

Beschluss

des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt *pallCompare* (01VSF19026)

Vom 17. April 2026

Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss hat im schriftlichen Verfahren am 17. April 2026 zum Projekt *pallCompare - Inanspruchnahme und Outcomes palliativer Versorgung in Deutschland im regionalen Vergleich: eine GKV-Routinedatenanalyse* (01VSF19026) folgenden Beschluss gefasst:

- I. Die Projektergebnisse werden an das Bundesministerium für Gesundheit, die Gesundheitsministerkonferenz der Länder, den Unterausschuss Veranlasste Leistungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM), die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), den Deutschen Hospiz- und Palliativverband (DHPV), die Bundesarbeitsgemeinschaft für die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (BAG-SAPV), den Deutschen Hausärztinnen- und Hausärzterverband e. V. (haev), die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW), den Deutschen Pflegerat e. V., den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V., die Deutsche Stiftung Patientenschutz und den Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. zur Information weitergeleitet.

Begründung

Das Projekt hat erfolgreich ein interaktives Online-Datenportal („*pallCompare Monitor Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland*“) zur bundesweiten Hospiz- und Palliativversorgung entwickelt. Ziel war es, Daten zur Inanspruchnahme, Qualität und Kosten der Hospiz- und Palliativversorgung (PV) in regionaler Differenzierung zu generieren, um eine Grundlage für künftige Weiterentwicklungen palliativer Versorgungsstrukturen bereitzustellen und somit einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität und -effizienz in Deutschland zu leisten. Datengrundlage für die Analysen waren pseudonymisierte GKV-Routinedaten aus dem letzten Lebensjahr verstorbener BARMER-Versicherter. Die retrospektive Kohortenstudie mit Querschnittsanalysen umfasste einen Zeitraum von insgesamt sieben Jahren (2016-2022). Anhand der GKV-Routinedaten konnten verschiedene palliative Versorgungsformen (Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV), Besonders Qualifizierte und Koordinierte Palliativmedizinische Versorgung (BQKPMV), Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV), stationäre Palliativversorgung und stationäre Hospizversorgung) unterschieden und alters- und geschlechtsstandardisierte Berichtskennzahlen berechnet werden.

Die Gesamtergebnisse stehen der Öffentlichkeit über die Internetseite des *BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung (bifg)* unter www.bifg.de/projekte/pallcompare zur Verfügung. Insgesamt zeigten die Ergebnisse eine starke regionale Heterogenität hinsichtlich der Inanspruchnahme von PV, aber auch hinsichtlich der Qualität der Versorgung am Lebensende sowie der Kosten-Effektivität. Die Inanspruchnahme von SAPV stieg zwischen 2016 und 2019 statistisch signifikant an, während die der primär

hausärztlich getragenen AAPV statistisch signifikant abnahm. Hinsichtlich der im Projekt gemessenen Versorgungsqualität am Lebensende zeigten sich regionale Unterschiede. Die Rate der im Krankenhaus verstorbenen Versicherten variierte von 24 % in Westfalen-Lippe bis 38 % in Bayern. Der Anteil an Versicherten, die in den letzten 30 Lebenstagen einen Rettungsdiensteinsatz erhalten hatten, reichte von 22 % in Westfalen-Lippe bis 39 % in Thüringen. Für die drei ambulanten Versorgungsformen AAPV, BQKpMV und SAPV zeigte sich im Bundesdurchschnitt ein signifikant negativer Zusammenhang mit dem Versterben im Krankenhaus sowie mit potenziell belastenden Behandlungen am Lebensende. Die Kosten für die PV variierten stark, am stärksten bei der SAPV. Der regionale Vergleich zeigte für die KV-Region Westfalen-Lippe die beste palliative Versorgungsqualität sowie die höchste Kosten-Effektivität für die PV, gemessen an allen Versicherten, die im letzten Lebensjahr mindestens eine Form von PV erhielten. Bewohnende von Pflegeheimen erhielten statistisch signifikant weniger SAPV und mehr AAPV als pflegebedürftige Personen in der eigenen Häuslichkeit. Patientinnen und Patienten mit malignen hämatologischen Erkrankungen nahmen PV seltener und später in Anspruch als solche mit soliden Tumoren. Die Analysen zeigten darüber hinaus umfassende Einblicke in die medikamentöse Versorgungspraxis in der ambulanten PV. Patientinnen und Patienten in der SAPV zeigten für starke Opioide die höchsten Verordnungsraten mit 72 %, gefolgt von AAPV/BQKpMV (47 %) und Versicherte ohne PV (23 %). Die hohen Verordnungsraten in der SAPV spiegeln eine intensivere medikamentöse Behandlung von Versicherten mit möglicherweise komplexerer Symptomatik in dieser spezialisierten PV-Form wider. Es zeigte sich zudem, dass Hausärztinnen und -ärzte in allen KV-Regionen hauptsächlich zur AAPV beitrugen. Die Anteile der palliativ versorgenden bzw. SAPV verordnenden Hausärztinnen und -ärzte an allen Hausärztinnen und -ärzten einer KV-Region variierten jedoch stark. Die Methoden waren eingeschränkt geeignet zur Beantwortung der explorativen Fragestellungen. Die Auswertungen auf Basis einer gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen trotz Standardisierung Verzerrungen. Relevante Einflussvariablen wie bspw. soziale Unterstützung und individuelle Präferenzen sind in den GKV-Routinedaten nicht verfügbar. PV, für die keine Abrechnungsziffern definiert ist (z. B. im Rahmen der regulären Pflege in Pflegeheimen) konnte nicht erfasst und ausgewertet werden. Der Endpunkt Ergebnisqualität wurde zudem lediglich über Surrogate erfasst.

Mit dem interaktiven Online-Datenportal steht erstmalig ein umfassendes Berichtswesen zur Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland mit der Möglichkeit zum regionalen Vergleich zur Verfügung. Aus Sicht des Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss leisten die Ergebnisse einen wichtigen Beitrag bei der Weiterentwicklung palliativer Versorgungsstrukturen. Zudem wird die im Projekt erarbeitete systematische Sammlung von Abrechnungsziffern zur Identifikation palliativer Leistungen in GKV-Routinedaten bereits von einem anderen ebenfalls durch den Innovationsfond geförderten Projekt (*STAY@HOME-TREAT@HOME* (01NVF21113)) genutzt. Vor diesem Hintergrund und der hohen gesellschaftlichen Relevanz des Themas gesundheitliche Versorgung am Lebensende, werden die Projektergebnisse zur Information an die o. g. Adressatinnen und Adressaten weitergeleitet.

- II. Dieser Beschluss sowie der Ergebnisbericht des Projekts *pallCompare* werden auf der Internetseite des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter www.innovationsfonds.g-ba.de veröffentlicht.
- III. Der Innovationsausschuss beauftragt seine Geschäftsstelle mit der Weiterleitung der gewonnenen Erkenntnisse des Projekts *pallCompare* an die unter I. genannten Institutionen.

Berlin, den 17. April 2026

Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss
gemäß § 92b SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken