Replik und Richtigstellung

zur Stellungnahme der 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 mit Stand vom 28.07.2026 [1]

Dass BAG-SAPV, DGP und DHPV der Einladung des G-BA Innovationsfonds zur Teilnahme am Stellungnahmeverfahren zur pallCompare-Studie (01VSF19026) nachgekommen sind, ist zu begrüßen. Positiv hervorzuheben ist die zusammenfassende Würdigung von pallCompare als wichtiger Beitrag zur Beschreibung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland und zur Identifikation regionaler Unterschiede.

Die darüber hinaus geäußerte Kritik an Methodik und Aussagekraft von pallCompare bedarf jedoch einer Klarstellung, da sie wesentliche Aspekte unzutreffend darstellt und darin mündet, von pallCompare herausgearbeitete Schlussfolgerungen pauschal abzulehnen.

„Begrenzte Aussagekraft der Datengrundlage“

Replik*:* Die Datengrundlage von pallCompare ist solide und steht nicht im Widerspruch zu Kennzahlen der KBV-Statistiken

Die Einordnung der Ergebnisse von pallCompare mit Hilfe von Kennzahlen anderer Datenquellen ist ausdrücklich zu begrüßen. Die in der Stellungnahme zitierte KBV-Statistik [2] bietet hier relevante Vergleichsgrößen. Allerdings ist sicherzustellen, dass auch tatsächlich vergleichbare Kenngrößen gewählt werden.

Die von der KBV publizierten Zahlen beziehen sich auf ambulante SAPV-Verordnungen. In pallCompare wurde eine vergleichbare Kennzahl ebenfalls ermittelt und publiziert (siehe „SAPV-VO in %“ im pallCompare Monitor [3]; vgl. auch Onlinematerial von [4]). Gezählt wurden Personen, für die im letzten Lebensjahr mindestens eine ambulante Erst- und / oder Folgeverordnung dokumentiert war. Diese Kennzahl weist für 2022 nicht etwa eine Rate von 17,7% sondern von 10,1% aus. Sie liegt damit sehr nah an der durch die KBV publizierten Zahlen.[1]

Es ist somit festzuhalten, dass der Vergleich mit den Kennzahlen der KBV-Statistik die Validität der auf den BARMER-Daten basierenden pallCompare-Kennzahlen zur SAPV nicht etwa widerlegt, sondern unterstützt.

Die Rate von 17,7% wurde in pallCompare für die SAPV-Inanspruchnahme im letzten Lebensjahr ermittelt. Sie deckt neben SAPV-Erst- und Folgeverordnungen auch SAPV-Leistungen ab, zu denen

[1] Die KBV nennt für 2022 eine Zahl von 87.977 ambulanten SAPV-Erstverordnungen (in der Stellungnahme war an dieser Stelle die Zahl aus 2023 genannt; wir legen hier die tatsächliche Zahl für 2022 zugrunde). Gemessen an allen Verstorbenen des Jahres 2022, nämlich N=1.066.341, entspräche das einem Anteil von 8,3 Prozent. Allerdings kann sich die KBV-Statistik nicht auf alle Verstorbenen, sondern nur auf verstorbene GKV-Versicherte beziehen. Laut KBV [5] waren im Jahr 2022 87,3% der Bevölkerung GKV-versichert. Gemessen an den GKV-versicherten Verstorbenen des Jahres 2022, nämlich geschätzten N = 930.702 (87,3% aller Verstorbenen) ergibt sich demnach eine SAPV-Erstverordnungsrate von 9,5%. Dass die in pallCompare ermittelte Kennzahl „SAPV-VO in %“ mit 10,1% noch einmal leicht höher ausfällt, wird u.a. darauf zurückzuführen sein, dass sie auch Personen umfasst, für die im letzten Lebensjahr zwar keine Erstverordnung, aber mindestens eine Folgeverordnung dokumentiert war. Außerdem muss berücksichtigt werden, dass in pallCompare nur erwachsene Verstorbene betrachtet wurden.

keine ambulante Verordnung im letzten Lebensjahr dokumentiert war, wie etwa die Krankenhaus-verordnete SAPV (3,8%) und die SAPV-Inanspruchnahme (PKD) in Westfalen-Lippe, wie im pallCompare Monitor sowie in Begleitmaterialien zu Publikationen aufgeführt [3, 4].

In diesem Sinne ergänzen die in pallCompare ermittelten Ergebnisse die bisher zugänglichen Statistiken und gehen deutlich darüber hinaus. Selbstverständlich wurden Personen hier nicht doppelt gezählt.

Zu der in der Stellungnahme über die Zahlen zur SAPV-Inanspruchnahme hinaus angezweifelte Aussagekraft der Datengrundlage ist anzumerken, dass für die Interpretation der Ergebnisse stets eine sorgfältige Einordnung der methodischen Grenzen erfolgt ist. Eine ebensolche leisteten die Autoren von pallCompare in zahlreichen peer-review Publikationen in hochrangigen Fachzeitschriften sowie im Ergebnisbericht an den G-BA Innovationsausschuss.

„Eingeschränkte Vergleichbarkeit regionaler Versorgungssituationen“

Replik: Der Vergleich der Outcomes regionaler Palliativversorgung ist belastbar und aufschlussreich und war Kernauftrag von pallCompare

Gerade die strukturellen Unterschiede der Hospiz- und Palliativversorgung, insbesondere der SAPV, begründen die Relevanz eines regionalen Vergleichs. Regionen anhand einheitlich definierter Indikatoren hinsichtlich zentraler Outcomes und Kosten-Effektivität gegenüberzustellen, stellt dabei den essenziellen ersten Schritt dar. Auf dieser Grundlage wird es dann in einem zweiten Schritt möglich, den Fokus auf strukturelle und prozessbezogene Unterschiede zwischen den betrachteten Regionen als mögliche Erklärungsfaktoren für die beobachteten Outcomes zu richten. So werden Hinweise auf potenzielle Verbesserungen identifizierbar und ein Lernen von „good practice“ Regionen ermöglicht.[2] Dieses Vorgehen ermöglicht es, von individuellen Einzelfallkonstellationen zu abstrahieren. Anhand von Risikoadjustierungsmodellen wurde für potenzielle Unterschiede hinsichtlich der Krankheitslast von Patientinnen und Patienten korrigiert.

Die in der Stellungnahme für Westfalen-Lippe ausgewiesenen SAPV-Tageskosten sind rechnerische Durchschnittskosten pro Tag seit der ersten SAPV-Leistungsabrechnung bis zum Tod. An wie vielen Tagen dabei SAPV in Anspruch genommen wurde, bleibt bei diesem Ansatz unberücksichtigt. Die eigentlich interessante Beobachtung, dass KV-Regionen, die geringe SAPV-Fallkosten verzeichnen, mit günstigen Outcomes assoziiert sein können und nicht systematisch gilt, dass hohe SAPV-Fallkosten mit günstigeren Outcomes assoziiert sind, wird dabei gänzlich übersehen.

„Qualitätsindikatoren bedürfen einer fachlichen Einordnung“

Replik*:* Die betrachteten Outcomes sind Indikatoren für mögliche Qualitätsdefizite am Lebensende in Zusammenhang mit Überversorgung

Um die zukünftige Versorgung sicherzustellen und Ressourcen effizient einzusetzen, ist es entscheidend zu untersuchen, inwiefern das Versterben im Krankenhaus sowie potenziell belastende (Über-)Behandlung am Lebensende durch eine gute Palliativversorgung beeinflusst werden können. Die gewählten Indikatoren sind wichtige Signale für mögliche Qualitätsdefizite in Zusammenhang mit Überversorgung am Lebensende, was international breit belegt ist [6-8].

---

[2] An dieser Stelle verweisen wir darauf, dass in der Literaturliste der Stellungnahme eine Arbeit auftaucht, im Text aber nicht zitiert wird. Zudem waren die Autoren falsch angegeben. Die korrekte Angabe lautet: Suslow A, Chikhradze N, Ditscheid B, Giehl C, Vollmar HC, Freytag A, Otte I, Gut und kosteneffektiv palliativ versorgt in Westfalen-Lippe – aber warum? Ergebnisse einer Mixed-Methods Studie, Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 197, 2025, 19-29, doi.org/10.1016/j.zefq.2025.06.001

Die pallCompare-Indikatoren zur Inanspruchnahme von Hospiz- und Palliativversorgung lassen Hinweise auf Über- wie Unterversorgung zu. Die pallCompare-Studie nutzt diese Indikatoren gezielt im regionalen Vergleich, um Versorgungsunterschiede offenzulegen – wie vom G-BA Innovationsfonds gefördert.

Die Verfügbarkeit weiterer Qualitätsindikatoren, insbesondere von Patient-Reported Outcomes, sowie deren Einbezug in die Analysen wäre ausdrücklich wünschenswert und markiert weiteren Forschungsbedarf.

Fazit

Die in pallCompare erhobenen Daten sind solide und widersprechen anderen Datenquellen nicht. Die gewählten Indikatoren sind international als Indikatoren für mögliche Qualitätsdefizite in Zusammenhang mit Überversorgung am Lebensende etabliert. Die aufgezeigten regionalen Unterschiede sollten Anstoß zur Weiterentwicklung von Qualität und Effizienz der Palliativversorgung in Deutschland sein.

Die pauschale Methodenkritik durch DGP, DHPV und BAG-SAPV trägt nicht zu einer sachlichen Auseinandersetzung bei. Im Interesse einer evidenzbasierten Weiterentwicklung der Versorgung am Lebensende sollten die mit der pallCompare-Studie aufgezeigten Fragestellungen, Kennzahlen, Versorgungsprobleme und Verbesserungshinweise aufgegriffen und diskutiert werden. Für einen konstruktiven fachlichen Austausch stehen wir gerne bereit.

Kontakt:

PD Dr. Antje Freytag
Projektleitung pallCompare
Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena
E-Mail: antje.freytag@med.uni-jena.de

[1] BAG-SAPV, DGP und DHP: Stellungnahme zur Einordnung der pallCompare-Ergebnisse vom 28.07.2027, online: https://www.dgpalliativmedizin.de/dgp-aktuell/bag-sapv-dgp-und-dhpv-stellungnahme-zur-einordnung-der-ergebnisse-der-pallcompare-studie (Zugriff: 06.08.2026)
[2] Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): SAPV Ausgaben und Verordnungen. https://www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten/sapv-ausgaben-verordnungen (Zugriff: 06.08.2026)
[3] Institut für Allgemeinmedizin/Universitätsklinikum Jena & BARMER, pallCompare Monitor Hospiz- und Palliativversorgung, Grafiken si057b/si059b. pallCompare Monitor Hospiz- und Palliativversorgung – bifg (Zugriff: 06.08.2026)
[4] Ditscheid B, Meissner F, Gebel C, Hennig B, Marschall U, Meißner W, Wedding U, Freytag A (2023) Inanspruchnahme von Palliativversorgung am Lebensende in Deutschland: zeitlicher Verlauf (2016-2019) und regionale Variabilität. Bundesgesundheitsbl 66, 432–442. https://doi.org/10.1007/s00103-023-03683-7
[5] Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): Versichertenstruktur. https://www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten/versichertenstruktur (Zugriff: 06.08.2026)
[6] Barbera L, Seow H, Sutradhar R et al. (2015) Quality indicators of end-of-life care in patients with cancer. What rate is right? J Oncol Pract 11:e279–e287. https://doi.org/10.1200/JOP.2015.004416
[7] De Schreye R, Smets T, Annemans L et al. (2017) Applying quality indicators for administrative databases to evaluate end-of-life care for cancer patients in Belgium. Health Aff (Millwood) 36:1234–1243. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2017.0199
[8] Maetens A, Beernaert K, De Schreye R et al. (2019) Impact of palliative home care support on the quality and costs of care at the end of life: a population-level matched cohort study. BMJ Open 9:e25180. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025180