

# Ergebnisqualität und Kosten-Effektivität allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung in Deutschland

## Regionale Variabilität, Treiber der Qualitätsunterschiede und Implikationen

Freytag A<sup>1</sup>, Meissner F<sup>1</sup>, Marschall U<sup>2</sup>, Wedding U<sup>3</sup>, Ditscheid B<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universitätsklinikum Jena, Institut für Allgemeinmedizin, Jena

<sup>2</sup> BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg), Berlin

<sup>3</sup> Universitätsklinikum Jena, Abteilung für Palliativmedizin, Jena

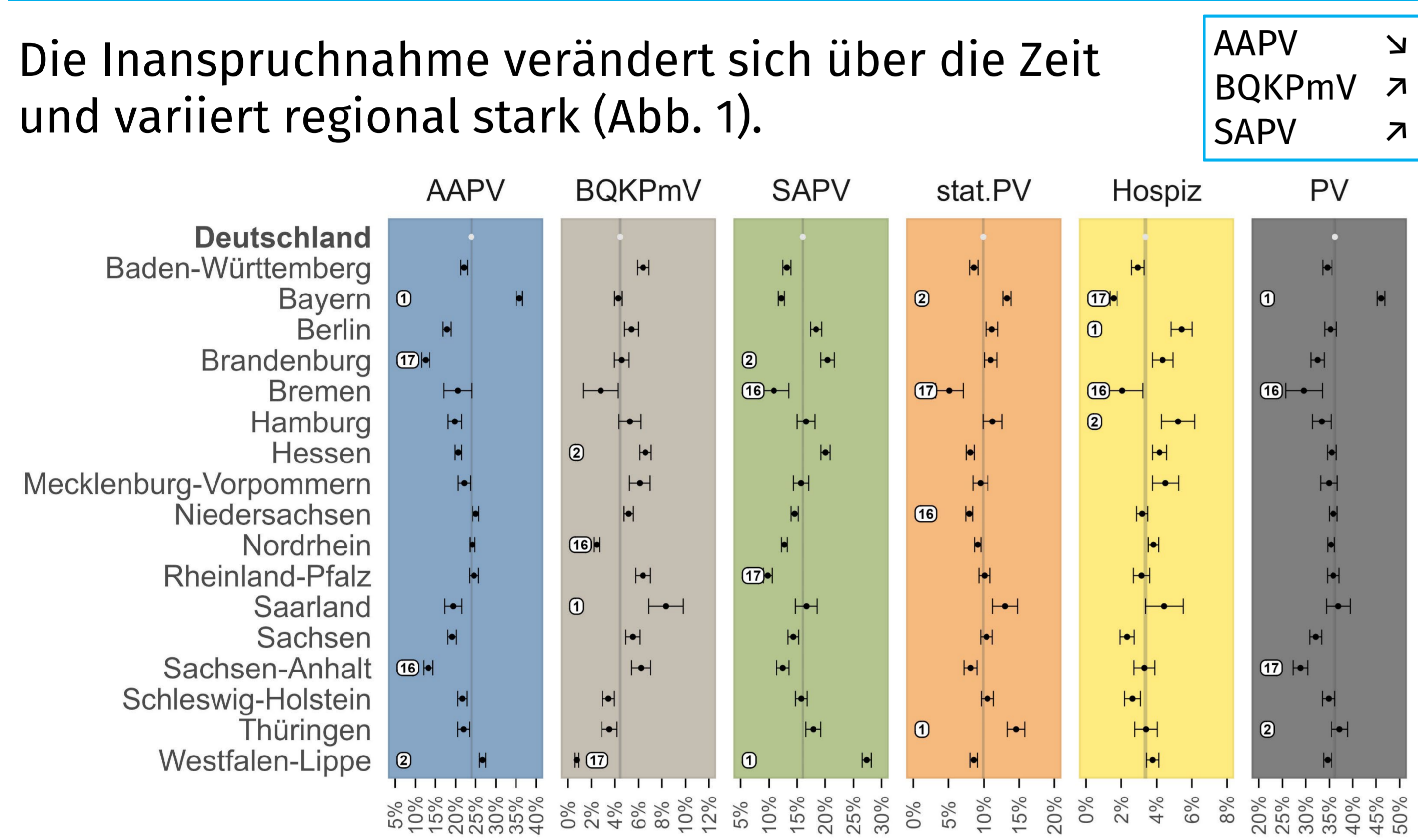
**Kernaussage:** In der Palliativversorgung im letzten Lebensjahr weist Westfalen-Lippe im Vergleich mit anderen KV-Regionen die höchste Ergebnisqualität und Kosten-Effektivität auf.

### Hintergrund

Die Rahmenbedingungen, unter denen Palliativversorgung in Deutschland stattfindet, unterscheiden sich zwischen den Regionen Kassenärztlicher Vereinigungen (KV). Dass die **Inanspruchnahme** der unterschiedlichen Versorgungsformen regional stark variiert, ist bekannt (Ditscheid et al., 2020). Doch gibt es auch regionale Unterschiede hinsichtlich der **Ergebnisqualität** palliativer Versorgung am Lebensende? Welche Formen palliativer Versorgung sind die **Treiber diese Unterschiede**? Wie stellen sich **Kosten** der Versorgung und die **Kosten-Effektivität** im regionalen Vergleich dar? Empirische Informationen liegen hierzu kaum vor. Im Projekt *pallCompare* füllen wir diese Lücke in einer explorativen, retrospektiven populationsbasierten Beobachtungsstudie auf der Basis von N = 417.405 BARMER-Versicherten, die in den Jahren 2016-2019 verstarben. Präsentiert werden alters- und geschlechtsstandardisierte Ergebnisse.

### Inanspruchnahme palliativer Versorgung

Die Inanspruchnahme verändert sich über die Zeit und variiert regional stark (Abb. 1).

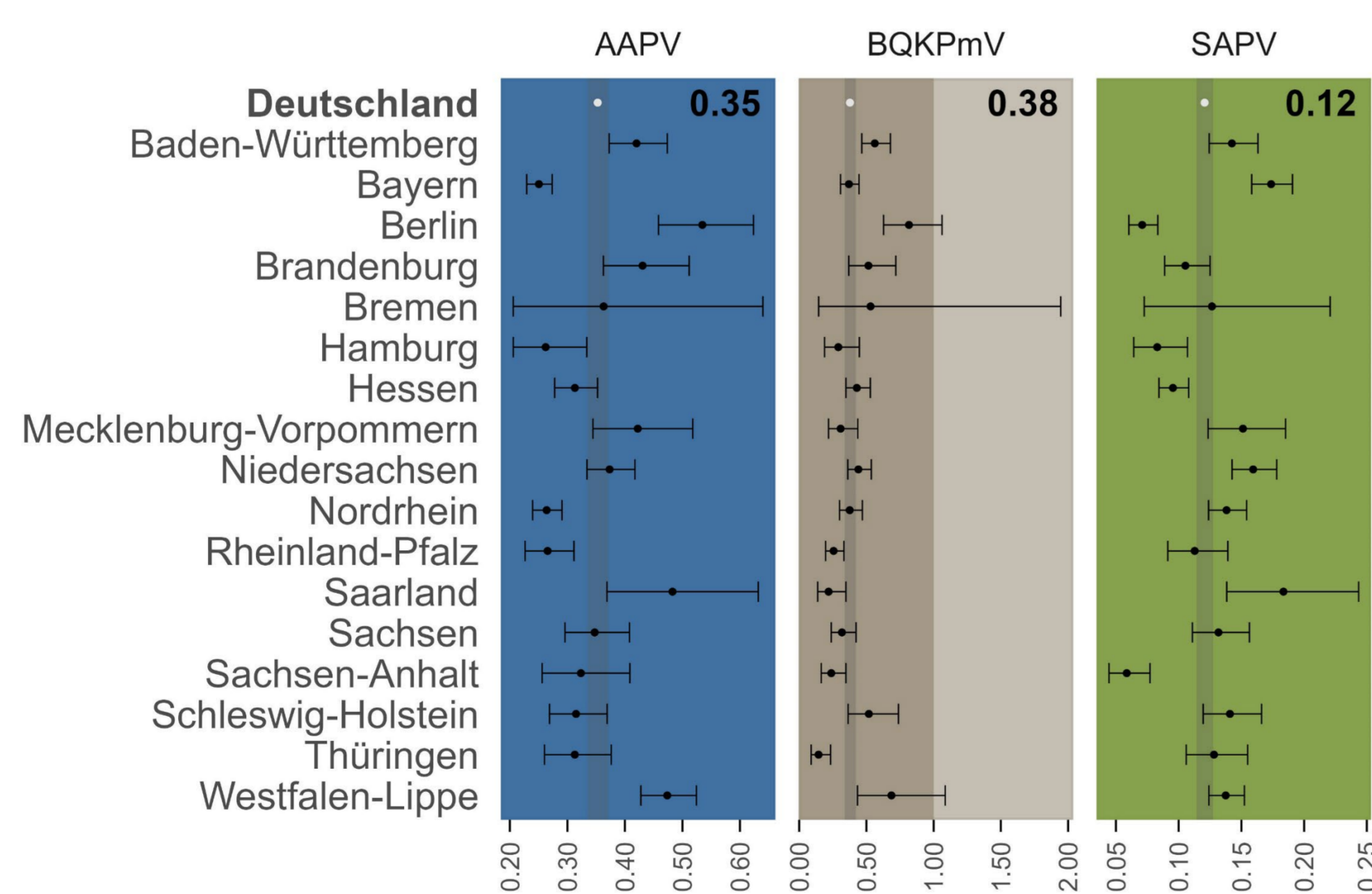


**Abbildung 1.** Inanspruchnahme verschiedener Formen palliativer Versorgung im letzten Lebensjahr durch Verstorbene des Jahres 2019. Ditscheid et al. 2023

### Treiber der Qualitätsunterschiede

In der Subgruppe der 145.372 Verstorbenen, die in ihrem letzten Lebensjahr palliativ versorgt wurden, haben wir per multipler Regressionsanalyse die durchschnittlichen und KV-spezifischen Effekte von AAPV, BQKPMV und SAPV auf das Versterben im Krankenhaus analysiert (Abb. 3).

**Abbildung 3.** Effekte von AAPV, BQKPMV, SAPV im letzten Lebensjahr auf das Versterben im Krankenhaus, kontrolliert für Patienten- und Wohnortmerkmale. Dargestellt sind Odds Ratios (mit 95% Konfidenzintervall). Transparente Bereiche markieren Effekte in erwartungskonträrer Richtung.



Kontrolliert für die anderen Versorgungsformen finden wir eine im Schnitt reduzierende Wirkung aller drei Formen (am stärksten für SAPV). **Westfalen-Lippe** zeigt einen schwachen AAPV-Effekt und durchschnittlichen SAPV-Effekt. **Sachsen-Anhalt** fällt mit einem starken SAPV-Effekt auf.

In weiteren Analysen haben wir (a) für die Effekte der **Inanspruchnahme von stat. PV und Hospiz** kontrolliert und (b) **weitere Qualitätsindikatoren** betrachtet. Zentrale Ergebnisse bleiben stabil: Westfalen-Lippe zeigt durchschnittliche bis unterdurchschnittliche AAPV- und SAPV-Effekte. Sachsen-Anhalt zeigt durchschnittliche AAPV-Effekte und starke SAPV-Effekte.

### Literatur

Ditscheid B, Krause M, Lehmann T, Stichling K, Jansky M, Nauck F, Wedding U, Schneider W, Marschall U, Meißner W, Freytag A, SAVOIR-Studiengruppe. Palliativversorgung am Lebensende in Deutschland - Inanspruchnahme und regionale Verteilung. Bundesgesundheitsbl. 2020;63:1502-10.  
Ditscheid B, Meissner F, Gebel C, Hennig B, Marschall U, Meißner W, Wedding U, Freytag A. Inanspruchnahme von Palliativversorgung am Lebensende in Deutschland: zeitlicher Verlauf (2016-2019) und regionale Variabilität. Bundesgesundheitsbl. 2023;66:432-442.  
Freytag A, Meissner F, Krause M, Lehmann T, Jansky M, Marschall U, Schmid A, Schneider N, Vollmar HC, Wedding U, Ditscheid B. Ergebnisqualität und Kosten der allgemeinen und spezialisierter Palliativversorgung in Deutschland im regionalen Vergleich: eine GKV Routinedatenstudie Bundesgesundheitsbl (2023)  
Legend: AAPV allgemeine ambulante Palliativversorgung, BQKPMV besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung, SAPV spezialisierte ambulante Palliativversorgung, PV Palliativversorgung

### Kontakt

PD Dr. Antje Freytag ✉ Antje.Freytag@med.uni-jena.de ☎ +49 3641 9395811  
🌐 <https://www.uniklinikum-jena.de/allgemeinmedizin/Forschung/pallCompare.html>

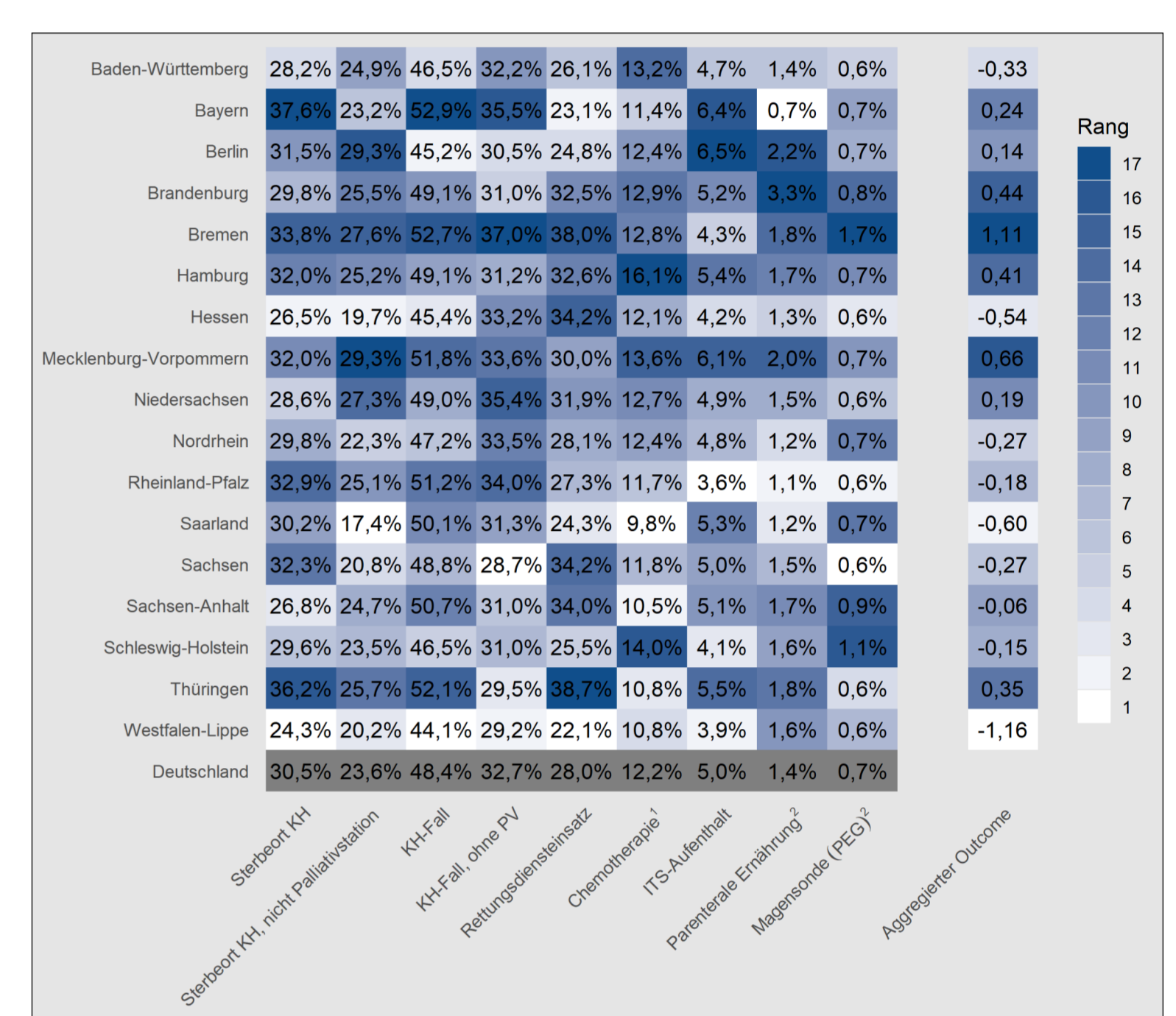


### Ergebnisqualität palliativer Versorgung

In der Subgruppe der 145.372 Verstorbenen, die in ihrem letzten Lebensjahr palliativ versorgt wurden, wurde die Ergebnisqualität palliativer Versorgung untersucht.

- Hinsichtlich Sterbeort,
- potentiell vermeidbarer belastender Therapien am Lebensende sowie
- Aggregierter Outcome als Mittelwert der 9 z-standardisierten Indikatoren

(Es gilt: kleinere Werte = besseres Ergebnis)



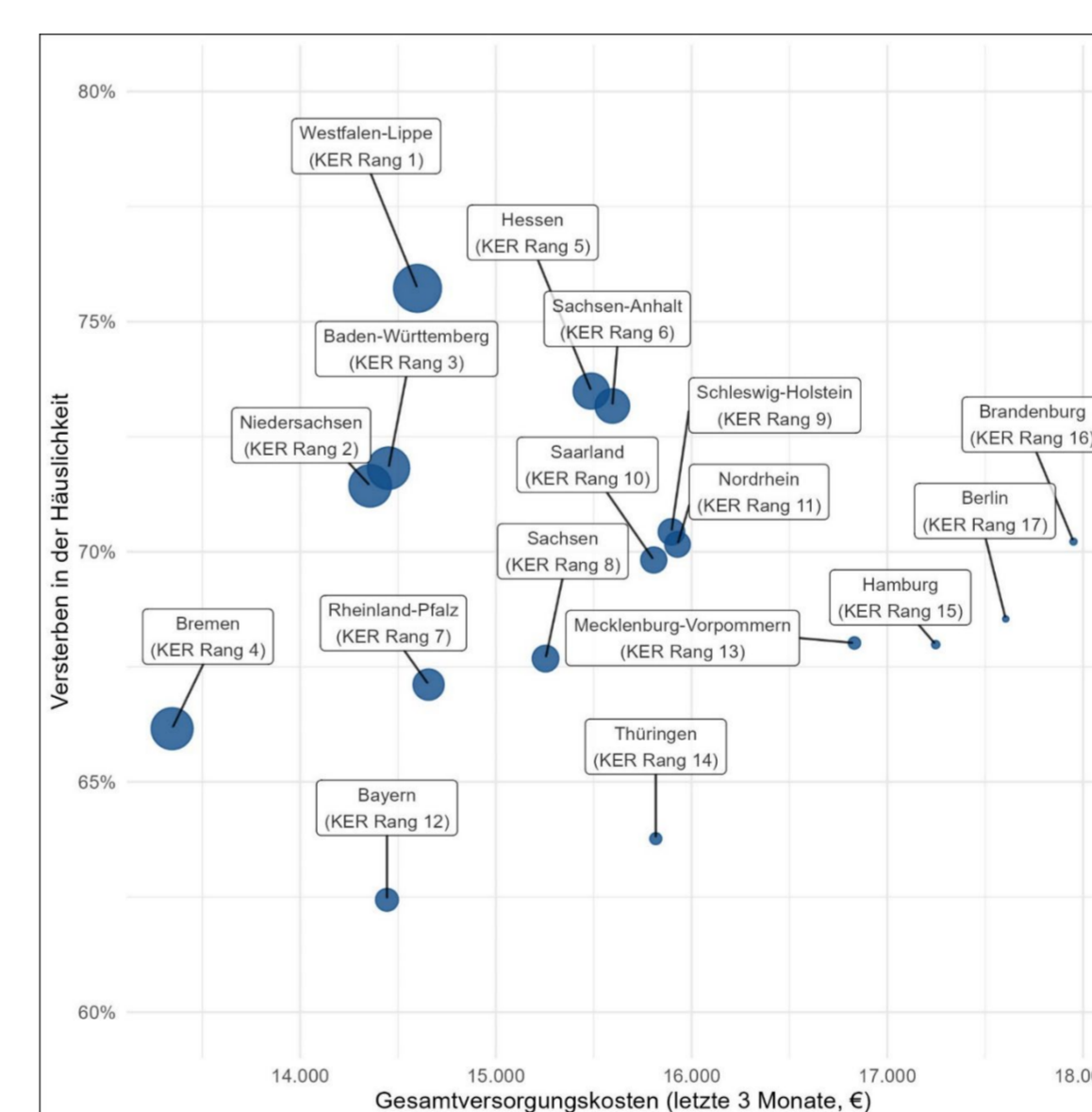
**Westfalen-Lippe** schneidet auffällig gut ab (Abb. 2).

Auch wenn man für regional unterschiedlich verteilte Patienten- und Wohnortmerkmale kontrolliert.

**Abbildung 2.** Raten der Qualitätsindikatoren palliativer Versorgung bei Verstorbenen der Jahre 2016-2019, die im letzten Lebensjahr palliativ versorgt wurden. Freytag et al. 2023

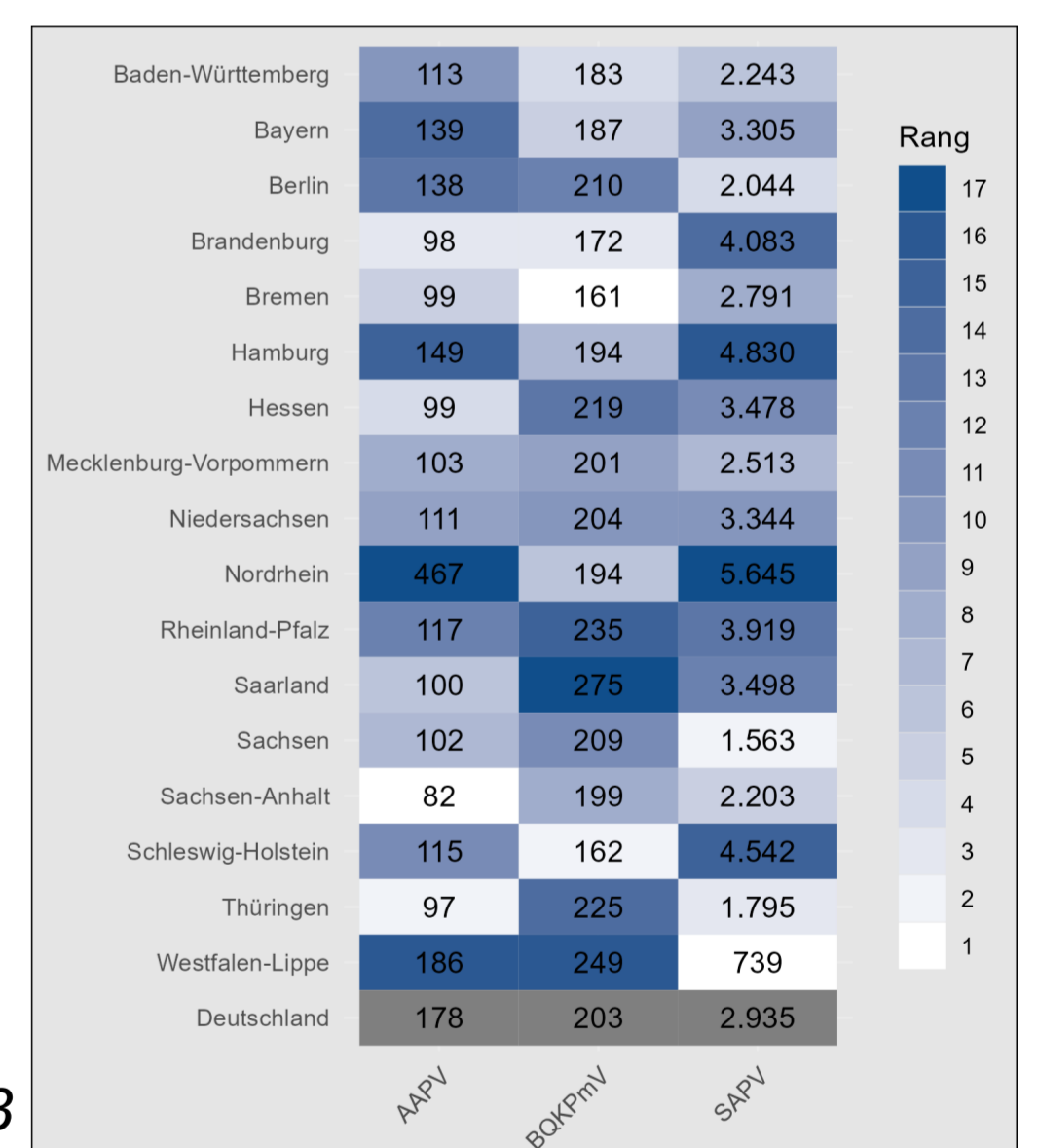
### Kosten und Kosteneffektivität

Westfalen-Lippe weist die höchste Kosten-Effektivität auf (Verhältnis Gesamtversorgungskosten der letzten 3 Lebensmonate zur Sterberate in der Häuslichkeit), auch adjustiert.



**Abbildung 4 und 5.** Kosteneffektivität (je KV) und Kosten der palliativen Versorgungsform (je Patient in Euro; in der Subgruppe der mit dieser Form versorgten Verstorbenen)

Freytag et al. 2023



Die SAPV-Kosten sind in Westfalen-Lippe bundesweit am geringsten und in Sachsen-Anhalt unterdurchschnittlich. KVen mit teurer SAPV stechen bei SAPV-Wirksamkeit nicht (stabil) hervor.

### Diskussion und Implikationen

**Haupttreiber** der Ergebnisqualität der in einer KV-Region geleisteten ambulanten Palliativversorgung ist die KV-spezifisch ausgestaltete **SAPV**. Die guten Ergebnisse von Westfalen-Lippe lassen sich damit erklären, dass dort sehr viele Versicherte eine (solide wirksame) SAPV in Anspruch nehmen. In Sachsen-Anhalt werden weniger Versicherte mit SAPV versorgt, welche dafür aber einen besonders starken Wirkeffekt zu entfalten scheint. Ferner gibt es Hinweise auf eine hohe Wirksamkeit der **AAPV** in Rheinland-Pfalz und der **BQKPMV** in Thüringen. **Limitationen** sind zu bedenken (z.B. wurden unversorgte, aber bedürftige Patienten nur implizit berücksichtigt). **Fazit:** Gute Ergebnisqualität braucht insbesondere SAPV, aber keine teure SAPV. Ein besseres Verstehen der Versorgung in Westfalen-Lippe und Sachsen-Anhalt, mit dem Ziel, davon zu lernen, erscheint lohnend.