



## Kosteneffektivität von Palliative Care Literaturanalyse

Stand 15.9.2011

---

Die folgende Übersicht dokumentiert Ergebnisse von 15 internationalen Studien zur Kosteneffektivität von Palliative Care bzw. Kosten am Lebensende. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und wissenschaftliche Beurteilung der Forschungsmethodik. Es handelt sich um eine rein deskriptive Wiedergabe von Forschungsergebnissen im Wissen darum, dass die Ergebnisse nicht 1:1 auf das schweizerische Gesundheitssystem übertragen werden können. Die Auswahl der Studien basiert auf einer umfassenden Literaturrecherche zu Kosten und Palliative Care/Lebensende in verschiedenen Katalogen und Verzeichnissen (PubMed, Web of Science, BioMed Central). Die Suche wurde auf die Jahre 2006 bis 2011 eingeschränkt.

Die analysierten Studien weisen darauf hin, dass mit Palliative Care Kosten im öffentlichen Gesundheitswesen eingespart werden können. Der grösste Anteil der Kosten am Lebensende insgesamt und insbesondere der öffentlich getragenen Kosten machen Hospitalisationen und Akutbehandlungen aus (vgl. [Walker et al. 2011](#) und [Dumont et al. 2009](#)). Die Studien zeigen, dass Palliative Care im Spitalbereich kürzere Aufenthaltszeiten, weniger Notfälle und Aufenthalte auf Intensivstationen bewirkt. Zudem können mittels guter Palliative-Care-Versorgung im ambulanten Bereich (home-care-teams/support service/case management) Hospitalisationen vermieden werden.<sup>1</sup> Das Ausmass der Kosteneinsparungen durch die Einführung eines flächendeckenden Palliative-Care-Angebotes zeigen zwei Studien aus Spanien bzw. Katalonien (vgl. [Gómez 2006](#) und [Gómez 2007](#)). Allerdings ist zu beachten, dass mit dem Ausbau der ambulanten Versorgung teilweise eine Verschiebung der Kosten hin zu den privaten Kostenträgern bzw. den Familien stattfindet.

### 1. Kosten am Lebensende und Kostenträger

Eine Untersuchung von [Dumont et al. \(2010\)](#) zum Verlauf der Kosten in den letzten fünf Lebensmonaten anhand von 160 terminalen Patienten in Palliative-Care-Programmen in Kanada zeigt, dass die gesamten Kosten der Versorgung vom fünften bis zum letzten Monat im Leben vor dem Tod ansteigen. Die Kosten, die vom öffentlichen Gesundheitswesen getragen werden, steigen besonders in den letzten drei Monaten vor dem Tod an. Dies steht im Zusammenhang mit dem Anstieg der Kosten im institutionellen Bereich (v.a. Hospitalisationen) während demselben Zeitraum.

Gemäss der Untersuchung von [Dumont et al. \(2009\)](#), welche 248 Patienten und ihre Angehörigen aus fünf Regionen Kanadas während sechs Monaten respektive bis zum Tod alle zwei Wochen befragte, trug das öffentliche Gesundheitswesen 71% der Gesamtkosten, Private/Familie bezahlte 27% und 2% der Kosten wurden von Nonprofit-Organisationen übernommen. Bei den öffentlich getragenen Kosten machten Spitalaufenthalte rund die Hälfte der Kosten aus.

---

<sup>1</sup> Costantini, M./Higginson, I.J./Boni, L. et al. (2003): Effect of a palliative care home care team on hospital admissions among patients with advanced cancer. *Palliative Medicine* 2003/17, S. 315-321.

Miccinesi, G./Crocetti, E./Morino, P. et al. (2003): Palliative home care reduces time spent in hospital wards: a population-based study in the Tuscany Region, Italy. *Cancer Causes Control* 2003/14 (10), 971-977.

Axelsson, B./Christensen, S.B. (1998) : Evaluation of a hospital-based palliative support service with particular regard to financial outcome measures. *Palliative Medicine* 1998/12, S. 41-49.

Back, A.L./Li, Y.F./Sales, A.E. (2005): Impact of palliative care case management on resource use by patients dying of cancer at a Veterans Affairs medical center. *Journal of Palliative Medicine* 2005/8, S. 26-35.

Bei der Aufteilung der Kosten auf die Kostenträger «öffentliche Hand» und «Private bzw. Familien» variieren die Studienergebnisse je nachdem, ob die von den Angehörigen bzw. Bezugspersonen aufgewendete Zeit für die Betreuung eines kranken Menschen zuhause monetarisiert wurde oder nicht.

## **2. Kosten der Palliative Care im stationären Bereich**

Besonders in den USA wurden viele Studien zu den Auswirkungen von Palliative Care im Spitalbereich durchgeführt. In vielen Spitälern wurden interdisziplinäre Palliativ-Konsiliardienste eingesetzt, die Patienten auf Verlangen des behandelnden Arztes auf allen Abteilungen eines Spitals behandeln. Die Studien zeigten, dass Patienten, die solche «palliative care consultation» erhielten, signifikant geringere Kosten aufwiesen als Patienten der regulären Versorgung (vgl. [Morrison et al. 2008](#), [Penrod 2010](#), [Hanson 2008](#), [Stephens 2008](#)). Die Kosteneinsparungen waren zurückzuführen auf geringere Laborkosten, weniger Aufenthalte auf der Intensivstation, verkürzte Aufenthaltszeiten und bessere Koordination der Pflege und Betreuung. Bei frühzeitigem Einbezug der Palliative-Care-Interventionen resultierten grössere Kosteneinsparungen. Eine signifikante Verbesserung durch Palliative-Care-Konsultationen ergab sich im Bezug auf die Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen.

Zwei Studien aus Belgien untersuchten die Auswirkungen von Palliativstationen. [Simoens \(2010a\)](#) kam zum gleichen Schluss wie die Studien aus den USA, nämlich dass im Spitalbereich Palliative Care tendenziell günstiger sei als die reguläre Versorgung. In einer weiteren Studie mass der gleiche Autor die Spitalkosten bei der Behandlung von terminalen Patienten in Belgien aus Sicht der «health care player» und verglich die Kosten von Palliative Care und regulärer Versorgung auf verschiedenen Spitalstationen ([Simoens 2010b](#)). Die Studie zeigte, dass Palliative Care auf der Akutabteilung kostengünstiger ist als die reguläre Versorgung auf der Akutstation. Auf der Palliativstation fielen die höchsten Kosten pro Patient und Tag an. Dies begründet er durch höhere Fixkosten (grösserer Personalbedarf).

Für den stationären Hospizbereich in Deutschland zeigt eine Studie von [Allert \(2010\)](#), dass die Versorgung im Hospiz im Vergleich zum Spital günstiger ist (Kosten pro Berechnungstag). Die Einsparungen fallen vor allem der öffentlichen Hand zugute. Jedoch ist bei den Kosten der Hospizversorgung der ökonomische Wert der Freiwilligen, die einen wesentlichen Anteil an der Betreuung leisten, nicht einberechnet.

Zu den Kostenauswirkungen der Palliative Care in Langzeitpflegeinstitutionen fanden sich nur in einer Studie Aussagen (vgl. [Candy 2011](#)). Es wurde ermittelt, dass Krebspatienten, die «hospice care» erhielten, geringere Kosten aufwiesen als Patienten der regulären Versorgung. Das galt aber nicht für Patienten mit anderen Diagnosen (z.B. Alzheimer). Heimbewohner mit «hospice care» wurden signifikant seltener hospitalisiert.

## **3. Kosten der Palliative Care im ambulanten Bereich**

Die Studie von [Hammer \(2009\)](#) untersuchte die Auswirkungen eines Modellprojekts zur Unterstützung und Optimierung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung im Bundesland Sachsen. Im Rahmen dieses vom Krankenversicherer AOK finanzierten Modells wurde ein interdisziplinäres Team (Brückendienst) eingesetzt, welches Patienten im häuslichen Umfeld eine kontinuierlich gute, palliativmedizinische Versorgung gewährleistete. Hammer ermittelte Einsparungen für die öffentliche Hand durch weniger Spitaleinweisungen und Vermeidung von Kosten für Notfalleinsätze.

[Candy \(2011\)](#) zeigte in einer Literaturreview, dass im Rahmen von «hospice care» zuhause betreute Patienten im Vergleich zu Patienten mit regulärer Versorgung weniger oft hospitalisiert wurden und auch weniger oft im Spital verstarben. Spitalaufenthalte waren zudem kürzer und es gab weniger Notfallhospitalisationen. Die Kosten der «hospice care»-Versorgung zuhause waren pro Person und Tag ein Drittel geringer als bei der regulären Versorgung, bedingt durch eine geringere Inanspruchnahme von medizinischen Hilfsmitteln, Labortests etc.

In den meisten Studien zum ambulanten Bereich sind der Einsatz und die Unterstützung der Angehörigen bzw. nahestehenden Bezugspersonen bei der Pflege und Betreuung nicht berücksichtigt. In der Studie von [Guerriere et al. \(2010\)](#) aus Kanada wird die aufgewendete Zeit von pflegenden Angehörigen bei der Versorgung zuhause in Kosten umgerechnet. Dabei zeigte sich, dass der Grossteil der Kosten bei der Pflege zuhause (70%) privat aufgewendete Kosten sind. Die Kosten der öffentlichen Hand machten einen Anteil von rund 26% aus.

#### **4. Fazit**

Obwohl die Studien in Gesundheitssystemen durchgeführt wurden, die sich nicht 1:1 mit dem Schweizerischen System vergleichen lassen, lässt die Einhelligkeit der Ergebnisse den Schluss zu, dass mit Palliative Care auch in der Schweiz Kosteneinsparungen für die öffentliche Hand möglich sind. Dies bedingt allerdings, dass sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich die nötigen Versorgungsstrukturen bestehen und bekannt sind.

Bei einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung im Auftrag des BAG<sup>2</sup> haben 75% der Personen angegeben, dass sie am liebsten zuhause sterben möchten. Das öffentliche Gesundheitswesen würde von einer «Verlegung des Sterbens» vom stationären in den ambulanten zudem von Kosteneinsparungen profitieren. Jedoch ist dabei zu berücksichtigen, dass dadurch eine gewisse Kostenverschiebung hin zu privaten Kostenträgern stattfinden kann. Ob eine solche Belastung der Familien und nahestehenden Bezugspersonen gesellschaftlich akzeptierbar ist, steht zur Diskussion.

---

<sup>2</sup> GfK Switzerland (2009): Bevölkerungsbefragung Palliative Care. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/06082/06426/index.html?lang=de>

<b>Titel</b>	<b>Kostenanalyse der palliativmedizinischen Versorgung im Vergleich zur Regelversorgung in Sachsen</b>
<b>Autor, Jahr</b>	Hammer, Thomas (2009)
<b>Publiziert</b>	Universität Leipzig, Dissertation
<b>Bereich</b>	Ambulant / Mobile Palliative-Care-Dienste / Integrierte Versorgung
<b>Analyse</b>	<p>Vergleich der Kosten eines Palliativen Brückenprojekts in Dresden mit den Kosten der Regelversorgung aus Sicht des Kostenträgers. Analysiert wurden Kostendaten von 11'903 Patienten des Krankenversicherers AOK und 208 Patientinnen und Patienten des Brückenprojekts.</p> <p>Der Brückenversorgung Dresden war ein von der AOK Sachsen finanziertes «Modellprojekt zur Unterstützung und Optimierung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung» (1.12.2004 bis 31.12.2006). Es basiert auf einer Vereinbarung zur Integrierten Versorgung<sup>3</sup> zwischen der AOK Sachsen, dem Krankenhaus St. Joseph-Stift, der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaften, unterstützt durch den Sächsischen Hausärzterverband und Dresdener Hämatologen/Onkologen. Ziel war die Förderung der medizinischen Versorgung von sächsischen Palliativpatienten im häuslichen Umfeld. Das Brückenteam setzte sich aus 5 Pflegefachpersonen, einer Sozialarbeiterin und einer Ärztin zusammen und war dem Krankenhaus St. Joseph-Stift (Palliativstation) angebunden.</p>
<b>Resultat</b>	<p>Insgesamt resultierte ein deutlicher Kostenvorteil für die Integrierte Versorgung. Im Kostenvergleich liegt der grösste Vorteil der Integrierten Versorgung bei der Vermeidung von Krankenhauskosten. Aber auch Fahrkosten und Kosten für Noteinsätze wurden eingespart. In der Integrierten Versorgung sind jedoch die Kosten der Arzneimittel und für ambulante Facharztbehandlungen höher als in der Regelversorgung. Besonders hoch war der Vorteil der Integrierten Versorgung bei alten Patienten und kurzen Verweildauern sowie bei Patienten mit niedrigen Pflegeaufwand, rascher Tumorprogredienz und niedriger Komplikationsrate.</p> <p>Vorteile besitzt die Integrierte Versorgung auch im Bezug auf die Versorgungsqualität (Symptomkontrolle, Wiedereinweisungsraten, Zufriedenheit der Patienten, Möglichkeit zuhause zu sterben).</p>
<b>Bemerkung</b>	<p>Modellcharakter für Integrierte Versorgung/Managed Care</p> <p>Einsatz und Unterstützung der Angehörigen bei der Pflege zuhause ist nicht berücksichtigt</p> <p>Angebot nur für Versicherte (sonst Selbstzahler)</p>

<sup>3</sup> Vgl. § 140a SGB V [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_140a.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_140a.html)

<b>Titel</b>	<b>Stand und Handlungsbedarf der bundesdeutschen Hospizbewegung. Studie zur aktuellen Leistungs-, Kosten- und Finanzierungsentwicklung</b>
<b>Autor, Jahr</b>	Prof. Dr. Rochus Allert (2010)
<b>Publiziert</b>	Schriftenreihe des Wissenschaftlichen Beirats im DHPV, Bd. 3, Ludwigsburg
<b>Bereich</b>	Stationärer und ambulanter Hospizbereich / Freiwilligenarbeit
<b>Analyse</b>	<p>Schriftliche Umfrage bei 170 stationären Hospizen und 189 ambulanten Hospizdiensten mit dem Ziel der Änderung der gesetzlichen Grundlagen der Hospizfinanzierung.<sup>4</sup></p> <p>Die stationären Hospize verfügen durchschnittlich über 9,77 Hospizplätze. Die Betreuung geschieht v.a. durch Pflegefachkräfte, wovon rund die Hälfte über eine Zusatzausbildung in Palliative Care verfügt. Weiteres Personal: Pflegehilfskräfte, Sozialarbeitende, Psychologen, Theologen. Dazu sind pro Hospiz durchschnittlich 32 Personen ehrenamtlich tätig.</p> <p>Stationäre Hospize werden von den Krankenkassen nur finanziell gefördert, wenn es gleichzeitig einen komplementären ambulanten Hospizdienst gibt. Diese leisten stets seelsorgliche und psychosoziale Begleitung, verbunden mit Grund- und Behandlungspflege, palliativ-pflegerischen Leistungen, allgemeine Schmerztherapie, Symptomkontrolle etc. Pro ambulanter Hospizdienst arbeiten durchschnittlich 1,6 hauptamtliche Pflegefachkräfte, 45,79 ehrenamtliche Mitarbeitende und 1,26 Sozialarbeitende, dazu 2,9 Mitarbeitende im administrativen Bereich.</p>
<b>Resultat</b>	<p>Stationärer Hospizbereich: Gesamtkosten von Hospizen pro Jahr: 763'311€ Davon sind 72% Personalkosten und 28% Sachkosten. Kosten pro Berechnungstag: 270,68 € (davon betragen die Pflegekosten 171 €) . Die Kosten pro Berechnungstag im Krankenhaus 2007 betragen 484.24 €<sup>5</sup> Diese Kosten sind allerdings in mehrfacher Hinsicht zu bereinigen (z.B. um die Kosten für den ärztlichen Dienst und den medizinischen Sachbedarf, da diese Kosten bei einer Hospizversorgung von den Krankenkasse über andere Finanzierungswege aufgebracht werden müssen). Die Kosten von 271 € pro Berechnungstag im Hospiz werden finanziert durch die Kranken- und Pflegekassen (67,2%), die betreute Person oder Sozialhilfe (7,7%) sowie über aufzubringende Eigenleistung des Hospizes (25,1%).</p> <p>Nicht einberechnet ist der ökonomische Wert des Ehrenamtes: Pro Hospiz 87'575 €, das entspricht rund 31 € pro Pfl egetag. Bei Berücksichtigung dieser unbezahlten Leistungen wären die Kosten pro Bewohner und Tag im stationären Hospiz mit 302 € anzusetzen. Von 37 ausgewerteten Hospizen arbeiten 13 kostendeckend. Die anderen haben Defizite zwischen 10'000 und über 150'000 €.</p> <p>Im ambulanten Hospizbereich wird der überwiegende Teil der Leistungen von Ehrenamtlichen erbracht, deshalb ist es schwierig, eine eindeutige Ermittlung des ökonomischen Wertes dieser Leistungen bzw. der Gesamtkosten vorzunehmen. Gemäss § 39a SGB V, Abs. 2, können ambulante Hospizdienste Förderung beantragen (Zuschuss für Personalkosten hauptamtlicher Mitarbeitenden, d.h. auch Koordination, Schulung, Unterstützung der ehrenamtlichen Mitarbeitenden etc.). Kosten für Miete von Büroräumen, Technik und Fahrtaufwand müssen vom Hospizträger aufgebracht werden.</p>
<b>Bemerkung</b>	<p>Vor allem die Kombination von stationären Hospizen und ambulanten Hospizdiensten, welche den Verbleib zuhause ermöglichen, tragen zu Kosteneinsparungen bei (im Vergleich mit den Krankenhauskosten).</p> <p>Kosteneinsparungen in stationären Hospizen basieren v.a. auf dem gut ausgebauten ehrenamtlichen Engagement.</p> <p>Nicht abgedeckt ist eine spezialisierte ambulante Versorgung. Die Tätigkeit der Hospize ist hauptsächlich Sterbebegleitung (seelsorgerisch-psychosoziale Begleitung).</p>

<sup>4</sup> Vgl. [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_39a.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_39a.html)

<sup>5</sup> Gemäss Systematik der Krankenhausbuchführungsverordnung

---

<b>Titel</b>	<b>Resource use and costs of end-of-life/palliative care: Ontario adult cancer patients dying during 2002 and 2003</b>
<b>Autor, Jahr</b>	Walker, Hugh et al. (2011)
<b>Publiziert</b>	Journal of Palliative Care 27:2, S. 79-88
<b>Bereich</b>	Kosten am Lebensende / Versorgung
<b>Analyse</b>	Ermittlung der direkten medizinischen Kosten von End-of-Life und Palliative Care (EOL/PAL) von 43'802 Krebspatienten in den letzten sechs Lebensmonaten. Die Kosten wurden analysiert nach Krebsdiagnose, Sterbeort und Versorgungsart. 25% der Patienten verstarben an Lungenkrebs, 16% an anderen gastrointestinalen Tumoren (ausser Darmkrebs).
<b>Resultat</b>	<p>Die durchschnittlichen «Ministry of Health-funded» Kosten für EOL/PAL pro Krebspatient betragen im Untersuchungszeitraum 2002/2003 rund CAD\$ 25'000 pro Jahr (\$176 pro Tag). Dabei macht Akutbehandlung (acute care) 75% dieser Kosten aus, je 5% sind auf die ärztliche Behandlung und Medikamente zurückzuführen, die restlichen 15% auf die Betreuung zuhause. Das heisst, der grösste Teil der Kosten wird nicht für «formal palliative care» ausgegeben.</p> <p>Die geringsten Kosten waren in der Kategorie Lungenkrebs zu verzeichnen (\$22'638), die höchsten in der Kategorie Lymphome/Leukämie (\$28'580)</p> <p>Die Kosten unterschieden sich nach Sterbeort: Die höchsten Kosten pro Patient betragen \$36'119 für Patienten, die in Institutionen der Langzeitpflege («chronic care facilities») starben. Die Kosten für Patienten, die in Akutspitälern starben, betragen \$25'267; die geringsten Kosten von \$13'586 verursachten Patienten, die auf der Notfallabteilung verstarben. Die Kosten von Patienten, die zuhause starben, betragen durchschnittlich \$15'866. Unabhängig vom Sterbeort verbrachten die meisten Patienten einige Tage im Akutspital und eine gewisse Zeit zuhause.</p>
<b>Bemerkung</b>	<p>Der grösste Teil der Kosten am Lebensende wird nicht für Palliative Care ausgegeben, sondern für Akutbehandlungen.</p> <p>Keine Aussagen über die Qualität der Versorgung am Lebensende.</p> <p>Es wurden nur die Ausgaben des Ministry of Health berücksichtigt, nicht aber die selber getragenen Kosten (out-of-pocket costs). Gemäss einer Schätzung betragen diese im Durchschnitt \$213 pro Monat und Patient.</p>

---

<b>Titel</b>	<b>Cost variations in ambulatory and home-based palliative care</b>
<b>Autor, Jahr</b>	Guerriere, Denise N. et al. (2010)
<b>Publiziert</b>	Palliative Medicine 24/5, S. 523-532
<b>Bereich</b>	Ambulante Palliative Care-Angebote (zu Hause)
<b>Analyse</b>	<p>Werden die Kosten der Palliative-Care-Versorgung zu Hause betrachtet, dürfen die von den «family caregivers» aufgewendeten Ressourcen nicht ausser Acht gelassen werden (out-of-pocket-Ausgaben sowie die aufgewendete Zeit). Die Studie verfolgt das Ziel, die gesellschaftlichen Kosten der «home-based» Palliative Care zu schätzen und die soziodemografischen und klinischen Faktoren, die für Kostenunterschiede im Verlauf der Palliative-Care-Behandlung verantwortlich sind, zu ermitteln. Dazu wurden 136 «family caregivers» alle zwei Wochen von Beginn der Überweisung in ein Palliative-Care-Programm bis zum Tod des Patienten befragt.</p> <p>Für die Messung der entstehenden Kosten der «home-based» Palliative Care wurde ein standardisiertes und umfassendes Instrument verwendet. Der «Ambulatory and Home Care Record (AHCR)» quantifiziert sowohl die öffentlichen wie auch die privat getragenen Kosten und die aufgewendete Zeit («verlorene Zeit» im Arbeitsmarkt, in der Freizeit und beim Haushalt).</p>
<b>Resultat</b>	<p>Die durchschnittlichen monatlichen Kosten für die Pflege betragen pro Patient CAD\$24'549 (2008). Der Grossteil der Kosten (70%) verursachten privat aufgewendete Kosten, davon macht die aufgewendete Zeit der «family caregivers» den Hauptanteil aus. Die öffentlichen Kosten machten rund 26% aus (home-based appointments, ambulatory appointments, Hospitalisation, Medikation, Ausstattung und Geräte). Das entspricht CAD\$213.20 pro Tag und Patient.</p> <p>Faktoren, die im Vergleich grössere Kosten im Verlauf der Palliative-Care-Behandlung ausmachen, sind folgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nähe zum Todeszeitpunkt (grösserer Pflegebedarf, mehr Ressourcen)</li> <li>- Geringerer Level an physischer Funktionalität (PPS scores)</li> <li>- Zusammenleben mit jemandem (d.h., dass ein «caregiver» verfügbar ist)</li> </ul>
<b>Bemerkung</b>	<p>Studien, in denen nur die öffentlichen Kosten der ambulanten Palliative-Care-Versorgung zu Hause betrachtet werden, unterschätzen die totalen Kosten.</p> <p>Vergleich dieser Studie mit anderen ist problematisch, da bislang keine andere Studie die gesamten Kosten der aufgewendeten Zeit ermittelt hat.</p>

Link:

[The Ambulatory and Home Care Record \(AHCR\)](#)

<b>Titel</b>	<b>The trajectory of palliative care costs over the last 5 month of life: a Canadian longitudinal study</b>
<b>Autor, Jahr</b>	Dumont, Serge et al. (2010)
<b>Publiziert</b>	Palliative Medicine 24/6, S. 630-640
<b>Bereich</b>	Kosten am Lebensende
<b>Analyse</b>	<p>Untersucht wurde der Verlauf der Kosten in den letzten fünf Lebensmonaten anhand von 160 terminal kranken Patienten in Palliative-Care-Programmen und ihren «main informal caregivers» (Interviews).</p> <p>Unterschieden wurden drei Versorgungssituationen: Institutionelle Versorgung (inpatient care: Spital und Institution der Langzeitpflege), ambulante Versorgung (outpatient care: ambulatory care, home care, transportation to and from services, prescription medications and medical equipment/aids used in the ambulatory setting, out-of-pocket costs) und informelle Versorgung durch pflegende Angehörige.</p>
<b>Resultat</b>	<p>Die gesamten Kosten der Versorgung steigen vom fünften bis zum letzten Monat im Leben des Patienten an. Die Kosten, die vom öffentlichen Gesundheitswesen getragen werden, steigen besonders in den letzten drei Monaten vor den Tod an. Die von der Familie getragenen Kosten steigen vom fünften bis zum dritten Monat vor dem Tod an und gingen vom dritten bis zum letzten Monat leicht zurück.</p> <p>Institutionelle Versorgung: Ein Anstieg der Kosten war vor allem vom dritten bis zum letzten Monat zu verzeichnen. Den Hauptanteil machten Hospitalisationen aus, hier stiegen die Kosten in diesem Zeitraum um 224,7% (&gt; Kosten der öffentlichen Gesundheit). Bei der Langzeitpflege gab es einen Anstieg der Kosten während der letzten vier Lebensmonate. Insgesamt wurden 46% der Patienten während ihrer Teilnahme an der Studie hospitalisiert. 12% hatten einen Aufenthalt einer Langzeitpflegeinstitution.</p> <p>Ambulante Versorgung: Die durchschnittlichen Kosten stiegen um 70% vom fünften zum letzten Monat vor dem Tod an. Der grösste Kostenanstieg war bei der Pflege zuhause zu verzeichnen.</p> <p>Informelle Pflege: Hier war ein Anstieg der «caregiving time» vom fünften bis zum dritten Monat vor dem Tod zu verzeichnen</p>
<b>Bemerkung</b>	Die meisten Menschen wünschen sich, zuhause zu sterben. Zwei Hauptfaktoren, die dies begünstigen, sind ein hoher Grad an familiärer/sozialer Unterstützung und das Ausmass an Palliative-Care-Angeboten zuhause. Die Verlegung des Sterbens vom Spital nach Hause würde zudem Kosteneinsparungen für die öffentliche Gesundheit mit sich bringen. Jedoch entsteht eine grössere finanzielle Belastung für die Familie.

<b>Titel</b>	<b>Costs associated with resource utilization during the palliative phase of care: a Canadian perspective</b>
<b>Autor, Jahr</b>	Dumont, Serge et al. (2009)
<b>Publiziert</b>	Palliative Medicine 23/8, S. 708-717
<b>Bereich</b>	Kostenträger
<b>Analyse</b>	Prospektives Forschungsdesign. 248 Patienten aus fünf Regionen Kanadas, die in einem Palliative-Care-Programm registriert sind, und ihre hauptsächlich «informal caregiver» (Familienmitglied oder Person aus dem Freundeskreis) wurden bis zum Tod des Patienten respektive während maximal sechs Monaten alle zwei Wochen befragt. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 67 Jahre.
<b>Resultat</b>	<p>Von den gesamten Kosten aller Studienteilnehmenden machten die Spitalaufenthalte den grössten Anteil aus (33,2% der durchschnittlichen Gesamtkosten pro Patient). Im Laufe der Studie wurden 42% der Patienten hospitalisiert. Diese Patienten hatten durchschnittlich 1,5 Hospitalisationen. 18,7% der Kosten verursachte die Versorgung zuhause (home care), 17,6% die «informal caregiver time» und 7,9% die ambulante Versorgung («ambulatory care»).</p> <p>Kostenträger der Gesamtkosten waren zu 71,3% das öffentliche Gesundheitswesen, zu 26,6% die Familie und zu 1,6% Nonprofit-Organisationen.</p> <p>Bei den Kosten, die durch das öffentliche Gesundheitswesen getragen werden, machten Spitalaufenthalte rund 46% aus, die Versorgung zuhause 24,5% und die ambulante Versorgung rund 11%.</p> <p>Die für die Familien angefallenen Kosten setzten sich zum grössten Teil aus der aufgewendeten Pflegezeit zusammen (66%). Dazu kommen out-of-pocket-Kosten (17%) und Kosten für medizinische Geräte und Hilfsmittel (7%).</p> <p>Die Kosten für Spitalaufenthalte wurden zu 100% von der öffentlichen Hand getragen, auch die Kosten für die ambulante Versorgung (97%), die Kosten für die Langzeitpflege (91,5%) und die Kosten für Medikamente (94%).</p> <p>Die Kosten für die Betreuung zuhause (inklusive informelle und formelle Pflege) wurden praktisch je zur Hälfte von der öffentlichen Hand und von der Familie getragen. Out-of-pocket Kosten wurden praktisch zu 100% von der Familie bezahlt.</p>
<b>Bemerkung</b>	

<b>Titel</b>	<b>Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs</b>
<b>Autor, Jahr</b>	Morrison, Sean R. et al. (2008)
<b>Publiziert</b>	Archives of Internal Medicine 168/16, S. 1783-1790
<b>Bereich</b>	Stationär / Spital
<b>Analyse</b>	Analyse von Daten aus 8 Spitälern mit etablierten Palliative-Care-Programmen für die Jahre 2002 bis 2004. Verglichen wurden die Daten von 2630 Palliative-Care-Patienten, die das Spital lebend verlassen haben, mit den Daten von 18'427 Patienten, die eine reguläre Versorgung hatten. Ausserdem wurden die Daten von 2278 verstorbenen Palliative-Care-Patienten mit denjenigen von 2124 Patienten der regulären Versorgung verglichen.
<b>Resultat</b>	<p>Patienten, die eine Palliative-Care-Konsultation erhielten, hatten signifikant geringere Kosten als Patienten der regulären Versorgung.</p> <p>Die Einsparungen bei den Gesamtkosten von lebend entlassenen Palliative-Care-Patienten betragen gesamthaft \$2642 pro Einweisung und \$279 pro Tag (bei den direkten Kosten \$1696 pro Einweisung und \$174 pro Tag). Signifikant geringer waren vor allem die Laborkosten und die Kosten der Intensivstation.</p> <p>Die Einsparungen bei den Gesamtkosten von verstorbenen Palliative-Care-Patienten betragen pro Einweisung \$6896 und \$549 pro Tag (bei den direkten Kosten \$4908 pro Einweisung und pro Tag \$374). Hier waren ebenfalls die Kosten für Pharmazie, Labor und Intensivstation signifikant geringer als bei Patienten in der regulären Versorgung.</p>
<b>Bemerkung</b>	Palliative-Care-Programme verbessern nicht nur die Qualität der Behandlung und die Zufriedenheit von Patienten, Angehörigen und Ärzten, sondern tragen auch in hohem Mass zu einer Kostenreduktion bei.

<b>Titel</b>	<b>Hospital-based palliative care consultation: effects on hospital costs</b>
<b>Autor, Jahr</b>	Penrod, Joan D. (2010)
<b>Publiziert</b>	Journal of Palliative Medicine 13/8, S. 973-979
<b>Bereich</b>	Stationär / Spital
<b>Analyse</b>	Untersucht wurde der Zusammenhang zwischen Palliative-Care-Konsultation und Spitalkosten anhand von 3321 hospitalisierten Veteranen mit fortgeschrittenen Erkrankungen zwischen dem 1. Oktober 2004 und dem 30. September 2006. 18% (606) der Veteranen erhielten Palliative Care, die restlichen 82% (2715) reguläre Versorgung.
<b>Resultat</b>	<p>Verglichen mit den 2715 Patienten, die reguläre Versorgung erhielten, waren die durchschnittlichen täglichen direkten Spitalkosten für die 606 Palliative-Care-Patienten um \$464 pro Tag geringer.</p> <p>Palliative-Care-Patienten wurden während der Hospitalisation 43,7% weniger häufig auf Intensivstationen überwiesen als Patienten der regulären Versorgung.</p> <p>Die geringeren Kosten entstanden durch geringere Kosten für Pharmazie, Pflege (nursing), Labor und Radiologie.</p>
<b>Bemerkung</b>	Palliative Care-Programme im Spital fokussieren auf Schmerz- und Symptommanagement, Kommunikation und Festlegen von Behandlungszielen sowie Unterstützung beim Übergang in andere Institutionen.

<b>Titel</b>	<b>Clinical and economic impact of palliative care consultation</b>
<b>Autor, Jahr</b>	Hanson, L. C. (2008)
<b>Publiziert</b>	Journal of Pain & Symptom Management
<b>Bereich</b>	Stationär
<b>Analyse</b>	Untersucht wurden 304 Patienten, die interdisziplinäre Palliative-Care-Konsultationen erhalten. In einer prospektiven Studie wurden die Auswirkungen der Palliative-Care-Konsultationen auf Symptome, Behandlung und Spitalkosten analysiert.
<b>Resultat</b>	Neben einer Verbesserung der Symptome besonders der Schmerzen wiesen die Palliative-Care-Patienten auch niedrigere Kosten auf als die Kontrollgruppe ohne Palliative-Care-Konsultationen (897\$ vs. 1004\$). Pro Tag waren die Kosten um 10,7% geringer für Palliative-Care-Patienten als für die Patienten der Kontrollgruppe. Grössere Kosteneinsparungen resultierten insbesondere bei frühzeitigem Einbezug von Palliative-Care-Interventionen.
<b>Bemerkung</b>	

<b>Titel</b>	<b>Hospital-based palliative care. Cost-effective care for patients with advanced disease</b>
<b>Autor, Jahr</b>	Stephens, Sheila (2008)
<b>Publiziert</b>	The Journal of Nursing Administration 38/3, S. 143-145
<b>Bereich</b>	Stationär, Palliative-Care-Konsultation
<b>Analyse</b>	Evaluation der Einsetzung eines interdisziplinären Palliativ-Konsiliardienstes in einer Universitätsklinik («academic medical center»). Das Team besteht aus einer Pflegefachperson, einem Sozialarbeitenden, einem Seelsorger, einem auf Palliative Care spezialisierten Arzt und dem medizinischen Direktor der Schmerzklinik. Im ersten Quartal 2007 wurde das Team zu 48 Patienten auf allen Abteilungen inklusive der Intensivstation gerufen.
<b>Resultat</b>	Das Palliative-Care-Team erreichte signifikante klinische Verbesserung im Bezug auf die Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen innerhalb von 48 Stunden. 5 Patienten verstarben im Spital, bei 7 Patienten wurden die Symptome so unter Kontrolle gebracht, dass die Behandlung wieder aufgenommen bzw. eine Rehabilitation begonnen werden konnte. 36 Patienten wurden in ein Hospizprogramm überwiesen (15 Personen nach Hause, 13 Personen in ein Hospiz und die übrigen erhielten im Spital Pflege durch «hospice short-term inpatient admission»).
	Kosteneinsparungen resultierten aufgrund von zwei Faktoren: Erstens entstanden weniger Kosten aufgrund einer verkürzten Aufenthaltszeit (durchschnittlich 2,9 Tage kürzer). Zweitens resultierten grosse Kosteneinsparungen durch bessere Koordination der Pflege und einer geringeren Inanspruchnahme der Intensivstation durch terminale Patienten.
	Die Institution rechnet anhand von Vergleichszahlen aus anderen Institutionen, dass das Palliative-Care-Programm im ersten Jahr der Einführung Kosteneinsparungen von \$1 Million bewirkt.
<b>Bemerkung</b>	Während Hospice Care ein Angebot für Patienten mit terminalen Krankheiten ist, richtet sich Palliative Care in diesem Fall an Patienten mit fortgeschrittenen Krankheiten (advanced disease).

## BELGIEN

---

<b>Titel</b>	<b>The Costs of Treating Terminal Patients</b>
<b>Autor, Jahr</b>	Simoens, Steven et al. (2010a)
<b>Publiziert</b>	Journal of Pain and Symptom Management 40/3, S. 436-448
<b>Bereich</b>	Stationär / Spital
<b>Analyse</b>	Literaturreview
<b>Resultat</b>	<p>Die untersuchten Studien zum Thema «Behandlung von terminalen Patienten in verschiedenen Versorgungssituationen» haben gezeigt, dass die Spitalkosten den grössten Anteil der Kosten von Palliative Care ausmachen. Im Spitalbereich ist Palliative Care tendenziell günstiger als die reguläre Versorgung.</p> <p>Die Kosten von Palliative Care hängen von den Patientenmerkmalen wie Diagnose, Krankheitsstadium und Alter ab. Auch sollten Spitäler darauf achten, Patienten zur rechten Zeit in eine Palliativstation zu überweisen.</p> <p>Es wurde keine Studie gefunden, die die Kosten der Behandlung von terminalen Patienten in Pflegeheimen untersucht.</p>
<b>Bemerkung</b>	

---

---

<b>Titel</b>	<b>Costs of terminal patients who receive palliative care or usual care in different hospital wards</b>
<b>Autor, Jahr</b>	Simoens, Steven et al. (2010b)
<b>Publiziert</b>	Journal of Palliative Medicine 13/11, S. 1365-1369
<b>Bereich</b>	Stationär / Spital
<b>Analyse</b>	<p>Messung der Spitalkosten bei der Behandlung von terminalen Patienten in Belgien aus Sicht der «health care payer» und Vergleich der Kosten von Palliative Care und regulärer Versorgung auf verschiedenen Spitalstationen.</p> <p>Untersucht wurden sechs Spitäler und insgesamt 146 Patienten.</p>
<b>Resultat</b>	<p>Die durchschnittlichen Kosten pro Patient und Tag über alle Spitäler belaufen sich auf 391 €. Die durchschnittlichen Kosten pro Tag und Patient auf einer Palliativstation belaufen sich auf 522 €, während die Kosten für Palliative-Care-Patienten auf anderen Abteilungen (Kardiologie, Geriatrie und Onkologie) pro Tag 283 € betragen. Dagegen beliefen sich die Kosten von Patienten der regulären Versorgung auf durchschnittlich 340 € pro Tag. Palliative Care auf der Akutabteilung ist also kostengünstiger als reguläre Versorgung auf einer Akutstation.</p> <p>Die höheren Kosten von Palliative Care auf einer Palliativstation sind dadurch begründet, dass auf der Palliativstation mehr Personal zur Verfügung steht (höhere Fixkosten).</p> <p>Palliative-Care-Modelle in Akutabteilungen müssen gefördert werden, da solche Modelle im Vergleich zur regulären Versorgung kostengünstiger sind und die Bedürfnisse von terminal kranken Patienten besser abdecken.</p>
<b>Bemerkung</b>	<p>Vergleich Palliativstation / Akutabteilung</p> <p>Frage nach der Qualität der Versorgung. Ist der höhere Personallevel auf Palliativstationen nicht eben auch ein Merkmal guter Betreuung?</p>

---

SPANIEN

<b>Titel</b>	<b>Resource consumption and costs of palliative care services in Spain: a multicenter prospective study</b>
<b>Autor, Jahr</b>	Gómez-Batiste et al. (2006)
<b>Publiziert</b>	Journal of Pain and Symptom Management 31/6, S. 522-532
<b>Bereich</b>	
<b>Analyse</b>	<p>Während 16 Wochen wurden die benötigten Ressourcen und Kosten von 395 Personen mit einer Krebserkrankung im terminalen Stadium untersucht, die im Rahmen eines Palliative-Care-Services (PCS) behandelt wurden. Die Ergebnisse wurden mit einer Studie aus dem Jahr 1992 verglichen.</p> <p>171 PCS's nahmen an der Studie teil. PCS's beinhalten Akutbettenstationen in Allgemeinen Krankenhäusern, spezialisierte Krebsstationen, Pflegeheime, Konsiliardienste in Spitälern und Mobile Palliative-Care-Teams für den ambulanten Bereich.</p>
<b>Resultat</b>	<p>Verglichen mit den Daten aus dem Jahr 1992 war eine signifikante Verschiebung bei der Nutzung von konventionellen Spitalbetten hin zu Palliative-Care-Betten festzustellen. Ausserdem verkürzte sich die durchschnittliche Länge des Spitalaufenthaltes (von 25,5 auf 19,2 Tage), mehr Menschen starben zuhause (1992: 31%, 2006: 42%) und es wurden weniger Notfallbetten beansprucht (1992: 52%, 2006: 30,6%).</p> <p>Verglichen mit der früheren Studie resultierten aus der aktuellen Palliative-Care-Politik Kosteneinsparungen von 61%.</p>
<b>Bemerkung</b>	Kosteneinsparungen beziehen sich wahrscheinlich nur auf die öffentlich getragenen Kosten?

<b>Titel</b>	<b>Catalonia WHO Palliative Care Demonstration Project at 15 Years (2005)</b>
<b>Autor, Jahr</b>	Gómez-Batiste, Xavier et al. (2007)
<b>Publiziert</b>	Journal of Pain and Symptom Management Vol. 33/5, S. 584-590
<b>Bereich</b>	Versorgung
<b>Analyse</b>	Die spanische Region Katalonien hat seit 1990 ein flächendeckendes Palliative Care-Angebot aufgebaut. Mittels katalonischer und spanischer Effizienzstudien wurden die Kostenauswirkungen berechnet.
<b>Resultat</b>	<p>Die Kosten des spezialisierten Palliative-Care-Netzwerks in Katalonien betragen über 40 Millionen Euro pro Jahr (Summe der durchschnittlichen Kosten von mobilen Palliative Care-Teams, spitalinternen Konsiliardiensten, Palliative Care-Stationen und Palliativ-Ambulatorien sowie von starken Opiaten).</p> <p>Die Studien berechneten, dass pro Krebspatient, der in ein spezialisiertes Palliative Care-Angebot überwiesen wurde, durchschnittlich 2'250 Euro pro Jahr eingespart werden können.</p> <p>Bei 21'400 Patientinnen und Patienten im Jahr 2005 (12'700 mit Krebs und 8700 mit anderen, chronisch fortschreitenden Krankheiten) entspricht dies jährlichen Einsparungen von rund 48 Millionen Euro, die durch spezialisierte Palliative-Care-Angebote in Katalonien erzielt werden. Dies lässt den Schluss zu, dass mobile Palliative-Care-Teams dem Gesundheitsministerium Nettoeinsparungen von 8 Millionen pro Jahr ermöglichen. Zurückzuführen ist dies auf den stark reduzierten Gebrauch von Akut- und Notfallbetten.</p>
<b>Bemerkung</b>	

---

<b>Titel</b>	<b>Hospice care delivered at home, in nursing homes and in dedicated hospice facilities: A systematic review of quantitative and qualitative evidence</b>
<b>Autor, Jahr</b>	Candy, B. et al. (2011)
<b>Publiziert</b>	International Journal of Nursing Studies 48, S. 121-133
<b>Bereich</b>	Hospice care
<b>Analyse</b>	Systematische Literaturreview zu der Effektivität und Kosteneffektivität von Hospizen und Hospice Care beim Patienten zuhause und in Pflegeheimen (nursing homes). Insgesamt wurden 22 qualitative und quantitative Studien in die Untersuchung mit einbezogen.
<b>Resultat</b>	<p>Die systematische Review zeigte generell, dass Hospice Care zuhause mit geringeren Gesundheitskosten verbunden ist.</p> <p>Acht Studien evaluierten die Effektivität von Hospice Care für Patienten, die zuhause versorgt werden. Randomisierte kontrollierte Studien («randomised controlled trial») zeigten, dass Hospice-Care-Patienten im Vergleich zu Patienten mit «normaler» Versorgung zuhause 23% weniger hospitalisiert wurden und 20% weniger häufig im Spital verstarben. Die Länge des Spitalaufenthalts war um 4,36 Tage kürzer und es gab weniger Notfallhospitalisationen. Auch gaben sie eine signifikant höhere Zufriedenheit mit ihrer Pflege an. Es zeigte sich auch, dass die Kosten bei einer Hospice-Care-Versorgung zuhause um 33% pro Patient und Tag geringer waren. Patienten mit konventioneller Versorgung zuhause wiesen einen höheren Gebrauch von medizinischen Ressourcen auf (imaging tests, Labortest und medizinische Hilfsmittel zuhause).</p> <p>Drei Studien aus den USA evaluierten die Effektivität von Hospice Care in Pflegeheimen. Es zeigte sich, dass Kosten für die Gesundheitsversorgung bei Krebspatienten, die Hospice Care erhielten, tiefer waren. Das galt aber nicht für Patienten mit anderen Diagnosen. Heimbewohner mit Hospice Care wurden signifikant weniger häufig hospitalisiert.</p>
<b>Bemerkung</b>	Die Kosten beziehen sich wahrscheinlich nur auf die Kosten der öffentlichen Hand.

---

15.9.2011/VWL