichkeit dar, um die Vernetzung der Hausärzteschaft zu fördern.

- **Stärkung von Pflegefachkräften:** Pflegefachkräften kommt in der Palliativversorgung eine zentrale Stellung zu. Sie sind einerseits wichtige Kooperationspartner für andere Berufsgruppen, andererseits verfügen sie – bedingt durch ihre Nähe zu den Erkrankten und Angehörigen - über betreuungsrelevante Informationen. Die Aufgaben und Rolle von Pflegefachpersonen müssen in der palliativen Grundversorgung aufgewertet werden, sind sie doch zentral für den interprofessionellen Austausch und die Koordination.
- **Angehörige als Teil der Palliativbetreuung aufwerten und unterstützen:** In der hausärztlichen Betreuung kommt die Zusammenarbeit mit Angehörigen noch zu kurz – dabei können die Angehörigen von Patienten und Patientinnen als wichtiger Teil des Versorgungsteams betrachtet werden.
- **Informationsaustausch zwischen Versorgenden verbessern:** Besonders in der allgemeinen Versorgung ist der Informationsaustausch zwischen Gesundheitsfachpersonen bis heute noch verbesserungswürdig. Möglichkeiten zum interprofessionellen Austausch müssen geschaffen und verbessert und die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen innerhalb wie zwischen den Versorgungsbereichen gestärkt werden.
 - IT-gestützte Formen der Kommunikation, Kooperation und Vernetzung erleichtern die Zusammenarbeit (<https://gaeso.ch/partnernews/palliacare-%E2%80%93-interprofessionelle-zusammenarbeit-internet>). Dazu zählt auch der «Behandlungsplan» als elektronische Dokumentenablage für Leistungserbringende (vgl. App «PalliaCare»). Zudem kann ein einheitlicher, digital verfügbarer Medikamentenplan wie z.B. «e-Mediplan» die Medikamentensicherheit erheblich verbessern.
- **Gemeinsame Leitlinien für Palliative Care erstellen:** Leitlinien zu Palliative Care über Berufsgruppen, Institutionen und Versorgungsbereiche hinaus können gemeinsame Werte und gemeinsames Handeln stärken und auch über die Versorgungsbereiche hinweg ein Bewusstsein für die Möglichkeiten und Vorteile der Zusammenarbeit schaffen. Sie können Anleitung dazu bieten, wie spezifische Herausforderungen im Bereich von Kommunikation, Kooperation und Koordination angegangen werden könnten. Überdies können sie auf bestehende Koordinationsstellen und Netzwerke verweisen.
- **Instrumente zur Förderung der Kommunikation und Koordination integrieren:** Für eine optimale Zusammenarbeit in der Palliativversorgung sind Instrumente zentral, welche Austausch und Kooperation ermöglichen und fördern. Hier bieten sich folgende Instrumente an:
 - **Rundtischgespräche:** In komplexen palliativen Situationen ist es immer wieder wichtig, gemeinsam mit den Patienten, Angehörigen und allen involvierten Fachpersonen am runden Tisch Probleme und Herausforderungen anzusprechen, gemeinsam Entscheidungen zu treffen und nach Lösungen zu suchen (vgl. Riesen, 2009; s.a. https://interprof.bagapps.ch/data/downloads/25-Projekt_Versorgungskette_in_Palliative_Care_Kanton_Solothurn_V2.pdf?v=1566212435).
 - **Betreuungsplan mit Advanced Care Planning (ACP):** Das Ausarbeiten und Bereitstellen eines Betreuungsplans, der für alle Beteiligten einsehbar ist, erleichtert die Zusammenarbeit und Kommunikation erheblich (s. https://interprof.bagapps.ch/data/downloads/25-2018_Betreuungsplan_Palliative_Care_19.1.2018.pdf?v=1566212435). Elektronische Tools wie beispielsweise PalliaCare (s. https://interprof.bagapps.ch/data/downloads/25-PalliaCare_ar-page.pdf?v=1566212435) können zusätzlich Erleichterung beim Informationsaustausch bieten.

- **Debriefing-Runde:** Gerade in komplexen und problematischen palliativen Betreuungssituationen stellt das Debriefing ein wertvolles «Gefäss» zur Optimierung dar und dient zudem der Verarbeitung belastender Situationen für das Betreuungsteam nach dem Tod des/der Patienten/in (https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/Empfehlung_Sterbephase_palliative_ch_final_2016_VS.pdf).
- **Schlüsselpersonen für die Koordination definieren:** Unklarheiten darüber, wer die Schlüsselperson für die Koordination von palliativen Leistungen ist, können zu Spannungen und Konflikten innerhalb von Palliative Care Teams führen. Die bewusste Bezeichnung von «Schlüssel-Rollen-Trägern» hilft dabei, solche Rollenkonfusion und –unklarheiten zu vermeiden.
- **Einsatz von «Advanced Practice Nurses» (APN):** APN stellen Schlüsselpersonen für die Koordination von Versorgungsleistungen im Bereich Palliative Care dar und können wertvolle Entlastung und Unterstützung in der Palliativversorgung bieten. Zudem kommt ihnen eine wichtige Funktion an der Schnittstelle zwischen allgemeiner und spezialisierter sowie ambulanter und stationärer Versorgung zu (s.a. Sailer Schramm et al., 2018). Für den Einsatz und eine adäquate Abgeltung ihrer koordinativen Dienstleistungen sind neue Entschädigungsmodelle nötig.

8 Limitationen

Die vorliegenden Ergebnisse basieren auf einer quantitativen Befragung, deren Geltungscharakter eingeschränkt ist. So ist die Grundgesamtheit der Befragten aufgrund des Online-Versands des Fragebogens nur ungefähr bekannt, demzufolge kann auch die Repräsentativität der Stichprobe nicht gemessen und angegeben werden. Die Studie sagt allein etwas über die befragten 1111 Personen aus. Auch ist die Validität der Messungen nicht immer garantiert: Möglich ist, dass einige der Befragten den Begriff «Palliative Care» anders ausgelegt haben, als im Fragebogen beschrieben. Sehr vereinzelt erwies sich eine Frage zudem als zu allgemein formuliert (s. Kapitel 4.3 «Verfügbarkeit von Leitlinien und Standards»), weshalb diese Frage potentiell sehr unterschiedlich beantwortet wurde und ebenfalls nicht sicher ist, ob hier gemessen wurde, was gemessen werden sollte. Ausgeschlossen werden kann schliesslich nicht, dass die Befragten auf verschiedene Fragen hin aus verschiedenen Perspektiven antworteten, da sie u.U. zu gleicher Zeit Gesundheitsfachleute und Angehörige von Palliativpatienten waren.

9 Literatur

- Alvarado, V. & Liebig, B. (2016). Inter-Professional Collaboration between Family Doctors and Nurses at the End of Life; Challenges of Community-Based Palliative Care in Switzerland. *J Comm Pub Health Nurs* 2:124.
- Alvarado, V. & Liebig, B. (2015). Conditions of Palliative Home Care: The Case of Family Physicians in Switzerland, in: *Primary Health Care*, 5(1), <http://dx.doi.org/10.4172/2167-1079.1000180>.
- Bainbridge, D., Brazil, K., Krueger, P., Ploeg, J. & Taniguchi, A. (2010). A proposed systems approach to the evaluation of integrated palliative care. *BMC Palliative Care*, 9:8. DOI: 10.1186/1472-684X-9-8.
- Bally, K., Hähnel, I., Häuptle, Ch., Sommer, J. & Hari, R. (2019). Lehren und Lernen im interprofessionellen Kontext. *Primary and Hospital Care*, 19(10): 310-14.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Hg) (2012a). Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015. Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2012b). Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung. Bericht der Arbeitsgruppe 'Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung' von GDK und BAG. Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Hg) (2013). Gesundheit 2020. Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) (2011 und 2013). Stand und Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen.
- BAG/GDK (2014) Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz. Eine definitorische Grundlage für die Umsetzung der «Nationalen Strategie Palliative Care». Version 15. Juli 2014. Bern [retrieved 1.1.2016 from <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13768/14902/?lang=de>].
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Hg) (2016). Das interprofessionelle Team in der Palliative Care. Die Grundlage einer bedürfnisorientierten Betreuung und Behandlung am Lebensende. Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG), palliative.ch & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) (2012). Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz. Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) (Hg) (2010). Nationale Leitlinien Palliative Care. Bern.
- Crawford, B. & Price, S. (2003). Team working: Palliative Care as a model of interdisciplinary practice. *Medical Journal of Australia*, 179(6): 32-4. DOI: [10.5694/j.1326-5377.2003.tb05575.x](https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2003.tb05575.x)
- Degen Jermann, E. & Liebig, B. (forthcoming). Co-Patienten, Partnerinnen oder Anwältinnen? Angehörige zu ihrer Rollenwahrnehmung in der Palliativbetreuung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung, Entwicklung und Qualität im Gesundheitswesen*.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260(12): 1743-8.
- EAPC (European Association of Palliative Care) (2015): EAPC White Paper on outcome measurement in palliative care: Improving practice, attaining outcomes and delivering quality services – Recommendations from the European Association for Palliative Care (EAPC) Task Force on Outcome Measurement [online] http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Clinical/Publications/PM2015_Bausewein.pdf [10.05.2016].

- EHealth Suisse. (2018). Strategie eHealth Schweiz 2.0. 2018-2022. Von https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/2018/D/181214_Strategie-eHealth-Suisse-2.0_d.pdf.
- Eychmüller, St. & Raemy-Bass, C. (2001). Bestandesaufnahme zur Situation von Palliative Care in der Schweiz. *PrimaryCare*, 1: 272-5.
- Eychmüller, St. (2009): Palliative Care in der Gemeinde – ein Handbuch zur Vernetzung; Erfahrungen aus einer Ostschweizer Studie; Palliativzentrum Kantonsspital St. Gallen.
- Eychmüller, St., Schmid, M. & Müller, M. (2010). Palliative Care in der Schweiz 2008 – eine Bestandesaufnahme. *Schweizerische Ärztezeitung*, 91:10, 409-13.
- Liebig, B. & Piccini, Ch. (2017). Inter-professional communication in palliative care: general practitioners and specialists in Switzerland, in: *Clinical Case Reports and Reviews*, 3.
- Näf, F. (2018). Verbreitung der allgemeinen Palliative Care bei der Nonprofit-Spitex in der Schweiz. Eine quantitative Erhebung zur betrieblichen Verankerung.
- Reeves E, Schweighoffer R, Liebig B. (2019). Community readiness for Palliative Care Services in Switzerland: Basis for public health strategy for health psychologists. *Psychreg Journal of Psychology*. 3(2).
- Reeves, E., Schweighoffer, R, Liebig, B. (2020a). Who is the Key Worker in Primary Palliative Care? *Journal of Leadership in Health Services*.
- Reeves, E., Schweighoffer, R. & Liebig, B. (2020b). An investigation of the challenges to coordination at the interface of primary and specialized palliative care services in Switzerland: A qualitative interview study. *Journal of Interprofessional Care*, DOI: [10.1080/13561820.2020.1724085](https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1724085).
- Schweighoffer, R., Reeves E., Liebig, B. (2020): Collaborative Networks in Primary and Specialized Palliative Care in Switzerland – Perspectives of Doctors and Nurses. *The Open Public Health Journal. Volume 13*: 36-43. DOI: [10.2174/1874944502013010036](https://doi.org/10.2174/1874944502013010036).
- Sottas, B., Mentrup, Ch. & Meyer, P. C. (2016). Interprofessional Education and Practice in Sweden. *International Journal of Health Professions*, 3(1). DOI: [10.1515/ijhp-2016-0002](https://doi.org/10.1515/ijhp-2016-0002).
- Volken, Th., Spichiger, F., Kipfer, St., Pihet, S. & Koppitz, A. (2019). Befragung: Verankerung der allgemeinen Palliative Care in der stationären Langzeitpflege (Pflegeheime). Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG, Bern: ZHAW und HES-SO Fribourg.

Quelle Titelbild: <https://www.hs-koblenz.de/sozialwissenschaften/institute-des-fachbereichs/institut-fuer-bildung-erziehung-und-betreuung-in-der-kindheit-rheinland-pfalz-ibeb/transfer/vernetzung/> [retrieved 1.3.2020].