



## Soins palliatifs : rapport coût - efficacité

### Analyse des études existantes

Etat au 15 septembre 2011

---

L'aperçu ci-après documente les résultats issus de quinze études internationales portant sur le rapport coût - efficacité des soins palliatifs et sur les coûts liés à la fin de vie. Ce document ne tend ni à l'exhaustivité ni à une évaluation scientifique des méthodes de recherches. Il s'agit plutôt d'un simple compte-rendu descriptif des résultats, étant donné que ceux-ci ne peuvent pas être transposés tels quels dans le système de santé suisse. Le choix des études est fondé sur une recherche bibliographique étendue concernant les coûts relatifs aux soins palliatifs et à la fin de vie, recherche menée dans différents catalogues et listes d'ouvrages (PubMed, Web of Science, BioMed Central) et limitée aux années 2006 à 2011.

Les études analysées montrent que les soins palliatifs contribuent à réduire les coûts du système de santé publique. La majeure partie des coûts globaux liés à la fin de vie, et en particulier ceux supportés par le secteur public, sont dus aux hospitalisations et aux soins aigus (voir [Walker et al. 2011](#) et [Dumont et al. 2009](#)). Les études montrent que les soins palliatifs contribuent, dans le domaine hospitalier, à raccourcir la durée des séjours et à réduire le nombre de cas d'urgence et d'admissions aux soins intensifs. En outre, un bon système de soins palliatifs dans le domaine ambulatoire (équipes de soins à domicile, service de soutien, gestion par cas) permet d'éviter un certain nombre d'hospitalisations.<sup>1</sup> Deux études, l'une menée en Espagne, l'autre en Catalogne (voir [Gómez 2006](#) et [Gómez 2007](#)), ont mis en relief l'ampleur des économies qui ont été réalisées grâce au développement de l'offre de soins palliatifs à l'échelle nationale. Il est toutefois à noter que ce développement a pour conséquence de faire partiellement augmenter les coûts à la charge des particuliers, notamment des familles.

#### 1. Coûts liés à la fin de vie et agents payeurs

Une étude de [Dumont et al. \(2010\)](#), consacrée à l'évolution des coûts durant les cinq derniers mois de vie de 160 patients observés dans le cadre des programmes canadiens de soins palliatifs, montre que les coûts globaux relatifs aux soins ont augmenté chaque mois. Ces coûts, pris en charge par le système de santé publique, croissent surtout au cours des trois derniers mois, phénomène à mettre en rapport avec l'augmentation, durant la même période, des coûts dans le domaine institutionnel (p. ex., hospitalisations).

Dans l'étude de [Dumont et al. \(2009\)](#), 248 patients et leurs proches, originaires de cinq régions du Canada, ont été interrogés tous les quinze jours, pendant six mois ou jusqu'à leur décès. Il ressort de cette étude que 71 % des coûts globaux ont été pris en charge par le système de santé publique,

---

<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.

27 % par les particuliers ou la famille et 2 % par des organisations à but non lucratif. Les séjours à l'hôpital constituent environ la moitié des coûts pris en charge par la santé publique.

La répartition des coûts entre les agents payeurs, « santé publique » et « particuliers / familles », varie et influence les résultats de l'étude selon que les proches et les personnes de référence ont été rétribués financièrement ou non pour le temps qu'il ont consacré au soutien à domicile d'une personne malade.

## **2. Coûts des soins palliatifs dans le domaine hospitalier**

De nombreuses études sur l'influence des soins palliatifs sur le domaine hospitalier ont été menées en particulier aux Etats-Unis. Des équipes mobiles interprofessionnelles de soins palliatifs ont été mises en place dans de nombreux hôpitaux. Elles s'occupent des patients, à la demande du médecin traitant, dans toutes les divisions de soins. Les études ont montré que les patients qui ont bénéficié de ce type de consultation ont induit des coûts beaucoup moins élevés que les patients recevant des soins réguliers (voir [Morrison et al. 2008](#), [Penrod 2010](#), [Hanson 2008](#), [Stephens 2008](#)). Les économies s'expliquent par des coûts de laboratoire réduits, de séjours en soins intensifs moins fréquents, des hospitalisations plus brèves ainsi qu'une meilleure coordination des soins et du soutien. La mise en place précoce de soins palliatifs permet de réaliser des économies substantielles. Les consultations données dans ce cadre contribuent largement à atténuer les douleurs ainsi que d'autres symptômes.

Deux études belges ont étudié l'influence des unités de soins palliatifs en milieu hospitalier. [Simoens \(2010a\)](#) parvient à la même conclusion que les études publiées aux Etats-Unis, à savoir que les soins palliatifs ont tendance à coûter moins cher que les soins réguliers. L'auteur, dans une autre étude, a calculé les coûts hospitaliers relatifs au traitement de patients en fin de vie en Belgique du point de vue des acteurs des soins de santé et a comparé les coûts des soins palliatifs et réguliers dans différents services hospitaliers ([Simoens 2010b](#)). L'étude a montré que des soins palliatifs dans une unité des soins aigus étaient moins coûteux que des soins aigus réguliers. Dans l'unité de soins palliatifs, les coûts les plus élevés sont générés par patient et par jour. L'auteur explique cela par des coûts fixes plus élevés (besoin en personnel plus important).

Il ressort d'une étude ([Allert 2010](#)) consacrée aux centres de soins palliatifs en Allemagne que les soins y sont meilleur marché que dans le milieu hospitalier (coûts par jour). Le secteur public est le principal bénéficiaire des économies réalisées. La valeur économique des bénévoles, qui assurent une part essentielle du soutien, n'est toutefois pas incluse dans le calcul.

Une seule étude fait référence à l'influence exercée sur les coûts par les soins palliatifs dans les institutions de soins de longue durée (voir [Candy 2011](#)). Il ressort que les patients traités pour un cancer dans des centres de soins palliatifs ont engendré des coûts moins élevés que dans le secteur des soins réguliers. Ce n'est toutefois pas le cas des patients souffrant d'autres maladies (p. ex., Alzheimer). Les résidents d'un home bénéficiant sur place de soins palliatifs sont hospitalisés nettement moins souvent.

## **3. Coûts des soins palliatifs dans le domaine ambulatoire**

L'étude de [Hammer \(2009\)](#) a analysé les effets d'un projet-pilote visant à soutenir et à optimiser les soins palliatifs médicaux ambulatoires dans le land de Saxe. Dans le cadre de ce projet, financé par la compagnie d'assurance maladie AOK, une équipe pluridisciplinaire (faisant office de « passerelle ») a été mise en place pour garantir aux patients des soins palliatifs de qualité en continu dans leur environnement domestique. Hammer met en relief les économies pour le secteur public, les hospitalisations étant moins nombreuses et des coûts liés aux interventions d'urgence pouvant être évités.

[Candy \(2011\)](#) a montré dans une analyse bibliographique que les patients en fin de vie pris en charge dans le cadre de soins à domicile étaient moins souvent hospitalisés et décédaient plus rarement à

l'hôpital que les patients bénéficiant de soins réguliers. En outre, leurs séjours à l'hôpital ont été plus courts et les hospitalisations d'urgence moins nombreuses. Les coûts des soins en fin de vie à domicile, par personne et par jour, se sont révélés inférieurs d'un tiers par rapport aux coûts des soins réguliers. Cela s'explique par un recours plus rare aux moyens médicaux, aux tests de laboratoire, etc.

La plupart des études consacrées au domaine ambulatoire omettent de prendre en compte l'engagement et le soutien de la famille et des proches dans le cadre des soins palliatifs. L'étude de [Guerriere et al. \(2010\)](#), menée au Canada, a calculé en termes de coûts le temps consacré par les proches aux soins et au soutien qu'ils ont prodigués à domicile. Il ressort qu'une grande part des coûts liés aux soins à domicile (70 %) sont assumés par la sphère privée alors que le secteur public n'y participe que pour 26 % environ.

#### **4. Conclusion**

Bien que les études ont été menées dans des systèmes de santé pas totalement comparables au système de notre pays, la concordance des résultats permet de déduire que des économies pour la secteur public sont également envisageables en Suisse. Cela suppose toutefois que les structures de soins nécessaires dans les domaines ambulatoire et hospitalier soient mises en place et que leur existence soit connue.

Dans une étude représentative menée au sein de la population et mandatée par l'OFSP<sup>2</sup>, 75 % des personnes interrogées ont déclaré qu'elles souhaitent, de préférence, mourir chez elles. Le système de santé publique ferait donc également des économies substantielles si cette tendance se confirmait dans les faits. Il est toutefois à noter qu'une partie des coûts devraient désormais être assumés par l'entourage privé du patient. La question est de savoir si, du point de vue sociétal, une telle charge pesant sur les familles et les proches est acceptable.

---

<sup>2</sup> GfK Switzerland (2009) : Etude sur les soins palliatifs. Réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/06082/06426/index.html?lang=fr>

<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 Hausärzteverband 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/sgeb\\_5/\\_39a.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_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 hauptsächlichen «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»).
<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