



Palliativversorgung

– Modul 3 –

Überversorgung kurativ –
Unterversorgung palliativ? Analyse ausgewählter
Behandlungen am Lebensende

Palliativversorgung

– Modul 3 –

Übersversorgung kurativ – Unterversorgung palliativ? Analyse ausgewählter Behandlungen am Lebensende

Autoren

Prof. Dr. Lukas Radbruch (Universitätsklinikum Bonn)

PD Dr. med. Frank Andersohn (Charité, Universitätsmedizin Berlin)

Dr. med. Jochen Walker (HRI – Health Risk Institute, Elsevier – Health Analytics)

Gutachter

Michaela Hach (Fachverband SAPV Hessen e.V.)

Prof. Dr. Winfried Hardinghaus (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband)

Dr. med. Ulrike Hofmeister (Berufsverband der Palliativmediziner in Westfalen Lippe e.V.)

Dr. med. Ursula Marschall (Barmer GEK)

Prof. Dr. med. Bernt-Peter Robra (Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg)

Univ.-Prof. Dr. med. Nils Schneider (Medizinische Hochschule Hannover)

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die weibliche Sprachform verzichtet.
Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beide Geschlechter.

Inhalt

1. Zusammenfassung	6
2. Einleitung	8
3. Ursachen und Hintergründe	9
4. Begründung ausgewählter Analysen	12
4.1 Überversorgung kurativ	14
4.2 Unterversorgung palliativ	17
4.3 Palliativversorgung zu spät	20
5. Ergebnisse der Analysen	22
5.1 Chemotherapie im letzten Lebensmonat	22
5.2 PEG-Anlage in den letzten drei Lebensmonaten bei Patienten mit Demenz	26
5.3 Anlage eines implantierten Defibrillators im letzten Lebensjahr	29
5.4 Zahl der Krankenhausaufenthalte und Behandlungstage	33
5.5 Zahl der Patienten mit EBM-Leistungen der allgemeinen Palliativversorgung	39
5.6 Zahl der SAPV-Erstverordnungen	44
5.7 Zahl der Zusatzentgelte für die komplexe Palliativversorgung im Krankenhaus	50
5.8 Mittlere Zeitdauer der SAPV-Leistungen	54
5.9 Zahl der SAPV-Erstverordnungen in den letzten drei Lebenstagen	56
5.10 Übersicht zur Rangfolge der Indikatoren nach Bundesländern	59
6. Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen	62
7. Übersicht palliativmedizinischer Versorgungsleistungen im Jahr 2014 (Zusatzanalyse)	65
Literatur	66
Autoren	70
Gutachter	70
Das Projekt „Faktencheck Gesundheit“	72
Impressum	73

1. Zusammenfassung

Für die Untersuchung der (kurativen) Überversorgung und (palliativen) Unterversorgung am Lebensende werden Indikatoren ausgewertet zur kurativen Überversorgung (Chemotherapie im letzten Lebensmonat bei Patienten mit Krebserkrankung, PEG-Anlage in den letzten drei Lebensmonaten bei Patienten mit Demenz, Anlage eines implantierten Defibrillators bei Patienten mit Herzinsuffizienz im letzten Lebensjahr, Anzahl der Krankenhausaufenthalte und Behandlungstage in den letzten sechs Lebensmonaten) und zur palliativen Unterversorgung (Anzahl der Patienten mit EBM-Leistungen der allgemeinen, ambulanten Palliativversorgung, Anzahl der SAPV-Erstverordnungen, Anzahl der komplexen Palliativversorgung im Krankenhaus [OPS 8-982] und auf Palliativstationen [OPS 8-98e], Anzahl der SAPV-Erstverordnungen in den letzten drei Lebenstagen).

Insgesamt wurden 200.215 in den Jahren 2010 bis 2014 verstorbene Personen in die Analysen einer Datenbank der Betriebskrankenkassen eingeschlossen (100.746 Frauen und 99.469 Männer).

Grundsätzlich sind in Deutschland Strukturen vorhanden, die eine Begleitung am Lebensende dem individuellen Patientenwunsch entsprechend ermöglichen. Wie man die letzte Phase des Lebens verbringt und wie man stirbt, hängt jedoch von der eigenen Entscheidung und auch von der regionalen Verfügbarkeit der Strukturen ab.

In der Auswertung zeigen sich unterschiedliche Muster in den Bundesländern. Die ostdeutschen Länder nehmen im Vergleich die hinteren Ränge bei der (kurativen) Überversorgung ein – hier werden also mehr Chemotherapien, PEG-Anlagen oder ICD-Implantationen als in den westdeutschen Ländern durchgeführt, ohne dass dafür eine Ursache zu erkennen wäre.

In Berlin oder Hessen wird bei vielen Patienten eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) durchgeführt, aber im Vergleich mit anderen Bundesländern gibt es dort eher selten palliativmedizinische Komplexbehandlungen im Krankenhaus. Im Gegensatz dazu werden in Rheinland-Pfalz, geringer ausgeprägt auch im südlichen Teil von Nordrhein-Westfalen, mehr stationäre Komplexbehandlungen und weniger SAPV durchgeführt.

Während Großstädte wie München oder Berlin bei vielen Indikatoren besser abschneiden, ist die gute Versorgung in einigen ländlichen Regionen von großem Interesse. In manchen ländlichen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns oder Oberbayerns konnten sowohl im ambulanten Bereich als auch bei den stationären palliativmedizinischen Komplexbehandlungen viele Patienten versorgt werden. Bisher wurde immer befürchtet, dass die bestehenden Vorgaben im Gesundheitssystem zur Palliativversorgung in ländlichen Regionen generell nicht umzusetzen seien; die vorliegende Auswertung zeigt aber, dass in einzelnen Landkreisen eine gute Versorgung realisiert wird.

Die Untersuchung der Indikatoren ermöglicht keine Aussage zur Qualität der Behandlung. Untersucht wurden Strukturen und Prozeduren. Die Auswertung liefert keine Informationen, ob oder wie sich die beschriebenen Unterschiede in der Versorgungsqualität der Patienten niederschlagen.

Zusammenfassend lassen sich die folgenden Handlungsempfehlungen ableiten:

- Die Hospiz- und Palliativversorgung muss in Deutschland weiter gefördert werden.
- Die Vertragsstrukturen sollten in den Regionen mit schwächerer Versorgung geändert werden, um einen niedrigschwelligen Zugang zur Palliativversorgung zu ermöglichen.
- Gleichzeitig gibt es in vielen Regionen hierzulande noch eine Überversorgung mit kurativen Behandlungsmaßnahmen am Lebensende. Hier ist ein Bewusstseinswandel erforderlich.
- Die verschiedenen Versorgungsmodelle und besonders ihre Auswirkungen auf die Ergebnisqualität – also das Befinden der schwerstkranken und sterbenden Patienten – müssen dringend überprüft werden.

2. Einleitung

Früher machten die Menschen viele Erfahrungen mit sterbenden Angehörigen und Nachbarn. Heute reden wir zwar darüber, kommen aber kaum mehr mit dem Tod in Berührung. Um die letzte Lebensphase menschenwürdig zu gestalten, müssen Politik, Bürger und Gesellschaft mehr über das Sterben wissen. Jährlich sterben in Deutschland rund 850.000 Menschen; Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen sind dabei die häufigsten Todesursachen. Aber wo sterben Menschen und wie sterben sie? Was können wir tun, damit ein würdiges Lebensende und Sterben entsprechend den individuellen Präferenzen möglich ist?

Auch wenn es im palliativmedizinischen Bereich und bei den Hospizen viele positive Entwicklungen gibt, scheint die Dominanz kurativer Versorgung ungebrochen. Oft werden palliativmedizinische und begleitende Ansätze gar nicht oder sehr spät einbezogen. Nach den Schätzungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin benötigen 90 Prozent der etwa 850.000 Verstorbenen pro Jahr eine Palliativversorgung; der Bedarf an spezialisierter Palliativversorgung wird auf etwa 100.000 Menschen jährlich geschätzt. Auf Grundlage der Daten aus den Qualitätsberichten werden zurzeit etwa 60.000 palliativmedizinische Komplexbehandlungen (OPS 8-982) in deutschen Krankenhäusern durchgeführt. Hinzu kommen etwas 30.000 Patienten mit einer spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV); allerdings handelt es sich hier oft um die gleichen Patienten, die nach der Entlassung aus der stationären Behandlung in der SAPV weiterversorgt werden.

Für das Modul 3 im Faktencheck „Palliativversorgung“ soll folgende Grundannahme analysiert sowie allgemein verständlich aufbereitet und beschrieben werden: „Es finden zu viele kurative Behandlungen und zu wenige betreuende und begleitende Angebote in der letzten Lebensphase statt“. Dabei wird auch nach Hinweisen gesucht, inwieweit vorausschauende Versorgungsplanung und palliative Versorgung die Lebensqualität der Betroffenen und/oder ihrer Angehörigen erhöhen können und unnötige Behandlungen vermeiden helfen.

Diese Hypothesen werden im Folgenden überprüft:

- In der kurativen Versorgung liegt eine Überversorgung vor.
- Palliativversorgung wird zu selten angeboten und durchgeführt.
- Palliativversorgung wird zu spät eingeleitet.

3. Ursachen und Hintergründe

Nach einer Definition der Weltgesundheitsorganisation dient Palliativversorgung „der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Angehörigen, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung von Leiden mittels frühzeitiger Erkennung, hochqualifizierter Beurteilung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur“ (Sepulveda et al. 2002). Palliativversorgung bejaht das Leben und sieht das Sterben als einen normalen Prozess an. Sie will den Tod weder beschleunigen noch hinauszögern.

Der Begriff der Hospizversorgung ist nicht eindeutig von der Palliativversorgung abgegrenzt. In Deutschland steht Hospizarbeit vor allem für Betreuungsleistungen, die ihre Wurzeln in einer Bürgerbewegung haben und stark auf ehrenamtlichem Engagement basieren, wohingegen Palliativversorgung – und noch spezifischer Palliativmedizin – als medizinischer Fachbereich angesehen wird. So ist hierzulande die ambulante Palliativversorgung auf die Pflege fokussiert, während der ambulante Hospizdienst vor allem psychosoziale Unterstützung durch Ehrenamtliche anbietet. Im Folgenden wird der Begriff der Palliativversorgung in einem weiter gefassten Sinn benutzt und schließt Hospiz- und Palliativversorgung ein.

Palliativmedizin ist keine Erfindung der Neuzeit. Die Betreuung von sterbenden Patienten gehörte schon früher zu den wichtigsten ärztlichen Aufgaben. Doch mit der Zunahme medizinischer Erfolge und der Änderung der Einstellungen zu Tod und Sterben im vergangenen Jahrhundert wurden Patienten mit weit fortgeschrittenen und unheilbaren Krankheiten zunehmend isoliert und von der medizinischen Versorgung vernachlässigt. Erst in den letzten Jahren hat sich mit der von England ausgehenden Entwicklung der Palliativversorgung und der Hospizidee dieser Prozess wieder umgekehrt.

Dies ist auch im Rahmen einer gesellschaftlichen Entwicklung zu sehen, in dem Tod und Sterben langsam aus der Tabu-Ecke geholt und als Thema in der Öffentlichkeit wahrgenommen werden. So entstanden eine Reihe von Filmen, wie „Das Beste kommt zum Schluss“ oder „Halt auf freier Strecke“, die hohe Zuschauerzahlen erreichten. Und die ARD-Themenwoche brachte im November 2013 viele Beiträge zum Thema „Tod und Sterben“, die auf große Resonanz in der Öffentlichkeit stießen.

Dennoch finden sich noch immer zu viele Berichte von Patienten und Angehörigen, in denen geklagt wird über mangelnde Kommunikation, fehlendes Verständnis und Unfähigkeit zur Auseinandersetzung mit diesem Thema bei Ärzten oder anderen Mitarbeitern im Gesundheitswesen. In den Kommunikationsseminaren berichten Ärzte, dass sie unsicher sind und sich unzureichend ausgebildet fühlen für Aufklärungsgespräche; nicht selten versuchen Ärzte, diese Gespräche zu vermeiden.

In solchen Situationen werden aus der eigenen Hilflosigkeit heraus, gegenüber dem Drängen der Patienten oder der Angehörigen oder gegenüber der unheilbaren und fortschreitenden Erkrankung, immer weiter Therapieoptionen angeboten – etwa für eine Viert- oder Fünftlinien-Chemotherapie –, auch wenn dies längst nicht mehr sinnvoll ist und diese Therapieversuche den Patienten nur mit Nebenwirkungen belasten, ohne wirklich eine Chance der Lebensverlängerung oder sogar Heilung zu bieten (Albisser Schleger et al. 2008). Therapieoptionen dürfen nur angeboten werden, wenn auch eine medizinische Indikation gestellt werden kann. Die Verlagerung der Entscheidungsfindung in interdisziplinäre Tumorkonferenzen der großen Tumorzentren hat sicher dazu beigetragen, dass ein Behandlungsteam einen solchen Druck zum Handeln von Patientenseite heute besser auffangen kann. Dennoch werden nutzlose oder belastende Therapien wie etwa Chemotherapien bis in die letzte Lebensphase hinein weiterhin häufig angeboten und auch durchgeführt.

Die Weichen von der kurativen hin zu einer palliativen Zielsetzung werden dagegen immer noch zu selten und zu spät gestellt, trotz der teils rasanten Entwicklung der Palliativversorgung in den letzten beiden Jahrzehnten.

In Deutschland wurde die erste Palliativstation 1983 in Köln eröffnet, das erste stationäre Hospiz 1986 in Aachen, und zeitgleich begann 1984 die ambulante Versorgung mit den ersten Sitzwagengruppen in Stuttgart. Mittlerweise arbeiten hierzulande 503 stationäre Einrichtungen (stationäre Hospize und Palliativstationen) und 1.370 ambulante Hospizdienste. Mit Inkrafttreten einer Neufassung des § 37b SGB V im Jahr 2007 haben Schwerstkranke und Sterbende unabhängig von ihrem Aufenthaltsort zu Hause oder in einer stationären Pflegeeinrichtung einen gesetzlichen Anspruch auf eine „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ (SAPV), sofern sich die allgemeine palliativmedizinische Versorgung nicht mehr als ausreichend erweist. Damit wurde hier erstmalig in Deutschland ein Anspruch auf Palliativversorgung formuliert. Eine Erweiterung dieses Anspruchs ist mit dem geplanten Hospiz- und Palliativgesetz formuliert, das derzeit im Bundestag diskutiert wird und Anfang 2016 in Kraft treten soll.

Mit der Charta zur Betreuung Schwerstkranker und Sterbender ist die Grundlage für einen breiten gesellschaftlichen Konsens geschaffen worden (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin et al. 2010). Aufbauend auf der Charta wird derzeit eine Nationale Strategie zur Palliativversorgung entwickelt (Bundesärztekammer 2013).

Dabei ist stets zu betonen, dass die Palliativversorgung nicht nur spezialisierte Einrichtungen und Dienste erbringen. Die spezialisierte Palliativversorgung ist die zweite Stufe zur Versorgung von komplexen Symptomkonstellationen und Problemen. Einen palliativen Ansatz, zu dem das Erkennen von belastenden Symptomen und Problemen gehört, eine offene und ehrliche Kommunikation mit den Patienten und den Angehörigen sowie Grundkenntnisse in der Symptomkontrolle, sollten von allen Mitarbeitern im Gesundheitswesen angewendet werden, die in Kontakt mit schwerkranken und sterbenden Menschen kommen können.

In Fachgebieten, in denen solche Kontakte häufiger zu erwarten sind, wie in der Onkologie oder Geriatrie, sollten darüber hinaus Kenntnisse und Fähigkeiten der allgemeinen Palliativversorgung vorhanden sein, wie sie beispielsweise Ärzten in einer 40-stündigen Kursweiterbildung vermittelt werden. Während die allgemeine Palliativversorgung auch von einem einzelnen Arzt (z.B. als Hausarzt) oder einer Pflegekraft (z.B. im Pflegeheim) erbracht werden kann, ist die spezialisierte Palliativversorgung nur im multiprofessionellen Team möglich: mit Ärzten, Pflegekräften, Sozialarbeitern, Seelsorgern, Krankengymnasten, erweitert durch Angehörige weiterer Berufsgruppen (Logopäden, Apotheker usw.).

Die allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung ist aber in Deutschland bei weitem noch nicht flächendeckend umgesetzt. Vor allem in ländlichen Bereichen fehlen die spezialisierten Dienste und sind die Entfernungen bis zum nächsten Spezialisten zu weit. In Pflegeeinrichtungen werden die spezialisierten Dienste oft zu spät oder gar nicht hinzugezogen, obwohl dies in den gesetzlichen Regelungen ausdrücklich vorgesehen ist. Die überwiegende Mehrzahl der Patienten in der Palliativversorgung leidet an einer Tumorerkrankung, während Patienten mit anderen lebensbedrohlichen Erkrankungen wie Herz-, Lungen- oder Nierenversagen oder neurologischen Krankheiten bislang nur selten Zugang zur Palliativversorgung haben, selbst wenn sie diese dringend benötigen. Auch bei vielen geriatrischen Patienten sowie Patienten mit Demenz ist in der letzten Lebensphase eine Palliativversorgung erforderlich, wird aber viel zu selten veranlasst.

Die Regelungen zur ambulanten und stationären Palliativversorgung unterscheiden sich zwischen den einzelnen Bundesländern und Kassenärztlichen Vereinigungen. Es fehlen bundeseinheitliche Regelungen, etwa zur SAPV, um bundesweit gleiche Standards in der Palliativversorgung umzusetzen.

In diesem Modul 3 für den Faktencheck „Palliativversorgung“ sollen daher Indikatoren für die kurative Überversorgung und die palliative Unterversorgung untersucht werden.

4. Begründung ausgewählter Analysen

Für die Untersuchung der (kurativen) Überversorgung und (palliativen) Unterversorgung am Lebensende werden die folgenden Indikatoren ausgewertet:

Überversorgung kurativ

- Chemotherapie im letzten Lebensmonat bei Patienten mit Krebserkrankung
- PEG-Anlage in den letzten drei Lebensmonaten bei Patienten mit Demenz
- Anlage eines implantierten Defibrillators bei Patienten mit Herzinsuffizienz im letzten Lebensjahr
- Anzahl der Krankenhausaufenthalte und Behandlungstage in den letzten sechs Lebensmonaten

Unterversorgung palliativ

- Palliativversorgung zu selten
 - Anzahl der Patienten mit EBM-Leistungen der allgemeinen, ambulanten Palliativversorgung
 - Anzahl der SAPV-Erstverordnungen
 - Anzahl der komplexen Palliativversorgung im Krankenhaus (OPS 8-982) und auf Palliativstationen (OPS 8-98e)
- Palliativversorgung zu spät
 - Zeitdauer der SAPV
 - Anzahl der SAPV-Erstverordnungen in den letzten drei Lebenstagen

Die Untersuchung dieser Indikatoren beruht auf einer Auswertung auf Basis der anonymisierten HRI-Forschungsdatenbank mit Abrechnungsdaten von rund 75 gesetzlichen Krankenkassen zu etwa 6,7 Millionen Versichertenanonymen. Die Datenauswertung wurde vom Health Risk Institute (HRI, Dr. Andersohn & Dr. Walker) durchgeführt.

Ausgewertet wurden Routinedaten des deutschen Gesundheitswesens in einer retrospektiven Sekundärdatenanalyse. Datenquelle waren anonymisierte Daten gesetzlicher Krankenkassen, die dem HRI zu Zwecken der Versorgungsforschung zur Verfügung stehen. Es wurden alle im Studienzeitraum (2010 bis 2014) verstorbenen Versicherten identifiziert und hinsichtlich ihrer Versorgung in der Zeit vor dem Todesdatum analysiert.

Ausgewertet wurden die Daten von Versicherten, die zwischen dem 1.1.2010 und 31.12.2014 verstarben (identifiziert über Informationen aus Krankenkassen-Stammdaten sowie Informationen aus Krankenhausaufenthalten mit Entlassungsgrund „Tod“) und die durchgehend in den vier Quartalen vor dem Sterbequartal versichert waren.

Versicherte mit weiterbestehender Versicherungszeit nach dem Sterbedatum (fehlende Plausibilität) und Versicherte ohne exaktes Sterbedatum (z.B. nur Sterbequartal bekannt) wurden nicht in die Auswertung aufgenommen.

Zur Darstellung der Landkarten wurde ein Algorithmus für die Einteilung der Kategorien gewählt. Die Kategorien wurden für jede darzustellende Landkarte getrennt berechnet, basierend auf der Abweichung vom Bundesdurchschnitt.

Für jede Indikatorvariable wurde eine Rangreihenfolge der Bundesländer erstellt. Zusätzlich wurde für jedes Bundesland ein Rangscore berechnet, der die Rangreihenfolge für alle Indikatorvariablen berücksichtigt. Hierzu wurden die jeweiligen Rangplätze für jedes Bundesland addiert; das Bundesland mit der niedrigsten Rangscore-Summe belegte also im Schnitt die besten Plätze (über alle Indikatorvariablen hinweg betrachtet).

Kategorisierung der beobachteten Werte für die kartografische Darstellung in sieben Klassen (zehn Prozent Abweichung vom Bundesdurchschnitt):

- Abweichungen über -30% vom Bundesdurchschnitt
- Abweichungen von -30% bis -20% vom Bundesdurchschnitt
- Abweichungen von -20% bis -10% vom Bundesdurchschnitt
- Abweichungen von -10% bis +10% vom Bundesdurchschnitt
- Abweichungen von +10% bis +20% vom Bundesdurchschnitt
- Abweichungen von +20% bis +30% vom Bundesdurchschnitt
- Abweichungen über +30% vom Bundesdurchschnitt

4.1 Überversorgung kurativ

Untersucht werden die negativen Indikatoren für eine Über- oder Fehlversorgung bei verstorbenen Patienten in bestimmten Diagnosegruppen.

4.1.1 Chemotherapie im letzten Lebensmonat bei Patienten mit Krebserkrankung

In der medizinischen Versorgung am Lebensende findet in der Onkologie eine Fehlversorgung statt, indem Patienten trotz kurzer Lebenserwartung belastenden Behandlungsmaßnahmen unterzogen werden. Dies geschieht oft aus einer Hilflosigkeit der Behandler heraus.

Bei der Durchführung einer Chemotherapie in der letzten Lebensphase ist deshalb zu fragen, wie weit diese Maßnahme noch indiziert war. Für den gewählten Zeitraum des letzten Lebensmonats kann generell unterstellt werden, dass die Belastungen durch den Aufwand für die Therapie in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die potenziellen Vorteile überlagern.

Ausgewertet wurde die 1-Monats-Periodenprävalenz der Chemotherapiebehandlung (in den letzten 30 Tagen vor dem Sterbedatum). Alle Angaben wurden alters- und geschlechtsstandardisiert auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der im Jahr 2013 in Deutschland Verstorbenen. Alters- und Geschlechtsstandardisierung bedeutet, dass die jeweilige Zielgröße auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der im Jahr 2013 in Deutschland Verstorbenen hochgerechnet wurde („Wie wäre die Behandlungsprävalenz gewesen, wenn die verstorbenen Versicherten die gleiche Alters- und Geschlechtsstruktur wie die im Jahr 2013 in Deutschland Verstorbenen gehabt hätten?“). Hierdurch lassen sich Angaben über Regionen und Zeiträume hinweg vergleichen, ohne dass eventuelle Geschlechts- und/oder Altersunterschiede (zwischen Regionen oder Zeiträumen) eine Rolle spielen. Chemotherapie wurde identifiziert über:

- ATC-Gruppe L01 (Antineoplastische Mittel)
- Sonder-PZN (09999092 Zubereitung Zytostatika)
- Krankenhaus-OPS-Codes für Chemotherapie: 8-54 (Zytostatische Chemotherapie, Immuntherapie und antiretrovirale Therapie)

Der untersuchte Zeitraum des letzten Lebensmonats ist nach der klinischen Erfahrung festgelegt. In anderen Studien wurden Chemotherapien in den letzten zwei bis drei Lebenstagen als Indikator für eine Über- und Fehlversorgung genommen (Bauduer et al. 2000); damit würden jedoch nur kleine Fallzahlen für die Auswertung zur Verfügung stehen.

Die Auswertung erfolgte mit den Daten der vergangenen fünf Jahre. Allerdings wurden diese Jahre auch einzeln ausgewertet, um Veränderungen zu erfassen, die zum Beispiel mit der zunehmenden Verfügbarkeit von oralen Chemotherapeutika, mit der Etablierung von Tumorboards zur interdisziplinären Festlegung der Therapieziele in den Tumorzentren oder mit der zunehmenden

Implementierung von Palliativversorgung zusammenhängen können. Damit wurde untersucht, ob mittlerweile weniger Chemotherapien am Lebensende durchgeführt werden.

4.1.2 PEG-Anlage in den letzten drei Lebensmonaten bei Patienten mit Demenz

Untersucht wurde die 3-Monats-Periodenprävalenz der PEG-Neu-Anlage (in den letzten 91 Tagen vor dem Sterbedatum) bei Patienten mit Demenz.

PEG-Neu-Anlage wurde identifiziert über:

- Ambulante OPS-Codes / EBM (GOP 13412 Perkutane Gastrostomie)
- Krankenhaus-OPS-Codes für PEG-Anlage (5-431.2 Gastrostomie, Perkutan-endoskopisch [PEG])
- Nicht berücksichtigt wurden die Anlage einer Magenverweilsonde sowie chirurgische oder laparoskopische Gastrostomien, Jejunostomien oder ähnliche Eingriffe, da hierbei die Zweckbestimmungen unklar waren und Interventionen ausgeschlossen werden sollten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit gastrointestinalen Operationen oder gastrointestinalen oder HNO-ärztlichen Indikationen für den Eingriff standen.
- Keine Hinweise auf Vorhandensein einer PEG im Jahr vor dem Erfassungszeitraum der letzten 91 Tage vor dem Sterbedatum (d.h. zwischen Tag 91 und 365 vor dem Sterbedatum), da nur Neuanlagen einer PEG identifiziert werden sollten

Das Vorhandensein einer Demenz wurde identifiziert über mindestens eine stationäre Diagnose einer Demenz und/oder mindestens eine gesicherte ambulante Diagnose einer Demenz (F00 Demenz bei Alzheimer-Krankheit; F01 Vaskuläre Demenz; F02 Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten; F03 Nicht näher bezeichnete Demenz; G31.82 Lewy-Körper-Demenz; G30 Alzheimer-Krankheit). Demenzdiagnosen wurden erfasst im Sterbequartal sowie in den vier vorausgehenden Quartalen.

In der medizinischen Versorgung am Lebensende findet bei der Behandlung von Patienten mit Demenz eine Fehlversorgung statt, indem zu häufig – auch bei kurzer Lebenserwartung – Ernährungssonden (PEG) eingesetzt werden.

Für die Auswertung werden die gleichen Hypothesen wie im vorigen Abschnitt formuliert. Eine Auswertung auf Bundesländerebene ist sinnvoll.

Der gewählte Zeitraum von drei Monaten ist ein Kompromiss zwischen der zu geringen Trennschärfe, wenn größere Zeiträume ausgewertet werden (z.B. das letzte Lebensjahr), und zu kleinen Fallzahlen in der Datenbank bei einem kleineren Zeitraum. Der Zeitraum ist aus der klinischen Erfahrung heraus gewählt, ohne dass Anhaltzahlen aus vergleichbaren Studien bekannt sind. Es gibt systematische Übersichtsarbeiten, die insgesamt keinen Vorteil der PEG-Ernährung gegenüber einer intensivierten Handfütterung zeigen (Chernoff 2006).

Bei anderen Patientengruppen, etwa Patienten mit Krebs- oder mit neurologischen Erkrankungen, ist eine normale orale Nahrungsaufnahme unter Umständen nicht mehr möglich. Hier ist als Option neben PEG oder parenteraler Ernährung nur der Tod des Patienten denkbar – weil Flüssigkeit und Nahrung nicht mehr aufgenommen werden. Die Anlage einer PEG wird deshalb vom Patienten oft gewünscht. Bei Demenzkranken wird hingegen die PEG-Anlage immer wieder vom Fachpersonal und auch in der Öffentlichkeit als belastende und oft nicht gewollte Maßnahme empfunden.

4.1.3 Anlage eines implantierten Defibrillators im letzten Lebensjahr

Bei Patienten mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz und Herzrhythmusstörungen kann die Implantation eines Defibrillators lebensrettend sein. Bei weiter fortgeschrittener Erkrankung und schlechter Prognose treten allerdings die Nebenwirkungen der Therapie, insbesondere die psychische Belastung und die Schmerzen beim Auslösen des Defibrillators, für viele Patienten in den Vordergrund. Die Anlage eines implantierten Defibrillators bei Patienten mit kurzer Lebenserwartung ist deshalb kritisch zu überdenken. Die Implantation im letzten Lebensjahr kann deshalb als Indikator für eine Überversorgung bei Patienten mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz gewählt werden.

Untersucht wurde die 1-Jahres-Periodenprävalenz der Defibrillator-Anlage (in den letzten 365 Tagen vor dem Sterbedatum) bei Patienten mit Herzinsuffizienz. Alle Angaben wurden alters- und geschlechtsstandardisiert auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der im Jahr 2013 in Deutschland Verstorbenen.

Die Defibrillator-Anlage wurde identifiziert über OPS-Codes bei einem stationären Aufenthalt:

- 5-377.5 Defibrillator mit Einkammer-Stimulation
- 5-377.6 Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
- 5-377.7 Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation
- 5-377.j Defibrillator mit subkutaner Elektrode

Nicht berücksichtigt wurden OPS-Codes zu Systemumstellungen etc., da diese auf ein prävalent vorhandenes System hinweisen. Das Vorhandensein einer Herzinsuffizienz wurde identifiziert über mindestens eine stationäre Diagnose einer Herzinsuffizienz und/oder mindestens eine gesicherte ambulante Diagnose einer Herzinsuffizienz (I50 Herzinsuffizienz). Alle Diagnosen wurden im Sterbequartal sowie in den vier vorausgehenden Quartalen erfasst.

4.1.4 Zahl der stationären Aufenthalte und Behandlungstage im Krankenhaus in den letzten sechs Lebensmonaten bei allen Todesfällen

Erfasst wurde die Anzahl von vollstationären Krankenhausaufenthalten und Behandlungstagen während der sechs Monate (= 183 Tage) vor dem Sterbedatum. Alle Angaben wurden alters- und geschlechtsstandardisiert auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der im Jahr 2013 in Deutschland Verstorbenen.

Krankenhausaufenthalte wurden definiert als vollstationäre Aufnahme in ein Krankenhaus mit mindestens einer Übernachtung (d.h. Entlassungsdatum > Aufnahmedatum) und ohne Abrechnung von geriatrischen und neurologischen frührehabilitativen Maßnahmen (OPS-Codes 8-550.* und 8-552.*). Nicht berücksichtigt wurden beispielsweise teilstationäre Behandlungen, ambulante Behandlungen, prästationäre Behandlungen oder Behandlungen, bei denen die Aufnahme und Entlassung am selben Tag stattfand.

In der letzten Lebensphase werden Patienten mit chronischen Erkrankungen zu häufig ins Krankenhaus eingewiesen, ohne dass bei diesen stationären Behandlungen noch sinnvolle Therapieansätze durchgeführt werden können. Dagegen wünschen die meisten Patienten, bis zum Lebensende im eigenen häuslichen Umfeld bleiben zu können.

Diese Überversorgung am Lebensende hängt zusammen mit der Krankenhausdichte und Arztdichte sowie mit der Aufteilung auf ländliche und städtische Regionen – daher ist eine Auswertung auf Länder- und Kreisebene sinnvoll.

Der gewählte Zeitraum der letzten sechs Monate ist als Kompromiss zwischen einem zu langen und einem zu kurzen Zeitraum gewählt. Bei Patienten mit schnell wachsenden Tumoren wird die gesamte Diagnostik und Therapie im letzten Lebensjahr stattfinden; so liegt zum Beispiel bei nicht kleinzelligem Bronchialkarzinom oder bei Pankreaskarzinom die mittlere Überlebenszeit bei weniger als einem Jahr. Bei anderen zum Tode führenden Erkrankungen (z.B. Herzinsuffizienz, Lungenfibrose) wäre auch die Wahl eines längeren Zeitraums möglich.

4.2 Unterversorgung palliativ

Untersucht wird, ob Palliativversorgung zu selten angeboten und durchgeführt wird. Ausgewählt werden Indikatoren, die alle Bereiche (allgemein und spezialisiert, ambulant und stationär) abbilden. Für die allgemeine Palliativversorgung im Krankenhaus liegt kein guter Indikator vor, so dass dieser Bereich nicht abgebildet wird. Die Zahl der Indikatoren ist begrenzt, deshalb werden einige nicht in die Auswertung aufgenommen – entweder weil die Auswertung mit einem höheren Aufwand verbunden ist oder weil nur wenige regionale Unterschiede erwartet werden:

- Zahl der Anträge auf Aufnahme in ein stationäres Hospiz
- Krankenhauseinweisungen im Vergleich: mit und ohne spezialisierte Palliativversorgung
- Kosten für Gesundheitsversorgung im letzten Lebensjahr mit und ohne spezialisierte Palliativversorgung

4.2.1 Zahl der Patienten, bei denen EBM-Leistungen der allgemeinen Palliativversorgung dokumentiert wurden

Die überwiegende Mehrzahl der Menschen wünscht sich eine Versorgung am Lebensende im eigenen Zuhause. Die meisten sterben aber in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen. Mit einer gelungenen Palliativversorgung können mehr Menschen bis zum Tod im eigenen häuslichen Umfeld versorgt werden. Die mangelnde Umsetzung der ambulanten Palliativversorgung kann deshalb als Indikator für eine Unterversorgung in der Palliativversorgung gesehen werden.

Die spezialisierte Palliativversorgung benötigt nur ein kleinerer Anteil der Patienten; für die meisten Patienten ist eine allgemeine Palliativversorgung erforderlich, die zum Beispiel der Hausarzt erbringen soll. Diese Leistungen in der hausärztlichen Versorgung wurden als 1-Jahres-Periodenprävalenz der palliativmedizinischen Ersterhebung oder Betreuung (in den letzten 365 Tagen vor dem Sterbedatum) erfasst. Alle Angaben wurden alters- und geschlechtsstandardisiert auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der im Jahr 2013 in Deutschland Verstorbenen. Die palliativmedizinische Ersterhebung oder Weiterbetreuung wurde identifiziert über ambulante EBM-Codes:

- 03370/04370: Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inklusive Behandlungsplan (einmal im Krankheitsfall)
- 03371/04371: Zuschlag zur Versichertenpauschale 03000/04000 für die palliativmedizinische Betreuung in der Arztpraxis (mindestens 15 Minuten, einmal im Behandlungsfall)
- 03372/04372: Zuschlag zu den GOP 01410 oder 01413 (Besuche) für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit (mindestens 15 Minuten, je vollendete 15 Minuten, maximal für 75 Minuten)
- 03373/04373: Zuschlag zu den GOP 01411, 01412, 01415 (dringende Besuche) für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit (je Besuch, nicht im Notfall)

Grundsätzlich ist auch denkbar, dass bei Tumorpatienten wie auch bei Patienten mit anderen lebensbedrohlichen Erkrankungen im vorletzten Jahr vor dem Tod Leistungen der allgemeinen Palliativversorgung abgerechnet werden. In aller Regel werden diese Ziffern jedoch erst im letzten Lebensjahr abgerechnet.

Die Auswertung wurde auf das Jahr 2014 beschränkt, da die EBM-Codes für die palliativmedizinische Betreuung erst im Oktober 2013 in den EBM (einheitlichen Bewertungsmaßstab) aufgenommen wurden.

4.2.2 Zahl der SAPV-Verordnungen

Die spezialisierte Palliativversorgung in der häuslichen Umgebung (dazu zählen auch die Pflegeeinrichtungen) wird in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) geregelt. Erfasst wurde die 1-Jahres-Periodenprävalenz der SAPV-Verordnungen (in den letzten 365 Tagen vor dem Sterbedatum). Alle Angaben wurden alters- und geschlechtsstandardisiert auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der im Jahr 2013 in Deutschland Verstorbenen. Die SAPV-Erstverordnungen wurden identifiziert über ambulante EBM-Codes:

- 40860: Kostenpauschale zur Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der Erstverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37b SGB V (ab 2009/Q2 bis 2011/Q1)
- 40862: Kostenpauschale zur Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der Folgeverordnung zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37b SGB V (ab 2009/Q2 bis 2011/Q1)
- 01425: Erstverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37b SGB V (ab 2011/Q2)
- 01426: Folgeverordnung zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37b SGB V (ab 2011/Q2)

Das Anrecht auf SAPV wurde mit dem Wettbewerbssicherungsgesetz im Jahr 2007 geschaffen, die ersten Verträge wurden 2009 abgeschlossen. In die Auswertung konnten damit die Daten seit 2010 aufgenommen werden.

Eine Erstverordnung der SAPV (für maximal sieben Tage) kann auch vom Krankenhausarzt vor der Entlassung eines stationär behandelten Patienten erfolgen. Diese Verordnungen wurden in der Auswertung über die EBM-Abrechnungsziffern nicht erfasst. Allerdings wurden auch für diese Patienten eventuelle Folgeverordnungen durch den Hausarzt erfasst. In der Auswertung fehlen deshalb nur solche Patienten, bei denen der Hausarzt die vom Krankenhausarzt begonnene SAPV nicht weiterverordnet hat oder der Patient in dieser ersten Woche verstorben ist.

Die Verordnungen der SAPV unterscheiden sich nicht nur nach dem Entwicklungsstand der Palliativversorgung in den Bundesländern, sondern sind auch von den Vertragsstrukturen abhängig. So bestehen zum Beispiel deutliche Unterschiede zwischen den Landesteilen Nordrhein, mit einer fast flächendeckenden Versorgung mit SAPV-Teams, und Westfalen-Lippe, bei denen Palliativnetzwerke finanziert werden, in denen nicht zwischen allgemeiner ambulanter Palliativversorgung und SAPV unterschieden wird.

4.2.3 Zahl der Zusatzentgelte ZE 60 (OPS 8-982) für die komplexe Palliativversorgung im Krankenhaus und Zahl der Zusatzentgelte ZE 145 (OPS 8-98e) für die komplexe Palliativversorgung auf einer Palliativstation

Die spezialisierte Palliativversorgung im stationären Sektor wird durch die Zusatzentgelte für die komplexe Palliativversorgung im Krankenhaus (OPS 8-982) und die komplexe Palliativversorgung auf einer Palliativstation (OPS 8-98e) abgebildet.

Gestaffelt nach der Behandlungsdauer (7 bis 13 Tage, 14 bis 20 Tage, ab 21 Tage) werden für diese OPS (Operationen und Prozeduren) die Zusatzentgelte ZE 60 für die komplexe Palliativversorgung im Krankenhaus und ZE 145 für die komplexe Palliativversorgung auf einer Palliativstation erstattet. Für Behandlungen von weniger als sieben Tagen werden weder ZE 60 noch ZE 145 erstattet.

4.3 Palliativversorgung zu spät

Bei den Patienten, die Zugang zur Palliativversorgung erhalten, wird diese Versorgung oft zu spät eingeleitet. Durch den späten Einsatz sind die Patienten über lange Zeiträume im Krankheitsverlauf unzureichend versorgt.

4.3.1 Zeitdauer der SAPV

Zusätzlich zur Zahl der Verordnungen wird die Zeitdauer der SAPV vor dem Lebensende berechnet. Wenn auch komplexe Probleme bei vielen Patienten erst in den letzten Lebensmonaten auftreten, ist es bei den meisten Verstorbenen als deutliches Zeichen einer Unterversorgung zu bewerten, wenn die SAPV erst in den letzten zwei Lebenswochen verordnet wird, denn es ist davon auszugehen, dass die zu behandelnden Probleme lange unbehandelt geblieben sind. Bei kurzer Zeitdauer der SAPV bleibt kaum Zeit, um die Maßnahmen zur Sicherung der Versorgung in der häuslichen Umgebung auszuführen. Erfasst wird der Mittelwert der Versorgungsdauer, der aber beeinflusst wird von den wenigen Patienten mit sehr langer SAPV-Dauer. Es wird deshalb zusätzlich der Median (mit 25- und 75-Perzentilen) ausgewertet.

4.3.2 Zahl der SAPV-Verordnungen in den letzten drei Lebenstagen

Die SAPV wird oft erst nach dem Abbruch aller kurativen Therapieversuche angeboten. Sie sollte jedoch insbesondere bei den Patienten mit anderen als Tumorerkrankungen schon früh im Krankheitsverlauf eingesetzt werden. Die Vorteile einer möglichst frühzeitigen Integration der Palliativversorgung in die onkologische Behandlung wurde in kontrollierten Studien bestätigt (Bakitas et al. 2009, Hui et al. 2015, Temel et al. 2010, Zimmermann et al. 2014); die American Society of Clinical Oncology hat bereits 2012 die frühzeitige Integration empfohlen (Smith et al. 2012). Die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie hat diese Stellungnahme 2015 für Deutschland übernommen (Freund 2015). Auch für Patienten mit nicht tumorbedingten Erkrankungen

(Multiple Sklerose, Herzinsuffizienz) wurden deutliche Vorteile für die frühe Integration der Palliativversorgung beschrieben (Brannstrom und Boman 2014, Brumley et al. 2007, Hauptman und Havranek 2005, Higginson et al. 2011).

Wird die SAPV erst in den letzten Lebenstagen verordnet, bleibt kaum Zeit für sinnvolle Therapieansätze. Für die späte Verordnung können eine Reihe von Gründen und Barrieren genannt werden, etwa nicht ausreichende Kenntnisse des behandelnden Arztes zur Prognosestellung, Überlastungen des SAPV-Teams oder ein fehlender Übergang von der allgemeinen zur spezialisierten Versorgung.

5. Ergebnisse der Analysen

Insgesamt wurden 200.215 im Studienzeitraum verstorbene Personen in die Analysen eingeschlossen (100.746 Frauen und 99.469 Männer), bei 198.738 dieser Versicherten lagen Daten für regionsbezogene Analysen auf Bundeslandebene vor. Das mittlere Alter der Verstorbenen im Jahr 2013 betrug bei den Männern 79,8 Jahre (Deutschland: 74,0 Jahre) und bei den Frauen 73,9 Jahre (Deutschland: 80,7 Jahre). Diese Altersunterschiede zwischen der Studienpopulation und der Bevölkerung Deutschlands wurden in allen durchgeführten Analysen durch direkte Altersstandardisierung bereinigt, das heißt, alle Ergebnisse wurden auf die im Jahr 2013 hierzulande verstorbenen Personen hochgerechnet.

5.1 Chemotherapie im letzten Lebensmonat

Bundesweit wurde zwischen 2010 und 2014 bei 9.911 der insgesamt 80.768 Verstorbenen mit Diagnose einer Krebserkrankung eine Chemotherapie noch im letzten Lebensmonat durchgeführt (altersstandardisierter Anteil zehn Prozent). Dabei ist nicht in allen Fällen von einer Über- oder Fehlversorgung auszugehen. So können Patienten mit sehr rascher Progression der Erkrankung oder Patienten mit Komplikationen unter laufender Chemotherapie sterben, weil die kurze Prognose so nicht ersichtlich war. Chemotherapien können mit palliativer Zielsetzung zur Verbesserung der Lebensqualität durchgeführt werden.

Allerdings wurde in einer neueren Studie beschrieben, dass die palliative Chemotherapie die Lebensqualität bei Patienten mit schlechtem oder mittlerem Funktionsstatus nicht verbessert und bei Patienten mit gutem Funktionsstatus sogar verschlechtert (Prigerson et al. 2015). Die Belastung für Patienten kann bei einer solchen palliativen Chemotherapie gering sein, wenn zum Beispiel orale Chemotherapeutika wie Capecitabin oder Temozolomid eingesetzt werden. Der Einsatz einer Chemotherapie selbst bei sehr schlechter Prognose wird manchmal auch mit psychologischen Gründen erklärt. Allerdings sind solche psychologischen Gründe keine angemessene Indikation für eine Chemotherapie. Selbst wenn dies in Einzelfällen gerechtfertigt erscheint, sollte es für die Analyse als Überversorgung bewertet werden.

In vielen Fällen ist also davon auszugehen, dass die Fortsetzung einer Chemotherapie bis in den letzten Lebensmonat vor dem Versterben eine Überversorgung darstellt, die zum Beispiel auf mangelnde Kommunikation und Aufklärung zurückzuführen ist. In einer aktuellen Studie war der Einsatz einer Chemotherapie mit palliativer Zielsetzung, also mit dem Ziel, die Lebensqualität zu verbessern, auch bei Patienten mit kurzer Lebenserwartung und mit gutem Funktionsstatus ohne Effekt, während bei Patienten mit schlechtem Funktionsstatus der Zustand sogar deutlich verschlechtert wurde (Prigerson et al. 2015).

In einer älteren retrograden Auswertung der Daten von 81 Verstorbenen in einer hämatologisch-onkologischen Abteilung wurden Chemotherapien bei 46 Prozent der Patienten während des

stationären Aufenthaltes (Behandlungsdauer zwischen 0 und 40 Tage vor dem Tod) durchgeführt, obwohl die schlechte Prognose bei mindestens 70 Prozent der Patienten zu erkennen war (Bauduer et al. 2000). In einer neuen Untersuchung wurden Daten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Tumorerkrankung in den USA in einem Managed-Health-Care-Programm ausgewertet; dabei wurde die Fortsetzung der Chemotherapie auch in den letzten 14 Tagen vor dem Versterben bei elf Prozent der Patienten dokumentiert (Mack et al. 2015). Bei erwachsenen Tumorkranken wurde ein höherer Anteil von 15,7 Prozent berichtet, der sogar im untersuchten Zeitraum (1993 bis 1996) von 13,8 auf 18,5 Prozent mit Chemotherapie in den letzten 14 Tagen vor dem Tod anstieg (Earle et al. 2004). In einer neueren kanadischen Auswertung von Versicherungsdaten wurde ebenfalls ein Anstieg des Anteils von Patienten mit Chemotherapie in den letzten 14 Lebenstagen erfasst; von 2,02 Prozent im Jahr 1993 auf 2,88 Prozent im Jahr 2003 (Ho et al. 2011).

In der eigenen Untersuchung zeigt der Vergleich der Jahre 2010 bis 2014 einen gleichbleibenden Anteil von zehn Prozent der Verstorbenen, der 2014 leicht gefallen ist auf 9,3 Prozent (Abbildung 3). Mit der Etablierung von Tumorboards zur interdisziplinären Festlegung der Therapieziele in den Tumorzentren und mit der zunehmenden Implementierung der Palliativversorgung sollten aber eigentlich insgesamt weniger Chemotherapien am Lebensende durchgeführt werden. Dies lässt sich im Verlauf nicht erkennen.

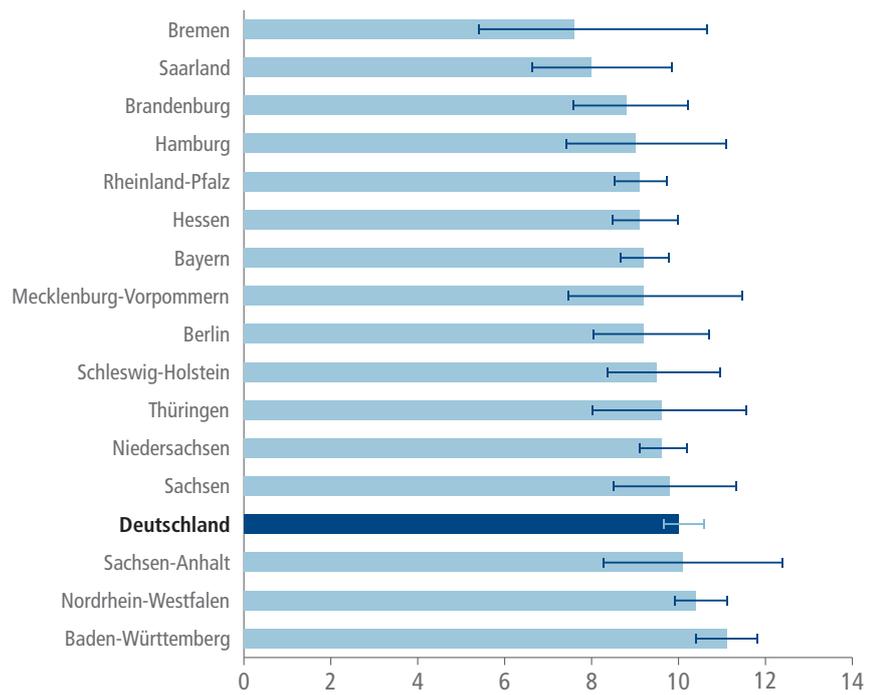
In der aktuellen Auswertung zeigten sich Unterschiede zwischen den Bundesländern: von 7,6 Prozent in Bremen bis 11,1 Prozent in Baden-Württemberg (Abbildungen 1 und 2). Die Häufigkeiten liegen damit unter den US-amerikanischen, aber weit über den kanadischen Zahlen. Zumindest die Bundesländer Sachsen-Anhalt, Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg liegen über einem Zehn-Prozent-Anteil, der in einer älteren Arbeit als Grenzwert für Einrichtungen mit aggressiven Behandlungen am Lebensende genannt wurde (Earle et al. 2005).

Ein direkter Zusammenhang zwischen Unterschieden in den Bundesländern und dem Entwicklungsstand der Palliativversorgung ist unwahrscheinlich. So ist die Zahl der Zusatzentgelte ZE 60 oder ZE 145 für komplexe Palliativversorgung in Bremen besonders niedrig (Abbildung 20).

Insgesamt 6.324 Verstorbene mit Krebserkrankung erhielten eine Versorgung mit SAPV im Jahr vor ihrem Tod. Der Anteil der Verstorbenen mit SAPV, die Chemotherapie im letzten Lebensmonat erhalten haben, war niedriger (7,3 Prozent) als bei Verstorbenen ohne SAPV (10,3 Prozent). Dies kann daran liegen, dass in der SAPV eher eine kritische Haltung gegenüber der Fortsetzung der Chemotherapie vorherrscht.

Abbildung 1: Anteil von Verstorbenen mit Krebs, die Chemotherapie im letzten Lebensmonat erhalten haben, 2010 bis 2014

Angaben in Prozent. Stratifiziert nach Bundesland, gesamter Studienzeitraum, geschlechts- und altersstandardisiert, Balken inkl. 95%-Konfidenzintervalle



Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

BertelsmannStiftung

Tabelle 1: Anteil von Verstorbenen mit Krebs, die Chemotherapie im letzten Lebensmonat erhalten haben, 2010 bis 2014

Stratifiziert nach SAPV, geschlechts- und altersstandardisiert auf die Geschlechts- und Altersstruktur der im Jahr 2013 in Deutschland verstorbenen Personen, erhoben innerhalb des Jahres vor dem Sterbedatum

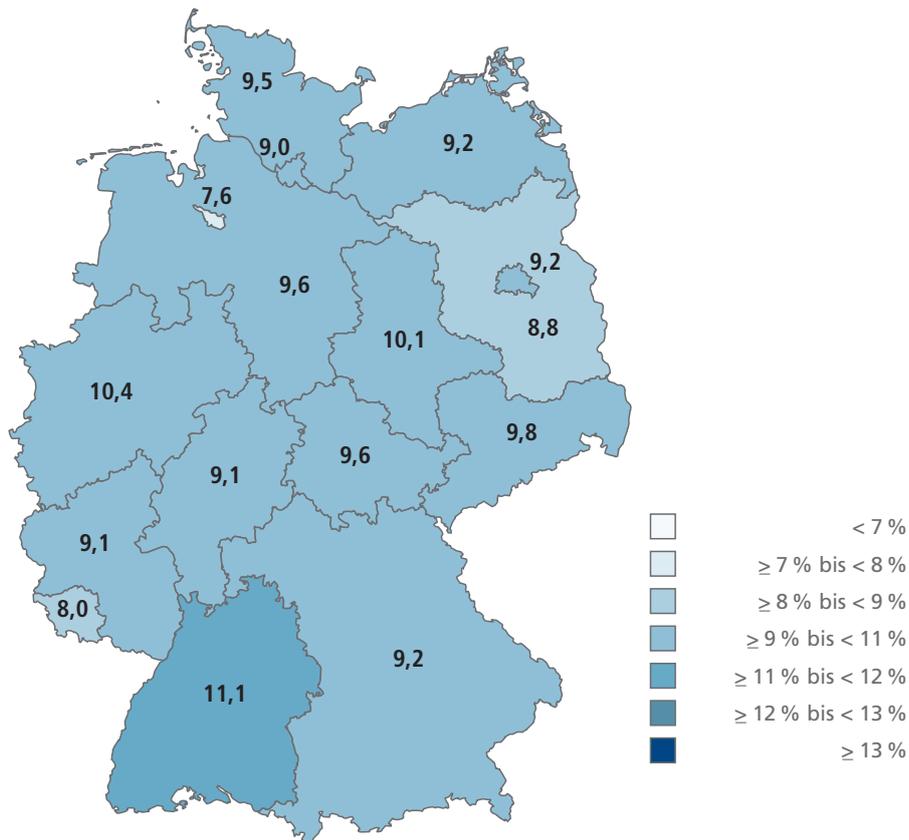
	Anteil Verstorbener	95%-Konfidenzintervall
ohne SAPV	10,3 %	9,9 % bis 10,9 %
mit SAPV	7,3 %	6,7 % bis 8,1 %

Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

BertelsmannStiftung

Abbildung 2: Anteil von Verstorbenen mit Krebs, die Chemotherapie im letzten Lebensmonat erhalten haben, 2010 bis 2014

Geschlechts- und altersstandardisiert

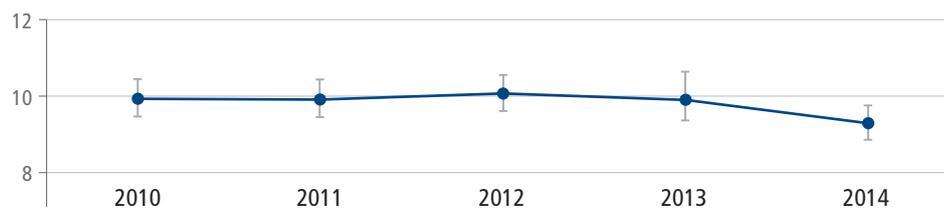


Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

BertelsmannStiftung

Abbildung 3: Anteil von Verstorbenen mit Krebs, die Chemotherapie im letzten Lebensmonat erhalten haben, 2010 bis 2014

Angaben in Prozent. Stratifiziert nach Kalenderjahr, geschlechts- und altersstandardisiert, inkl. 95%-Konfidenzintervalle



Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

BertelsmannStiftung

5.2 PEG-Anlage in den letzten drei Lebensmonaten bei Patienten mit Demenz

Bundesweit war bei insgesamt 66.645 Verstorbenen eine Demenzdiagnose vor dem Versterben gestellt worden – bei 1.443 Patienten davon wurde eine PEG in den letzten drei Lebensmonaten angelegt (standardisierter Anteil 3,0 Prozent). Im Vergleich der Bundesländer variierte dieser Anteil um das Dreifache zwischen Bremen (1,31 Prozent) und Nordrhein-Westfalen (3,86 Prozent, Abbildung 4). Neben den Stadtstaaten Bremen, Hamburg und Berlin fällt der niedrige Anteil in Baden-Württemberg auf (2,05 Prozent). Insgesamt ist ein Nord-Süd-Gefälle zu erkennen, mit mehr PEG-Anlagen im letzten Lebensjahr im Norden und Westen (Abbildung 5). Im Vergleich der vergangenen Jahre ist ein deutlicher Rückgang festzustellen, von 3,3 Prozent im Jahr 2010 auf 2,7 Prozent im Jahr 2014 (Abbildung 6). Dies könnte mit der zunehmenden Verbreitung von Patientenverfügung und Vorsorgeplanung zusammenhängen sowie der Änderung des Betreuungsrechts im Jahr 2009 mit der gesetzlichen Regelung zur Gültigkeit von Patientenverfügungen.

Der Dreimonatszeitraum ist aus der klinischen Erfahrung heraus gewählt, ohne dass Anhaltszahlen aus vergleichbaren Studien vorliegen. Systematische Übersichtsarbeiten zeigen keinen Vorteil der PEG-Ernährung gegenüber einer intensivierten Handfütterung (Candy et al. 2009, Hanson et al. 2011, Watson und Green 2006) und warnen vor den Komplikationen (Finucane et al. 1999). Auch das Positionspapier der European Association for Palliative Care (EAPC) rät von der Anlage der PEG ab und empfiehlt stattdessen intensivierte Handfütterung (van der Steen et al. 2014). Das Papier beschreibt die Schwierigkeiten mit der Prognosestellung bei Demenzpatienten. Die kurze Lebenserwartung wird bei Patienten mit Demenz oft nicht rechtzeitig erkannt, so dass die Anlage der PEG für den Arzt noch indiziert scheint.

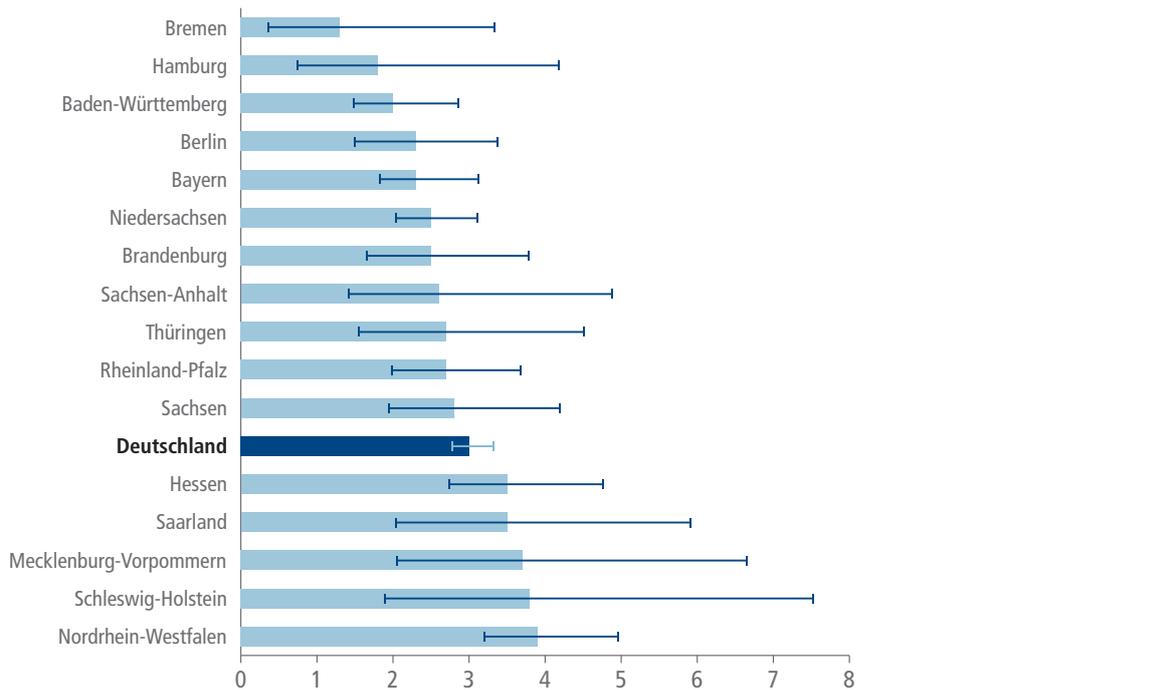
Insgesamt werden Patienten mit Demenz zwar nicht unbedingt häufiger als andere Patienten belastenden Behandlungen unterzogen, doch im Vergleich zu Patienten mit Tumorerkrankung werden signifikant häufiger PEGs angelegt (Ahronheim et al. 1996).

Auch bei anderen Patientengruppen, etwa Patienten mit Tumorerkrankung oder mit neurologischen Schluckstörungen, ist eine orale Ernährung unter Umständen nicht mehr möglich; hier ist ohne PEG nur eine parenterale Ernährung oder eben der Tod des Patienten denkbar, weil Flüssigkeit und Nahrung nicht mehr aufgenommen werden. Bei Demenzkranken wird hingegen die PEG-Anlage immer wieder vom Fachpersonal und auch in der Öffentlichkeit als belastende und oft nicht gewollte Maßnahme empfunden. Die Anlage einer PEG bei Patienten mit Demenz in den letzten drei Lebensmonaten ist deshalb als Indikator für eine Übertherapie geeignet.

Insgesamt 1.184 Verstorbene mit Demenz erhielten eine Versorgung mit SAPV im Jahr vor ihrem Tod. Nur in der kleineren Untergruppe von Patienten mit Demenz und Krebserkrankung wurden mit SAPV weniger PEGs angelegt, in der Gruppe mit Demenz, aber ohne Tumorerkrankung lag der Anteil der PEG-Anlagen insgesamt höher und bei den Patienten mit SAPV nochmals höher (3,69 gegenüber 3,15 Prozent ohne SAPV). Bei insgesamt kleinen Fallzahlen von PEG-Anlagen in den Gruppen ist es fraglich, ob ein ursächlicher Zusammenhang besteht.

Abbildung 4: Anteil von Verstorbenen mit Demenz, die eine PEG-Neuanlage in den letzten drei Lebensmonaten erhalten haben, 2010 bis 2014

Angaben in Prozent. Stratifiziert nach Bundesland, gesamter Studienzeitraum, geschlechts- und altersstandardisiert, Balken inkl. 95%-Konfidenzintervalle



Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

BertelsmannStiftung

Tabelle 2: Anteil von Verstorbenen mit Demenz, die eine PEG-Neuanlage in den letzten drei Lebensmonaten erhalten haben, 2010 bis 2014

Stratifiziert nach SAPV, geschlechts- und altersstandardisiert auf die Geschlechts- und Altersstruktur der im Jahr 2013 in Deutschland verstorbenen Personen, erhoben innerhalb des Jahres vor dem Sterbedatum

	Anzahl von Verstorbenen mit PEG-Neuanlage (bezogen auf die Gesamtzahl der Verstorbenen mit Demenz)	Anteil Verstorbener	95%-Konfidenzintervall
mit Krebs			
ohne SAPV	350 von 16.788	2,76 %	2,31 % bis 3,38 %
mit SAPV	11 von 733	1,48 %	0,66 % bis 3,14 %
ohne Krebs			
ohne SAPV	1.072 von 48.748	3,15 %	2,86 % bis 3,54 %
mit SAPV	12 von 415	3,69 %	1,75 % bis 7,2 %

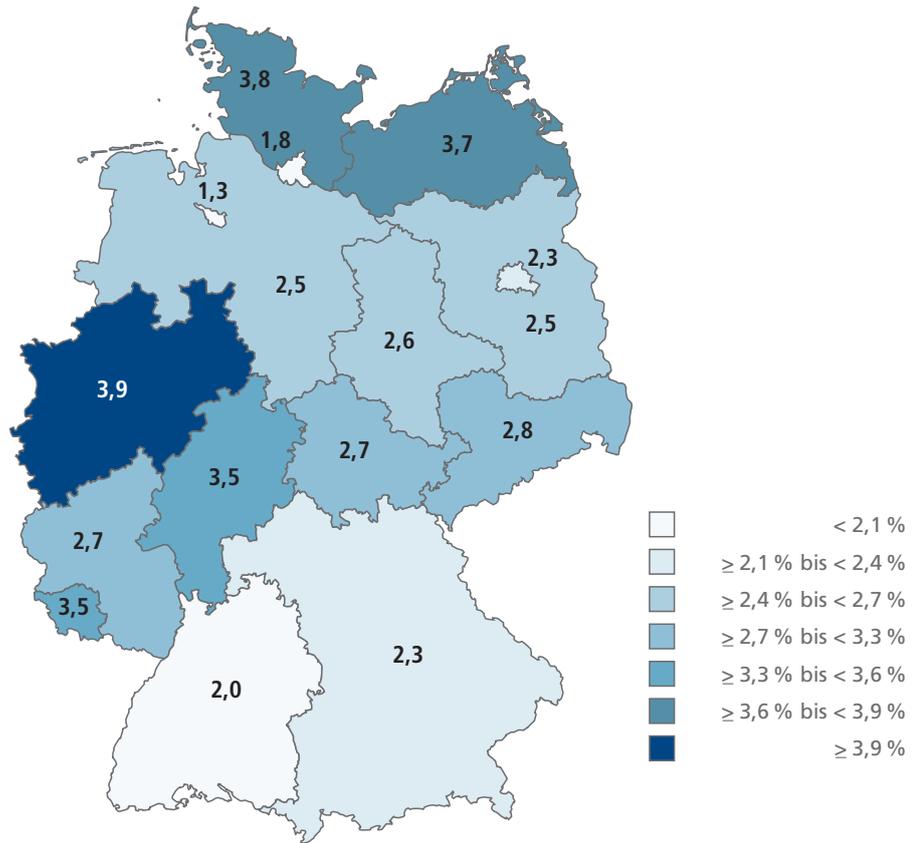
SAPV = spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

BertelsmannStiftung

Abbildung 5: Anteil von Verstorbenen mit Demenz, die eine PEG-Neuanlage in den letzten drei Lebensmonaten erhalten haben, 2010 bis 2014

Geschlechts- und altersstandardisiert

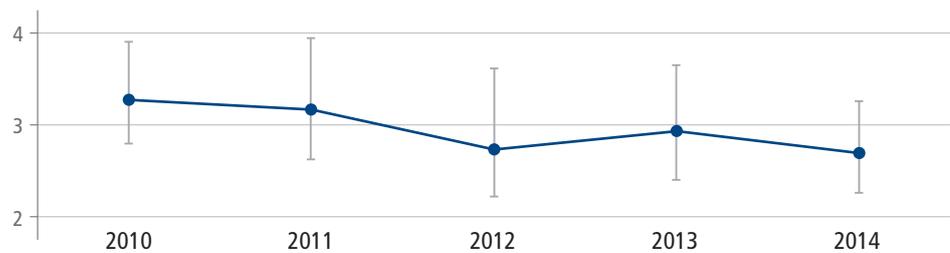


Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

BertelsmannStiftung

Abbildung 6: Anteil von Verstorbenen mit Demenz, die eine PEG-Neuanlage in den letzten drei Lebensmonaten erhalten haben, 2010 bis 2014

Angaben in Prozent. Stratifiziert nach Kalenderjahr, geschlechts- und altersstandardisiert, inkl. 95%-Konfidenzintervalle



Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

BertelsmannStiftung

5.3 Anlage eines implantierten Defibrillators im letzten Lebensjahr

In der bundesweiten Auswertung der Daten von insgesamt 93.574 verstorbenen Versicherten mit Herzinsuffizienz wurde bei 476 Versicherten (0,65 Prozent) ein Implantierter Cardioverter Defibrillator (ICD) während des letzten Lebensjahres angelegt.

Die Häufigkeit der ICD-Implantation wies zwischen den Bundesländern deutliche Unterschiede auf: zwischen 0,21 Prozent im Saarland und 0,87 Prozent in Hessen (Abbildungen 7 und 8). Aus Bremen lagen keine Angaben vor. Die bundeslandspezifischen Analysen sind aufgrund der geringen Fallzahl nur eingeschränkt interpretierbar. Auch die Auswertungen mit und ohne SAPV sind aufgrund der geringen Fallzahlen nicht aussagekräftig (Tabelle 4).

Die ICD-Implantation kann bei Patienten mit fortschreitender Herzinsuffizienz und tachykarden Rhythmusstörungen lebensrettend sein. In der letzten Lebensphase, wenn das Therapieziel von Lebensverlängerung auf palliative Zielsetzung geändert wurde, erleben viele Patienten den ICD jedoch zunehmend als Belastung. Insbesondere wenn sie schon eine Auslösung des ICD erlebt haben, können sie große Angst vor weiteren Aktivitäten des ICD haben. Die gesamte Lebensqualität wird durch die Möglichkeit einer neuen Auslösung massiv beeinträchtigt. Patienten empfinden es als besonders belastend, dass sie eine solche Auslösung nicht beeinflussen können. Nicht wenige Menschen wünschen deshalb eine Inaktivierung des ICD, sobald sie eine palliative Zielsetzung der Behandlung für sich akzeptiert haben. Diese Patienten müssen zunächst umfassend aufgeklärt werden. Dabei ist auch darauf hinzuweisen, dass bei vielen Patienten keine Aktivierung des ICD am Lebensende ausgelöst wird, weil schließlich eine Asystolie eintritt und keine tachykarde Rhythmusstörung.

Eine aktuelle systematische Übersicht zu den Einstellungen und Präferenzen der Patienten zeigte allerdings auch, dass Patienten die Deaktivierung eines ICD weder vor der Implantation noch nachher besprechen wollten, dass sie den ICD als komplexes und uneingeschränkt vorteilhaftes Gerät betrachteten und sich kaum Gedanken darüber machten, inwieweit er ein friedvolles Sterben behindern könnte (Hill et al. 2015). Die Autoren schlussfolgerten, dass die Behandler Nutzen und Nachteile sowie auch die Deaktivierung des ICD mit den Patienten und Angehörigen besprechen müssen. Empfehlungen zum Umgang mit dem ICD am Lebensende und zu den ethischen Implikationen werden gerade von einer Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie vorbereitet.

Vergleichszahlen zur Implantation von ICD im letzten Lebensjahr finden sich in der Literatur nicht. Die Publikationen beschränken sich auf die ICD-Deaktivierung am Lebensende. Der Anteil der Patienten, der eine Deaktivierung wünscht, reichte von zwölf Prozent in einer irischen Studie bis 79 Prozent in einer niederländischen Studie (Hill et al. 2015). Eine palliativmedizinische Mitbehandlung erleichterte die Entscheidung zur Deaktivierung (Pasalic et al. 2015).

Tabelle 3: Anteil von Verstorbenen mit Anlage eines implantierbaren Defibrillators im letzten Lebensjahr, 2010 bis 2014

Stratifiziert nach Bundesland, geschlechts- und altersstandardisiert auf die Geschlechts- und Altersstruktur der im Jahr 2013 in Deutschland verstorbenen Personen

Bundesland	Anzahl von Versicherten mit Anlage eines implantierbaren Defibrillators	Anteil Verstorbenen	95%-Konfidenzintervall
Bremen	k.E.	k.E.	k.E.
Saarland	<5	0,21 %	0,04 % bis 0,71 %
Thüringen	7	0,43 %	0,16 % bis 0,96 %
Mecklenburg-Vorpommern	<5	0,51 %	0,13 % bis 1,42 %
Rheinland-Pfalz	49	0,55 %	0,4 % bis 0,77 %
Sachsen-Anhalt	6	0,6 %	0,2 % bis 1,51 %
Schleswig-Holstein	11	0,63 %	0,29 % bis 1,32 %
Niedersachsen	69	0,65 %	0,43 % bis 1,08 %
Bayern	71	0,67 %	0,51 % bis 0,89 %
Baden-Württemberg	36	0,68 %	0,45 % bis 1,06 %
Nordrhein-Westfalen	130	0,69 %	0,55 % bis 0,93 %
Brandenburg	10	0,7 %	0,29 % bis 1,63 %
Hamburg	7	0,71 %	0,28 % bis 1,56 %
Sachsen	13	0,75 %	0,37 % bis 1,45 %
Berlin	12	0,79 %	0,36 % bis 1,72 %
Hessen	48	0,87 %	0,62 % bis 1,25 %
Deutschland gesamt	476	0,65 %	0,59 % bis 0,74 %

k.E. = keine Ereignisse beobachtet.

Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

| BertelsmannStiftung

Tabelle 4: Anteil von Verstorbenen mit Anlage eines implantierbaren Defibrillators im letzten Lebensjahr, 2010 bis 2014

Stratifiziert nach SAPV und Krebserkrankung, geschlechts- und altersstandardisiert auf die Geschlechts- und Altersstruktur der im Jahr 2013 in Deutschland verstorbenen Personen, erhoben innerhalb des Jahres vor dem Sterbedatum

	Anzahl von Versicherten mit Anlage eines implantierbaren Defibrillators	Anteil Verstorbenen	95%-Konfidenzintervall
mit Krebs			
ohne SAPV	118	0,34 %	0,28 % bis 0,42 %
mit SAPV	<5	0,04 %	0 % bis 0,23 %
ohne Krebs			
ohne SAPV	354	0,87 %	0,77 % bis 0,99 %
mit SAPV	<5	0,6 %	0,12 % bis 1,8 %

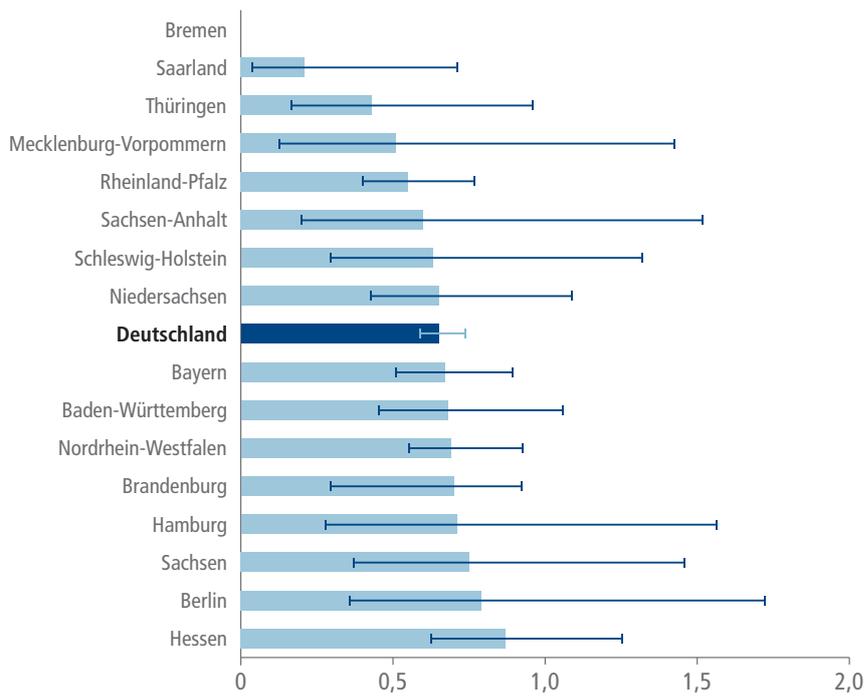
SAPV = spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

| BertelsmannStiftung

Abbildung 7: Anteil von Verstorbenen mit Anlage eines implantierbaren Defibrillators im letzten Lebensjahr, 2010 bis 2014

Angaben in Prozent. Stratifiziert nach Bundesland, gesamter Studienzeitraum, geschlechts- und altersstandardisiert, Balken inkl. 95%-Konfidenzintervalle, In Bremen keine Ereignisse beobachtet

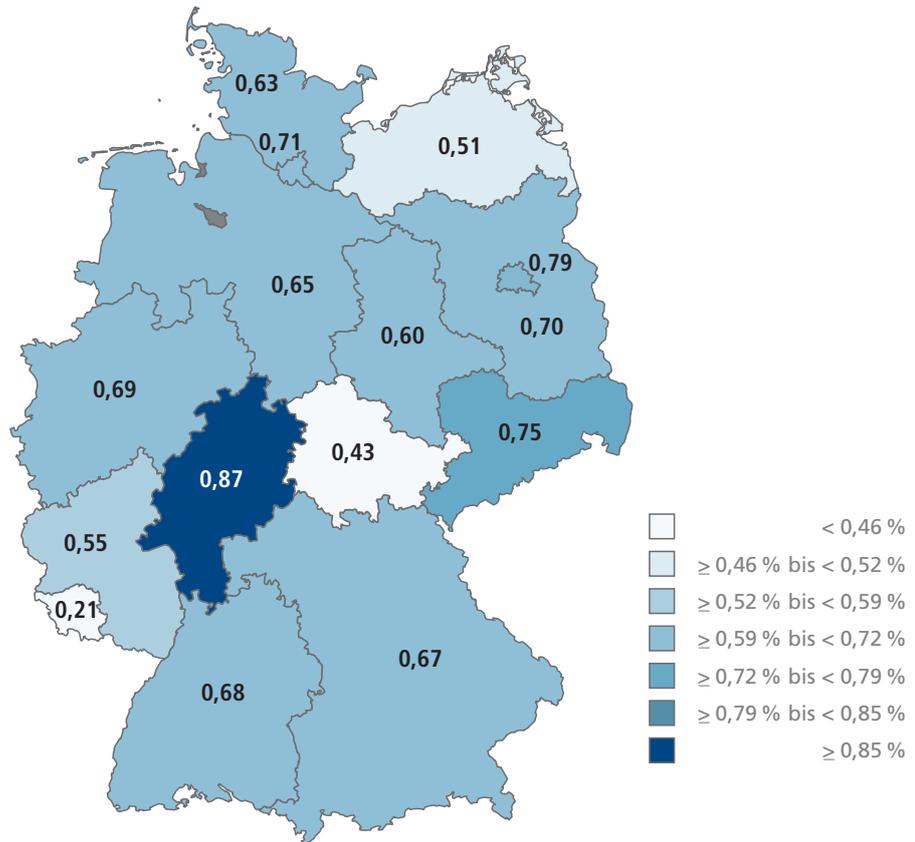


Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

BertelsmannStiftung

Abbildung 8: Anteil von Verstorbenen mit Anlage eines implantierbaren Defibrillators im letzten Lebensjahr, 2010 bis 2014

Geschlechts- und altersstandardisiert



Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

BertelsmannStiftung

5.4 Zahl der Krankenhausaufenthalte und Behandlungstage

Die Auswertung der 198.738 eingeschlossenen Versicherten mit Angaben zum Wohnort (Bundesland) ergab für die letzten sechs Lebensmonate 334.426 vollstationäre Hospitalisierungen, entsprechend 1,66 Krankenhausaufenthalte pro Versichertem. Die Behandlungsdauer umfasste insgesamt 3.748.015 stationäre Behandlungstage in den letzten sechs Lebensmonaten (mittlere standardisierte Dauer 18,6 Tage pro Versichertem). Geriatrische und neurologische Komplexbehandlungen wurden dabei nicht berücksichtigt, da diese Maßnahmen zur Symptomkontrolle oder um den Funktionsstatus wieder so zu stabilisieren, dass eine Weiterbetreuung in der häuslichen Umgebung möglich ist, auch bei kurzer Lebenserwartung indiziert sein können.

Die Zahl der Behandlungen unterschied sich nur wenig zwischen den Bundesländern; die Angaben reichten von 1,48 stationären Aufenthalten in Schleswig-Holstein bis 1,74 in Bayern (Abbildung 9). Ebenso gering waren die Unterschiede zwischen den Ländern bei den stationären Behandlungstagen: zwischen 15,28 in Bremen und 19,94 in Nordrhein-Westfalen (Abbildung 10).

Die Auswertung auf Kreisebene zeigt deutlichere Unterschiede. Bei der Zahl der stationären Aufenthalte bestehen Unterschiede vom Fünffachen (Tabelle 6), bei den stationären Behandlungstagen von mehr als dem Sechsfachen (Tabelle 7) zwischen den Extremwerten. Häufungen der stationären Behandlungen sind in den Ballungsgebieten (Großraum München, Berlin, Hamburg, Ruhrgebiet), aber auch in ländlichen Teilen von Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Niedersachsen und Bayern zu finden (Abbildungen 11 und 12).

Für die häufigeren stationären Behandlungen in den Ballungsräumen liegt ein Zusammenhang mit der Zahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten nahe. In der SUPPORT-Studie (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments) wurde in der Medicare-Datenbank eine Vielzahl von Faktoren auf ihren Einfluss auf den Sterbeort untersucht (Pritchard et al. 1998). Das Risiko, nach einer stationären Aufnahme im Krankenhaus zu sterben und nicht in der häuslichen Umgebung, hing dabei wesentlich von der Verfügbarkeit von Krankenhausbetten ab: In Regionen mit mehr Krankenhausbetten starben mehr Menschen im Krankenhaus, während in den Regionen mit mehr Pflegeheimplätzen und Hospizprogrammen mehr Menschen zu Hause starben, ohne stationär behandelt zu werden. Die Prioritäten der Patienten oder andere Faktoren spielten dagegen eine untergeordnete Rolle.

In einer zweijährigen interventionellen Teilstudie der SUPPORT-Studie wurden keine Unterschiede in der Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe erfasst (The Support Principal Investigators 1995). Die Autoren schlussfolgerten, dass erhebliche individuelle und gesellschaftliche Anstrengungen notwendig sind, um hier Änderungen zu erreichen.

Laut einer US-amerikanischen Studie hing die Häufigkeit stationärer Krankenhausaufenthalte auch von der Ethnie der Patienten ab: Afroamerikanische Patienten wurden häufiger stationär behandelt als Weiße (Guadagnolo et al. 2015).

Eine kanadische Studie zur Häufigkeit von aggressiven Behandlungsmaßnahmen am Lebensende ermittelte einen langsam sinkenden Anteil der Patienten mit stationärem Krankenhausaufenthalt in den letzten 30 Lebenstagen von 1993 (8,5 Prozent) bis 2003 (7,5 Prozent) (Ho et al. 2011). Im Gegensatz dazu berichtete eine andere Studie eine leichte Zunahme der stationären Krankenhausaufenthalte pro Patient in den letzten 30 Lebenstagen von 0,59 im Jahr 1993 auf 0,62 im Jahr 1996 (Earle et al. 2004). Die Zahl der stationären Behandlungstage in den letzten 30 Lebenstagen blieb in dieser Studie aber quasi unverändert: 4,8 (1993) bzw. 4,7 Tage (1996).

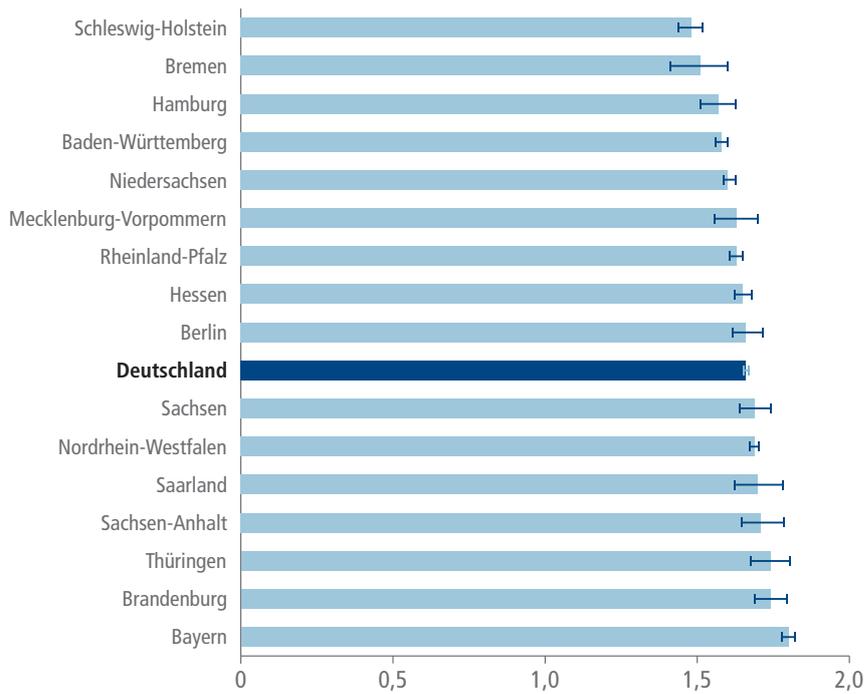
In einer weiteren kanadischen Studie zu den Behandlungskosten am Lebensende wurde berichtet, dass bis zu 90 Prozent der Patienten in einer palliativen Behandlungssituation im letzten Lebensjahr stationär behandelt wurden und zusätzlich 33 Prozent im vorletzten Lebensjahr (Fassbender et al. 2009). Die Kosten für die stationären Behandlungen stellten den größten Kostenfaktor am Lebensende dar.

Für den gewählten Zeitraum der letzten sechs Lebensmonate liegen keine Vergleichsdaten aus der Literatur vor. Auch hier ist ebenso wie bei anderen Indikatoren die Balance zwischen einem zu langen und einem zu kurzen Zeitraum schwierig. Bei Patienten mit schnell wachsenden Tumoren wird die gesamte Diagnostik und Therapie im letzten Lebensjahr stattfinden; so liegt etwa bei nicht kleinzelligem Bronchialkarzinom oder bei Pankreaskarzinom die mittlere Überlebenszeit bei weniger als einem Jahr. Hier ist davon auszugehen, dass stationäre Aufenthalte zur Diagnostik und Therapieplanung sinnvoll sind und nicht vermieden werden können. Bei anderen zum Tode führenden Erkrankungen (z.B. Herzinsuffizienz, Lungenfibrose) wäre die Wahl eines längeren Zeitraums, zum Beispiel von einem Jahr, angemessener.

Mittlerweile wurde in mehreren Arbeiten die „Überraschungsfrage“ („Würde es Sie überraschen, wenn der Patient in den nächsten zwölf Monaten stirbt?“) als Indikator dafür genommen, dass die Therapieziele überprüft und möglicherweise in eine palliative Richtung verändert werden müssen (Moss et al. 2010, Murray und Boyd 2011, Pang et al. 2013). Im Umkehrschluss müssten dann also die stationären Krankenhausaufenthalte deutlich seltener werden, weil sie bei einer palliativen Therapiezieländerung nur selten sinnvoll sind. Der Zeitraum des letzten Lebensjahres wird dadurch zunehmend als Auswertungszeitraum für aggressive Behandlungsmaßnahmen begründet, wozu auch die stationären Krankenhausbehandlungen zählen.

Abbildung 9: Anzahl von Krankenhausaufenthalten in den letzten sechs Lebensmonaten, 2010 bis 2014

Angaben in Prozent. Stratifiziert nach Bundesland, geschlechts- und altersstandardisiert; Balken inkl. 95%-Konfidenzintervalle

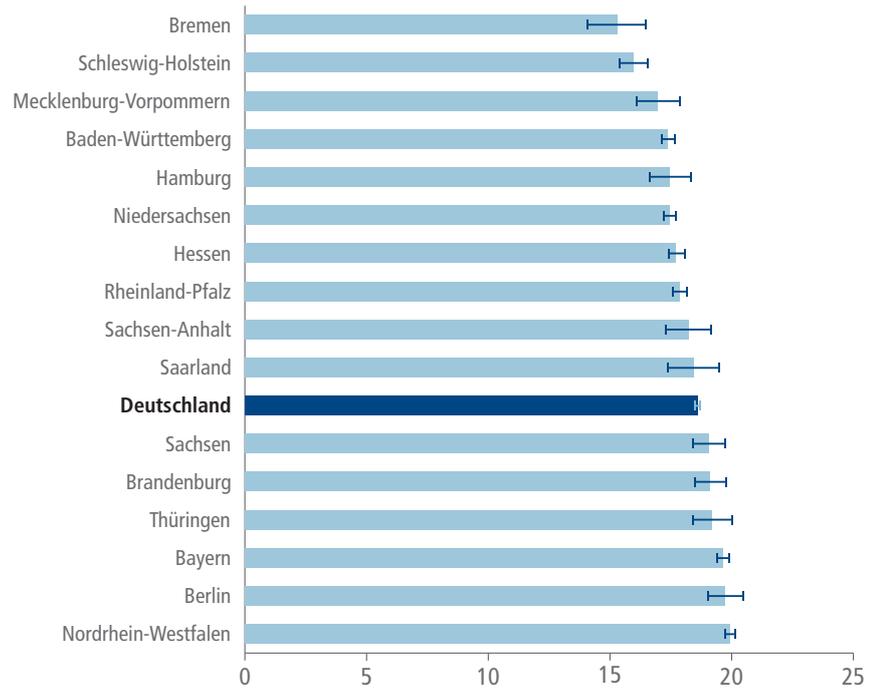


Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

BertelsmannStiftung

Abbildung 10: Anzahl stationärer Behandlungstage in den letzten sechs Lebensmonaten, 2010 bis 2014

Angaben in Prozent. Stratifiziert nach Bundesland, geschlechts- und altersstandardisiert; Balken inkl. 95%-Konfidenzintervalle



Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

BertelsmannStiftung

Tabelle 5: Anzahl stationärer Behandlungstage in den letzten sechs Lebensmonaten, 2010 bis 2014

Stratifiziert nach SAPV und Krebserkrankung, geschlechts- und altersstandardisiert auf die Geschlechts- und Altersstruktur der im Jahr 2013 in Deutschland verstorbenen Personen, erhoben innerhalb des Jahres vor dem Sterbedatum

	Anzahl Verstorbene (N)	Stationäre Behandlungstage je Versicherter	95%-Konfidenzintervall
mit Krebs			
ohne SAPV	74.561	23,29	23,13 bis 23,45
mit SAPV	6.324	21,4	20,81 bis 21,99
ohne Krebs			
ohne SAPV	118.496	14,95	14,82 bis 15,08
mit SAPV	834	18,11	16,5 bis 19,73

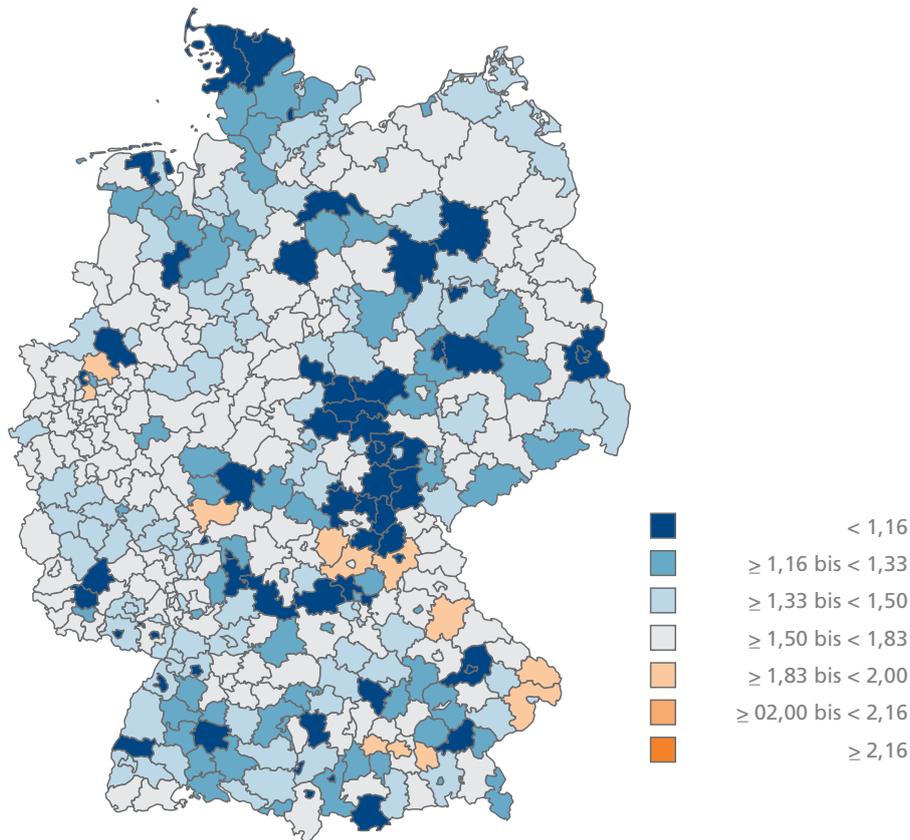
SAPV = spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

BertelsmannStiftung

Abbildung 11: Anzahl von Krankenhausaufenthalten in den letzten sechs Lebensmonaten, 2010 bis 2014

Geschlechts- und altersstandardisiert



Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

| BertelsmannStiftung

Tabelle 6: Kennziffern zur regionalen Variation – Anzahl von Krankenhausaufenthalten in den letzten sechs Lebensmonaten

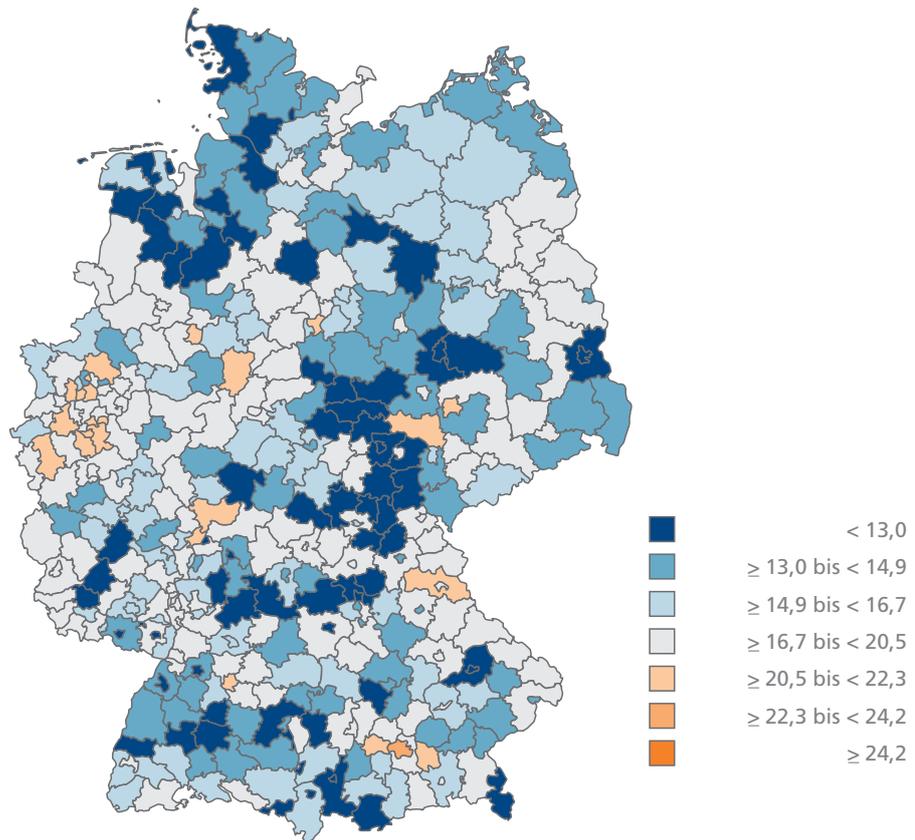
	2010 bis 2014
Mittelwert	1,66
Median	1,46
Spannweite	0,38–1,95
Extremalquotient	5,10
Perzentilquotient	1,91

Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

| BertelsmannStiftung

Abbildung 12: Anzahl stationärer Behandlungstage in den letzten sechs Lebensmonaten, 2010 bis 2014

Geschlechts- und altersstandardisiert



Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

BertelsmannStiftung

Tabelle 7: Kennziffern zur regionalen Variation – Anzahl stationärer Behandlungstage in den letzten sechs Lebensmonaten

	2010 bis 2014
Mittelwert	18,6
Median	15,9
Spannweite	3,5–22,4
Extremalquotient	6,39
Perzentilquotient	2,13

Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

BertelsmannStiftung

5.5 Zahl der Patienten mit EBM-Leistungen der allgemeinen Palliativversorgung

Da die Änderung im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit der Einführung von neuen Abrechnungsziffern für die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) erst im Oktober 2013 in Kraft getreten ist, erfolgte die Auswertung der Leistungen in der AAPV mit den 40.860 im Jahr 2014 verstorbenen Versicherten. Die Ergebnisse dieser Auswertungen sind sicher in den kommenden Jahren zu überprüfen, da sich im ersten Jahr nach Einführung der neuen Ziffer nur erste Trends abbilden lassen.

Im letzten Lebensjahr wurde aus dieser Gruppe bei 9.883 (24,2 Prozent) Patienten mindestens eine EBM-Ziffer abgerechnet, die sich auf eine palliativmedizinische Ersterhebung oder palliativmedizinische Betreuung in der ambulanten Versorgung bezog. Krebs war die häufigste Grunderkrankung bei Patienten mit AAPV (Tabelle 8).

Zwischen den Bundesländern zeigten sich deutliche Unterschiede in der Häufigkeit der AAPV: von 15,6 Prozent der Verstorbenen in Nordrhein-Westfalen bis 33,3 Prozent in Bayern (Abbildungen 13 und 14). Allerdings wurden nur die AAPV-Leistungen im letzten Lebensjahr berücksichtigt; es ist aber durchaus denkbar, dass bei einer Reihe von Patienten bereits im Jahr zuvor oder sogar noch früher AAPV indiziert war und eingesetzt wurde.

Vor allem müssen bei der Bewertung die Unterschiede in den Versorgungsstrukturen berücksichtigt werden. So ist in Nordrhein-Westfalen die ambulante Palliativversorgung in den Bereichen der beiden Ärztekammern sehr unterschiedlich organisiert: Bei der Ärztekammer Nordrhein wird die AAPV über die EBM-Ziffern abgerechnet; bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe werden sowohl AAPV- als auch SAPV-Leistungen über einen Palliativvertrag (nach § 132d SGB V) finanziert, den die Krankenkassen in Westfalen-Lippe gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und Vertretern der Palliativeinrichtungen 2011 geschlossen haben (www.kvwl.de/arzt/recht/kvwl/palliativ/). Die Palliativversorgung erfolgt in den 36 Palliativkonsiliardiensten, die gemeinsam mit den Hausärzten regionale Netzwerke bilden. In der Auswertung der EBM-Ziffern für die einzelnen Landkreise ist deshalb in Westfalen-Lippe kaum AAPV sichtbar, während vor allem in den südlichen Teilen von Nordrhein durchaus höhere Anteile an AAPV zu erkennen sind (Abbildung 15).

Auch andere Regionen weisen große Schwankungen in den Häufigkeiten auf, bis zu Variationen um das 100-Fache (Tabelle 10). Neben einer guten Versorgung in Ballungsräumen wie München, Hamburg oder Bremen fallen ebenso Regionen im ländlichen Bereich mit hohen Anteilen auf, zum Beispiel in Mecklenburg-Vorpommern, im östlichen Teil von Niedersachsen oder die Regionen Oberpfalz und Oberfranken in Bayern. In Berlin liegt die AAPV nur wenig höher als in den umliegenden ländlichen Regionen. Dies hängt am ehesten mit dem Ausbau der SAPV (siehe folgenden Abschnitt) zusammen.

Tabelle 8: Verteilung der Grunderkrankungen von Verstorbenen mit palliativmedizinischer Ersterhebung oder palliativmedizinischer Betreuung in der ambulanten Versorgung im letzten Lebensjahr

Grunderkrankung ¹	Anteil Verstorbener	95 %-Konfidenzintervall
Krebserkrankungen	64,9 %	64,1 % bis 65,8 %
Neurologische Erkrankungen ²	5,6 %	5,2 % bis 6 %
Krankheiten des Kreislaufsystems	29,2 %	228,3 % bis 30 %
Sonstige	0,3 %	0,2 % bis 0,5 %

¹ Die Einstufung der vermutlich ursächlichen Grunderkrankung wurde hierarchisch vorgenommen (alle Patienten mit Krebserkrankungen; Patienten ohne Krebserkrankungen, aber mit neurologischen Erkrankungen; Patienten ohne Krebserkrankungen oder neurologischen Erkrankungen, aber mit kardiovaskulären Erkrankungen; sonstige Patienten).

² Morbus Parkinson, Multiple Sklerose, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)

Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

| BertelsmannStiftung

Tabelle 9: Anteil von Verstorbenen mit palliativmedizinischer Ersterhebung oder palliativmedizinischer Betreuung in der ambulanten Versorgung im letzten Lebensjahr, 2014

Stratifiziert nach Bundesland, geschlechts- und altersstandardisiert auf die Geschlechts- und Altersstruktur der im Jahr 2013 in Deutschland verstorbenen Personen

Bundesland	Anteil Verstorbener	95 %-Konfidenzintervall
Nordrhein-Westfalen (gesamt)	15,6 %	14,9 % bis 16,4 %
Nordrhein-Westfalen (KV Nordrhein)	19,5 %	18,5 % bis 20,6 %
Nordrhein-Westfalen (KV Westfalen-Lippe)	4,8 %	4,0 % bis 5,8 %
Berlin	17,8 %	14,8 % bis 22 %
Brandenburg	18,7 %	15,7 % bis 22,5 %
Bremen	19,2 %	13,5 % bis 28,2 %
Sachsen-Anhalt	21,6 %	17,2 % bis 27,4 %
Sachsen	22,9 %	19,8 % bis 26,4 %
Hamburg	23,7 %	19,3 % bis 29,3 %
Hessen	24,1 %	22,3 % bis 26,1 %
Baden-Württemberg	24,4 %	22,8 % bis 26 %
Thüringen	25,0 %	20,9 % bis 29,8 %
Saarland	25,4 %	20,0 % bis 33,0 %
Schleswig-Holstein	26 %	22,8 % bis 29,7 %
Rheinland-Pfalz	26,5 %	25,0 % bis 28,2 %
Mecklenburg-Vorpommern	26,8 %	21,7 % bis 33,5 %
Niedersachsen	28,0 %	26,7 % bis 29,4 %
Bayern	33,3 %	31,8 % bis 34,8 %
Deutschland gesamt	24,2 %	23,7 % bis 24,7 %

Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

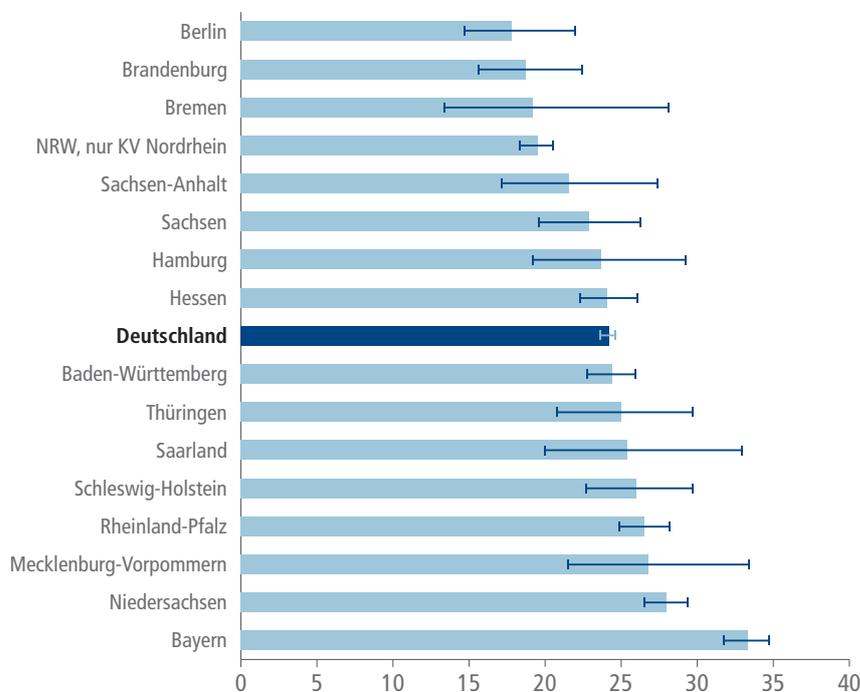
| BertelsmannStiftung

Auch wenn schon mehr als ein Fünftel der Verstorbenen mit AAPV-Leistungen versorgt werden, bleibt diese Zahl doch hinter dem Bedarf zurück. Die European Association for Palliative Care (EAPC) schätzt den Bedarf einer allgemeinen Palliativversorgung auf 50 bis 90 Prozent der Verstorbenen (Radbruch et al. 2009). Für Deutschland kann davon ausgegangen werden, dass 90 Prozent aller Verstorbenen eine Palliativversorgung benötigen haben, davon aber nur zehn Prozent bei komplexen Symptomen oder Problemen eine spezialisierte Palliativversorgung. Damit ist der Anteil der Patienten, der eine AAPV benötigt, auf 80 bis 90 Prozent zu schätzen.

Mit verschiedenen Methoden zu bevölkerungsbasierten Berechnungen wurde der Anteil der Patienten, der eine Palliativversorgung benötigt hat, auf 37 bis 96 Prozent aller Verstorbenen geschätzt; allerdings wurde hier nicht zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung unterschieden (Murtagh et al. 2014). Mit einer verbesserten Methode wurde der Anteil auf mindestens 63 Prozent berechnet, in einkommensstarken Ländern eher auf 69 bis 82 Prozent.

Abbildung 13: Anteil von Verstorbenen mit palliativmedizinischer Ersterhebung oder palliativmedizinischer Betreuung in der ambulanten Versorgung im letzten Lebensjahr, 2014

Angaben in Prozent. Stratifiziert nach Bundesland, geschlechts- und altersstandardisiert; Balken inkl. 95%-Konfidenzintervalle



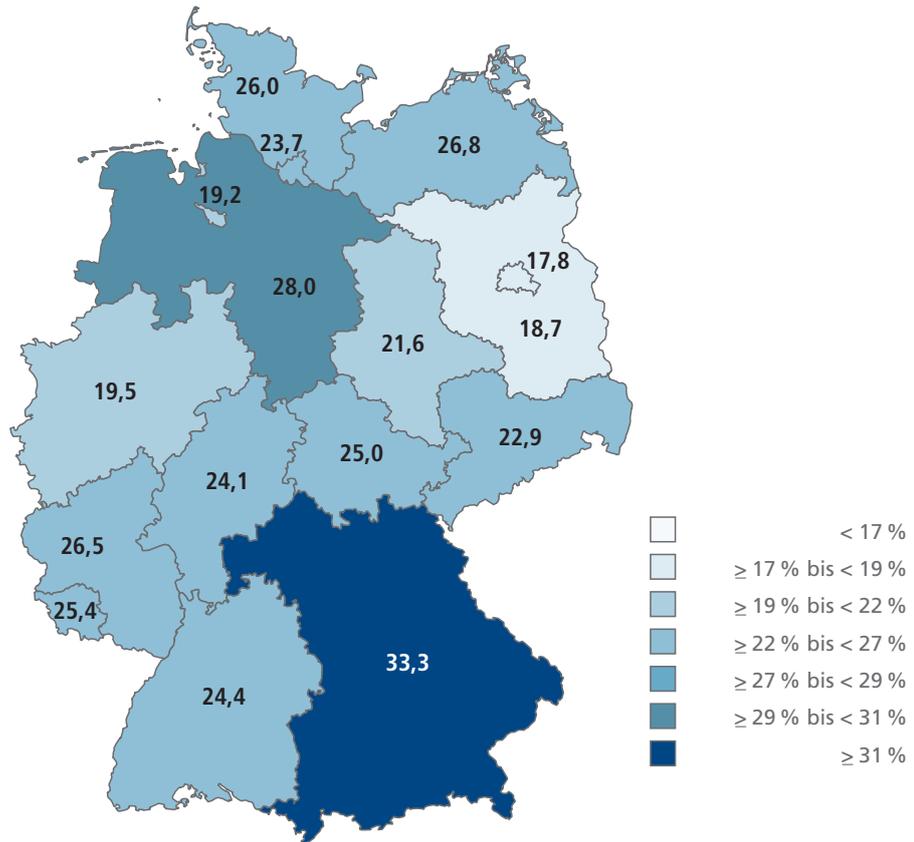
Werte von Nordrhein-Westfalen (KV Westfalen-Lippe) und Nordrhein-Westfalen (gesamt) aus methodischen Gründen (siehe Text) nicht dargestellt.

Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

| BertelsmannStiftung

Abbildung 14: Anteil von Verstorbenen mit palliativmedizinischer Ersterhebung oder palliativmedizinischer Betreuung in der ambulanten Versorgung im letzten Lebensjahr, 2014

Geschlechts- und altersstandardisiert



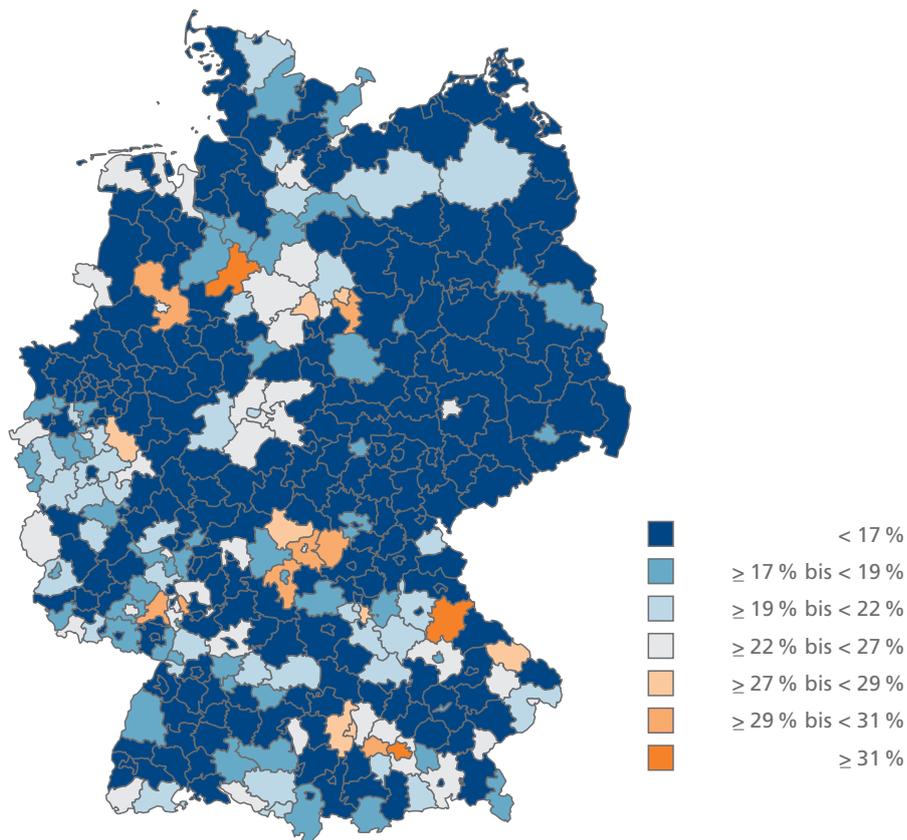
Werte für Nordrhein-Westfalen eingeschränkt interpretierbar.
Aufgrund geringer Fallzahlen besteht für die vorliegende Karte nach Kreisen eine erhöhte statistische Unsicherheit.

Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

BertelsmannStiftung

Abbildung 15: Anteil von Verstorbenen mit palliativmedizinischer Ersterhebung oder palliativmedizinischer Betreuung in der ambulanten Versorgung im letzten Lebensjahr, 2014

Geschlechts- und altersstandardisiert



Werte für Nordrhein-Westfalen (KV Region Westfalen-Lippe) eingeschränkt interpretierbar.
Aufgrund geringer Fallzahlen besteht für die vorliegende Karte nach Kreisen eine erhöhte statistische Unsicherheit.

Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

| BertelsmannStiftung

Tabelle 10: Kennziffern zur regionalen Variation – Anteil von Verstorbenen mit palliativmedizinischer Ersterhebung oder palliativmedizinischer Betreuung in der ambulanten Versorgung im letzten Lebensjahr

	2014
Mittelwert	24,2 %
Median	13,4 %
Spannweite	0,3 %–35,6 %
Extremalquotient	131,35
Perzentilquotient	13,61

Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

| BertelsmannStiftung

5.6 Zahl der SAPV-Erstverordnungen

Bundesweit wurde im Zeitraum von 2010 bis 2014 bei 7.144 (3,5 Prozent) der insgesamt 198.738 Verstorbenen im letzten Lebensjahr eine EBM-Ziffer abgerechnet, die sich auf SAPV bezog. Krebserkrankungen waren die häufigsten Grunderkrankungen bei Patienten mit SAPV (Tabelle 11). Krankheiten des Kreislaufsystems wie chronische Herzinsuffizienz oder neurologische Erkrankungen wie amyotrophe Lateralsklerose führten hingegen viel seltener zu einer SAPV-Verordnung. Andere Erkrankungen waren nur in 0,2 Prozent der Fälle der Auslöser für SAPV.

Zwischen den Bundesländern bestanden große Unterschiede bis zum Sechsfachen: zwischen 1,8 Prozent in Nordrhein-Westfalen und 11,4 Prozent in Berlin (Tabelle 12). In der geografischen Darstellung ist ein deutliches Nord-Süd-Gefälle zu sehen (Abbildung 17).

Ebenso wie bei der AAPV zeigen sich in der differenzierten Auswertung nach Landkreisen noch größere regionale Unterschiede (Abbildung 18). Auffallend sind die höheren Verordnungen in den Ballungsgebieten um Hamburg, München und Berlin, aber auch die hohen Zahlen in ländlichen Regionen wie Mecklenburg-Vorpommern, Oberpfalz und Oberfranken in Bayern, in westlichen Teilen Baden-Württembergs sowie in Hessen, Niedersachsen, Sachsen und Schleswig-Holstein.

Auch hier müssen bei der Bewertung die Unterschiede in den Versorgungsstrukturen berücksichtigt werden. Wie bei der AAPV ausgeführt, werden im Bereich der Ärztekammer Westfalen-Lippe sowohl AAPV- als auch SAPV-Leistungen über einen Palliativvertrag (nach § 132d SGB V) finanziert und nicht über die EBM-Ziffer, so dass in der Abbildung keine SAPV-Leistungen sichtbar sind. Die niedrigen Werte für das Land Nordrhein-Westfalen erklären sich auch dadurch, dass nur die SAPV-Leistungen in Nordrhein auf die Bevölkerung beider Landesteile gemittelt wurden. Zusätzlich gibt es in Nordrhein-Westfalen Verträge mit mehr als 100 Pflegediensten, die eine palliativpflegerische Versorgung anbieten – eine Option, die es in anderen Bundesländern nicht gibt, wo diese Palliativpflege immer von der SAPV mitübernommen werden muss.

Die Vertragsstrukturen der SAPV unterscheiden sich deutlich zwischen den Bundesländern. Während in Nordrhein sehr hohe personelle Anforderungen gestellt werden – dann aber entsprechend dem Rahmenprogramm des Landes (MAGS NRW 2005) auch nur ein Vertrag für jedes Gebiet abgeschlossen wurde –, sind in Bundesländern wie Hessen und Niedersachsen mehrere SAPV-Anbieter in einer Region im Wettbewerb möglich, mit deutlich weniger Bedingungen an die personellen und organisatorischen Strukturen der Anbieter. Die hohe Zahl der SAPV-Verordnungen in Berlin hängt mit dem Konstrukt von Home Care Berlin e. V. zusammen, in dem die beteiligten Ärzte auch Aufgaben übernehmen, die in anderen Bundesländern der AAPV zugerechnet werden.

Trotz der großen regionalen Unterschiede bleiben alle Bundesländer außer Berlin hinter dem geschätzten Bedarf von zehn Prozent aller Sterbefälle zurück, die einer SAPV bedürfen. In den Vorgaben der EAPC wurde sogar ein Bedarf von 20 Prozent bei den Verstorbenen mit Tumorer-

krankung und fünf Prozent bei anderen Erkrankungen geschätzt (Radbruch et al. 2009). Ebenso wurde dort geschätzt, dass bei ausreichendem Zugang zur Palliativversorgung das Verhältnis von tumor- zu nicht tumorbedingten Erkrankungen unter den Patienten in der SAPV 60:40 betragen würde, während es in der hier vorgelegten Auswertung bei 89:11 liegt. Damit ist eine massive Unterversorgung in der SAPV insgesamt und besonders für Patienten mit nicht tumorbedingten Erkrankungen festzuhalten. Dies steht im deutlichen Widerspruch zu der Aussage des GKV-Spitzenverbandes, dass es zwischenzeitlich gelungen sei, in den weit überwiegenden Regionen eine flächendeckende Versorgung mit SAPV-Leistungen vertraglich sicherzustellen (GKV-Spitzenverband 2015). Allerdings ist seit Einführung der SAPV mit dem Wettbewerbssicherungsgesetz im Jahr 2009 der Anteil der Patienten mit SAPV kontinuierlich gestiegen (Abbildung 19).

Tabelle 11: Verteilung der Grunderkrankungen bei Patienten, die SAPV im letzten Lebensjahr erhalten haben

Stratifiziert nach Bundesland

Grunderkrankung ¹	Anteil Verstorbener, die SAPV im letzten Lebensjahr erhalten haben	95 %-Konfidenzintervall
Krebserkrankungen	88,3 %	87,6 % bis 89,1 %
Neurologische Erkrankungen ²	2,2 %	1,9 % bis 2,6 %
Krankheiten des Kreislaufsystems	9,2 %	8,6 % bis 9,9 %
Sonstige	0,2 %	0,1 % bis 0,3 %

¹ Die Einstufung der vermutlich ursächlichen Grunderkrankung wurde hierarchisch vorgenommen (alle Patienten mit Krebserkrankungen; Patienten ohne Krebserkrankungen, aber mit neurologischen Erkrankungen; Patienten ohne Krebserkrankungen oder neurologische Erkrankungen, aber mit kardiovaskulären Erkrankungen; sonstige Patienten).

² Morbus Parkinson, Multiple Sklerose, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)

Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

| BertelsmannStiftung

Tabelle 12: Anteil von Verstorbenen mit SAPV im letzten Lebensjahr, 2010 bis 2014

Stratifiziert nach Bundesland, geschlechts- und altersstandardisiert auf die Geschlechts- und Altersstruktur der im Jahr 2013 in Deutschland verstorbenen Personen

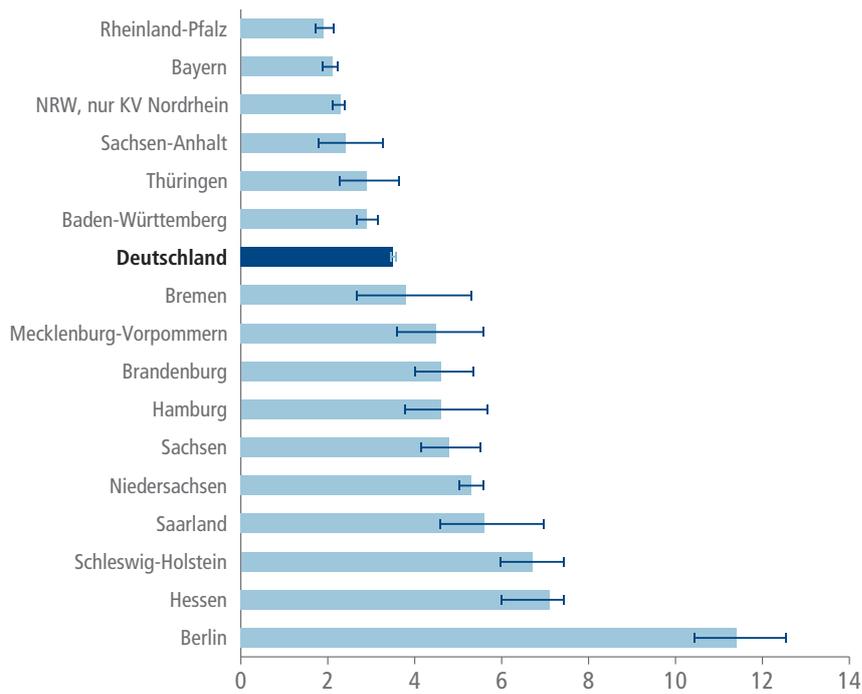
Bundesland	Anteil Verstorbener mit SAPV	95 %-Konfidenzintervall
Nordrhein-Westfalen (gesamt)	1,8 %	1,7 % bis 1,9 %
Nordrhein-Westfalen (KV Nordrhein)	2,3 %	2,1 % bis 2,4 %
Nordrhein-Westfalen (KV Westfalen-Lippe)	0,5 %	0,4 % bis 0,7 %
Rheinland-Pfalz	1,9 %	1,8 % bis 2,1 %
Bayern	2,1 %	1,9 % bis 2,2 %
Sachsen-Anhalt	2,4 %	1,8 % bis 3,3 %
Thüringen	2,9 %	2,3 % bis 3,6 %
Baden-Württemberg	2,9 %	2,7 % bis 3,2 %
Bremen	3,8 %	2,7 % bis 5,3 %
Mecklenburg-Vorpommern	4,5 %	3,6 % bis 5,6 %
Brandenburg	4,6 %	4 % bis 5,3 %
Hamburg	4,6 %	3,8 % bis 5,7 %
Sachsen	4,8 %	4,1 % bis 5,5 %
Niedersachsen	5,3 %	5 % bis 5,5 %
Saarland	5,6 %	4,6 % bis 6,9 %
Schleswig-Holstein	6,7 %	6 % bis 7,4 %
Hessen	7,1 %	6,6 % bis 7,5 %
Berlin	11,4 %	10,4 % bis 12,5 %
Deutschland gesamt	3,5 %	3,4 % bis 3,6 %

Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

| BertelsmannStiftung

Abbildung 16: Anteil von Verstorbenen mit SAPV im letzten Lebensjahr, 2010 bis 2014

Angaben in Prozent. Stratifiziert nach Bundesland, geschlechts- und altersstandardisiert; Balken inkl. 95%-Konfidenzintervalle



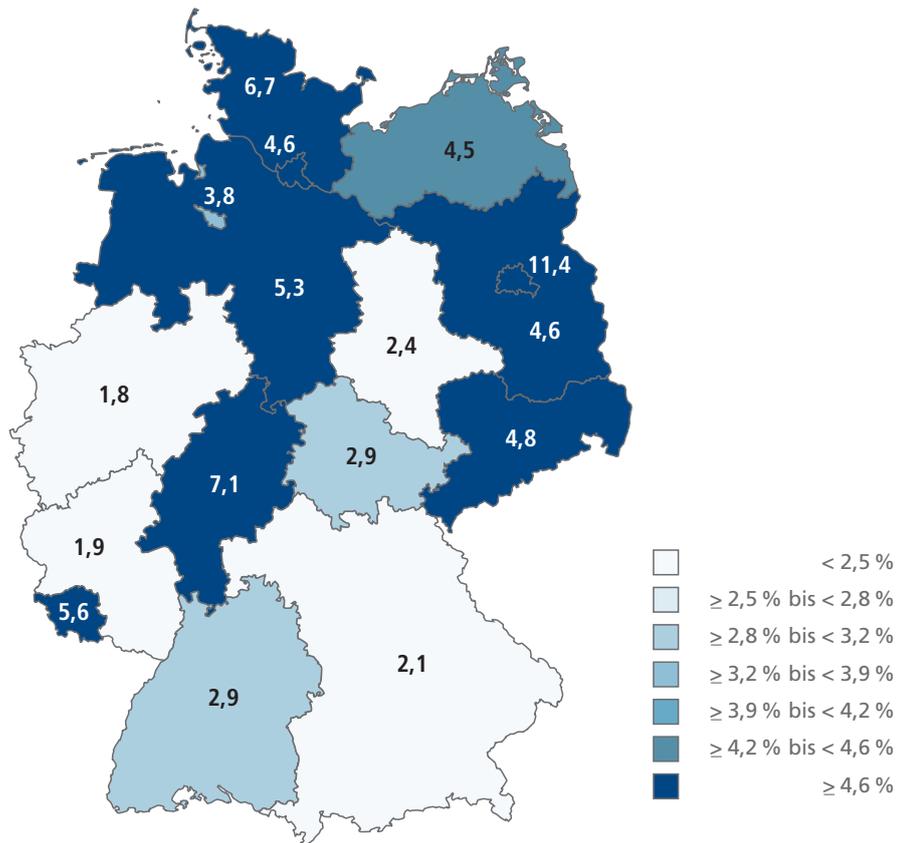
SAPV = spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Werte von Nordrhein-Westfalen (KV Westfalen-Lippe) und Nordrhein-Westfalen (gesamt) aus methodischen Gründen (siehe Text) nicht dargestellt.

Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

BertelsmannStiftung

Abbildung 17: Anteil von Verstorbenen mit SAPV im letzten Lebensjahr, 2010 bis 2014

Geschlechts- und altersstandardisiert



SAPV = spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

BertelsmannStiftung

Tabelle 13: Kennziffern zur regionalen Variation – Anteil von Verstorbenen mit SAPV im letzten Lebensjahr

	2010 bis 2014
Mittelwert	3,5 %
Median	2,2 %
Spannweite	0,0 %–15,9 %
Extremalquotient	
Perzentilquotient	31,7

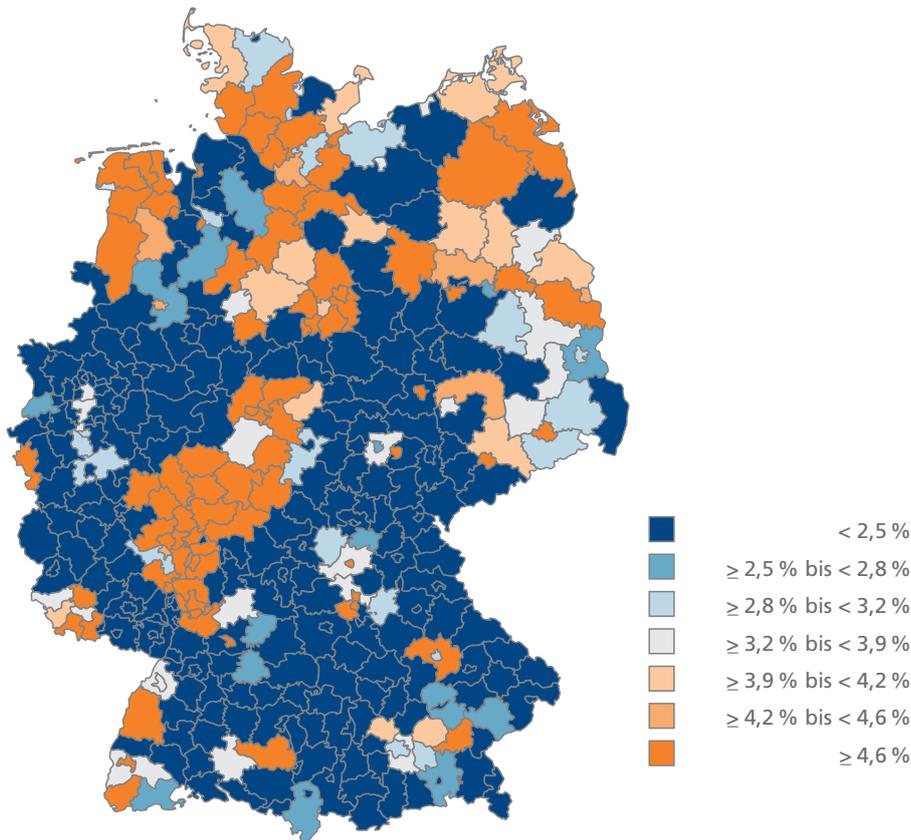
SAPV = spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

BertelsmannStiftung

Abbildung 18: Anteil von Verstorbenen mit SAPV im letzten Lebensjahr, 2010 bis 2014

Geschlechts- und altersstandardisiert



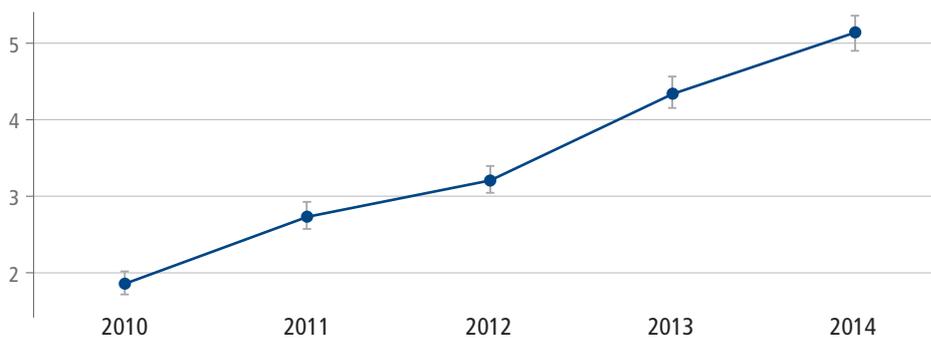
SAPV = spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

| BertelsmannStiftung

Abbildung 19: Anteil von Verstorbenen mit SAPV im letzten Lebensjahr, 2010 bis 2014

Angaben in Prozent. Stratifiziert nach Kalenderjahr, geschlechts- und altersstandardisiert, inkl. 95%-Konfidenzintervalle



Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

| BertelsmannStiftung

5.7 Zahl der Zusatzentgelte für die komplexe Palliativversorgung im Krankenhaus

In den Krankenhäusern werden die Leistungen der spezialisierten Palliativversorgung erfasst mit dem OPS-Code 8-982 – palliativmedizinische Komplexbehandlung – und dem im Jahr 2012 in die OPS-Systematik aufgenommenen OPS-Code 8-98e – palliativmedizinische Komplexbehandlung auf einer Palliativstation. Die dokumentierten OPS-Codes 8-98e haben sich von 16.100 im Jahr 2012 auf 23.200 im Jahr 2013 erhöht; damit stieg die Gesamtzahl der stationären Komplexbehandlungen von 59.300 im Jahr 2011 auf 75.100 im Jahr 2013 (Tabelle 14). Bundesweit entspricht dies 8,4 palliativmedizinischen Komplexbehandlungen pro 10.000 Einwohner nach direkter Standardisierung an der Bundesbevölkerung des Jahres 2013 nach Alter und Geschlecht.

Zwischen den Bundesländern schwanken die Häufigkeiten bis zum Dreifachen, von 4,5 Komplexbehandlungen pro 10.000 Einwohner in Bremen bis 12,4 in Thüringen (Abbildung 20). In der geografischen Darstellung der Landkreise fallen die hohen Zahlen in Bayern, im Saarland und im nördlichen Rheinland-Pfalz auf (Abbildung 21). In Baden-Württemberg sind dagegen nur wenige Komplexbehandlungen dokumentiert. In Niedersachsen sind einige wenige Landkreise wie etwa Göttingen mit einer hohen Zahl vertreten, während in den meisten Regionen im Land nur sehr wenige Komplexbehandlungen durchgeführt werden. Auch bei den Großstädten unterscheiden sich die Häufigkeiten: Während in Berlin wenige Komplexbehandlungen dokumentiert sind, liegt der Anteil in Hamburg im mittleren und in München im hohen Bereich. Dies weist auf unterschiedliche Schwerpunkte in der Palliativversorgung hin. So kann die geringe Zahl an stationären Komplexbehandlungen in Hessen oder in Berlin mit der hohen Zahl an SAPV-Verordnungen (siehe vorigen Abschnitt) zusammenhängen. Insgesamt unterscheiden sich die Häufigkeiten zwischen den Landkreisen um mehr als das 100-Fache (Tabelle 15).

In der geografischen Darstellung der Komplexbehandlungen auf Palliativstationen (OPS 8-98e) treten die Häufungen in einigen wenigen Bundesländern noch deutlicher hervor. In Bayern, im südlichen Teil von Nordrhein-Westfalen und im Westen von Niedersachsen, im Süden von Mecklenburg-Vorpommern sowie in Thüringen und Sachsen gibt es deutlich mehr Komplexbehandlungen auf Palliativstationen als in den anderen Regionen Deutschlands (Abbildung 22).

Tabelle 14: Entwicklung der Häufigkeit palliativmedizinischer Komplexbehandlungen (Prozeduren 8-982 und 8-98e), 2011 bis 2013

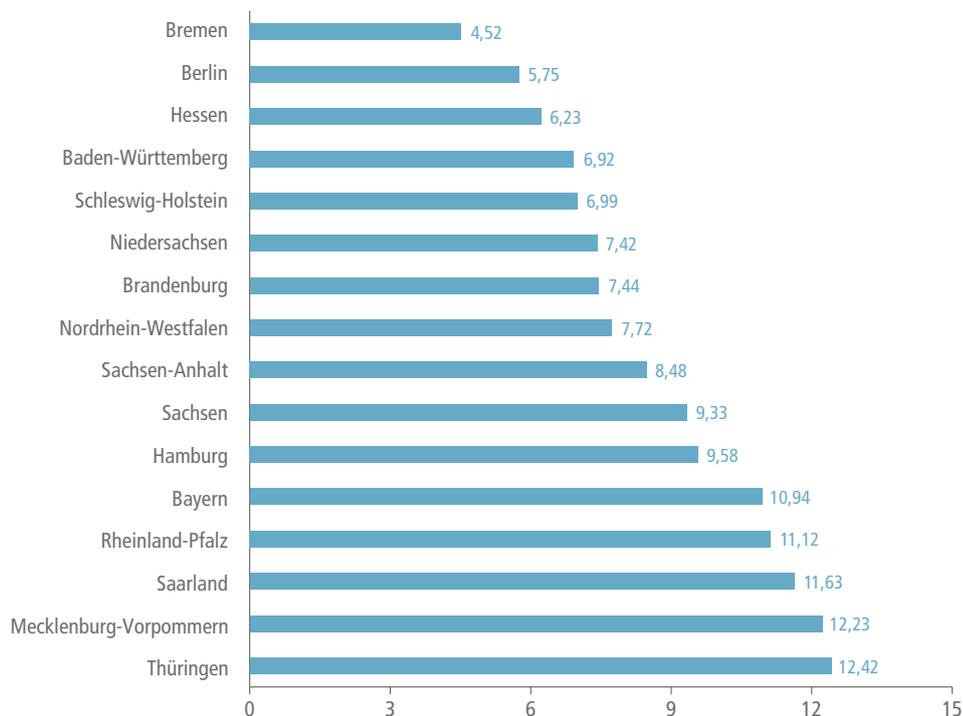
OPS-Code	Prozedurenanzahl in 1.000		
	2011	2012	2013
Jahr			
Palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-982)	59,3	51,8	51,9
Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-98e)	./.	16,1	23,2
Gesamt	59,3	67,9	75,1

Quelle: Sonderauswertungen der DRG-Statistik über die vierstelligen OPS-Codes, eigene Berechnung und Darstellung (IGES 2015).

| BertelsmannStiftung

Abbildung 20: Palliativmedizinische Komplexbehandlungen (Prozeduren 8-982 und 8-98e) je 10.000 Einwohner, 2011 bis 2013

Wohnortkreis der Krankenhausfälle, direkt standardisiert an der Bevölkerung des Jahres 2013 nach Altersgruppen und Geschlecht

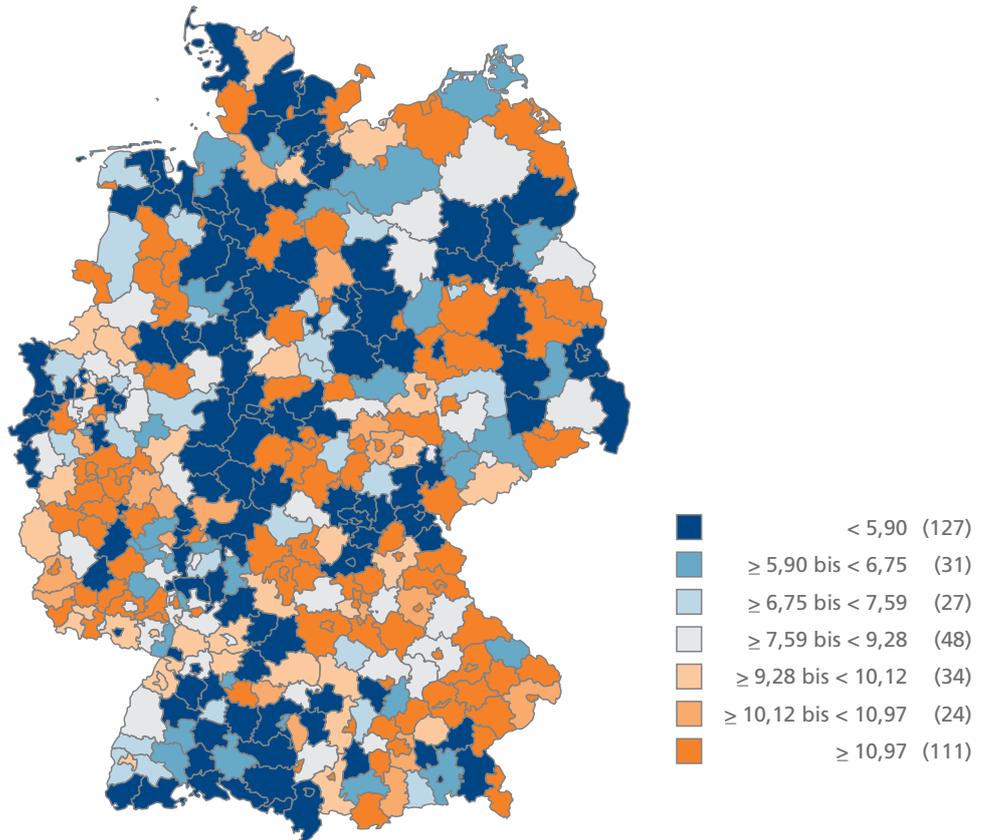


Quelle: Sonderauswertungen der DRG-Statistik über die vierstelligen OPS-Codes, Bevölkerungsstand zum Jahresende (nach Zensus 2011), eigene Berechnung und Darstellung (IGES 2015).

| BertelsmannStiftung

Abbildung 21: Palliativmedizinische Komplexbehandlungen (Prozeduren 8-982 und 8-98e) je 10.000 Einwohner, 2011 bis 2013

Wohnortkreis der Krankenhausfälle, direkt standardisiert an der Bevölkerung des Jahres 2013 nach Altersgruppen und Geschlecht



Quelle: Sonderauswertungen der DRG-Statistik über die vierstelligen OPS-Codes, Bevölkerungsstand zum Jahresende (nach Zensus 2011), eigene Berechnung und Darstellung (IGES 2015).

BertelsmannStiftung

Tabelle 15: Kennziffern zur regionalen Variation – palliativmedizinische Komplexbehandlungen (Prozeduren 8-982 und 8-98e) je 10.000 Einwohner, 2011 bis 2013

Wohnortkreis der Krankenhausfälle, direkt standardisiert an der Bevölkerung des Jahres 2013 nach Altersgruppen und Geschlecht

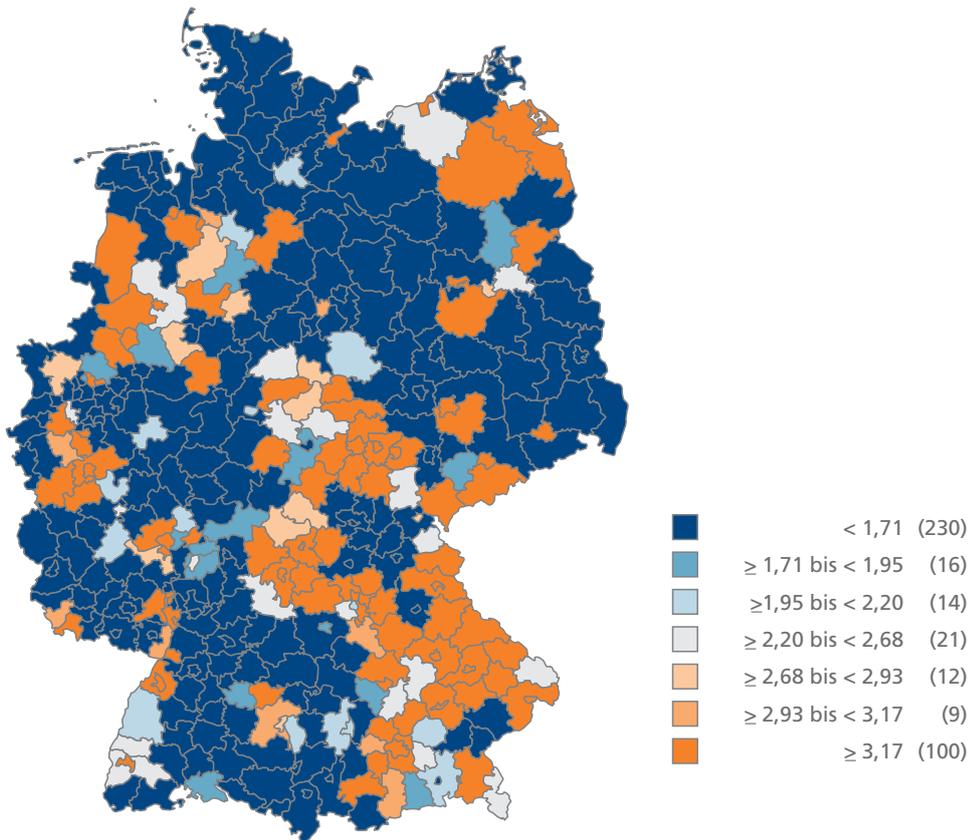
	2011 bis 2013
Mittelwert	8,4
Median	
Spannweite	0,2–26,4
Extremalquotient	127
Perzentilquotient	8

Quelle: Sonderauswertungen der DRG-Statistik über die vierstelligen OPS-Codes, Bevölkerungsstand zum Jahresende (nach Zensus 2011), eigene Berechnung und Darstellung (IGES 2015).

BertelsmannStiftung

**Abbildung 22: Nur spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlungen
(Prozeduren 8-98e) je 10.000 Einwohner, 2012 bis 2013**

Wohnortkreis der Krankenhausfälle, direkt standardisiert an der Bevölkerung des Jahres 2013 nach Altersgruppen und Geschlecht



Quelle: Sonderauswertungen der DRG-Statistik über die vierstelligen OPS-Codes, Bevölkerungsstand zum Jahresende (nach Zensus 2011), eigene Berechnung und Darstellung (IGES 2015).

| BertelsmannStiftung

**Tabelle 16: Kennziffern zur regionalen Variation – nur spezialisierte stationäre palliativmedizinische
Komplexbehandlungen (Prozedur 8-98e) je 10.000 Einwohner, 2012 bis 2013**

Wohnortkreis der Krankenhausfälle, direkt standardisiert an der Bevölkerung des Jahres 2013 nach Altersgruppen und Geschlecht

2012 bis 2013	
Mittelwert	2,4
Median	
Spannweite	0,0 – 18,8
Extremalquotient	
Perzentilquotient	121

Quelle: Sonderauswertungen der DRG-Statistik über die vierstelligen OPS-Codes, Bevölkerungsstand zum Jahresende (nach Zensus 2011), eigene Berechnung und Darstellung (IGES 2015).

| BertelsmannStiftung

5.8 Mittlere Zeitdauer der SAPV-Leistungen

Bei der überwiegenden Zahl der Verstorbenen mit SAPV-Leistungen wurden diese Leistungen erst im letzten Lebensmonat durchgeführt (Abbildung 23). Eine langfristige SAPV über mehr als sechs Monate kam nur bei rund sieben Prozent der Verstorbenen zum Einsatz. Bundesweit lag der Mittelwert der Versorgungsdauer in der SAPV bei 61,4 Tagen, der Median bei 24 Tagen. Dabei zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern, mit einem Median von 18 Tagen in Rheinland-Pfalz und 32 Tagen im Saarland.

Die regionalen Unterschiede in der Zeitdauer lassen sich nicht durch Unterschiede bei den versorgten Patienten erklären, sondern sind Zeichen der unterschiedlichen Akzeptanz der Hospiz- und Palliativversorgung im Gesundheitssystem.

Tabelle 17: Beginn der SAPV (Monate vor dem Sterbedatum) bei Verstorbenen mit SAPV im letzten Lebensjahr, 2010 bis 2014

Beginn der SAPV gerundet auf ganze Monate.

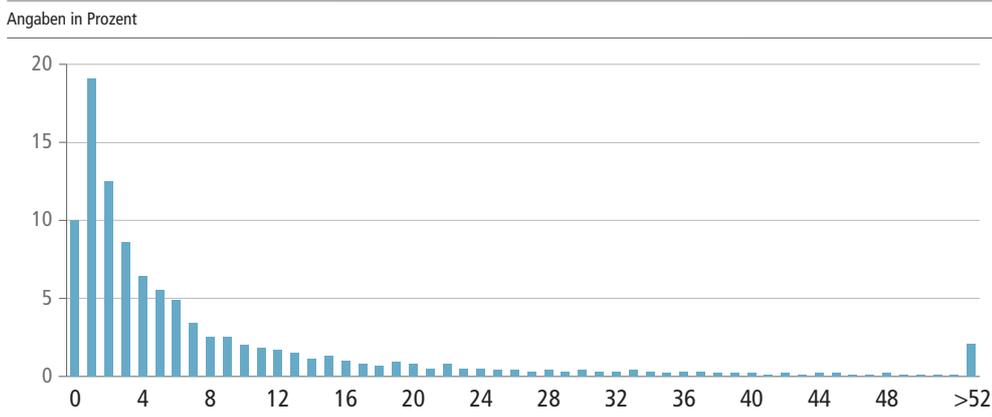
Kenngröße	Anzahl Verstorbene (N) bzw. Wert (Monate) (Total N = 7.144)	Angaben in Prozent
<1 Monat	2.764	38,7 %
1 Monat	2.027	28,4 %
2 Monate	810	11,3 %
3 Monate	442	6,2 %
4 Monate	267	3,7 %
5 Monate	202	2,8 %
6 Monate	130	1,8 %
7 Monate	105	1,5 %
8 Monate	91	1,3 %
9 Monate	54	0,8 %
10 Monate	47	0,7 %
11 Monate	38	0,5 %
>=12 Monate	167	2,3 %
Mittelwert	2,0	
Standardabweichung	3,8	
Median	1	
P25	0	
P75	2	
Min.	0	
Max.	>12	

SAPV = spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

| BertelsmannStiftung

Abbildung 23: Häufigkeitsverteilung Beginn der SAPV (Wochen vor dem Sterbedatum) bei Verstorbenen mit SAPV im letzten Lebensjahr, 2010 bis 2014



SAPV = spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

BertelsmannStiftung

Tabelle 18: Beginn der SAPV (in Tagen vor dem Sterbedatum) bei Verstorbenen mit SAPV im letzten Lebensjahr, 2010 bis 2014

Stratifiziert nach Bundesland, Werte wie beobachtet (ohne Altersstandardisierung)

Bundesland	Anzahl Verstorbene mit SAPV (N)	Mittelwert \pm Standardabweichung	Median (p25; p75)	Min	Max
Nordrhein-Westfalen (gesamt)	948	58,7 \pm 108,5	26 (9; 64)	1	>365
Nordrhein-Westfalen (KV Nordrhein)	871	57,3 \pm 104,4	26 (9; 63)	1	>365
Nordrhein-Westfalen (KV Westfalen-Lippe)	77	73,6 \pm 147,1	20 (7; 89)	1	>365
Bayern	589	73,2 \pm 145,9	23 (8; 73)	0	>365
Schleswig-Holstein	350	67,4 \pm 125,8	28 (9; 70)	1	>365
Thüringen	91	66,9 \pm 128,1	30 (10; 64)	1	>365
Berlin	535	62,7 \pm 106,6	26 (9; 63)	0	>365
Hessen	1.037	60,2 \pm 103,1	26 (10; 69)	0	>365
Saarland	200	57,5 \pm 78,3	32 (11; 69)	1	>365
Baden-Württemberg	574	82,0 \pm 162,9	23,5 (8; 79)	0	>365
Brandenburg	213	56,9 \pm 87,6	21 (9; 60)	1	>365
Sachsen-Anhalt	64	56,9 \pm 84,9	23 (9,5; 67,5)	2	>365
Niedersachsen	1.625	55,8 \pm 101,7	22 (8; 60)	0	>365
Mecklenburg-Vorpommern	104	54,9 \pm 69,4	31 (10; 74,5)	1	>365
Rheinland-Pfalz	430	54,2 \pm 118,2	18 (7; 54)	0	>365
Hamburg	116	53,5 \pm 77	31 (15; 55,5)	1	>365
Sachsen	226	53,2 \pm 82	26,5 (12; 62)	1	>365
Bremen	42	47,8 \pm 56,1	28,5 (8; 60)	2	243
Deutschland gesamt	7.144	61,4 \pm 113,7	24 (9; 64)	0	>365

Quelle: Eigene Berechnung (HRI-Datenbank).

BertelsmannStiftung

5.9 Zahl der SAPV-Erstverordnungen in den letzten drei Lebenstagen

Bezogen auf insgesamt 7.144 verstorbene Versicherte, die SAPV im letzten Lebensjahr erhalten haben, ist bei 702 (12,2 Prozent) Patienten die SAPV erst in den letzten drei Lebenstagen verordnet worden. Wenngleich die absolute Zahl nicht sehr hoch liegt, ist der hohe Anteil an der Gesamtzahl der SAPV-Verordnungen doch bedenklich, da viele Maßnahmen der Palliativversorgung bei solchen späten Verordnungen nicht mehr möglich sind und im Allgemeinen eine frühere Integration der Palliativversorgung gefordert wird. Die Auswertung insbesondere der regionalen Unterschiede ist bei den niedrigen Fallzahlen jedoch nur eingeschränkt interpretierbar.

Ein ähnlicher Anteil später Verordnungen wurde auch in anderen Studien gemeldet. In einer US-amerikanischen Studie erfolgten 14,3 Prozent der Einschreibungen in ambulante Hospizprogramme im Jahr 1993 erst in den letzten drei Lebenstagen, und dieser Anteil stieg bis 1996 sogar noch auf 17,0 Prozent (Earle et al. 2004).

Tabelle 19: Anteil von Verstorbenen mit SAPV, die ihre Erstverordnung in den letzten drei Lebenstagen hatten, 2010 bis 2014

Stratifiziert nach Bundesland, Geschlechts- und Altersstruktur der im Jahr 2013 in Deutschland verstorbenen Personen.

Bundesland	Anzahl von Versicherten mit SAPV-Erstverordnung in den letzten drei Lebenstagen	Anteil Verstorbener mit SAPV	95 %-Konfidenzintervall
Bremen	5	4,45 %	0,88 % bis 15,3 %
Mecklenburg-Vorpommern	9	5,13 %	1,87 % bis 12,73 %
Sachsen-Anhalt	5	5,94 %	1,01 % bis 21,3 %
Hamburg	6	6,19 %	1,61 % bis 18,23 %
Thüringen	12	6,49 %	2,18 % bis 17,78 %
Saarland	12	6,85 %	1,74 % bis 21,7 %
Brandenburg	19	7,0 %	3,6 % bis 13,52 %
Sachsen	13	7,26 %	3,09 % bis 16,32 %
Schleswig-Holstein	26	8,48 %	5,05 % bis 14,09 %
Bayern	56	10,1 %	7,41 % bis 13,64 %
Hessen	91	11,61 %	8,53 % bis 16,13 %
Rheinland-Pfalz	43	12,31 %	7,95 % bis 19,17 %
Berlin	56	12,32 %	8,47 % bis 17,96 %
Nordrhein-Westfalen (gesamt)	89	12,58 %	9,21 % bis 17,68 %
Nordrhein-Westfalen (KV Nordrhein)	78	12,38 %	8,73 % bis 18,19 %
Nordrhein-Westfalen (KV Westfalen-Lippe)	11	10,69 %	4,33 % bis 23,89 %
Baden-Württemberg	68	12,95 %	9,49 % bis 17,95 %
Niedersachsen	192	13,76 %	11,42 % bis 16,69 %
Deutschland gesamt	702	12,20 %	11,13 % bis 13,39 %

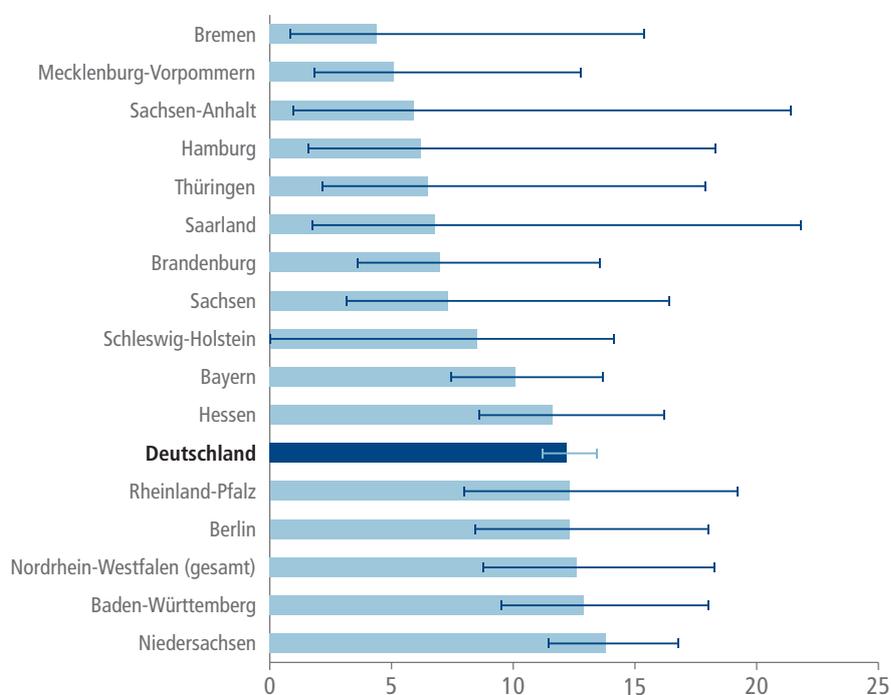
Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

BertelsmannStiftung

Zwischen den Bundesländern zeigten sich Unterschiede bis zum Dreifachen, von 4,5 Prozent in Bremen bis 13,8 Prozent in Niedersachsen (Abbildung 24). In der geografischen Darstellung zeigt sich ein deutliches Ost-West-Gefälle, mit weniger späten Verordnungen in den ostdeutschen Bundesländern im Vergleich zu den westdeutschen Ländern (Abbildung 25).

Abbildung 24: Anteil von Verstorbenen mit SAPV, die ihre Erstverordnung in den letzten drei Lebenstagen hatten, 2010 bis 2014

Angaben in Prozent. Stratifiziert nach Bundesland, geschlechts- und altersstandardisiert; Balken inkl. 95%-Konfidenzintervalle



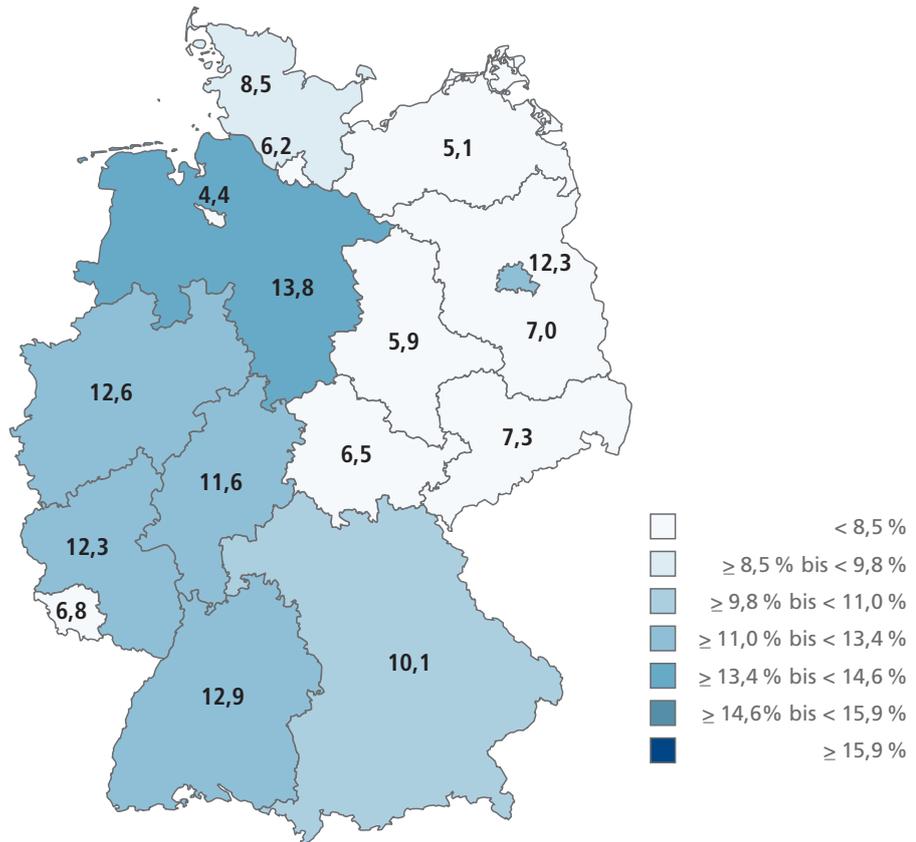
SAPV = spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Werte von Nordrhein-Westfalen (KV Westfalen-Lippe) und Nordrhein-Westfalen (gesamt) aus methodischen Gründen nicht dargestellt.

Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

| BertelsmannStiftung

Abbildung 25: Anteil von Verstorbenen mit SAPV, die ihre Erstverordnung in den letzten drei Lebenstagen hatten, 2010 bis 2014

Geschlechts- und altersstandardisiert



SAPV = spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank).

BertelsmannStiftung

5.10 Übersicht zur Rangfolge der Indikatoren nach Bundesländern

Aus den im Bericht analysierten Indikatoren wurden Rangscores für die (kurative) Überversorgung und die (palliative) Unterversorgung berechnet (Tabellen 20 und 21). Das erste Bundesland auf der Liste der einzelnen Indikatoren erhielt einen Punkt, das zweite zwei Punkte usw. Eine ähnliche Berechnung für einen Gesamtscore aus mehreren Palliativindikatoren beschrieb eine europäische Arbeitsgruppe in einer Untersuchung der Palliativversorgung in 27 europäischen Ländern (Centeno et al. 2007).

Werden die Indikatoren zur möglichen Überversorgung entsprechend zusammengefasst, fallen Bremen, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern mit geringen Werten auf, während Berlin, Sachsen und Nordrhein-Westfalen eher höhere Werte aufweisen. Es besteht ein Ost-West-Gefälle: Die ostdeutschen Bundesländer liegen mit Ausnahme von Mecklenburg-Vorpommern im unteren Teil der Tabelle.

Bei den Indikatoren zur möglichen Unterversorgung in der Palliativversorgung ergeben sich für das Saarland, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen geringere Werte, während Berlin, Bremen und Nordrhein-Westfalen höhere Werte aufweisen. Ein Ost-West-Unterschied macht sich hier kaum bemerkbar.

Die Reihenfolge der Indikatoren muss jedoch mit Vorsicht interpretiert werden. Einzelne Indikatoren sind durch die organisatorischen Rahmenbedingungen kaum zu vergleichen. So sind die Daten aus Nordrhein-Westfalen zur Palliativversorgung nach den ausgewählten Indikatoren nur auf Nordrhein zu beziehen, da in Westfalen-Lippe ein anderes Versorgungsmodell besteht. Die Indikatoren zur (palliativen) Unterversorgung sind damit in diesem Bundesland falsch niedrig – der Rang wäre bei diesen Indikatoren eigentlich höher. Die geringere Rate bei den Indikatoren zur möglichen kurativen Überversorgung in Bremen kann auch an einer besonders restriktiven Kostenregelung in diesem Bundesland liegen, mit der deutliche Anreize gesetzt werden, um beispielsweise die Häufigkeit von PEG-Anlagen zu verringern, allerdings begründet in der Kostenvermeidung und nicht in einer Therapiezieländerung in der letzten Lebensphase. Bei den Indikatoren zur möglichen palliativen Unterversorgung liegt Bremen an vorletzter Stelle. Für Bayern ist ein umgekehrtes Muster mit mehr kurativer Versorgung und weniger Unterversorgung bei den palliativen Indikatoren zu erkennen. Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein liegen in beiden Tabellen im oberen Bereich.

Die Indikatoren wurden für die Berechnung der Rangscores nicht gewichtet. Die absoluten Zahlen waren für einige Indikatoren, etwa zur Implantation von ICD oder zur Verordnung von SAPV in den letzten drei Lebenstagen, insgesamt sehr niedrig. Geringe zufallsbedingte Schwankungen können damit die Rangfolge stark beeinflussen. Für die stationären Aufenthalte wurden zwei Indikatoren in die Berechnung der Rangscores aufgenommen; dieser Bereich wurde damit doppelt so hoch gewichtet wie die anderen Bereiche. Die Rangscores sind deshalb nicht als Qualitätsaussage im Vergleich der Bundesländer geeignet, sondern eher als Benchmarking zur Überprüfung der Entwicklung im zeitlichen Verlauf.

Tabelle 20: Übersicht zur Rangfolge der Indikatoren der kurativen Überversorgung am Lebensende nach Bundesländern

Bundesland	Indikatoren Überversorgung				
	Chemotherapie im letzten Lebensmonat	PEG-Neuanlage in den letzten drei Lebensmonaten bei Demenz	Anzahl Krankenhaus-aufenthalte in den letzten sechs Lebensmonaten	Anzahl stationärer Behandlungstage in den letzten sechs Lebensmonaten	Anlage eines implantierbaren Defibrillators im letzten Lebensjahr
Bremen	1	1	2	1	1
Hamburg	4	2	3	5	13
Mecklenburg-Vorpommern	8	14	6	3	4
Schleswig-Holstein	10	15	1	2	7
Niedersachsen	12	6	5	6	8
Rheinland-Pfalz	5	10	7	8	5
Baden-Württemberg	16	3	4	4	10
Saarland	2	13	12	10	2
Hessen	6	12	8	7	16
Brandenburg	3	7	15	12	12
Thüringen	11	9	14	13	3
Sachsen-Anhalt	14	8	13	9	6
Bayern	7	5	16	14	9
Berlin	9	4	9	15	15
Sachsen	13	11	10	11	14
Nordrhein-Westfalen	15	16	11	16	11

Quelle: Eigene Berechnung auf Grundlage der Rangfolge der im Bericht analysierten Indikatoren.

| BertelsmannStiftung

Tabelle 21: Übersicht zur Rangfolge der Indikatoren der palliativen Unterversorgung am Lebensende nach Bundesländern

Bundesland	Indikatoren Unterversorgung				
	Palliativmedizinische Ersterhebung / Betreuung	SAPV im letzten Lebensjahr	Zahl der Zusatzentgelte für komplexe Palliativversorgung	Mittlere Zeitdauer der SAPV	SAPV-Ersterhebung in den letzten drei Lebenstagen
Saarland	6	4	3	7	6
Mecklenburg-Vorpommern	3	9	2	12	2
Thüringen	7	12	1	4	5
Schleswig-Holstein	5	3	12	3	9
Bayern	1	15	5	2	10
Hamburg	10	7	6	14	4
Hessen	9	2	14	6	11
Niedersachsen	2	5	11	11	16
Sachsen-Anhalt	12	13	8	10	3
Sachsen	11	6	7	15	8
Baden-Württemberg	8	11	13	1	15
Rheinland-Pfalz	4	16	4	13	12
Brandenburg	15	8	10	9	7
Berlin	16	1	15	5	13
Bremen	14	10	16	16	1
Nordrhein-Westfalen	13	14	9	8	14

Bei den Rangfolgen zu SAPV und zur palliativmedizinischen Ersterhebung und Betreuung wurden die Werte für Nordrhein-Westfalen nur auf den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein bezogen, da im Bereich der KV Westfalen-Lippe über besondere Verträge palliativmedizinische Leistungen erbracht werden.

Quelle: Eigene Berechnung auf Grundlage der Rangfolge der im Bericht analysierten Indikatoren.

| BertelsmannStiftung

6. Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

Grundsätzlich gibt es in Deutschland Strukturen, die eine Begleitung am Lebensende entsprechend dem individuellen Patientenwunsch ermöglichen. Wie man die letzte Phase des Lebens verbringt und wie man stirbt, hängt jedoch sowohl von der eigenen Entscheidung als auch von der regionalen Verfügbarkeit der Strukturen ab.

In der Auswertung einer Reihe von Indikatoren zur (kurativen) Überversorgung und (palliativen) Unterversorgung am Lebensende (Tabellen 20 und 21) zeigten sich unterschiedliche Muster in den Bundesländern. Die ostdeutschen Bundesländer nehmen im Vergleich die hinteren Ränge bei der (kurativen) Überversorgung ein – hier werden also mehr Chemotherapien, PEG-Anlagen oder ICD-Implantationen als in den westdeutschen Bundesländern durchgeführt, ohne dass eine Ursache zu erkennen wäre.

In Berlin oder Hessen wird bei vielen Patienten eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) durchgeführt, aber im Vergleich mit anderen Bundesländern gibt es eher selten palliativmedizinische Komplexbehandlungen im Krankenhaus. Im Gegensatz dazu werden in Rheinland-Pfalz, geringer ausgeprägt auch im südlichen Teil von Nordrhein-Westfalen, mehr stationäre Komplexbehandlungen und weniger SAPV durchgeführt. Dies hängt mit den Vertragsstrukturen in der Krankenversorgung zusammen: So sind in Rheinland-Pfalz noch keine Verträge zur SAPV umgesetzt, während in Berlin das gut etablierte Netzwerk von Home Care e. V. viele Versorgungsaufträge ausführt, die in anderen Bundesländern nicht der SAPV zugerechnet werden.

Genauso kann der gute Ausbau der SAPV in Hessen oder Niedersachsen als niedrigere Zugangsschwelle vermutet werden. Weniger strikte Struktur- und Prozessvorgaben in den Verträgen führen dazu, dass mehr Einrichtungen Leistungen der SAPV anbieten und der Zugang für die Patienten damit erleichtert wird.

Deutliche Unterschiede zeigen sich im Vergleich der beiden Länder Bayern und Baden-Württemberg. In Bayern werden deutlich mehr palliativmedizinische Komplexbehandlungen im Krankenhaus und SAPV durchgeführt, doch zeigt die Auswertung auf Kreisebene eine Konzentration auf wenige Regionen in Bayern, wie den Großraum München, die Oberpfalz und Oberfranken. Neben der fehlenden Flächendeckung in der Palliativversorgung finden sich in Bayern auch höhere Werte bei den Indikatoren zur Überversorgung, zum Beispiel in einer höheren Zahl von Aufnahmen im Krankenhaus und stationären Behandlungstagen.

Während Großstädte wie München oder Berlin bei vielen Indikatoren erwartungsgemäß besser abschneiden, ist die gute Versorgung in einigen ländlichen Regionen von hohem Interesse. In manchen ländlichen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns oder Oberbayerns konnten im ambulanten Bereich wie auch bei den stationären palliativmedizinischen Komplexbehandlungen viele Patienten versorgt werden. Wurde bisher immer befürchtet, dass die bestehenden Vorgaben im

Gesundheitssystem zur Palliativversorgung in den ländlichen Regionen nicht umgesetzt werden können, zeigt die vorliegende Auswertung, dass in einzelnen Landkreisen eine gute Versorgung realisiert werden kann. Es ist zu vermuten, dass hinter der Umsetzung in diesen Regionen kleine engagierte Gruppen mit einer guten lokalen und regionalen Vernetzung stehen.

Die Auswertung gibt auch Hinweise darauf, dass der Auf- und Ausbau der Palliativversorgung in einer begrenzten Region oder einem kleinen Bundesland einfacher möglich ist. Innovative Versorgungsformen wie die SAPV können in einem Land wie Mecklenburg-Vorpommern mit 1,6 Millionen Einwohnern einfacher umgesetzt werden als in Nordrhein-Westfalen mit 17,6 Millionen Einwohnern und vielen Konkurrenten sowie Interessenträgern im Gesundheitssystem vor Ort. In Nordrhein-Westfalen wurden seit mehr als 20 Jahren umfangreiche Fördermaßnahmen für die Hospiz- und Palliativversorgung durchgeführt, unter anderem zum Aufbau von Palliativstationen oder zur Finanzierung von ambulanten Palliativdiensten; und mit dem Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung wurde 2005 ein integriertes Versorgungskonzept vorgelegt (MAGS NRW 2005), das 2014 ergänzt wurde um ein Konzept für die Umsetzung von Hospizkultur und Palliativversorgung in den stationären Einrichtungen der Altenpflege (Radbruch et al. 2014).

Dennoch zeigt die Auswertung der Indikatoren mehr Überversorgung und Unterversorgung für Nordrhein-Westfalen im Vergleich zu anderen Bundesländern. Bei den Indikatoren zur palliativmedizinischen Unterversorgung ist dies in den unterschiedlichen Organisationsstrukturen begründet: Im Landesteil Westfalen-Lippe wird die ambulante Palliativversorgung über einen eigenen Vertrag finanziert, so dass die zur Berechnung der Indikatoren herangezogenen EBM-Ziffern gar nicht genutzt werden, und ein Teil der Leistungen wird über besondere Versorgungsverträge mit Palliativpflegediensten erbracht. Doch auch bei den Indikatoren zur Überversorgung und bei dem hohen Anteil der erst in den letzten drei Lebensstagen verordneten SAPV ist für Nordrhein-Westfalen noch Entwicklungsbedarf festzustellen. Wenn die Grundhaltung der Behandler darin besteht, lange an kurativen Zielsetzungen festzuhalten, kann das die (rechtzeitige) Überweisung an die Palliativversorgung erschweren.

Die Untersuchung der Indikatoren ermöglicht keine Aussage zur Qualität der Behandlung - untersucht wurden Strukturen und Prozeduren. Die Auswertung liefert keine Informationen, ob oder wie sich die beschriebenen Unterschiede bei den Indikatoren in Belastungen oder Veränderungen der Lebensqualität von Patienten und Angehörigen umsetzen. Dringend erforscht werden sollten die verschiedenen Modelle der Palliativversorgung und besonders die Ergebnisqualität der Patientenversorgung im Vergleich der Modelle. Ebenso ist ein bundesweites Qualitätssicherungsprojekt wie das Nationale Hospiz- und Palliativregister zu fördern.

Zusammenfassend lassen sich die folgenden Handlungsempfehlungen ableiten:

- Die Umsetzung der Hospiz- und Palliativversorgung muss in Deutschland weiter gefördert werden.
- Die Vertragsstrukturen sollten in den Regionen mit schwächerer Versorgung geändert werden, um einen niedrighschwelligen Zugang zur Palliativversorgung zu ermöglichen.
- Gleichzeitig gibt es in vielen Regionen Deutschlands noch eine Überversorgung mit kurativen Behandlungsmaßnahmen am Lebensende. Hier ist ein Bewusstseinswandel erforderlich.
- Die verschiedenen Versorgungsmodelle und besonders ihre Auswirkungen auf die Ergebnisqualität – also das Befinden der schwerstkranken und sterbenden Patienten – müssen dringend überprüft werden.

Tabelle 22: Übersicht über Studienergebnisse – Bundesdurchschnitt und jeweils bester und schlechtester Wert auf Bundeslandebene

Angaben in Prozent

Versorgungsindikator	Bundesdurchschnitt	Bester Wert (Bundesland)	Schlechtester Wert (Bundesland)
Chemotherapie im letzten Lebensmonat	10,0 %	7,6 % (Bremen)	11,1 % (Baden-Württemberg)
PEG-Neuanlage in den letzten drei Lebensmonaten bei Demenz	3,0 %	1,3 % (Bremen)	3,9 % (Nordrhein-Westfalen)
Anzahl Krankenhausaufenthalte in den letzten sechs Lebensmonaten	1,66 %	1,48 % (Schleswig-Holstein)	1,74 (Bayern)
Anzahl stationärer Behandlungstage in den letzten sechs Lebensmonaten	18,6 %	15,3 % (Bremen)	19,9 (Nordrhein-Westfalen)
Anlage eines implantierbaren Defibrillators im letzten Lebensjahr	0,65 %	0 % (Bremen)	0,87 % (Hessen)
Palliativmedizinische Ersterhebung / Betreuung	24,2 %	33,3 % (Bayern)	15,6 % (Nordrhein-Westfalen)
SAPV im letzten Lebensjahr	3,5 %	11,4 % (Berlin)	1,8 % (Nordrhein-Westfalen)
SAPV-Ersterhebung in den letzten drei Lebenstagen	12,2 %	4,5 % (Bremen)	13,8 % (Niedersachsen)

Quelle: Eigene Berechnung auf Grundlage der Rangfolge der im Bericht analysierten Indikatoren.

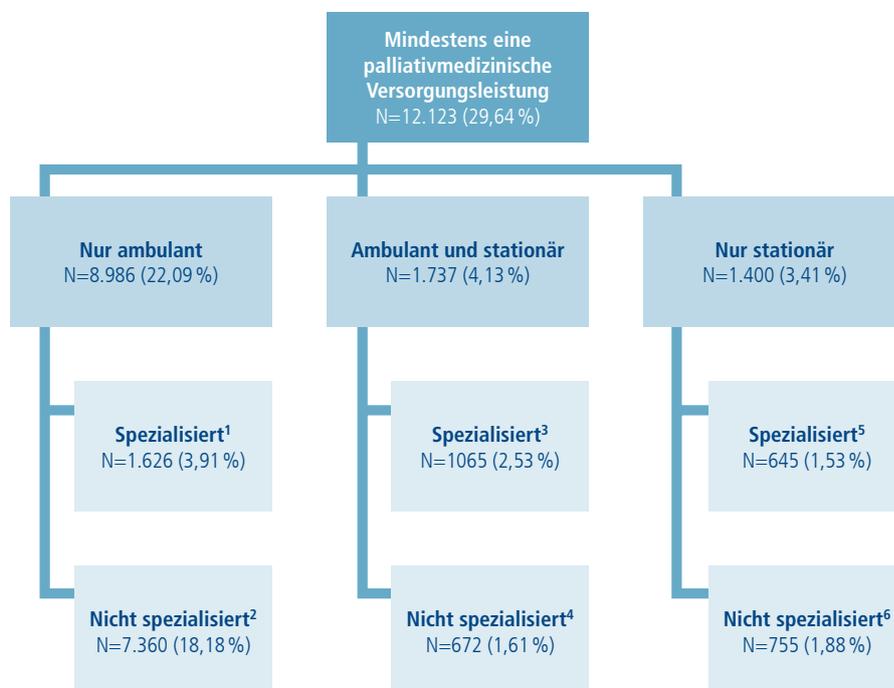
| BertelsmannStiftung

7. Übersicht palliativmedizinischer Versorgungsleistungen im Jahr 2014 (Zusatzanalyse)

Als zusätzliche Analyse wurden die palliativmedizinischen Versorgungsleistungen für das Jahr 2014 ausgewertet. Hierbei wurden sowohl ambulante Leistungen als auch stationäre Leistungen (OPS-Codes 8-98e = spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung und 8-982 = palliativmedizinische Komplexbehandlung) berücksichtigt. Im Jahr 2014 hatten 29,64 Prozent (12.123 von 40.860) der verstorbenen Patienten eine palliativmedizinische Leistung erhalten. 8.986 der 40.860 Verstorbenen (22,09 Prozent) hatten lediglich ambulante palliativmedizinische Leistungen erhalten, 3,41 Prozent nur stationäre palliativmedizinische Leistungen (1.400 von 40.860), und 4,13 Prozent (1.737 von 40.860) waren sowohl ambulant als auch stationär betreut worden. Die weitere Aufschlüsselung nach spezialisierter oder nicht spezialisierter palliativmedizinischer Versorgung ist in Abbildung 26 dargestellt.

Abbildung 26: Verteilung von palliativmedizinischen Versorgungsleistungen im Jahr 2014

Geschlechts- und altersstandardisiert



¹ mit SAPV; ² ohne SAPV (= nur AAPV); ³ mit SAPV oder OPS 8-98e; ⁴ ohne SAPV oder OPS 8-98e; ⁵ mit OPS 8-98e; ⁶ ohne OPS 8-98e (= nur OPS 8-982).

Literatur

Ahronheim JC, Morrison RS, Baskin SA, Morris J, Meier DE (1996): Treatment of the dying in the acute care hospital. Advanced dementia and metastatic cancer. *Arch Intern Med* 156 (18): 2094-2100.

Albisser Schleger H, Parrger H, Reiter-Theil S (2008): "Futility" - Übertherapie am Lebensende? Gründe für ausbleibende Therapiebegrenzung in Geriatrie und Intensivmedizin. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 9: 67-75.

Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw FC, Seville J, Hull JG, Li Z, Tosteson TD, Byock IR, Ahles TA (2009): Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA* 302 (7): 741-749.

Bauduer F, Capdupuy C, Renoux M (2000): Characteristics of deaths in a department of onco-haematology within a general hospital. A study of 81 cases. *Support Care Cancer* 8 (4): 302-306.

Brannstrom M, Boman K (2014): Effects of person-centred and integrated chronic heart failure and palliative home care. PREFER: a randomized controlled study. *Eur J Heart Fail* 16 (10): 1142-1151.

Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, Seitz R, Morgenstern N, Saito S, McIlwane J, Hillary K, Gonzalez J (2007): Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. *J Am Geriatr Soc* 55 (7): 993-1000.

Bundesärztekammer (2013): Ziele der Charta sollen im Rahmen einer Nationalen Strategie umgesetzt werden. Berlin. www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.11025.11634.11669 [Abruf am 13.11.2013].

Candy B, Sampson EL, Jones L (2009): Enteral tube feeding in older people with advanced dementia: findings from a Cochrane systematic review. *Int J Palliat Nurs* 15 (8): 396-404.

Centeno C, Clark D, Lynch T, Racafort J, Praill D, De Lima L, Greenwood A, Flores LA, Brasch S, Giordano A (2007): Facts and indicators on palliative care development in 52 countries of the WHO European region: results of an EAPC Task Force. *Palliat Med* 21 (6): 463-471.

Chernoff R (2006): Tube feeding patients with dementia. *Nutr Clin Pract* 21 (2): 142-146.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband, Bundesärztekammer (2010): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Berlin. www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/Charta_Broschuere.pdf [Abruf am 6.10.2015].

Earle CC, Neville BA, Landrum MB, Ayanian JZ, Block SD, Weeks JC (2004): Trends in the aggressiveness of cancer care near the end of life. *J Clin Oncol* 22 (2): 315-321.

Earle CC, Neville BA, Landrum MB, Souza JM, Weeks JC, Block SD, Grunfeld E, Ayanian JZ (2005): Evaluating claims-based indicators of the intensity of end-of-life cancer care. *Int J Qual Health Care* 17 (6): 505-509.

Fassbender K, Fainsinger RL, Carson M, Finegan BA (2009): Cost trajectories at the end of life: the Canadian experience. *J Pain Symptom Manage* 38 (1): 75-80.

Finucane TE, Christmas C, Travis K (1999): Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence. *JAMA* 282 (14): 1365-1370.

Freund M (2015): Frühzeitige Integration - Ausgereiftes Konzept oder Work in Progress. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 16 (3): 77-79.

GKV-Spitzenverband (2015): Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung - Position des GKV-Spitzenverbandes. Berlin. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_Hospiz-Palliativversorgung_barrierefrei.pdf [Abruf am 6.10.2015].

Guadagnolo BA, Liao KP, Giordano SH, Elting LS, Shih YC (2015): Variation in Intensity and Costs of Care by Payer and Race for Patients Dying of Cancer in Texas: An Analysis of Registry-linked Medicaid, Medicare, and Dually Eligible Claims Data. *Med Care* 53 (7): 591-598.

Hanson LC, Ersek M, Gilliam R, Carey TS (2011): Oral feeding options for people with dementia: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 59 (3): 463-472.

Hauptman PJ, Havranek EP (2005): Integrating palliative care into heart failure care. *Arch Intern Med* 165 (4): 374-378.

Higginson IJ, Costantini M, Silber E, Burman R, Edmonds P (2011): Evaluation of a new model of short-term palliative care for people severely affected with multiple sclerosis: a randomised fast-track trial to test timing of referral and how long the effect is maintained. *Postgrad Med J* 87 (1033): 769-775.

Hill L, McIlpatrick S, Taylor B, Dixon L, Harbinson M, Fitzsimons D (2015): Patients' perception of implantable cardioverter defibrillator deactivation at the end of life. *Palliat Med* 29 (4): 310-323.

Ho TH, Barbera L, Saskin R, Lu H, Neville BA, Earle CC (2011): Trends in the aggressiveness of end-of-life cancer care in the universal health care system of Ontario, Canada. *J Clin Oncol* 29 (12): 1587-1591.

Hui D, Kim YJ, Park JC, Zhang Y, Strasser F, Cherny N, Kaasa S, Davis MP, Bruera E (2015): Integration of oncology and palliative care: a systematic review. *Oncologist* 20 (1): 77-83.

Mack JW, Chen LH, Cannavale K, Sattayapiwat O, Cooper RM, Chao CR (2015): End-of-Life Care Intensity Among Adolescent and Young Adult Patients With Cancer in Kaiser Permanente Southern California. *JAMA Oncol* 1 (5): 592-600.

MAGS NRW [Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen] (2005): Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in Nordrhein-Westfalen - Kooperatives integriertes Versorgungskonzept. Düsseldorf. www.mags.nrw.de/08_PDF/002/konzept-palliativ.pdf [Abruf am 23.3.2012].

Moss AH, Lunney JR, Culp S, Auber M, Kurian S, Rogers J, Dower J, Abraham J (2010): Prognostic significance of the "surprise" question in cancer patients. *Journal of Palliative Medicine* 13 (7): 837-840.

Murray S, Boyd K (2011): Using the "surprise question" can identify people with advanced heart failure and COPD who would benefit from a palliative care approach. *Palliat Med* 25 (4): 382.

Murtagh FE, Bausewein C, Verne J, Groeneveld EI, Kaloki YE, Higginson IJ (2014): How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliat Med* 28 (1): 49-58.

Pang WF, Kwan BC, Chow KM, Leung CB, Li PK, Szeto CC (2013): Predicting 12-month mortality for peritoneal dialysis patients using the "surprise" question. *Perit Dial Int* 33 (1): 60-66.

Pasalic D, Gazelka HM, Topazian RJ, Buchhalter LC, Ottenberg AL, Webster TL, Swetz KM, Mueller PS (2015): Palliative Care Consultation and Associated End-of-Life Care After Pacemaker or Implantable Cardioverter-Defibrillator Deactivation. *Am J Hosp Palliat Care* [im Erscheinen].

Prigerson HG, Bao Y, Shah MA, Paulk ME, LeBlanc TW, Schneider BJ, Garrido MM, Reid MC, Berlin DA, Adelson KB, Neugut AI, Maciejewski PK (2015): Chemotherapy Use, Performance Status, and Quality of Life at the End of Life. *JAMA Oncol* 1 (6): 778-784.

Pritchard RS, Fisher ES, Teno JM, Sharp SM, Reding DJ, Knaus WA, Wennberg JE, Lynn J (1998): Influence of patient preferences and local health system characteristics on the place of death. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Risks and Outcomes of Treatment. *J Am Geriatr Soc* 46 (10): 1242-1250.

Radbruch L, Payne S, EAPC BoDot (2009): White Paper on Standards and Norms for Hospice and Palliative Care in Europe: Part 1 – Recommendations from the European Association for Palliative Care. *Eur J Palliat Care* 16 (6): 278-289.

Radbruch L, Müller M, Pfister D, Müller S, Grützner F (2014): Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen – Umsetzungsmöglichkeiten für die Praxis. Düsseldorf. <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mgepa/hospizkultur-und-palliativversorgung-in-pflegeeinrichtungen-in-nordrhein-westfalen/1775> [Abruf am 29.9.2015].

Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A (2002): Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *Journal of Pain and Symptom Management* 24: 91-96.

Smith TJ, Temin S, Alesi ER, Abernethy AP, Balboni TA, Basch EM, Ferrell BR, Loscalzo M, Meier DE, Paice JA, Peppercorn JM, Somerfield M, Stovall E, Von Roenn JH (2012): American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol* 30 (8): 880-887.

Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billings JA, Lynch TJ (2010): Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 363 (8): 733-742.

The Support Principal Investigators (1995): A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. *Jama* 274 (20): 1591-1598.

van der Steen JT, Radbruch L, Hertogh CM, de Boer ME, Hughes JC, Larkin P, Francke AL, Junger S, Gove D, Firth P, Koopmans RT, Volicer L (2014): White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med* 28 (3): 197-209.

Watson R, Green SM (2006): Feeding and dementia: a systematic literature review. *J Adv Nurs* 54 (1): 86-93.

Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hannon B, Leighl N, Oza A, Moore M, Rydall A, Rodin G, Tannock I, Donner A, Lo C (2014): Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*.

Autoren



Prof. Dr. Lukas Radbruch

Direktor der Klinik für Palliativmedizin
Universitätsklinikum Bonn



PD Dr. med. Frank Andersohn

Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie
und Gesundheitsökonomie
Charité, Universitätsmedizin Berlin
Frank Andersohn Consulting & Research Services, Berlin



Dr. med. Jochen Walker

Geschäftsführer
HRI - Health Risk Institute
& Analytic Director
Elsevier - Health Analytics

Gutachter



Michaela Hach

Vorsitzende des Fachverbands SAPV Hessen e.V.
Fachverband für die spezialisierte
ambulante Palliativversorgung



Prof. Dr. Winfried Hardinghaus

Ärztlicher Leiter Palliativmedizin, Marienhospital Osnabrück
Chefarzt Klinik für Palliativmedizin, Franziskus-Krankenhaus Berlin
Vorsitzender Deutscher Hospiz- und PalliativVerband und Deutsche
Hospiz- und PalliativStiftung, Leiter Niedersächsische Koordinierungs-
stelle für Hospizarbeit und Palliativversorgung



Dr. med. Ulrike Hofmeister

Fachärztin für Allgemeinmedizin, Palliativmedizin, Betriebsmedizin
1. Vorsitzende des Berufsverbandes der Palliativmediziner
in Westfalen Lippe e.V.



Dr. med. Ursula Marschall

Abteilungsleiterin Medizin & Versorgungsforschung
Barmer GEK



Prof. Dr. med. Bernt-Peter Robra

Direktor des Instituts für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie
Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg



Univ.-Prof. Dr. med. Nils Schneider, MPH

Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin
Medizinische Hochschule Hannover
Wissenschaftliche Schwerpunkte:
Hausärztliche Palliativversorgung und die Versorgungsforschung

Die Analysen beruhen auf einer Auswertung der anonymisierten HRI-Forschungsdatenbank mit Abrechnungsdaten von rund 75 gesetzlichen Krankenkassen zu etwa 6,7 Millionen anonymisierten Versichertendaten. Die Datenauswertung wurde vom Health Risk Institute (HRI, Dr. Andersohn & Dr. Walker) durchgeführt.

Das Projekt „Faktencheck Gesundheit“

Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen sind in Fachkreisen seit Jahren bekannt. Für uns der Beweis dafür, dass es noch immer Qualitäts- und Effizienzreserven im Gesundheitssystem gibt. Nur durch den konsequenten Abbau von strukturell bedingten Versorgungsmängeln lassen sich unnötige Belastungen von Versicherten sowie Gefährdungen von Patienten vermeiden und das Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung erreichen – bevor über Priorisierung und Rationierung nachgedacht werden sollte.

Der „Faktencheck Gesundheit“ will dazu beitragen, dass ...

- Gesundheitsleistungen stärker am tatsächlichen Bedarf der Patienten ausgerichtet und die begrenzten Ressourcen sachgerechter eingesetzt werden,
- sich die Menschen aktiv damit auseinandersetzen, welche Leistungen ihrem Bedarf entsprechen und wie die Versorgung besser gestaltet werden kann,
- die Bürger sich stärker mit der Versorgung in ihrer Region befassen, das Gesundheitssystem sowie notwendige Reformen besser verstehen und ihr Vertrauen in das System steigt.

Die Auswahl der Themen für den „Faktencheck Gesundheit“ erfolgt anhand von festgelegten Kriterien:

Die Themen sollen eine hohe Relevanz für die Bevölkerung haben, bedeutsame Defizite im System, aber auch konkrete Handlungs- und Verbesserungsansätze aufzeigen. Die Bearbeitung der Themen und Interpretation der Ergebnisse erfolgt durch Themenpaten aus der Wissenschaft und ein strukturiertes fachliches Review. Der „Faktencheck Gesundheit“ soll nicht nur die Versorgungsrealität beschreiben, sondern Interpretationen liefern, Ursachenforschung betreiben und nicht zuletzt Empfehlungen abgeben, wie die identifizierten Defizite behoben werden können. Mithilfe von kartografischen Darstellungen können regionale Unterschiede visuell schnell erfasst werden.

Impressum

© 2015 Bertelsmann Stiftung

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
www.bertelsmann-stiftung.de

Verantwortlich

Eckhard Volbracht

Titelfoto

mauritus images/Fancy

Gestaltung

Markus Diekmann, Bielefeld

Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0

Eckhard Volbracht
Programm Versorgung verbessern –
Patienten informieren
Telefon +49 5241 81-81139
Fax +49 5241 81-681139
eckhard.volbracht@bertelsmann-stiftung.de

www.faktencheck-gesundheit.de

www.bertelsmann-stiftung.de