

Datengrundlagen und Methoden zum pallCompare Monitor Hospiz- und Palliativversorgung

1 Der *pallCompare* Monitor Hospiz- und Palliativversorgung

Das durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses geförderte Projekt *pallCompare* (01VSF19026) liefert ein umfassendes Berichtswesen zur Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland im regionalen Vergleich auf der Ebene von Kreisen, Raumordnungsregionen¹ (ROR) und 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KV).

Im **interaktiven Datenportal** [↗](#) des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung (bifg) werden Daten zu Inanspruchnahme, Ergebnisqualität und Kosten der Hospiz- und Palliativversorgung (2016–2022) zur Verfügung gestellt. Die Kennzahlen können regional z. T. bis auf Kreisebene, aber auch nach Alter, Geschlecht, Pflegebedarf und Grunderkrankungen analysiert werden. Im Folgenden bezeichnen wir diese Daten als versichertenbezogene Daten.

Darüber hinaus werden auch Kennzahlen zum hospizlichen und palliativen Versorgungsangebot präsentiert, zunächst zu vertragsärztlich tätigen Hausärztinnen und Hausärzten sowie Fachärztinnen und Fachärzten, die ambulante Palliativversorgung abrechnen.

2 Datenquellen

Versichertenbezogene Daten: Für die Analysen haben wir pseudonymisierte Versicherten-Stammdaten (Geburtsjahr, Geschlecht, Kreiskennzeichen, Todesdatum), Leistungs- und Diagnosedaten aus den Bereichen ambulante vertragsärztliche Versorgung (§ 295 SGB V), Krankenhausversorgung (§§ 301, 295 SGB V),

¹ Raumordnungsregionen (ROR) gemäß Festlegung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumordnung (BBSR).

häusliche Krankenpflege (HKP, § 302 SGB V), spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§§ 295 Abs. 1b sowie 302 SGB V), stationäre Hospizleistungen (§ 39a SGB V), Pflegeleistungen (§ 105 SGB XI), Arzneimittel (§ 300 SGB V), Heil- und Hilfsmittel (§ 302 SGB V) sowie Rettungsdiensteinsätze und Krankentransporte (§ 302 SGB V) von BARMER-Versicherten herangezogen. Die Beteiligung vertragsärztlich tätiger Ärztinnen und Ärzte an der ambulanten Palliativversorgung haben wir ebenfalls auf der Grundlage der versichertenbezogenen Daten ermittelt.

Die Datenaufbereitung erfolgte im wissenschaftlichen Data-Warehouse der BARMER mittels SAS Enterprise Guide Version 8.3 (SAS 9.4, SAS Institute Inc./Cary/NC/USA).

3 Studienpopulation und Subpopulationen

Die Studienpopulation für den *pallCompare* Monitor Hospiz- und Palliativversorgung bilden verstorbene Versicherte der BARMER mit Todesdatum in den Jahren 2016 bis 2022,

- die ein Jahr vor dem Tod mindestens 18 Jahre alt waren,
- die im Sterbejahr und ein Jahr zuvor durchgängig bei der BARMER versichert waren und
- für die eine Wohnortinformation (Kreiskennzeichen) verfügbar war.

Dabei wurde der jeweils letzte hinterlegte Wohnort für die Zuordnung der Verstorbenen zu den Regionen genutzt, das heißt für die Zuordnung zu einem Kreis, einer ROR und einem Bundesland bzw. einer KV. BARMER-Versicherte, die zuvor der Deutschen BKK angehörten und in den Jahren 2016 bis 2018 verstarben, wurden ausgeschlossen, da für diese keine vollständige Datenverfügbarkeit gewährleistet werden konnte.

Je Jahr (Sterbejahr) ergaben sich damit folgende Studienpopulationen:

- 2016: N = 97.260
- 2017: N = 99.585
- 2018: N = 103.124
- 2019: N = 117.436
- 2020: N = 120.495
- 2021: N = 126.988
- 2022: N = 133.757

Die Verteilung auf die einzelnen Bundesländer und der Vergleich mit den Gesamtzahlen der Verstorbenen je Bundesland laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes (<https://www.gbe-bund.de/gbe/>) kann beispielhaft dem Onlinematerial zu Ditscheid et al., 2023 (für Verstorbene der Jahre 2016–2019) entnommen werden. Demnach bewegt sich der Anteil der BARMER-Versicherten an den Verstorbenen eines Bundeslandes zwischen 6,3% (Bremen) und 14,2% (Berlin).

Einige interaktive Grafiken des *pallCompare* Monitors Hospiz- und Palliativversorgung basieren auf der Subpopulation der Verstorbenen mit Palliativversorgung im letzten Lebensjahr, d.h. Verstorbene, die mindestens einmal im letzten Lebensjahr Hospiz- und/oder Palliativversorgung in Anspruch genommen haben.

Die Studienpopulation kann darüber hinaus bei jeder interaktiven Grafik durch verschiedene Filterungen (weiter) eingeschränkt werden. Dabei ist immer auch die Einschränkung auf ein bestimmtes Jahr möglich.

Folgende weiteren Filterungen sind bei verschiedenen interaktiven Grafiken möglich.

- Geschlecht (zwei Subgruppen: Männer, Frauen)
- Altersgruppe (fünf Subgruppen: >18–64, 65–74, 75–84, 85–94, 95+)
- Pflegebedarf ein Jahr vor dem Tod (sieben Subgruppen: Häuslichkeit ohne Pflegegrad, Häuslichkeit mit Pflegegrad 1, Häuslichkeit mit Pflegegrad 2, Häuslichkeit mit Pflegegrad 3, Häuslichkeit mit Pflegegrad 4, Häuslichkeit mit Pflegegrad 5, Pflegeheim)
- Pflegebedarf zum Zeitpunkt des Todes (sieben Subgruppen: Häuslichkeit ohne Pflegegrad, Häuslichkeit mit Pflegegrad 1, Häuslichkeit mit Pflegegrad 2, Häuslichkeit mit Pflegegrad 3, Häuslichkeit mit Pflegegrad 4, Häuslichkeit mit Pflegegrad 5, Pflegeheim)
- Grunderkrankungen können auf vielfältige Weise gefiltert werden (zur Definition von Grunderkrankungen siehe Abschnitt 7.5).
 - Grunderkrankung (zwei Subgruppen: ja, nein)
 - Onkologische/nicht-onkologische Grunderkrankung (drei Subgruppen: onkologische Grunderkrankung, nicht-onkologische Grunderkrankung, keine Grunderkrankung); Verstorbene, die neben einer nicht-onkologischen Grunderkrankung eine onkologische Grunderkrankung aufweisen, sind der Subgruppe „onkologische Grunderkrankung“ zugewiesen und erscheinen nicht in der Subgruppe „nicht-onkologische Grunderkrankung“²
 - Tumor (zwei Subgruppen: ja, nein)
 - Herz-Kreislauf-Erkrankung* (zwei Subgruppen: ja, nein)
 - Herzinsuffizienz* (zwei Subgruppen: ja, nein)
 - Zerebrovaskuläre Erkrankung* (zwei Subgruppen: ja, nein)
 - Nierenerkrankung* (zwei Subgruppen: ja, nein)
 - Lebererkrankung* (zwei Subgruppen: ja, nein)
 - Atemwegserkrankung* (zwei Subgruppen: ja, nein)
 - Neurodegenerative Erkrankung* (zwei Subgruppen: ja, nein)
 - Demenz, Alzheimer, Senilität* (zwei Subgruppen: ja, nein)
- * Verstorbene, die neben der genannten nicht-onkologischen Grunderkrankung auch eine onkologische Grunderkrankung aufweisen, wurden der Subgruppe „nein“ zugewiesen und erscheinen nicht in der Subgruppe „ja“.
- Inanspruchnahme palliativer Versorgung (vier Subgruppen, zur Definition der Versorgungsformen siehe Abschnitt 7.1):
 - maximal AAPV
 - maximal BQKPMV
 - SAPV
 - andere (Kombinationen von) PV
- KV (17 Subgruppen)

Die für eine interaktive Grafik verfügbaren Filterungen unterscheiden sich z.T. je nach gewählter Darstellungsebene (KV, ROR, Kreis).

² Diese Hierarchisierung erfolgt, weil wir annehmen, dass bei Vorliegen einer onkologischen Erkrankung neben anderen Erkrankungen die onkologische Erkrankung in der Regel den führenden Grund für palliative Versorgung bildet.

In den interaktiven Grafiken werden Kennzahlen ausgeblendet, falls für die betrachtete Subpopulation eine Grenze von 50 Personen unterschritten wird.

4 Bezugszeiträume

Für die selektierte Studienpopulation (siehe Abschnitt 3) haben wir ausgehend vom Todesdatum versichertenbezogen folgende Bezugszeiträume abgegrenzt:

- letztes Lebensjahr (m12, Todesdatum minus 365 Tage),
- die letzten drei Lebensmonate (m3, Todesdatum minus 91 Tage),
- letzter Lebensmonat (d30, Todesdatum minus 30 Tage).

5 Zuordnung der Leistungsdaten

Alle Leistungen der Studienpopulation des Sterbejahres, des Vorjahres sowie des Folgejahres wurden extrahiert und anschließend versichertenindividuell den Bezugszeiträumen zugeordnet. Dabei wurden auch nachlaufende Leistungsabrechnungen (Abrechnungen nach dem Tod) berücksichtigt (Ditscheid et al., 2020; Kremeike et al., 2022). Die Zuordnung der Leistungsdaten zu den Bezugszeiträumen erfolgte

- für ambulante Fälle nach dem Fallende,
- für ambulante Gebührenordnungspositionen (GOP) nach der Fallnummer des zugehörigen Falles,
- für ambulante ICD (internationale Klassifikationen der Krankheiten [*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*]) nach der Fallnummer des zugehörigen Falles,
- für stationäre Krankenhausfälle anteilig nach Verweildauer,
- für stationäre Krankenhaus-OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) nach der Fallnummer des zugehörigen stationären Krankenhausfalles,
- für stationäre Krankenhaus-ICD nach der Fallnummer des zugehörigen stationären Krankenhausfalles,
- für stationäre Krankenhaus-Entgelte nach der Fallnummer des zugehörigen stationären Krankenhausfalles,
- für ambulante Krankenhausfälle nach dem Fallende,
- für ambulante Krankenhaus-OPS nach der Fallnummer des zugehörigen ambulanten Krankenhausfalles,
- für ambulante Krankenhaus-ICD nach der Fallnummer des zugehörigen ambulanten Krankenhausfalles,
- für häusliche Krankenpflege (HKP) anteilig nach Leistungszeitraum,
- für Hospiz anteilig nach Leistungszeitraum,
- für Heil- und Hilfsmittel anteilig nach Leistungszeitraum,
- für Arzneimittel nach dem Abgabedatum,
- für Pflegeleistungen anteilig nach Leistungszeitraum,
- für Pflegerechnungen anteilig nach Rechnungszeitraum,
- für Krankentransporte, Rettungsdienst, Fahrtkosten nach dem Leistungsbeginn.

6 Standardisierung

Es ist bekannt, dass sich die Versicherten einzelner Krankenkassen von der Gesamtpopulation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) unterscheiden können, zuvorderst bereits in ihrer Alters- und Geschlechtsverteilung, darüber hinaus in weiteren Merkmalen, z. B. der Morbidität. Um die Repräsentativität der auf Basis der BARMER-Versicherten ermittelten versichertenbezogenen Kennzahlen zu erhöhen, führten wir eine Alters- und Geschlechtsstandardisierung durch. Dafür berechneten wir je Bundesland und Jahr Standardisierungsfaktoren, die für die Ermittlung der Kennzahlen als Gewichte herangezogen wurden.

Ausgehend von den Sterbefallstatistiken der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (<https://www.gbe-bund.de/gbe/>) berechneten wir für die Jahre ab 2016, wie groß der Anteil jeder soziodemografischen Subgruppe (nach Geschlecht und Fünf-Jahres-Altersgruppe) an allen Sterbefällen des jeweiligen Bundeslandes pro Jahr ausfiel. In einem zweiten Schritt berechneten wir dieselben Anteile für die Studienpopulation. Der Quotient des jeweiligen Anteils in der Studienpopulation durch den jeweiligen Anteil in der Allgemeinbevölkerung ergibt das (noch nicht normalisierte) Gewicht für Verstorbene aus der jeweiligen Subgruppe.³ Im letzten Schritt wurden die Gewichte auf Ebene der KV pro Jahr normalisiert (durch Multiplikation mit dem Quotienten aus unstandardisierter und standardisierter Anzahl an Verstorbenen je KV und Jahr).

7 Ermittlung der versichertenbezogenen Kennzahlen

7.1 Hauptformen palliativer Versorgung

Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)

Die im *pallCompare* Monitor ausgewiesene AAPV umfasst die ärztliche Palliativversorgung aus drei Leistungsbereichen (für Details s. u.):

1. die gemäß der bundesweit gültigen GOP des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für Ärztinnen und Ärzte abrechenbaren Leistungen,
2. die gemäß Onkologie-Vereinbarung bundesweit abrechenbaren Palliativversorgungsleistungen durch Onkologinnen und Onkologen,
3. sonstige KV-weit bzw. in KV-Regionen gültige Ziffern für palliativmedizinische Leistungen in öffentlich zugänglichen Quellen⁴, insbesondere selektivvertraglich vereinbarte Leistungen.

Eine abweichende Leistungsabgrenzung und -bezeichnung verwendet die Kassenärztliche Bundesvereinigung (https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Palliativversorgung.pdf). Dort werden

- Leistungen der palliativen Primärversorgung abgegrenzt, die sich ausschließlich auf die gemäß der bundesweit gültigen GOP des EBM für Ärztinnen und Ärzte gemäß § 27 SGB V beziehen;

³ Da Sterbefallstatistiken lediglich je Bundesland veröffentlicht werden, nicht je KV, waren diese noch nicht normalisierten Gewichte für die KVen Nordrhein und Westfalen-Lippe identisch.

⁴ Recherche anhand der Internetauftritte der KVen und der regionalen Hausärzteverbände, z. T. ergänzt durch Anschreiben und Telefonate; die BARMER stellte ebenfalls Ziffern bereit.

- als AAPV die Leistungen gemäß § 87 SGB V und Anlage 30 zum Bundesmantelvertrag – Ärzte „Vereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung (BQKPMV)“ bezeichnet; im *pallCompare* Monitor wird dafür die Bezeichnung BQKPMV verwendet;
- die von uns unter AAPV gefassten palliativen Leistungen nach Onkologie-Vereinbarung ausschließlich separat betrachtet, also nicht zur AAPV hinzugerechnet;
- die von uns unter 3. einbezogenen sonstigen KV-weiten bzw. in KV-Regionen gültigen Ziffern für palliativmedizinische Leistungen (z. B. aus Selektivverträgen) gar nicht betrachtet;
- palliative HKP-Leistungen gemäß Nr. 24a „palliative Symptomkontrolle“ der HKP-Richtlinie als pflegerische Leistungen der AAPV bezeichnet. Im *pallCompare* Monitor werden diese Leistungen nicht unter dem Begriff der AAPV gefasst, sondern als eine der „ambulanten Pflegeleistungen und weiteren palliativen Versorgungsformen“ ausgewiesen (siehe Abschnitt 7.2).

Im Detail umfasst die im *pallCompare* Monitor ausgewiesene AAPV somit die folgenden Leistungen.

1. In erster Linie sind dies die gemäß der bundesweit gültigen GOP des EBM für Ärztinnen und Ärzte abrechenbaren und in den §-295-Daten erfassten Leistungen:
 - 03370/04370 (palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan),
 - 03371/04371 (Zuschlag zu der Versichertenpauschale 03000/04000 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis),
 - 03372/04372 (Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410⁵ oder 01413⁶ für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit) und
 - 03373/04373 (Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411⁷, 01412⁸ oder 01415⁹ für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit).

Diese GOP sind ausschließlich von Haus- und Kinderärztinnen und -ärzten abrechenbar. Besondere palliativmedizinische Qualifikationsvoraussetzungen über die berufliche Grundqualifikation hinaus gelten für die Abrechnung solcher AAPV-Leistungen nicht.

2. Teil 2 der AAPV im *pallCompare* Monitor sind die gemäß Onkologie-Vereinbarung bundesweit abrechenbaren Palliativversorgungsleistungen durch Onkologinnen und Onkologen (GKV-Spitzenverband & Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2009), die die Palliativziffer 86518 (Palliativversorgung von Tumorpatienten; ggf. mit Zusatz I [Brandenburg], P [Westfalen-Lippe] oder Z [Berlin]) bzw. in Thüringen und Sachsen die Palliativziffer 96509 (Palliativversorgung von Tumorpatienten) abrechnen.

5 EBM-GOP 01410: Besuch eines Kranken, wegen der Erkrankung ausgeführt.

6 EBM-GOP 01413: Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie) und/oder in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal.

7 EBM-GOP 01411: dringender Besuch wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt (zwischen 19:00 und 22:00 Uhr, oder an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 07:00 und 19:00 Uhr).

8 EBM-GOP 01412: dringender Besuch / dringende Visite auf der Belegstation wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt (dringender Besuch zwischen 22:00 und 07:00 Uhr oder dringender Besuch an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19:00 und 07:00 Uhr oder dringender Besuch bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume oder dringende Visite auf der Belegstation bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume.

9 EBM-GOP 01415: dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal wegen der Erkrankung, noch am Tag der Bestellung ausgeführt.

3. Darüber hinaus recherchierten wir weitere, KV-weit bzw. in KV-Regionen gültige Ziffern für palliativmedizinische Leistungen in öffentlich zugänglichen Quellen¹⁰, siehe Tabelle 1. Diese umfassen insbesondere selektivvertraglich vereinbarte Leistungen: im Rahmen von Verträgen der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) abrechenbare Palliativleistungen sowie Leistungen der qualifizierten Palliativärztinnen und -ärzte (QPA) in der KV Nordrhein, für die u. a. auch gesonderte Qualifikationsvereinbarungen gelten. Nordrhein stellt hier einen Sonderfall dar, da die Versorgung durch niedergelassene QPA eine Zwischenebene zwischen AAPV und spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) bildet – ähnlich der 2017 bundesweit neu eingeführten BQKpMv gemäß § 87b SGB V.

Tabelle 1: Regional gültige Abrechnungsziffern für AAPV-Leistungen

KV	GOP	Bezeichnung GOP
Palliativmedizinische Leistungen aus HZV-Verträgen (gemäß § 73b SGB V)		
Nordrhein, Hessen, Westfalen-Lippe,	00001	Kontaktabhängige Pauschale für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten
Bayern, Berlin, Sachsen, Saarland	01490	Zuschlag für Besuche von Palliativpatienten
Nordrhein, Westfalen-Lippe	01411P	Ungeplanter eiliger Besuch (Palliativpatient)
Nordrhein, Hessen, Bayern, Saarland, Westfalen-Lippe	01417	Besuch durch eine VERAH (Palliativpatient)
Nordrhein, Westfalen-Lippe, Hessen, Bayern, Saarland	03374	Höchstwert für die GOP 03372
Hessen, Bayern, Saarland	04374	Höchstwert für die GOP 04372
Bayern	03371H	Zuschlag für die palliativmedizinische Betreuung eines HZV-Patienten in der Arztpraxis in Bayern
	03372H	Zuschlag für die palliativmedizinische Betreuung eines HZV-Patienten in der Häuslichkeit in Bayern
	03373H	Zuschlag für die dringliche palliativmedizinische Betreuung eines HZV-Patienten in der Häuslichkeit in Bayern
Bayern	3730 (B/C/D/E) – ab 01.01.2021	Rufbereitschaft am Lebensende (genehmigungspflichtig, Nachweis über Teilnahme an Kurs/Weiterbildung Palliativmedizin für Ärzte [40 Stunden])
Hessen	98984	Kennzeichnung palliativmedizinische ambulante Versorgung

¹⁰ Recherche anhand der Internetauftritte der KVen und der regionalen Hausärzteverbände, z. T. ergänzt durch Anschreiben und Telefonate; die BAR-MER stellte ebenfalls Ziffern bereit.

KV	GOP	Bezeichnung GOP
Palliativmedizinische Leistungen aus sonstigen Selektivverträgen (gemäß § 140a SGB V u. Ä.)		
Nordrhein (Palliativvertrag Ersatzkassen)	91100	Pauschale HA/FA Eingangsdiagnostik
	91101	Pauschale HA/FA zus. Aufwand Betreuung Pat./Ang. vor Ort, Überprüfung Schmerzth. Koord., je nach Hausbes. 01410–01413, 01415
	91102	HA/FA: Koordinationspauschale, je Quartal
	91103	HA/FA: Telefonisches Konsil mit QPA und/oder amb. Pflegedienst
	91110	QPA: Bereitschaftspauschale (Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit)
	91111	QPA: Pauschale für eine vom HA angeforderte fernmündliche palliativmed. Beratung, je Konsilium
	91112	QPA: Pauschale für QPA bei angef. Besuch durch HA/FA zur Vermeidung stat. KH-Beh. je 01410–01413, 01415
	01410B	Besuch eines Kranken, wegen der Erkrankung ausgeführt
	01411B	Dringender Besuch wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt
	01412B	Dringender Besuch / dringende Visite auf der Belegstation wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt
	01413B	Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie) und/oder in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal
	01415B	Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal wegen der Erkrankung, noch am Tag der Bestellung ausgeführt
	Westfalen-Lippe (Palliativvertrag nach § 132d SGB V vom 01.07.2013)	91501
91502		HA/FA: Zuschlag für einen erforderlichen Hausbesuch mit patientenbezogenem Zeitumfang von bis zu 45 Minuten (neben GOP 01410, 01411, 01412, 01415)
91502S		HA/FA: Zuschlag für einen erforderlichen Hausbesuch mit patientenbezogenem Zeitumfang von mehr als 45 Minuten (neben GOP 01410, 01411, 01412, 01415)
91503		HA/FA: Patientenbezogener persönlicher Austausch des koordinierenden Haus-/Facharztes mit einem Palliativarzt des PKD
91504		HA/FA: Zuschlag für einen erforderlichen Hausbesuch mit patientenbezogenem Zeitumfang von bis zu 45 Minuten (neben GOP 01413)
91504S		HA/FA: Zuschlag für einen erforderlichen Hausbesuch mit patientenbezogenem Zeitumfang von mehr als 45 Minuten (neben GOP 01413)

KV	GOP	Bezeichnung GOP
	91505	HA/FA: Zuschlag für die Vorhaltung einer telefonischen Erreichbarkeit und/oder einer Besuchsbereitschaft des koordinierenden Arztes
	92002	HA/FA: Hospizpatient: Zuschlag bei Besuch eines Patienten in stationärem Hospiz (neben GOP 01410, 01411, 01412)
	92003	HA/FA: Hospizpatient: Zuschlag bei Besuch weiterer Patienten in stationärem Hospiz (neben GOP 01413)

Anmerkung: FA: Fachärztin/-arzt, GOP: Gebührenordnungsposition, HA: Hausärztin/-arzt, HZV: Hausarztzentrierte Versorgung, KV: Kassenärztliche Vereinigung, SGB V: Sozialgesetzbuch V, QPA: qualifizierte/-r Palliativärztin/-arzt, VERAH: Versorgungsassistent/-in in der Hausarztpraxis
 Quelle: eigene Darstellung. Die jeweils zugrunde liegenden vertraglichen bzw. gesetzlichen Regelungen sind jeweils vermerkt.

Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung (BQKPmV)

BQKPmV-Leistungen können arztgruppenübergreifend nach Beantragung und Qualifikationsnachweis bei der zuständigen KV abgerechnet werden (Anlage 30 Bundesmantelvertrag – Ärzte [BMV-Ä]). Die BQKPmV-Inanspruchnahme identifizierten wir über die folgenden bundesweit gültigen EBM-GOP in den § 295-Daten:

- 37300 (Palliativmedizinische Ersterhebung),
- 37302 (Koordinationspauschale),
- 37305 (Palliativmedizinische Betreuung von Patienten in der Häuslichkeit),
- 37306 (Dringender Besuch eines Palliativpatienten in der Häuslichkeit),
- 37314 (Konsiliarische Erörterung durch Arzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin),
- 37317 (Telefonische Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft in kritischen Phasen),
- 37318 (Telefonische Beratung von mindestens 5 Minuten Dauer) und
- 37320 (Fallkonferenz gemäß Vereinbarung zur Palliativversorgung [Anlage 30 zum BMV-Ä]).

An dieser Stelle sei nochmals erwähnt, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung diese Leistungen nicht als BQKPmV bezeichnet, sondern als AAPV-Leistungen (vgl. https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Palliativversorgung.pdf).

AAPV/BQKPmV

Um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass BQKPmV auch als (besser vergütete) „AAPV+“ betrachtet wird, weisen wir Verstorbene, bei denen AAPV und/oder BQKPmV abgerechnet wurde, zusätzlich aus. An dieser Kennzahl kann beispielsweise abgelesen werden, ob der Rückgang an AAPV möglicherweise durch zunehmende BQKPmV abgefangen werden konnte.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Die im *pallCompare* Monitor ausgewiesene SAPV-Inanspruchnahme umfasst die vertragsärztlichen SAPV-Verordnungen gemäß Vordruckmuster 63 sowie die auf der Basis von Versorgungsverträgen zwischen SAPV-Teams und Krankenkassen nach § 132d SGB V vergüteten spezialärztlichen, koordinativen und pflegerischen Palliativleistungen.

SAPV-Verordnungen wurden anhand der bundesweit gültigen EBM-GOP für die Verordnung von SAPV 01425 (Erstverordnung) und 01426 (Folgeverordnung) erfasst. Verordnungen durch Krankenhausärztin-

nen und -ärzte, die nicht ambulant abrechenbar sind, wurden nicht erfasst. Eine Sonderstellung nimmt die KV Westfalen-Lippe ein. Palliativmedizinische Konsiliardienste (PKD), Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Patientinnen und Patienten, die an der bis zum Jahr 2022 geltenden „Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld unter Berücksichtigung des § 132d SGB V“ teilnahmen, wurden eingeschrieben. Eine Verordnung gemäß Vordruckmuster 63 erfolgte dort nicht.

SAPV-Leistungsabrechnungen erfolgen bis auf (teilweise) Ausnahmen in Berlin, Nordrhein und Westfalen-Lippe direkt zwischen SAPV-Teams und Krankenkassen. Um diese zu identifizieren, stellte die BARMER zunächst eine Sondertabelle mit SAPV-Leistungsabrechnungen zur Verfügung. Diese entstammte den HKP-Daten gemäß § 302 SGB V und enthielt die SAPV-Leistungen überwiegend in Form der zehnstelligen Positionsnummer (GKV-Spitzenverband). Seit dem Jahr 2020 können SAPV-Leistungsabrechnungen direkt in den HKP-Daten identifiziert werden. In Berlin, Nordrhein und Westfalen-Lippe, wo SAPV-Verträge existier(t)en, bei denen die KV Vertragspartner ist (dreiseitiger Vertrag), erfolgen SAPV-Leistungsabrechnungen auch über die KV und sind dann in den ambulanten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V zu finden. Die auf diese Weise berücksichtigten Abrechnungsziffern sind in Tabelle 2 dargestellt. Da SAPV-GOP für Berlin erst seit 2019 regulär in den ambulanten vertragsärztlichen Daten identifizierbar waren, stellte die BARMER für die Jahre 2016 bis 2018 eine Sondertabelle mit SAPV-GOP aus Berlin zur Verfügung.

Tabelle 2: Regional gültige Sonderziffern für SAPV-Leistungen

KV	GOP	Bezeichnung GOP
Nordrhein	92150	Tel./pers. Gespräch mit Betroffenen (Patienten oder deren Angehörigen)
	92151	Tel./pers. Gespräch mit an der Versorgung teilnehmendem Arzt außerhalb PCT
	92153	Koordinationspauschale
	92154	Assessmentpauschale
	92155	Teilversorgung je Pat. und je Einsatz ärztlich sowie pflegerisch
	92157	Vollständige Versorgung je Pat. und je BHT
Berlin	99060	Beratung des behandelnden Hausarztes
	99061	Beratung des/der Versicherten u./o. dessen/deren Angehörigen
	99062	Beratung der ausführenden SAPV-Pflegekraft
	99063	Koordination
	99064	Additiv unterstützende Teilversorgung
	99065	Vollständige Versorgung
	99066	Hospizwochenpauschale
	99067	HB-Zuschlag für SAPV-Assistenten (Besuch, inkl. Wegegelder)
	99068	HB-Zuschlag zur SNR 99067 für SAPV-Assistenten zu „Unzeiten“, Mo.–Sa., 19:00–07:00 Uhr
	99069	HB-Zuschlag zur SNR 99067 für SAPV-Assistenten zu „Unzeiten“, So. und Feiertage

KV	GOP	Bezeichnung GOP
Westfalen-Lippe	91512	QPA: Pauschale für einen erforderlichen Hausbesuch mit patientenbezogenem Zeitumfang von bis zu 45 Minuten (neben GOP 01410)
	91512S	QPA: Pauschale für einen erforderlichen Hausbesuch mit patientenbezogenem Zeitumfang von mehr als 45 Minuten (neben GOP 01410)
	91512T	QPA: Pauschale für einen erforderlichen Hausbesuch mit patientenbezogenem Zeitumfang von mehr als 90 Minuten (neben GOP 01410)
	91513	QPA: Pauschale für einen erforderlichen Hausbesuch mit patientenbezogenem Zeitumfang von bis zu 45 Minuten (neben GOP 01411)
	91513S	QPA: Pauschale für einen erforderlichen Hausbesuch mit patientenbezogenem Zeitumfang von mehr als 45 Minuten (neben GOP 01411)
	91513T	QPA: Pauschale für einen erforderlichen Hausbesuch mit patientenbezogenem Zeitumfang von mehr als 90 Minuten (neben GOP 01411)
	91514	QPA: Pauschale für einen erforderlichen Hausbesuch mit patientenbezogenem Zeitumfang von bis zu 45 Minuten (neben GOP 01412)
	91514S	QPA: Pauschale für einen erforderlichen Hausbesuch mit patientenbezogenem Zeitumfang von mehr als 45 Minuten (neben GOP 01412)
	91514T	QPA: Pauschale für einen erforderlichen Hausbesuch mit patientenbezogenem Zeitumfang von mehr als 90 Minuten (neben GOP 01412)
	91515	QPA: Zuschlag für Punktionen
	91518	QPA: Pauschale für einen erforderlichen Hausbesuch mit patientenbezogenem Zeitumfang von bis zu 45 Minuten (neben GOP 01415)
	91518S	QPA: Pauschale für einen erforderlichen Hausbesuch mit patientenbezogenem Zeitumfang von mehr als 45 Minuten (neben GOP 01415)
	91518T	QPA: Pauschale für einen erforderlichen Hausbesuch mit patientenbezogenem Zeitumfang von mehr als 90 Minuten (neben GOP 01415)
	91519	QPA: Pauschale für einen erforderlichen Hausbesuch mit patientenbezogenem Zeitumfang von bis zu 45 Minuten (neben GOP 01413)
	91519S	QPA: Pauschale für einen erforderlichen Hausbesuch mit patientenbezogenem Zeitumfang von mehr als 45 Minuten (neben GOP 01413)
	91519T	QPA: Pauschale für einen erforderlichen Hausbesuch mit patientenbezogenem Zeitumfang von mehr als 90 Minuten (neben GOP 01413)
	92010	QPA: Hospizpatient: Durchführung palliativmedizinisches Assessment
	92012	QPA: Hospizpatient: Besuch eines Patienten in einem stationären Hospiz (neben GOP 01410)
	92013	QPA: Hospizpatient: Besuch eines Patienten in einem stationären Hospiz (neben GOP 01411)
	92014	QPA: Hospizpatient: Besuch eines Patienten in einem stationären Hospiz (neben GOP 01412)
92015	QPA: Hospizpatient: Zuschlag für Punktionen	

KV	GOP	Bezeichnung GOP
	92016	QPA: Hospizpatient: Besuch weiterer Patienten in einem stationären Hospiz (neben GOP 01413)
	91511	PKD: Pauschale für die Koordinierung der Versorgung
	91516	PKD: Pauschale für SAPV-Vollversorgung bis 14 Tage
	91517	PKD: Pauschale für SAPV-Vollversorgung ab 15 Tage
	91520	PKD: Durchführung eines Erstassessments
	91521	Zuschlag zur SNR 91520 für die Anfahrt bei einer Entfernung von über 25 Kilometern (einfache Strecke)
	91522	Zuschlag zur SNR 91520 für die Anfahrt bei einer Entfernung von über 50 Kilometern (einfache Strecke)
	92011	PKD: Hospizpatient: Koordinations- und Bereitschaftspauschale

Anmerkung: GOP: Gebührenordnungsposition, KV: Kassenärztliche Vereinigung, PCT: Palliative-Care-Team, PKD: Palliativmedizinischer Konsiliardienst, QPA: qualifizierte/-r Palliativärztin/-arzt, SAPV: spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Quelle: eigene Darstellung nach den jeweils zugrunde liegenden vertraglichen Regelungen (KV Nordrhein, 2015; KV Westfalen-Lippe, 2013)

Stationäre Palliativversorgung (stationäre PV)

Als stationäre PV im Krankenhaus identifizierten wir

- über die OPS für palliative Leistungen im Krankenhaus die
 - 8-982 (Palliativmedizinische Komplexbehandlung),
 - 8-98e (Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung) und
 - 8-98h (Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst) in den Krankenhaus-OPS-Daten sowie
- über Zusatzentgelte besonderer Einrichtungen in den Krankenhaus-Entgelt-Tabellen aufgeführte tages- oder fallbezogene, voll- oder teilstationäre palliative Leistungen (recherchiert unter <https://kh-entgeltschluessel.gkv-datenaustausch.de/>). Hierbei zogen wir sowohl bundesweit als auch auf Bundeslandebene im Studienzeitraum gültige Ziffern heran.

Hospiz

In Anspruch genommene stationäre Hospizleistungen identifizierten wir in der entsprechenden Leistungstabelle über den „Zuschuss stationäre Hospizbehandlung“.

Die Versorgung durch ambulante Hospizdienste konnte nicht berücksichtigt werden, da diese nicht versichertenbezogen abgerechnet werden. Die Krankenkassen fördern durch Bezuschussung der Personal- und Sachkosten der Hospizdienste die Infrastruktur, die die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen in Anspruch nehmen können.

Palliativversorgung insgesamt

Als Versicherte mit PV insgesamt haben wir diejenigen Versicherten ausgewiesen, die im letzten Lebensjahr mindestens eine der o. g. palliativen Versorgungsformen (AAPV, BQKpMv, SAPV, stationäre PV, Hospiz) in Anspruch genommen haben.

7.2 Ambulante Pflegeleistungen und weitere palliative Versorgungsformen

Neben den o. g. palliativen Versorgungsformen haben wir weitere Kennzahlen gebildet, um die in Anspruch genommene PV näher betrachten zu können (Tabelle 3).

Tabelle 3: Beschreibung der weiteren Kennzahlen mit Bezug zur Palliativversorgung

Kennzahl	Erläuterung
palliative HKP	<p>Inanspruchnahme palliativer HKP-Leistungen gemäß Nr. 24a „palliative Symptomkontrolle“ der HKP-Richtlinie; Identifizierung in den HKP-Leistungstabellen anhand des bundeseinheitlichen Positionsnummernverzeichnisses für HKP (GKV-Spitzenverband) über die Stellen 4–6. Erfasst wurden die folgenden Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 321 (Palliative Behandlungspflege), ▪ 808 (Tagespauschale „Ambulante Palliativpflege“), ▪ B24 (Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten – Leistungsbeginn-Pauschale), ▪ B25 (Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten – Tagespauschale 1 – Erstverordnung), ▪ B26 (Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten – Tagespauschale 2 – Folgeverordnung), ▪ B27 (Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten – Finalpauschale), ▪ A89 (Symptomkontrolle als Komplexleistung [24a]), ▪ B23 (Symptomkontrolle als Tagespauschale [24a]), ▪ B89 (Einsatzpauschale AAPV – allgemeine ambulante Palliativversorgung [Nr. 24a]), ▪ A86 (Kontinuierliche Medikamentengabe über Schmerzpumpe im Rahmen der Symptomkontrolle [24a]), ▪ A87 (Wundversorgung als Einzelfallentscheidung im Rahmen der Symptomkontrolle [24a]).
HKP ab amb. PV	Inanspruchnahme von HKP-Leistungen nach SGB V ab der ersten ambulanten Palliativleistung (AAPV, BQKpMV, SAPV) in den letzten 3 Lebensmonaten
HKP	Inanspruchnahme von HKP-Leistungen nach SGB V
Ambulante Pflege	<p>Inanspruchnahme mindestens einer der folgenden ambulanten Pflegeleistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegesachleistungen (gem. § 36 SGB XI) ▪ Pflegegeld (gem. § 37 SGB XI) ▪ Verhinderungspflege (gem. § 39 SGB XI)
ambulante PV	Inanspruchnahme von AAPV-, BQKpMV- oder SAPV-Leistungen. Weitere Versorgungsformen blieben unberücksichtigt.
nur AAPV/BQKpMV, keine SAPV	Inanspruchnahme von AAPV- oder BQKpMV-Leistungen, aber keine SAPV. Weitere Versorgungsformen blieben unberücksichtigt.

Kennzahl	Erläuterung
nur SAPV, keine AAPV/BQKPmV	Inanspruchnahme von SAPV ohne vor-, parallele, nachgelagerte AAPV und ohne vor-/nachgelagerte BQKPmV
SAPV-VO	Inanspruchnahme von SAPV auf der Basis von SAPV-Verordnungen: <ul style="list-style-type: none"> EBM-GOP 01424 (Erstverordnung) EBM-GOP 01426 (Folgeverordnung)
SAPV-VO Krankenhaus	Inanspruchnahme von SAPV, deren Erstverordnung aus dem Krankenhaus erfolgte / vom Krankenhausarzt ausgestellt wurde. Diese sind nicht in GKV-Routinedaten abgebildet. Sie wurden indirekt identifiziert, anhand einer erstmaligen SAPV-Leistungsabrechnung in enger zeitlicher Verbindung (bis 7 Tage) mit der Entlassung aus dem Krankenhaus bei gleichzeitigem Fehlen einer SAPV-Erstverordnung. Versicherte aus Westfalen-Lippe haben wir von dieser Analyse ausgeschlossen, da hier eine SAPV-Verordnung nach Muster 63 nicht nötig ist, um die SAPV zu initiieren.
nur stationäre PV	Inanspruchnahme von stationärer PV, ohne dass zuvor oder nachher ambulante PV (AAPV, BQKPmV, SAPV) zum Einsatz kam.
SPV (spezialisierte Palliativversorgung)	Inanspruchnahme von spezialisierter Palliativversorgung, d. h. SAPV oder stationäre PV
SHPV (spezialisierte Hospiz-/Palliativversorgung)	Inanspruchnahme von spezialisierter Hospiz- und Palliativversorgung, d. h. SAPV oder stationäre PV oder Hospiz
Palliativleistung in Krankenhausambulanz	Inanspruchnahme von ambulanter Behandlung im Krankenhaus mit Abrechnung palliativer Leistungen nach EBM
Palliativmedizinische Tagesklinik	Inanspruchnahme tagesklinischer Palliativleistungen, recherchiert als tagesklinische bzw. teilstationäre Palliativleistungen unter https://kh-entgeltschluessel.gkv-datenaustausch.de/
Tageshospiz	Inanspruchnahme von Tageshospizen, identifiziert als <ul style="list-style-type: none"> „Zuschuss teilstationäre Hospizbehandlung“ bzw. „Zuschuss ambulante Hospizbehandlung“

Anmerkung: AAPV: Allgemeine ambulante Palliativversorgung, BQKPmV: Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung, EBM-GOP: Gebührenordnungsposition des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs, HKP: Häusliche Krankenpflege, SAPV: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, SGB V: Sozialgesetzbuch V, SGB XI: Sozialgesetzbuch XI, VO: Verordnung
Quelle: eigene Darstellung

7.3 Ergebnisqualität: Outcome-Indikatoren

Die Ergebnisqualität der Palliativversorgung haben wir anhand der folgenden national und international gebräuchlichen Outcome-Indikatoren gemessen (Tabelle 4).

Tabelle 4: Definition der Outcome-Indikatoren

Outcome-Indikator	Bezugszeitraum	Definition
Sterbeort Krankenhaus	Tod	Krankenhausfall mit Entlassungsgrund 079 (Tod)
Sterbeort Krankenhaus (nicht Palliativstation)	Tod	Krankenhausfall mit Entlassungsgrund 079 (Tod) UND NICHT Fachabteilung Entlassung 3752 (Palliativmedizin)
Sterbeort Palliativstation	Tod	Krankenhausfall mit Entlassungsgrund 079 (Tod) UND Fachabteilung Entlassung 3752 (Palliativmedizin)
Sterbeort Hospiz	Tod	Hospizleistung „Zuschuss stationäre Hospizbehandlung“ UND Leistungsende ≥ Todesdatum UND NICHT Sterbeort Krankenhaus
Sterbeort Pflegeheim	Tod	Pflegeart „Stationäre Pflege in Pflegeeinrichtung“ (§ 43 SGB XI) UND Pflegeartende ≥ Todesdatum UND NICHT Sterbeort Krankenhaus UND NICHT Sterbeort Hospiz
Sterbeort Häuslichkeit und Sonstige	Tod	NICHT Sterbeort Krankenhaus UND NICHT Sterbeort Hospiz UND NICHT Sterbeort Pflegeheim
Krankenhausaufenthalt	letzte 30 Lebenstage	mind. 1 neu beginnender, vollstationärer Krankenhausaufenthalt
Krankenhausaufenthalt ohne PV	letzte 30 Lebenstage	mind. 1 neu beginnender, vollstationärer Krankenhausaufenthalt ohne OPS 8-982*(Palliativmedizinische Komplexbehandlung) UND ohne OPS 8-98e* (Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung) UND ohne OPS 8-98h* (Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst)
Rettungsdiensteinsatz	letzte 30 Lebenstage	mind. 1 Rettungsdiensteinsatz: Verordnungsart (1. Stelle des Schlüssels nach bundeseinheitlichem Positionsnummernverzeichnis für Krankentransportleitungen) 1 (Notarztwagen) ODER 2 (Notarzteinsatzfahrzeug) ODER 3 (Rettungswagen)

Outcome-Indikator	Bezugszeitraum	Definition
Krankenhaus-notfallbehandlung	letzte 30 Lebenstage	mind. 1 neu beginnender, vollstationärer Krankenhaus-aufenthalt mit Aufnahmegrund „Notfall“ UND Rettungsdiensteinsatz (s. o.) UND Krankenhauseaufnahmedatum = Leistungsende Rettungsdiensteinsatz
Kassenärztlicher Notdienst	letzte 30 Lebenstage	mind. 1 Inanspruchnahme des kassenärztlichen Notdienstes: GOP 01205 (Notfallpauschale [Abklärung, Koordination I]) ODER GOP 01207 (Notfallpauschale [Abklärung, Koordination II]) ODER GOP 01210 (Notfallpauschale I) ODER GOP 01212 (Notfallpauschale II) ODER GOP 01418 (Besuch im organisierten Not[fall]dienst)
Chemotherapie	letzte 30 Lebenstage	Inanspruchnahme mind. einer der folgenden ambulanten oder stationären Leistungen in der Teilpopulation der Versicherten mit Tumorerkrankung (ICD-10-GM C00-C97): PZN 09999092 (Zytostatika-Zubereitungen) ODER ATC-Code L01* (Antineoplastische Mittel) UND NICHT ATC-Code L01CH* (homöopathische und anthroposophische Mittel) ODER ATC-Code L01CP* (pflanzliche Mittel) ODER GOP 86514 (Zuschlag für die intrakavitär applizierte medikamentöse Tumortherapie) ODER GOP 86516 (Zuschlag für die intravasal applizierte medikamentöse Tumortherapie) ODER GOP 86520 (Zuschlag für die orale medikamentöse Tumortherapie) ODER OPS 8-54* (Zytostatische Chemotherapie, Immuntherapie und antiretrovirale Therapie)
ITS-Aufenthalt	letzte 30 Lebenstage	Inanspruchnahme einer stationären intensivmedizinischen Behandlung: OPS 8-980* (Intensivmedizinische Komplexbehandlung) ODER OPS 8-98f* (Aufwändige intensivmedizinische Komplexbehandlung)

Outcome-Indikator	Bezugszeitraum	Definition
Parenterale Ernährung	letzte 30 Lebenstage	Inanspruchnahme mind. einer der folgenden ambulanten oder stationären Leistungen in der Teilpopulation der Versicherten ohne gastrointestinalen Tumor ODER gastrointestinale Metastasen (ICD-10-GM: C15-C26, C78.4-C78.8): ATC-Code B05BA* (Lösungen zur parenteralen Ernährung) ODER OPS 8-016* (Parenterale Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung) ODER OPS 8-018* (Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung)
Magensonde-Anlage/ Wechsel	letzte 30 Lebenstage	Inanspruchnahme mind. einer der folgenden ambulanten oder stationären Leistungen in der Teilpopulation der Versicherten ohne gastrointestinalen Tumor ODER gastrointestinale Metastasen (ICD-10-GM: C15-C26, C78.4-C78.8): GOP 13412 (Perkutane Gastrostomie) ODER OPS 5-431.2 * (Gastrostomie, perkutan endoskopisch [PEG]) ODER OPS 8-123.0 (Wechsel eines Gastrostomiekatheters)

Anmerkung: ATC-Code: Anatomisch-therapeutisch-chemischer Code, GOP: Gebührenordnungsposition des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs, ICD-10-GM: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, ITS: Intensivstation, KH: Krankenhaus, OPS: Operationen- und Prozedurenschlüssel, PEG: Perkutane endoskopische Gastrostomie, PV: Palliativversorgung, PZN: Pharmazentralnummer, SGB V: Sozialgesetzbuch V
Quelle: eigene Darstellung

7.4 Kosten-Indikatoren

Gesamtversorgungskosten

Die Gesamtversorgungskosten berechneten wir als Summe der einzelnen Kosten-Indikatoren, ohne Pflegeleistungen gemäß SGB XI (Tabelle 5). Die Kosten-Indikatoren ermittelten wir jeweils für die Bezugszeiträume letzte drei Lebensmonate (m3) und letztes Lebensjahr (m12). Die Zuordnung zum Bezugszeitraum erfolgte wie in Kapitel 5 beschrieben.

Tabelle 5: Leistungsbereiche der Gesamtversorgungskosten

Kosten-Indikator	Definition	Anmerkung
Ambulante ärztliche Versorgung (§ 295 SGB V, auch i. V. m. § 73b und § 140a SGB V, § 37b SGB V)	Kostenberechnung als Summe der Punktzahlen auf Fallebene, multipliziert mit dem jeweils gültigen Orientierungspunktwert und Addition weiterer Kosten, die mit Kostenwert angegeben sind (selektivvertragliche Leistungen)	Behandlungsfälle gehen als Ganzes ein; ggf. sind dies zwei Quartale → Überschätzung dieser Kosten; enthalten sind hier auch die Kosten der AAPV, BQKPmV sowie SAPV-Verordnungen, selektivvertragliche, ärztliche SAPV/ PKD*-Leistungen (Berlin, Nordrhein und Westfalen-Lippe).
HKP inkl. SAPV-Leistungen (§ 302 SGB V, § 37b SGB V)	Summe aller HKP-Leistungen im Bezugszeitraum	Enthalten sind auch SAPV-Leistungsabrechnungen.
Krankenhaus (§§ 301, 295 i. V. m. §§ 120, 116 SGB V)	Summe der stationären und ambulanten Krankenhausfallkosten im Bezugszeitraum abzgl. Zuzahlung	Umfasst voll-, teil- und vorstationäre Krankenhausbehandlungen und ambulante Behandlungen im Krankenhaus (Ambulanzen) sowie im Krankenhaus erbrachte palliativmedizinische Leistungen.
Rettungsdienst (§ 302 SGB V)	Nettosumme der Kosten aller Rettungsdiensteinsätze im Bezugszeitraum	Ggf. angefallene Zuzahlungen sind berücksichtigt.
Krankentransport (§ 302 SGB V)	Nettosumme der Kosten aller Fahrten und Krankentransporte im Bezugszeitraum	Ggf. angefallene Zuzahlungen sind berücksichtigt.
Hospiz (§ 39a SGB V)	Summe aller Zuschüsse für stationäre, teilstationäre und ambulante Hospizbehandlungen im Bezugszeitraum**	
Arzneimittel (§ 300 SGB V)	Bruttosumme der Kosten aller Arzneimittel im Bezugszeitraum	Über die Apotheke abgegebene Hilfsmittel sind ebenfalls enthalten. Ggf. angefallene Zuzahlungen und Rabatte sind nicht berücksichtigt.
Heilmittel (§ 302 SGB V)	Nettosumme der Kosten aller Heilmittel im Bezugszeitraum	Ggf. angefallene Zuzahlungen sind berücksichtigt.
Hilfsmittel (§ 302 SGB V)	Nettosumme der Kosten aller Hilfsmittel im Bezugszeitraum	Ggf. angefallene Zuzahlungen sind berücksichtigt.
Pflegeleistungen (SGB XI) separat ausgewiesen	Summe der Kosten aller Pflege- und Zusatzleistungen im Bezugszeitraum	ab 2018 verfügbar

Anmerkung: AAPV: Allgemeine ambulante Palliativversorgung, BQKPmV: Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung, HKP: Häusliche Krankenpflege (SGB V), SAPV: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, SGB V: Sozialgesetzbuch V
 *(Ambulanter) Palliativmedizinischer Konsiliardienst in Westfalen-Lippe. **Zu 99,5% stationäre Hospizbehandlungen.
 Quelle: eigene Darstellung

Nicht ausgewiesene Leistungsbereiche wie bspw. Rehabilitation und zahnärztliche Versorgung wurden in den Gesamtversorgungskosten nicht berücksichtigt.

Kosten der palliativen Versorgung

Die Kosten der Hospiz- und Palliativversorgung insgesamt (PV gesamt) ergeben sich als Summe der Kosten der einzelnen in Anspruch genommenen palliativen und hospizlichen Versorgungsformen (Tabelle 6). Grundgesamtheit sind hier Verstorbene, die Palliativversorgung bzw. die betreffende Form von Palliativversorgung mindestens einmal im letzten Lebensjahr in Anspruch genommen haben. Der Bezugszeitraum ist hier das letzte Lebensjahr (m12) bzw. die letzten drei Lebensmonate (m3).

Tabelle 6: Bestandteile der Palliativversorgungskosten

Kosten-Indikator (Grundgesamtheit)	Zuordnung zum Bezugszeitraum	Definition
PV gesamt (PV-Versorgte)		Die Kosten der Hospiz- und Palliativversorgung insgesamt (PV gesamt) ergeben sich als Summe der Kosten der einzelnen in Anspruch genommenen palliativen und hospizlichen Versorgungsformen.
AAPV (AAPV-Versorgte)	nach dem Leistungsdatum	Kostenberechnung als Summe der Punktzahlen für alle im Bezugszeitraum abgerechneten Leistungen multipliziert mit dem jeweils gültigen Orientierungspunktwert und Addition von Kosten für AAPV-Leistungen aus HZV- und Selektivverträgen, einschließlich der Onkologie-Vereinbarung im Bezugszeitraum. Zu den (erweiterten) AAPV-Leistungen zählen wir auch die von den QPA in Nordrhein abgerechneten Leistungen der Palliativversorgung. Andere Fallkostenanteile wurden nicht einbezogen; dabei kann nicht ausgeschlossen werden, dass diese nicht auch der Palliativversorgung zugerechnet werden könnten (z. B. Quartalspauschalen). Die Kosten der AAPV dürften demnach deutlich unterschätzt sein.
BQKPmV (BQKPmV-Versorgte)	nach dem Leistungsdatum	Kostenberechnung als Summe der Punktzahlen für alle im Bezugszeitraum abgerechneten Leistungen multipliziert mit dem jeweils gültigen Orientierungspunktwert. Andere Fallkostenanteile wurden nicht einbezogen; dabei kann nicht ausgeschlossen werden, dass diese nicht auch der Palliativversorgung zugerechnet werden könnten (z. B. Quartalspauschalen). Die Kosten der BQKPmV dürften demnach deutlich unterschätzt sein.
AAPV + BQKPmV (AAPV- bzw. BQKPmV-Versorgte)	nach dem Leistungsdatum	Die Summe der Kosten aus AAPV und BQKPmV wird gebildet, weil BQKPmV als eine Form von AAPV betrachtet wird (AAPV+) und auf diese Weise die Kosten der AAPV insgesamt betrachtet werden können.

Kosten-Indikator (Grundgesamtheit)	Zuordnung zum Bezugszeitraum	Definition
SAPV (SAPV-Versorgte)	nach dem Leistungsdatum (SAPV-Verordnung, SAPV aus Selektivverträgen) bzw. anteilig nach Leistungszeitraum (SAPV aus HKP-Daten)	Kostenberechnung als Summe der Punktzahlen für alle im Bezugszeitraum abgerechneten Leistungen multipliziert mit dem jeweils gültigen Orientierungspunktwert (SAPV-Verordnungen), Addition von Kosten für alle SAPV-Leistungen aus Selektivverträgen im Bezugszeitraum und von Kosten für SAPV-Leistungen aus HKP-Daten im Bezugszeitraum. Zur SAPV zählen wir auch die Leistungen der PKD in Verbindung mit den QPA in Westfalen-Lippe.
SAPV + palliative HKP + HKP ab amb. PV (SAPV-Versorgte)	siehe SAPV, palliative HKP + HKP ab ambulanter PV	Summe Kosten der SAPV und der palliativen HKP + HKP ab ambulanter PV im Bezugszeitraum. (Weil einige SAPV-Verträge die zusätzliche Verordnung von HKP ermöglichen, werden diese Kosten in der vorliegenden Kennzahl als Kosten der SAPV abgebildet.)
SAPV inkl. Verordnungen von AM, HI/HE (SAPV-Versorgte)	anteilig nach Leistungszeitraum	Kosten der SAPV zzgl. Kosten der Verordnung von Arznei- sowie Heil- und Hilfsmitteln im Rahmen der SAPV (Identifizierung anhand der Pseudo-LANR des SAPV-Arztes) im Bezugszeitraum. Diese Kennzahl wird ermittelt, um eine Vergleichbarkeit zu der in der KJ1-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit ausgewiesenen Ausgaben für SAPV gesamt herstellen zu können. Bei Versicherten aus Nordrhein und Westfalen-Lippe ist diese Identifizierung nicht möglich; hier entspricht diese Kennzahl demnach den bloßen SAPV-Kosten.
amb. PV (amb. PV-Versorgte)	nach dem Leistungsdatum	Die Summe der Kosten aus AAPV, BQKpMV und SAPV (= Kosten der ambulanten PV) wird gebildet, weil die ambulanten Formen der Palliativversorgung in einer Versorgungsregion ineinandergreifen sollten und die Möglichkeit bestehen soll, die Kosten dafür insgesamt zu betrachten.
amb. PV + palliative HKP + HKP ab amb. PV (amb. PV-Versorgte)	nach dem Leistungsdatum bzw. anteilig nach dem Leistungszeitraum	Die Summe der Kosten aus ambulanter PV und palliativen HKP geben die um Kosten für palliativpflegerische Leistungen erweiterten Kosten der ambulanten Palliativversorgung an.
palliative HKP + HKP ab amb. PV (palliativ HKP- oder HKP ab amb. PV-Versorgte)	anteilig nach Leistungszeitraum (palliative HKP) bzw. nach dem Leistungsbeginn (HKP ab ambulanter PV)	Summe der Kosten palliativer HKP-Leistungen sowie aller weiteren HKP-Leistungen im Bezugszeitraum, deren Leistungsbeginn \geq dem Leistungsdatum der ersten ambulanten Palliativleistung (AAPV, BQKpMV, SAPV) in den letzten drei Lebensmonaten ist
HKP gesamt (HKP-Versorgte)	anteilig nach Leistungszeitraum	Summe aller HKP-Leistungen im Bezugszeitraum (exkl. SAPV-Leistungsabrechnungen)

Kosten-Indikator (Grundgesamtheit)	Zuordnung zum Bezugszeitraum	Definition
Pflegeleistungen (stationär PV-Versorgte)	anteilig nach Leistungszeitraum	Summe der ambulanten und stationären Pflegekosten nach SGB XI
stationäre PV (stationär PV-Versorgte)	anteilig nach Leistungszeitraum	Summe der Entgeltkosten für stationäre palliative OPS und palliative Entgelte (inkl. Entgelten für tagesklinische Leistungen) im Bezugszeitraum. (Diese stellen in aller Regel nur einen Teil des Gesamtabrechnungsbetrages [Fallkosten, inkl. DRG] für den entsprechenden Krankenhausfall dar.)
Hospiz (Hospiz-Versorgte)	anteilig nach Leistungszeitraum	Summe aller Zuschüsse für stationäre, teilstationäre und ambulante Hospizbehandlungen im Bezugszeitraum*

Anmerkung: AAPV: Allgemeine ambulante Palliativversorgung, AM: Arzneimittel, BQKPmV: besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung, DRG: Diagnosis Related Group, HE: Heilmittel, HI: Hilfsmittel, HKP: Häusliche Krankenpflege (SGB V), HKP ab ambulanter PV: HKP-Leistungen ab der ersten ambulanten Palliativleistung (AAPV, BQKPmV, SAPV), LANR: lebenslange Arztnummer, OPS: Operationen- und Prozedurenschlüssel, PV: Palliativversorgung, SAPV: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung;

*Zu 99,5% stationäre Hospizbehandlungen.

Quelle: eigene Darstellung

Die jeweils zugrunde liegenden Einzelleistungen und deren Identifizierung in den GKV-Routinedaten wurden bereits ausführlich beschrieben (siehe Abschnitte 7.1 und 7.2).

Die Palliativversorgungskosten sind Teil der Gesamtversorgungskosten und verbergen sich hinter verschiedenen, in Tabelle 5 aufgeführten Leistungsbereichen. So sind AAPV- und BQKPmV-Kosten bspw. Bestandteil der Kosten für die ambulante ärztliche Versorgung; Kosten für SAPV und palliative HKP sind Bestandteil der Kosten für HKP inkl. SAPV-Leistungen.

7.5 Merkmale palliativ bzw. nichtpalliativ versorgter Verstorbener

Dargestellt werden die Kennzahlen: Männer, Frauen, Alter, Charlson-Komorbiditätsindex (*Charlson Comorbidity Index* [CCI]), Pflegebedarf ein Jahr vor dem Tod, Pflegebedarf zum Zeitpunkt des Todes sowie Grunderkrankungen.

Alter: Das Alter ermittelten wir als Differenz aus Sterbejahr und Geburtsjahr; es ist als Mittelwert angegeben.

Den CCI (Charlson et al, 1987) berechneten wir mit dem R Package *comorbidity* (Gasparini, 2018), Version 0.5.3, als gewichteten CCI. Grundlage für die Berechnung waren gesicherte Diagnosen aus den Versorgungsbereichen der ambulanten ärztlichen und Krankenhausleistungen sowie alle Haupt- und Nebendiagnosen aus dem Bereich Krankenhaus, jeweils im letzten Lebensjahr. Der CCI wird als Mittelwert angegeben.

Pflegebedarf: Den Pflegebedarf ermittelten wir für die beiden Zeitpunkte ein Jahr vor dem Tod sowie zum Zeitpunkt des Todes jeweils als Kombination aus Pflegegrad und Pflegeleistung nach § 43 SGB XI (Pflege in vollstationären Einrichtungen).

Grunderkrankungen: Die Grunderkrankungen basieren auf den Definitionen nach Murtagh et al. (Murtagh et al., 2014), siehe Tabelle 7. Eine Erkrankung wird als der Palliativversorgung potenziell zugrunde liegende Grunderkrankung zugewiesen (Todesursachen sind in den Daten nicht enthalten), sobald im letzten Lebensjahr eine entsprechende Diagnose dokumentiert war – als gesicherte Diagnosen aus den Versorgungsbereichen der ambulanten ärztlichen und Krankenhausleistungen bzw. als Haupt- oder Nebendiagnose aus dem Bereich Krankenhaus. Es können parallel mehrere Grunderkrankungen vorliegen.

Tabelle 7: Potenziell palliativversorgungsrelevante chronische Grunderkrankungen

Grunderkrankung	ICD-10-GM Codes
Tumorerkrankung	C00*–C97*
Herz-Kreislauf-Erkrankung	I0*–I6*
Herzinsuffizienz	I50*
Zerebrovaskuläre Erkrankung	I60*–I69*
Nierenerkrankung	N17*–N18*, N28*, I12*–I13*
Lebererkrankung	K70*–K77*
Atemwegserkrankung	J09*–J18*, J20*–J22*, J40*–J47*, J96*
Neurodegenerative Erkrankung	G10*, G20*, G35*, G122*, G231–G233*
Demenz, Alzheimer, Senilität	F00*–F03*, G30*, R54*
HIV, AIDS	B20*–B24*

Anmerkung: ICD-10-GM: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification

*dreistelliger ICD-Code umfasst alle untergeordneten Diagnosen

Quelle: eigene Darstellung

8 Ermittlung der Kennzahlen für die palliativ versorgenden Ärztinnen und Ärzte

Die unsere Studienpopulation versorgenden Ärztinnen und Ärzte erfassten wir basierend auf ihrer eigenen KV-Zugehörigkeit; es wurden nur Abrechnungen von Ärztinnen und Ärzten innerhalb der eigenen KV einbezogen. Anhand der unter Abschnitt 7.1 aufgeführten Ziffern identifizierten wir die jeweiligen palliativen Versorgungsformen. Als Hausärztinnen und Hausärzte haben wir die Ärztinnen und Ärzte der Facharztgruppen 01, 02, 03 erfasst, während als Fachärztinnen und Fachärzte alle anderen Facharztgruppen zusammengefasst wurden. Folgende Kennzahlen wurden im Einzelnen erfasst (Tabelle 8):

Tabelle 8: Beschreibung der Kennzahlen der palliativ versorgenden Ärztinnen und Ärzte

Kennzahl	Erläuterung
HA	Hausärztinnen und Hausärzte mit Abrechnung mindestens einer GOP
HA, AAPV	Hausärztinnen und Hausärzte mit Abrechnung mindestens einer Leistung der AAPV: palliative ärztliche Leistungen gemäß EBM, Sonderziffern einzelner KVen sowie Ziffern aus Selektivverträgen (bspw. Verträge der besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V oder HZV gemäß § 73b SGB V), Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag – Ärzte)

Kennzahl	Erläuterung
HA, AAPV-EBM	Hausärztinnen und Hausärzte mit Abrechnung mindestens einer Leistung der AAPV gemäß EBM
HA, Onkologie-Vereinbarung	Hausärztinnen und Hausärzte mit Abrechnung mindestens einer palliativen ärztlichen Leistung gemäß Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag – Ärzte)
HA, AAPV-selektiv	Hausärztinnen und Hausärzte mit Abrechnung mindestens einer palliativen Leistung als Sonderziffern einzelner KVen oder aus Selektivverträgen (bspw. Verträge der besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V oder HVZ gemäß § 73b SGB V)
HA, BQKPmV	Hausärztinnen und Hausärzte mit Abrechnung mindestens einer BQKPmV-Leistung gemäß EBM
HA, SAPV-Verordnung	Hausärztinnen und Hausärzte mit Abrechnung mindestens einer SAPV-Verordnung gemäß EBM
FA	Fachärztinnen und Fachärzte mit Abrechnung mindestens einer GOP
FA, AAPV	Fachärztinnen und Fachärzte mit Abrechnung mindestens einer Leistung der AAPV: palliative ärztliche Leistungen gemäß EBM, Sonderziffern einzelner Kassenärztlicher Vereinigungen sowie Ziffern aus Selektivverträgen (bspw. Verträge der besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V oder HVZ gemäß § 73b SGB V), Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag – Ärzte)
FA, AAPV-EBM	Fachärztinnen und Fachärzte mit Abrechnung mindestens einer Leistung der AAPV gemäß EBM
FA, Onkologie-Vereinbarung	Fachärztinnen und Fachärzte mit Abrechnung mindestens einer palliativen ärztlichen Leistung gemäß Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag – Ärzte)
FA, AAPV selektiv	Fachärztinnen und Fachärzte mit Abrechnung mindestens einer palliativen Leistung als Sonderziffern einzelner Kassenärztlicher Vereinigungen oder aus Selektivverträgen (bspw. Verträge der besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V oder HVZ gemäß § 73b SGB V)
FA, BQKPmV	Fachärztinnen und Fachärzte mit Abrechnung mindestens einer BQKPmV-Leistung gemäß EBM
FA, SAPV-Verordnung	Fachärztinnen und Fachärzte mit Abrechnung mindestens einer SAPV-Verordnung gemäß EBM

Anmerkung: AAPV: Allgemeine ambulante Palliativversorgung, BQKPmV: Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung, EBM: Einheitlicher Bewertungsmaßstab, FA: Fachärztin/-arzt, GOP: Gebührenordnungsposition, HA: Hausärztin/-arzt, HVZ: Hausarztzentrierte Versorgung, SAPV: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, SGB V: Sozialgesetzbuch V
 Quelle: eigene Darstellung

9 Literaturverzeichnis

Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K. L. & MacKenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *Journal of Chronic Diseases*, 40(5), 373–383. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8)

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. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* [Utilization of palliative care at the end of life in Germany: temporal trend (2016–2019) and regional variability], 66, 432–442. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03683-7>

Ditscheid, B., Storch, J., Krause, M., Meyer, I. & Freytag, A. (2020). Leistungs- und Abrechnungsdatum in GKV-Routinedaten: Umgang mit zeitlichen Abweichungen. *Gesundheitswesen*, 82(S 01), 20–28. <https://doi.org/10.1055/a-1030-4223>

Freytag, A., Meissner, F., Krause, M., Lehmann, T., Jansky, M. K., Marschall, U., Schmid, A., Schneider, N., Vollmar, H. C., Wedding, U. & Ditscheid, B. (2023). Ergebnisqualität und Kosten der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung in Deutschland im regionalen Vergleich: eine GKV-Routinedatenstudie. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* [A regional comparison of outcomes quality and costs of general and specialized palliative care in Germany: a claims data analysis], 66, 1135–1145. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03746-9>

Gasparini, A. (2018). comorbidity: An R package for computing comorbidity scores. *Journal of Open Source Software*, 3(23), 648. <https://doi.org/10.21105/joss.00648>

GKV-Spitzenverband. Bundeseinheitliches Positionsnummernverzeichnis für Leistungen der häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe. (Stand 28.09.2021). Verfügbar unter: https://www.gkv-datenaustausch.de/leistungserbringer/sonstige_leistungserbringer/positionsnummernverzeichnisse/positionsnummernverzeichnisse.jsp [Zugriff am 11.03.2024].

GKV-Spitzenverband. Bundeseinheitliches Positionsnummernverzeichnis für Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. (Stand: 30.06.2020). Verfügbar unter: https://www.gkv-datenaustausch.de/leistungserbringer/sonstige_leistungserbringer/positionsnummernverzeichnisse/positionsnummernverzeichnisse.jsp [Zugriff am 11.03.2024].

GKV-Spitzenverband & Kassenärztliche Bundesvereinigung (2009, 1. Juli). Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag – Ärzte).

Kremeike, K., Bausewein, C., Freytag, A., Junghanss, C., Marx, G., Schnakenberg, R., Schneider, N., Schulz, H., Wedding, U. & Voltz, R. (2022). DNVF-Memorandum Versorgungsforschung im letzten Lebensjahr. *Gesundheitswesen* (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes [Germany]) [DNVF Memorandum: Health Services Research in the Last Year of Life]. <https://doi.org/10.1055/a-1889-4705>

KV Nordrhein (2015). Vereinbarung über die palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Versicherten im häuslichen Umfeld. Ersatzkassen.

KV Westfalen-Lippe (2013, 18. Juni). Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld.

Murtagh, F. E., Bausewein, C., Verne, J., Groeneveld, E. I., Kaloki, Y. E. & Higginson, I. J. (2014). How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliative Medicine*, 28(1), 49–58. <https://doi.org/10.1177/0269216313489367>

10 Abkürzungsverzeichnis

AAPV	Allgemeine ambulante Palliativversorgung
AM	Arzneimittel
ATC-Code	Anatomisch-therapeutisch-chemischer-Code
bifg	BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung
BMV-Ä	Bundemantelvertrag – Ärzte
BQKPmV	Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung
CCI	Charlson Comorbidity Index (Charlson-Komorbiditätsindex)
DRG	Diagnosis Related Group
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
FA	Facharzt
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungsposition
HA	Hausarzt
HE	Heilmittel
HI	Hilfsmittel
HKP	Häusliche Krankenpflege
HZV	Hausarztzentrierte Versorgung
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification
ITS	Intensivstation
KH	Krankenhaus
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LANR	lebenslange Arztnummer
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PCT	Palliative-Care-Team
PEG	perkutane endoskopische Gastrostomie
PKD	Palliativmedizinischer Konsiliardienst
PV	Palliativversorgung
PZN	Pharmazentralnummer

QPA	qualifizierte Palliativärztin bzw. qualifizierter Palliativarzt
ROR	Raumordnungsregion
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
VERAH	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis

11 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Regional gültige Abrechnungsziffern für AAPV-Leistungen	7
Tabelle 2:	Regional gültige Sonderziffern für SAPV-Leistungen	10
Tabelle 3:	Beschreibung der weiteren Kennzahlen mit Bezug zur Palliativversorgung	13
Tabelle 4:	Definition der Outcome-Indikatoren	15
Tabelle 5:	Leistungsbereiche der Gesamtversorgungskosten	18
Tabelle 6:	Bestandteile der Palliativversorgungskosten	19
Tabelle 7:	Potenziell palliativversorgungsrelevante chronische Grunderkrankungen	22
Tabelle 8:	Beschreibung der Kennzahlen der palliativ versorgenden Ärztinnen und Ärzte	22

Impressum

Herausgeber

Institut für Allgemeinmedizin /
 Universitätsklinikum Jena &
 BARMER Institut für
 Gesundheitssystemforschung (bifg)
 10837 Berlin

Ansprechpartnerin

PD Dr. Antje Freytag
 (antje.freytag@med.uni-jena.de)

Autorinnen

Dr. Bianka Ditscheid,
 Dr. Franziska Meißner,
 PD Dr. Antje Freytag

Design und Realisation

zweiband.media GmbH, Berlin

Stand

Mai 2024

DOI

10.30433/ePPC.2024.005

Copyright



Lizenziert unter CC-BY-NC 4.0