

Stellungnahme Bundesarbeitsgemeinschaft für die spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (BAG-SAPV), der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband (DHPV) zur Einordnung der Ergebnisse der pallCompare-Studie

Die vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geförderte pallCompare-Studie liefert einen umfassenden Überblick über Abrechnungsdaten der BARMER Krankenkasse und leitet daraus die Inanspruchnahme palliativer Versorgungsleistungen ab. Die Ergebnisse stellen einen wichtigen Beitrag zur Beschreibung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland dar. Für die Interpretation der Ergebnisse ist jedoch eine sorgfältige Einordnung der methodischen Grenzen erforderlich.

Begrenzte Aussagekraft der Datengrundlage

Die Analysen beruhen auf Abrechnungsdaten einer einzelnen gesetzlichen Krankenkasse (GKV). Abrechnungsdaten erlauben Aussagen über dokumentierte und in Abrechnung gestellte Leistungen, bilden die tatsächliche Versorgungssituation jedoch nur eingeschränkt ab.¹ Die Ergebnisse können daher nicht ohne Weiteres auf die gesamte gesetzlich versicherte Bevölkerung Deutschlands übertragen werden; das Patient:innenklientel der BARMER ist nur eingeschränkt mit allen GKV-Versicherten vergleichbar und nur auf Basis von Abrechnungsdaten kann nicht auf die in der Praxis geleisteten und in Anspruch genommenen Versorgungsinhalte oder deren Qualität geschlossen werden. So bedeuten etwa weniger abgerechnete Palliativziffern nicht zwingend weniger Palliativversorgung, sondern können etwa auch durch Abrechnungsausschlüsse bedingt sein.

Darüber hinaus deutet vieles darauf hin, dass im Rahmen der PallCompare-Studie Erst- und Folgeverordnungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) (für identische Patient:innen) addiert wurden, was auch bei anderen Berechnungen (z.B. Fallkosten) erhebliche Unschärfen nach sich zieht. Laut PallCompare erhielten 17,7% der im Jahr 2022 verstorbenen BARMER-Versicherten im letzten Lebensjahr eine SAPV.² Im selben Jahr gab es in Deutschland 1.066.341 Sterbefälle, was bedeuten würde, dass (17,7%) 188.742 Betroffene eine SAPV erhielten. Gemäß der Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wurden im Jahr 2022 jedoch nur 97.520 SAPV-Erstverordnungen ausgestellt. Selbst wenn man ca. 25% zusätzliche (und nicht bei der KBV erfasste) Verordnungen aus Krankenhäusern hinzuzählt, ergeben sich nur 121.900 SAPV-Patient:innen, was einem Anteil von ca. 11% aller Verstorbenen (einschl. nicht GKV-Versicherter) entspricht.

Eingeschränkte Vergleichbarkeit regionaler Versorgungssituationen

Die Hospiz- und Palliativversorgung ist in Deutschland regional sehr unterschiedlich organisiert. Da sich Versorgungsstrukturen, Vertragsmodelle und Patient:innenklientele teils erheblich unterscheiden, vergleicht die pallCompare-Studie teilweise nicht unmittelbar vergleichbare Versorgungssituationen. Zudem werden Unterschiede hinsichtlich der Krankheitslast der versorgten Patient:innen sowie regionaler Versorgungsangebote und Leistungsspektren in den Analysen nur unzureichend berücksichtigt, was die Vergleichbarkeit zusätzlich einschränkt. Beispielsweise entsprechen die im pallCompare-Monitor für Westfalen-Lippe ausgewiesenen SAPV-Fallkosten von 737 € bei einer ebenfalls

ausgewiesenen durchschnittlichen SAPV-Versorgungsdauer von 67 Tagen rechnerisch Kosten von lediglich etwa 11€ pro Versorgungstag (für eine 24h-Versorgung). Diese Größenordnung erscheint für eine multiprofessionelle SAPV erklärungsbedürftig und verdeutlicht, dass regionale Kostenangaben ohne Berücksichtigung unterschiedlicher Vertrags-, Finanzierungs- und Versorgungsmodelle nur eingeschränkt vergleichbar sind.²

Qualitätsindikatoren bedürfen einer fachlichen Einordnung

Die pallCompare-Studie verwendet u. a. Krankenhausaufenthalte, Rettungsdiensteinsätze und den Sterbeort als Indikatoren für Versorgungsqualität. Nach der S3-Leitlinie bemisst sich die Qualität palliativer Versorgung jedoch vor allem an Lebensqualität, individuellen Therapiezielen, den Bedürfnissen von Patient:innen und deren Angehörigen sowie einer wirksamen Symptomkontrolle.⁴ Da diese Aspekte mit Krankenkassendaten nicht erfasst werden können, erlauben die verwendeten Indikatoren nur eine eingeschränkte Bewertung der Versorgungsqualität. Dies gilt insbesondere für Krankenhausaufenthalte und den Sterbeort, die maßgeblich von medizinischen, sozialen und strukturellen Faktoren sowie den Wünschen der Betroffenen geprägt werden.^{5,6}

Fazit

Die pallCompare-Studie liefert erste wertvolle Hinweise auf regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung, weist aber auch einige klare Mängel auf, was insbesondere die Interpretationen der Ergebnisse betrifft. Aussagen zur Versorgungsqualität sowie zu möglicher Über-, Unter- oder Fehlversorgung erfordern eine Einordnung der Ergebnisse in den jeweiligen Versorgungskontext und die Einbeziehung weiterer Datenquellen. Eine belastbare Bewertung der Versorgungsrealität kann nicht allein auf Abrechnungsdaten einer einzelnen Krankenkasse gestützt werden.

¹ Pfaffenlehner M, Behrens M, Zöller D, Ungethüm K, Günther K, Rücker V, et al. Methodological challenges using routine clinical care data for real-world evidence: a rapid review utilizing a systematic literature search and focus group discussion. *BMC Med Res Methodol.* 2025;25(1):8. doi:10.1186/s12874-024-02440-x.

² Freytag A, Meißner F, Poeck J, Ditscheid B, Marschall U, Wedding U. *pallCompare – Inanspruchnahme und Outcomes palliativer Versorgung in Deutschland im regionalen Vergleich: Ergebnisbericht des Innovationsfondsprojekts (FKZ 01VSF19026)*. Jena: Universitätsklinikum Jena; 2025. S. 61, Tabelle 4.

³ Suslow A, Hach M, et al. Gut und kosteneffektiv palliativ versorgt in Westfalen-Lippe – aber warum? *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2025;197:19–29.

⁴ S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung. Version 3.01, 2026.

⁵ Dasch B, Zahn PK. Place of death trends and utilization of outpatient palliative care at the end of life. *Dtsch Arztebl Int.* 2021;118:331–338.

⁶ Dasch B. Sterbeortentwicklung über zwei Jahrzehnte in der Stadt Münster. *Gesundheitswesen.* 2024;86:322–329.

Kontakt Daten:

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Zimmerstr. 26/27, 10969 Berlin
Tel.: 030 30 10 100 0, E-Mail: dgp@palliativmedizin.de, www.palliativmedizin.de

Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V.,
Gibber Straße 7, 65203 Wiesbaden, Tel.: 030 629 338 19 E-Mail: info@bag-sapv.de

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., Aachenstr.5, 10713 Berlin
Tel. 030 82007580 E-Mail: info@dhpv.de