

# „Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“

## Patientenklientel und Effekte auf die ambulante Palliativversorgung

### “Specially Qualified and Coordinated Outpatient Palliative Care“

#### Patient Clientele and Effects on Outpatient Palliative Care

Melissa Hemmerling<sup>1</sup>, Jona Theodor Stahmeyer<sup>1</sup>, Sabrina Schütte<sup>1</sup>, Katharina van Baal<sup>2</sup>, Stephanie Stiel<sup>2</sup>

#### Hintergrund

Seit Einführung der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung (BQKPMV) 2017 ist wenig darüber bekannt, wie sich diese Versorgungsform in der ambulanten ärztlichen Versorgungspraxis integriert hat. Diese Arbeit analysiert, welche Auswirkungen die Einführung auf andere Leistungen der ambulanten Palliativversorgung (allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung; AAPV/SAPV) hat. Zudem wird untersucht, welche Charakteristika Menschen aufweisen, die am Lebensende in der BQKPMV versorgt werden.

#### Methoden

Durchgeführt wurde eine retrospektive Querschnittsanalyse. Auf Basis von GKV-Routinedaten wurde die Abrechnung bzw. Verordnung ambulanter palliativmedizinischer Leistungen sowie die Morbidität verstorbener Versicherte der AOK Niedersachsen der Jahre 2017 und 2019 im letzten Lebensjahr untersucht.

#### Ergebnisse

In beiden Sterbekohorten hat etwa ein Drittel der Verstorbenen Leistungen der ambulanten Palliativversorgung erhalten (2017: 30,0 %; 2019: 30,5 %). AAPV ist leicht rückläufig. Insgesamt haben 4,5 % der in 2019 Verstorbenen BQKPMV-Leistungen erhalten. Versicherte, die BQKPMV-Leistungen und/oder AAPV erhalten, sind ähnlich alt, jedoch deutlich älter als Versicherte mit SAPV-Verordnungen ( $p < 0,001$ ). Zudem sind bei Versicherten mit BQKPMV und/oder AAPV häufiger demenzielle Erkrankungen dokumentiert worden als bei SAPV-Versicherten. Bei Versicherten mit SAPV-Verordnung lagen häufiger onkologische Erkrankungen vor ( $p < 0,001$ ).

#### Schlussfolgerungen

BQKPMV scheint bis 2019 eher selten Einzug in die Versorgungspraxis gefunden zu haben. Nach Einführung der BQKPMV werden in Summe nicht mehr Versicherte ambulant palliativmedizinisch versorgt als zuvor, sondern eine stufenweise Versorgung gestärkt. Patienten mit BQKPMV-Leistungen ähneln eher denjenigen mit AAPV als denen mit SAPV-Verordnungen. Dieser Befund entspricht der Intention des Gesetzgebers, da die BQKPMV eher der AAPV zugeordnet wird.

#### Schlüsselwörter

ambulante Palliativversorgung; neue Versorgungsform; BQKPMV; Versorgungsforschung; Routinedaten

#### Background

Since the implementation of the specially qualified and coordinated palliative medical care (BQKPMV) in 2017, little is known about how BQKPMV was integrated into practice. This work analyses the impact of the implementation of BQKPMV on other outpatient palliative care services such as general and specialized outpatient palliative care (AAPV/SAPV). It also examines how people who received BQKPMV at the end of life differ from those who received AAPV or SAPV.

#### Methods

A retrospective routine data analysis has been done based on administrative data from 2017 and 2019 of deceased insureds of the AOK Niedersachsen in their last year of life.

#### Results

In both death cohorts, one third of the deceased received outpatient palliative care (2017: 30.0 %; 2019: 30.5 %). AAPV is slightly declining. Overall, 4.5 % of the deceased in 2019 received BQKPMV. Patients who received BQKPMV and/or AAPV are of similar age but significantly older than patients with SAPV ( $p < 0,001$ ). Furthermore dementia is documented more frequently in patients who received BQKPMV and/or AAPV, whereas oncological diseases were more common in the SAPV subgroup ( $p < 0.001$ ).

#### Conclusions

Until 2019, BQKPMV rarely found its way into patient care. After the implementation, there was no incline of patients being treated with outpatient palliative care in general but stepwise care is strengthened. Patients with BQKPMV are rather similar to those receiving AAPV than those receiving SAPV. This corresponds to the intention of the legislature because the BQKPMV is assigned to the AAPV and not to the SAPV.

#### Keywords

outpatient palliative care; new form of health care; BQKPMV; health services research; routine data

<sup>1</sup> AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, Stabsbereich Versorgungsforschung, Hannover

<sup>2</sup> Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin, Medizinische Hochschule Hannover,

Peer reviewed article eingereicht: 23.5.2022; akzeptiert: 08.08.2022

DOI 10.53180/zfa.2022.0338-0345

## Hintergrund

Bislang ist unklar, wie sich die besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung (BQKPMV) nach § 87 Abs. 1b SGB V in der ambulanten ärztlichen Versorgungspraxis etabliert hat. Weiterhin ist unbekannt, welche Auswirkungen die Einführung der BQKPMV auf andere Formen der ambulanten Palliativversorgung hat. Die vorliegende Arbeit vergleicht die Abrechnung bzw. Verordnung ambulanter Palliativversorgung vor und nach der Einführung der BQKPMV und untersucht, welche Charakteristika Menschen aufweisen, die BQKPMV erhalten.

Es wird angenommen, dass bis zu 80–90 % aller Menschen am Lebensende eine Form der Palliativversorgung benötigen [1, 2, 3, 4]. Die ambulante Palliativversorgung wurde seit der Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) im Jahr 2007 kontinuierlich ausgebaut. Die SAPV konzentriert sich auf die Versorgung von Menschen mit einem besonders komplexen Symptomeschehen und einer aufwendigeren Versorgung durch spezialisierte Teams [5]. Die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) stellt eine niederschwellige palliativmedizinische Grundversorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte bei Menschen mit geringer bis mittlerer Symptomintensität dar [6]. Dafür stehen Hausärztinnen und Hausärzten entsprechende Abrechnungsziffern im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zur Verfügung. Der überwiegende Teil aller Menschen mit Bedarf an Palliativversorgung kann durch die Leistungen der AAPV angemessen versorgt werden. Der Anteil der Personen, die eine SAPV benötigen, wird auf etwa 10–20 % geschätzt [5, 6]. Neben diesen beiden palliativen Versorgungsformen kann bei Menschen mit onkologischen Erkrankungen zudem auf die regionalen Onkologie Vereinbarungen (OV) zurückgegriffen werden. Ärztinnen und Ärzte, die an der Onkologievereinbarung teilnehmen wollen, müssen dies bei ihrer Kassenärztlichen Vereinigung beantragen und bestimmte Qualifikationen nachweisen (beispielsweise eine Weiterbildung Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie) [7].

Im Jahr 2017 wurde ergänzend die BQKPMV eingeführt [8]. Ziel war es, die bestehenden Formen der ambulanten Palliativversorgung (AAPV und SAPV) weiter auszubauen und insbesondere die Kooperation zwischen den an der Versorgung beteiligten Professionen zu stärken. Die BQKPMV ist eine Zwischenstufe zwischen der AAPV und SAPV, die die Versorgung von Personen mit einem erhöhten Versorgungsbedarf, jedoch ohne Notwendigkeit für eine SAPV, abdecken soll [5, 8]. Hausärztinnen und Hausärzte können seit dem vierten Quartal 2017 Leistungen der BQKPMV über spezifische Abrechnungsziffern im EBM abrechnen [9]. Im Versorgungsauftrag sowie in den Anforderungen an Hausärztinnen und Hausärzte unterscheidet sich die BQKPMV von der AAPV. So wird bei der BQKPMV explizit eine fachübergreifende Kooperation mit weiteren Leistungserbringern sowie eine koordinierte Versorgungssteuerung mit den an der Versorgung beteiligten Partnern gefordert. Die Hausärztinnen und Hausärzte müssen zudem klar definierte Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen. Auch Fachärztinnen und Fachärzte, die an der unmittelbaren Patientenversorgung beteiligt sind, sind berechtigt, Ziffern der BQKPMV abzurechnen, wenn sie die entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen [8]. Im Gegensatz dazu ist bei der AAPV keine palliativmedizinische Zusatzqualifikation erforderlich [5].

Daten und Ergebnisse zur Inanspruchnahme ambulanter Palliativleistungen beschränken sich bisher auf die AAPV und SAPV. So berichtet der GKV-Spitzenverband zum Beispiel über die Entwicklung der SAPV-Verträge [10]. Darüber hinaus hat sich in einer Studie auf Basis von GKV-Routinedaten für Niedersachsen gezeigt, dass 35 % der im Jahr 2016 verstorbenen Versicherten in den letzten sechs Lebensmonaten eine ambulante oder stationäre palliative Leistung erhielten (28 % AAPV, 12 % SAPV-Verordnung bzw. Leistung) [11]. Zwei weitere Studien analysieren die ambulante Palliativversorgung in Niedersachsen. Etwa ein Drittel der Verstorbenen im Jahr 2017 (31 %) hat in den letzten drei Lebensjahren eine ambulante Palliativversorgung erhalten (28 % AAPV, 9 % SAPV-

Verordnung), wobei regionale Unterschiede bestehen [12, 13].

Eine erste wissenschaftliche Analyse im Rahmen des Projekts hat gezeigt, dass 4,5 % der Verstorbenen aus dem Jahr 2019 BQKPMV erhalten haben [14]. Zahlen und Daten dazu, wie sich die Einführung der BQKPMV auf weitere Formen der ambulanten Palliativversorgung ausgewirkt hat und welche Patientinnen und Patienten diese Leistung erhalten, sind unseres Wissens nach bislang nicht bekannt. Ein in der Vereinbarung zur BQKPMV festgeschriebener Evaluationsbericht zu Auswirkungen der Einführung der BQKPMV in der ambulanten Palliativversorgung ist bislang nicht veröffentlicht [8].

## Ziel der Arbeit

Ziel dieser Arbeit ist es, anhand von Routinedaten der AOK Niedersachsen (AOKN) zu analysieren,

- wie sich die Einführung der BQKPMV auf die Abrechnung/Verordnung anderer Formen der ambulanten Palliativversorgung (AAPV, SAPV, OV) ausgewirkt hat und
- wie sich die Menschen, die am Lebensende BQKPMV erhalten haben, hinsichtlich Alter, Geschlecht, Morbidität und Pflegebedarf von denjenigen unterscheiden, die mit AAPV oder SAPV versorgt wurden.

## Methoden

### Studiendesign

Durchgeführt wurde eine retrospektive Querschnittsanalyse zur Abrechnung bzw. Verordnung von Leistungen der ambulanten Palliativversorgung auf Basis von GKV-Routinedaten der AOKN. Die AOKN ist mit 2,9 Millionen Versicherten eine der größten gesetzlichen Krankenversicherungen Deutschlands und die größte Krankenversicherung in Niedersachsen (Marktanteil 39 %) [15].

### Studienpopulation und Auswertungszeiträume

Für die Analysen wurden Daten verstorbener Versicherter der AOKN aus den Jahren 2017 und 2019 selektiert. Um die Auswirkung der Einführung der BQKPMV auf andere Leistungen der ambulanten Palliativversorgung zu analysieren, wurden Daten von Ver-

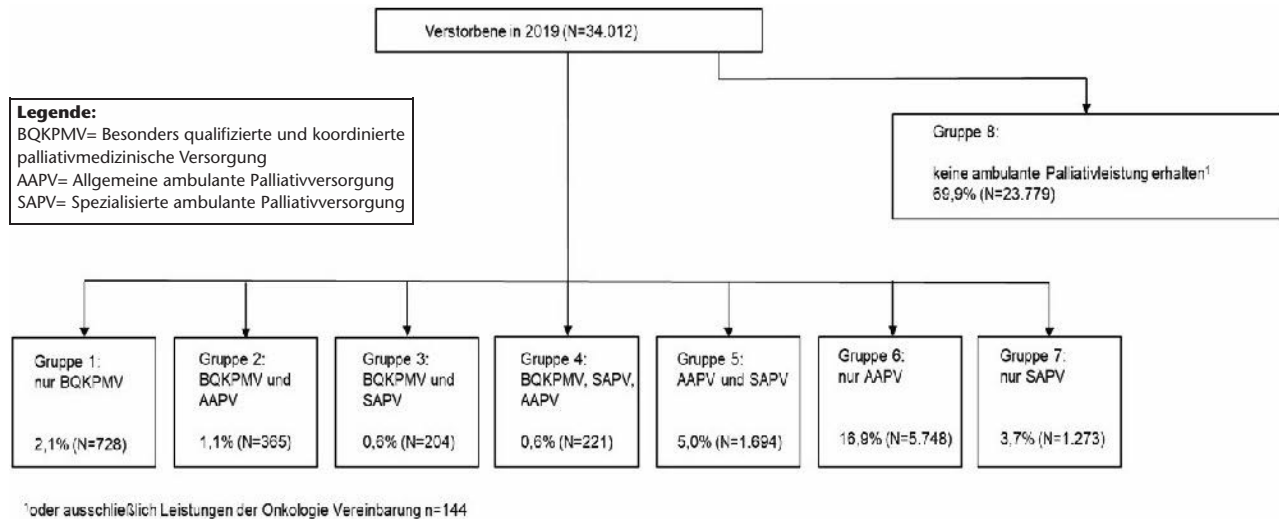


Abbildung: Hemmerling

**Abbildung 1** Subgruppenbildung zu im Jahr 2019 Verstorbenen. In der Abbildung sind die acht Subgruppen der Verstorbenen im Jahr 2019 dargestellt. Die Gruppenbildung erfolgte anhand der abgerechneten ambulanten Palliativleistungen im letzten Lebensjahr.

storbenen aus dem Jahr 2017 (Zeitraum vor Einführung der BQKPMV) mit Verstorbenen aus dem Jahr 2019 (Zeitraum nach Einführung) verglichen. Die Charakterisierung der Versicherten, die BQKPMV erhalten haben, wurde anhand der Verstorbenen aus 2019 vorgenommen. Es wurden verstorbene Versicherte in die Analysen eingeschlossen, die zu ihrem Todeszeitpunkt mindestens 18 Jahre alt waren. Weitere Einschlusskriterien waren ein Wohnort in Niedersachsen und eine durchgängige Versicherung bei der AOKN im Jahr des Versterbens sowie im jeweils vorherigen Kalenderjahr. Insgesamt wurden 34.506 Verstorbene aus dem Jahr 2017 und 34.012 Verstorbene aus dem Jahr 2019 in die Analysen einbezogen.

### Datenaufbereitung und Analysen

Für die verstorbenen Versicherten wurden Leistungen der ambulanten ärztlichen Palliativversorgung (AAPV, BQKPMV, SAPV, OV) im letzten Lebensjahr (jeweils 365 Tage vor dem Tod) anhand der kodierten Abrechnungsziffern analysiert. AAPV wurde anhand der EBM-Ziffern 03370 bis 03373 selektiert, BQKPMV anhand der Ziffern 37300, 37302, 37305, 37306, 37314, 37317, 37318, 37320, SAPV anhand der Ziffern 01425 und 01426 und Leistungen der OV anhand der EBM-Ziffer 86518.

Zudem wurde für die Versicherten mit BQKPMV anhand der Arztgruppenschlüssel ermittelt, von welcher Ärztin/welchem Arzt die EBM-Ziffern abgerechnet wurden. Es erfolgte eine Einteilung in die Gruppen „Hausärztin/Hausarzt“, „Hämatologie/Onkologie“ und „weitere Fachrichtung“. Wenn bei einer Ärztin/einem Arzt mehrere Arztgruppenschlüssel vorlagen, wurde die Kategorie „mehrere Fachgruppen“ gebildet.

Für die Analyse der Auswirkungen der Einführung der BQKPMV wurden die Verstorbenen aus 2017 mit den Verstorbenen aus 2019 hinsichtlich ihrer Abrechnung bzw. Verordnung von Leistungen der ambulanten Palliativversorgung verglichen.

Für die Beschreibung der soziodemografischen Merkmale der Versicherten wurden das Alter, das Geschlecht und die Morbidität der Verstorbenen aus 2019 herangezogen. Zur Darstellung der Morbidität wurden die dokumentierten Diagnosen im Quartal des Versterbens sowie den vier Quartalen zuvor genutzt. Um als erkrankt zu gelten, musste in mindestens zwei unterschiedlichen Quartalen eine ambulante gesicherte Diagnose (M2Q Kriterium) oder einmalig eine stationäre Haupt- oder Nebendiagnose kodiert worden sein. Zudem wurde der Pflegegrad in die Analysen einbezogen. Die Analysen erfolgten anhand von acht Subgruppen der Verstorbenen aus

2019, die mit dem Fokus auf die drei primär vorherrschenden ambulanten palliativen Versorgungsformen AAPV, BQKPMV und SAPV gebildet wurden (Abb. 1).

### Statistische Auswertung

Für die Analysen wurde IBM SPSS Statistics Version 25 verwendet. Die Ergebnisse wurden primär deskriptiv dargestellt. Gruppenvergleiche wurden bei kategorialen Variablen mittels Chi-Quadrat-Test (z.B. Erkrankungsgruppen, Geschlecht, Pflegegrad, Krankenhausaufenthalte ja/nein) analysiert. Gruppenvergleiche bei der metrischen Variable Alter wurden mit einem T-Test für unabhängige Stichproben (zwei Gruppen) oder einer ANOVA (bei mehr als zwei Gruppen) durchgeführt. Es wurde ein Signifikanzniveau von  $p \leq 0,05$  angenommen.

### Ethik und Datenschutz

Die Studie ist Teil des vom Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss geförderten Projektes „Analyse der Implementierung der ‚Besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung‘ (BQKPMV) in der Versorgungsrealität und Empfehlungen zur Weiterentwicklung im Bundesland Niedersachsen (Polite)“ (Förderkennzeichen 01VSF20028) [16]. Die Studie wurde am 06.05.2021 im Deutschen Register Klinischer Studien registriert

|  |   | Verstorbene<br>aus 2017       | Verstorbene<br>aus 2019 | p-Wert   |
|--|---|-------------------------------|-------------------------|----------|
|  |   | n = 34.506                    | n = 34.012              |          |
| <b>Ambulante<br/>Palliativleistungen<br/>erhalten</b>        | Anteil mit ambulanter Palliativleistung | 30,0 %                        | 30,5%                   | 0,127    |
|  | BQKPMV                                  | nicht zutreffend <sup>2</sup> | 4,5%                    |          |
|  | AAPV                                    | 26,1 %                        | 23,6%                   | < 0,001* |
|  | SAPV                                    | 8,8 %                         | 10,0 %                  | < 0,001* |
|  | OV                                      | 1,7 %                         | 1,8 %                   | 0,298    |
| <b>Alter bei Versterben<br/>(in Jahren)</b>                  | Mittelwert                              | 79,4                          | 79,5                    | 0,515    |
|  | SD±                                     | 12,7                          | 12,8                    |          |
| <b>Geschlecht</b>  | weiblich                                | 53,1 %                        | 52,8 %                  | 0,485    |
|  | männlich                                | 46,9 %                        | 47,2 %                  |          |
| <b>Pflegegrad<sup>1</sup></b>                                | Kein Pflegegrad                         | 20,9 %                        | 19,2 %                  | <0,001*  |
|  | 1                                       | 0,6 %                         | 1,4 %                   |          |
|  | 2                                       | 16,1 %                        | 15,0 %                  |          |
|  | 3                                       | 18,0 %                        | 19,1 %                  |          |
|  | 4                                       | 23,9 %                        | 25,8 %                  |          |
|  | 5                                       | 19,4 %                        | 19,5 %                  |          |
| <b>Erkrankungen<sup>3</sup></b>                              | Demenzielle Erkrankungen                | 36,0 %                        | 34,4 %                  | <0,001*  |
|  | Diabetes                                | 39,7 %                        | 39,2 %                  | 0,241    |
|  | Hypertonie                              | 83,0 %                        | 83,5 %                  | 0,054    |
|  | KHK                                     | 37,6 %                        | 36,4 %                  | 0,001*   |
|  | Herzinsuffizienz                        | 49,8 %                        | 48,7 %                  | 0,006*   |
|  | Asthma                                  | 6,4 %                         | 6,5 %                   | 0,306    |
|  | COPD                                    | 25,1 %                        | 24,4 %                  | 0,016*   |
|  | Depression                              | 26,2 %                        | 26,5 %                  | 0,375    |
|  | Niereninsuffizienz                      | 49,9 %                        | 51,1 %                  | 0,001*   |
|  | Solide Tumore                           | 30,7 %                        | 31,1 %                  | 0,360    |
|  | Metastasierende Tumore                  | 16,8 %                        | 16,8 %                  | 0,991    |
|  | Lymphatische, blutbildende Tumore       | 3,5 %                         | 3,7 %                   | 0,369    |
|  | Parkinson                               | 5,4 %                         | 5,3 %                   | 0,516    |
|  | Herzinfarkt                             | 6,5 %                         | 5,5 %                   | < 0,001* |
|  | Schlaganfall                            | 8,3 %                         | 7,7 %                   | 0,005*   |
| <b>Krankenhaus-<br/>aufenthalt im letzten<br/>Lebensjahr</b> | Anteil mit Krankenhausaufenthalt        | 82,0 %                        | 81,7 %                  | 0,251    |
|  | Im Krankenhaus verstorben               | 44,8 %                        | 44,0 %                  | 0,031*   |

Legende:

BQKPMV = Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung  
 AAPV = Allgemeine ambulante Palliativversorgung  
 SAPV = Spezialisierte ambulante Palliativversorgung  
 OV = Onkologie Vereinbarung  
 SD = Standardabweichung  
 KHK = Koronare Herzkrankheit  
 COPD = Chronisch obstruktive Lungenerkrankung

\* Signifikanter Unterschied im Gruppenvergleich: Es wird ein Signifikanzniveau von  $p \leq 0,05$  angenommen.

<sup>1</sup> bei n=141 (0,4 %; 2019) und n = 369 (1,1 %; 2017) Versicherten keine Angabe zum Pflegegrad vorhanden

<sup>2</sup> Leistungen der BQKPMV können erst seit dem 4. Quartal 2017 abgerechnet werden.

<sup>3</sup> ICD Schlüssel der Erkrankungsgruppen: Demenzielle Erkrankungen (F00, F01, F03, G30), Diabetes (E10-E14), Hypertonie (I10-I15), KHK (I25), Herzinsuffizienz (I50), Asthma (J45), COPD (J44), Depression (F32, F33), Niereninsuffizienz (N17-N19), Solide Tumore (C00 – C76, C80 ohne C44), Metastasierende Tumore (C77, C78, C79), lymphatische, blutbildende Tumore (C81-C96), Parkinson (G20), Herzinfarkt (I21, I22), Schlaganfall (I60-I64)

Die Tabelle zeigt den Jahresvergleich der beiden Sterbekohorte in Bezug auf unterschiedliche Merkmale.

**Tabelle 1** Jahresvergleich



(DRKS00024785). Alle Daten wurden ohne direkten Personenbezug ausgewertet. Ein positives Ethikvotum (Ethikvotum Nr. 9629\_BO\_K\_2021 vom 23.02.2021) für das Gesamtprojekt Polite wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover erteilt.

## Ergebnisse

### Auswirkungen der Einführung der BQKPMV im Jahresvergleich

Der Jahresvergleich der beiden Sterbekohorten zeigt, dass diese hinsichtlich ihres durchschnittlichen Alters, der Geschlechterverteilung und auch hinsichtlich der Häufigkeiten der betrachteten Erkrankungen nahezu identisch sind. Einzig in den Erkrankungsgruppen Demenz, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Koronare Herzkrankheit, Herz- und Niereninsuffizienz, Herzinfarkt und Schlaganfall sind signifikante Unterschiede zu beobachten (Tab. 1). In beiden Sterbekohorten hat etwa ein Drittel der Verstorbenen Leistungen der ambulanten Palliativversorgung (AAPV, BQKPMV, SAPV, OV) erhalten (2017: 30,0 %, 2019: 30,5 %,  $p = 0,127$ ). AAPV haben 26,1 % (2017) bzw. 23,6 % (2019) der Verstorbenen erhalten ( $p < 0,001$ ). SAPV wurde bei 8,8 % (2017) bzw. 10,0 % (2019) verordnet ( $p < 0,001$ ). Leistungen der OV haben 1,7 % (2017) bzw. 1,8 % (2019) der Verstorbenen erhalten ( $p = 0,298$ ).

### Subgruppenanalyse: Soziodemografische, erkrankungs- und versorgungsbezogene Merkmale der Verstorbenen

Insgesamt haben 4,5 % ( $n = 1518$ ) der im Jahr 2019 Verstorbenen Leistungen der BQKPMV erhalten. Davon werden 67,3 % von einer Hausärztin/einem Hausarzt versorgt, 16,5 % von einer Ärztin/einem Arzt mit der Fachrichtung Hämatologie/Onkologie und 2,8 % von einer Ärztin/einem Arzt mit einer anderen Fachrichtung. 19,4 % werden von einer Ärztin/einem Arzt mit mehreren Fachgruppen versorgt. Einige Verstorbene haben Leistungen von verschiedenen Ärztinnen und Ärzten erhalten. Die Charakteristika von Verstorbenen mit Leistungen der BQKPMV sind heterogen und unterscheiden sich in den betrachteten Sub-

gruppen (Tab. 2). Patientinnen und Patienten, die ausschließlich BQKPMV- und/oder AAPV Leistungen erhalten (Gruppen 1, 2 und 6), weisen ein ähnliches Alter auf, sind jedoch älter als Verstorbene, die auch oder nur Verordnungen für SAPV erhalten ( $p < 0,001$ ). Bezüglich der Geschlechterverteilung zeigt sich, dass in der Gruppe mit ausschließlich AAPV der Anteil der Frauen am größten ist (60,0 %).

Hinsichtlich der Morbidität bestehen Unterschiede zwischen den Patientengruppen. So sind beispielsweise demenzielle Erkrankungen bei Verstorbenen mit ausschließlich BQKPMV und/oder AAPV signifikant häufiger als bei Verstorbenen mit SAPV-Verordnungen ( $p < 0,001$ ). Onkologische Erkrankungen sind hingegen bei Verstorbenen, die SAPV-Verordnungen erhalten, signifikant häufiger als bei denjenigen mit BQKPMV und/oder AAPV ( $p < 0,001$ ). Weiterhin weisen Verstorbene, die AAPV, BQKPMV und SAPV erhalten (Gruppe 4), die höchste Rate an soliden (86,4 %) und metastasierenden Tumoren (71,9 %) auf. Verstorbene, bei denen SAPV verordnet wurde, weisen einen höheren Pflegegrad auf als Verstorbene in den anderen Gruppen ( $p < 0,001$ ) (Tab. 2).

## Diskussion

Der Jahresvergleich zeigt, dass nach der Einführung der BQKPMV in Summe nicht mehr Versicherte ambulant palliativmedizinisch versorgt werden als zuvor. Sowohl bei den Verstorbenen aus dem Jahr 2017 als auch aus dem Jahr 2019 wurden bei etwa einem Drittel Leistungen der ambulanten Palliativversorgung erbracht. BQKPMV haben 4,5 % der im Jahr 2019 Verstorbenen erhalten. In der Mehrheit der Fälle erfolgt die Versorgung in der hausärztlichen Praxis. Die Versorgung mit AAPV ist leicht rückläufig, die Verordnung von SAPV nimmt leicht zu und die Abrechnung von Leistungen der OV ist annähernd gleichgeblieben. Die Ergebnisse legen nahe, dass die Einführung der BQKPMV keinen Einfluss auf die Erbringung von Leistungen der OV hat. Die Ergebnisse zur Charakterisierung der Verstorbenen zeigen, dass sich Verstorbene, die ausschließlich Leistungen der BQKPMV und/oder AAPV erhalten,

hinsichtlich ihres Alters und ihrer Morbidität ähneln.

Der Gesetzgeber führte die BQKPMV als Ergänzung in der ambulanten Palliativversorgung für Menschen ein, die am Lebensende im Rahmen der AAPV-Basisversorgung nicht ausreichend versorgt werden, aber keine SAPV benötigen [5, 6]. Der leichte Rückgang der Versorgung mit AAPV könnte darauf hinweisen, dass ein Teil der Personen, die in den Vorjahren AAPV erhalten hätten, nun im Rahmen der BQKPMV versorgt werden. Hier kann vermutet werden, dass es sich also um eine Verschiebung von Patientinnen und Patienten zwischen den Versorgungsstufen handelt. Eine mögliche Ursache dafür, dass insgesamt nicht mehr Patientinnen und Patienten ambulant palliativ behandelt werden, könnte der Tatsache geschuldet sein, dass die Verantwortung für die Erbringung von AAPV und BQKPMV insbesondere im hausärztlichen Bereich liegt. Die dortigen Ressourcen sind in den letzten Jahren eher knapper geworden, sodass eine Verschiebung hausärztlicher Ressourcen von AAPV in Richtung BQKPMV stattgefunden haben könnte. Die leichte Ausweitung von SAPV-Verordnungen könnte damit zusammenhängen, dass Hausärztinnen und Hausärzte diese Leistung zwar verordnen, die zeitintensive Leistungserbringung jedoch von interdisziplinären SAPV-Teams übernommen wird. Zudem zeigen die Ergebnisse, dass sich Menschen, die am Lebensende SAPV verordnet bekommen, von denjenigen mit AAPV und/oder BQKPMV unterscheiden. Ebenso zeigt sich, dass bei Menschen mit Erkrankungen, die tendenziell mit einem komplexeren Symptomgeschehen einhergehen und häufig mit einem höheren Pflegebedarf assoziiert sind, weiterhin SAPV verordnet wird. Dies entspricht der Grundidee für diese Versorgungsform. Verstorbene, die ausschließlich Leistungen der BQKPMV und/oder AAPV erhalten, ähneln sich hinsichtlich ihres Alters und ihrer Morbidität. Sie sind jedoch älter als Menschen, die SAPV verordnet bekommen haben. Zudem leiden sie häufiger an demenziellen Erkrankungen als Menschen mit einer SAPV-Verordnung. Andere Arbeiten konnten zeigen, dass ältere

|                                      | Gruppe 1:<br>nur<br>BQKPMV<br>n = 728 | Gruppe 2:<br>BQKPMV +<br>AAPV<br>n = 365 | Gruppe 3:<br>BQKPMV +<br>SAPV<br>n = 204 | Gruppe 4:<br>BQKPMV +<br>SAPV +<br>AAPV<br>n = 221 | Gruppe 5:<br>AAPV +<br>SAPV<br>n = 1694 | Gruppe 6:<br>Nur AAPV<br>n = 5748 | Gruppe 7:<br>Nur SAPV<br>n = 1273 | Gruppe 8:<br>Keine<br>ambulante<br>Palliativ-<br>versorgung <sup>2</sup><br>n = 23.779 | Alle<br>Verstorbenen<br>n = 34.012 |          | p-Wert |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|---|-----------------------------------|-----------------------------------|--|------------------------------------|----------|--------|
|                                      |                                       |  |  |  |   |                                   |                                   |  | n                                  | %        |        |
| Weitere Palliativleistungen erhalten | Leistungen der OV                     | 4,8 %                                    | 22,1 %                                   | 12,2 %   | 7,1 %                                   | 2,4 %                             | 5,9 %                             | 0,6 %  | 1,8 %                              | < 0,001* |        |
|                                      | Mittelwert<br>SD±                     | 81,0<br>11,7                             | 73,6<br>14,4                             | 71,9<br>12,2                                       | 75,7<br>12,4                            | 82,9<br>10,8                      | 76,9<br>12,2                      | 79,1<br>13,1   | 79,5<br>12,8                       | < 0,001* |        |
| Geschlecht                           | Weiblich                              | 52,1 %                                   | 47,5 %                                   | 57,0 %   | 51,9 %                                  | 60,0 %                            | 52,6 %                            | 51,1 %   | 52,8 %                             | < 0,001* |        |
|                                      | Männlich                              | 43,0 %                                   | 47,9 %                                   | 43,0 %   | 48,1 %                                  | 40,0 %                            | 47,4 %                            | 48,9 %   | 47,2 %                             |          |        |
| Pflegegrad <sup>1</sup>              | Kein Pflegegrad                       | 5,4 %                                    | 1,5 %                                    | 0,0 %  | 1,4 %                                   | 4,3 %                             | 1,6 %                             | 26,1 %   | 1,8 %                              |          |        |
|                                      | 1                                     | 0,6 %                                    | 1,1 %                                    | 0,0 %  | 0,2 %                                   | 0,8 %                             | 0,0 %                             | 1,8 %  | 1,4 %                              |          |        |
|                                      | 2                                     | 11,6 %                                   | 15,1 %                                   | 11,3 %   | 8,4 %                                   | 10,7 %                            | 9,7 %                             | 16,9 %   | 15,0 %                             | < 0,001* |        |
|                                      | 3                                     | 19,3 %                                   | 19,5 %                                   | 21,6 %   | 19,6 %                                  | 18,7 %                            | 19,5 %                            | 19,1 %   | 19,1 %                             |          |        |
|                                      | 4                                     | 35,6 %                                   | 34,9 %                                   | 42,6 %   | 42,6 %                                  | 34,2 %                            | 41,0 %                            | 21,0 %   | 25,8 %                             |          |        |
|                                      | 5                                     | 27,6 %                                   | 26,9 %                                   | 23,0 %   | 24,9 %                                  | 27,8 %                            | 28,2 %                            | 15,1 %   | 19,5 %                             |          |        |
| Erkrankungen <sup>3</sup>            | Demenzielle Erkrankungen              | 40,9 %                                   | 16,2 %                                   | 10,0 %   | 20,3 %                                  | 46,9 %                            | 23,0 %                            | 33,2 %   | 34,4 %                             | < 0,001* |        |
|                                      | Diabetes                              | 38,9 %                                   | 40,0 %                                   | 38,7 %   | 37,2 %                                  | 38,8 %                            | 37,9 %                            | 39,6 %   | 39,2 %                             | 0,418    |        |
|                                      | Hypertonie                            | 84,6 %                                   | 83,6 %                                   | 76,0 %   | 81,5 %                                  | 86,7 %                            | 84,4 %                            | 83,0 %   | 83,5 %                             | < 0,001* |        |
|                                      | KHK                                   | 33,0 %                                   | 32,6 %                                   | 34,8 %   | 29,9 %                                  | 35,6 %                            | 31,6 %                            | 37,6 %   | 36,4 %                             | < 0,001* |        |
|                                      | Herzinsuffizienz                      | 50,3 %                                   | 47,7 %                                   | 32,8 %   | 29,4 %                                  | 49,9 %                            | 40,2 %                            | 50,0 %   | 48,7 %                             | < 0,001* |        |
|                                      | Asthma                                | 8,1 %                                    | 8,5 %                                    | 7,4 %  | 7,2 %                                   | 5,9 %                             | 7,9 %                             | 6,5 %  | 6,5 %                              | 0,049*   |        |
|                                      | COPD                                  | 25,3 %                                   | 25,2 %                                   | 27,0 %   | 25,3 %                                  | 23,5 %                            | 26,9 %                            | 24,3 %   | 24,4 %                             | 0,199    |        |
|                                      | Depression                            | 33,9 %                                   | 31,2 %                                   | 25,5 %   | 28,7 %                                  | 30,8 %                            | 28,0 %                            | 24,9 %   | 26,5 %                             | < 0,001* |        |
|                                      | Niereninsuffizienz                    | 51,4 %                                   | 48,5 %                                   | 41,7 %   | 44,3 %                                  | 53,7 %                            | 47,8 %                            | 51,3 %   | 51,1 %                             | < 0,001* |        |
|                                      | Solide Tumore                         | 44,8 %                                   | 56,2 %                                   | 80,4 %   | 86,4 %                                  | 38,7 %                            | 70,6 %                            | 22,1 %   | 31,1 %                             | < 0,001* |        |
|                                      | Metastasierende Tumore                | 29,3 %                                   | 38,9 %                                   | 64,2 %   | 71,9 %                                  | 22,4 %                            | 51,9 %                            | 8,8 %  | 16,8 %                             | < 0,001* |        |
|                                      | Lymphatische, blutbildende Tumore     | 6,0 %                                    | 6,8 %                                    | 8,8 %  | 5,0 %                                   | 4,2 %                             | 5,1 %                             | 3,1 %  | 3,7 %                              | < 0,001* |        |
| Parkinson                            | 6,3 %                                 | 4,7 %                                    | 2,5 %                                    | 3,2 %  | 7,2 %                                   | 4,8 %                             | 5,1 %                             | 5,3 %  | < 0,001*                           |          |        |
| Herzinfarkt                          | 3,3 %                                 | 2,5 %                                    | 1,0 %                                    | 0,9 %  | 3,1 %                                   | 1,9 %                             | 6,7 %                             | 5,5 %  | < 0,001*                           |          |        |
| Schlaganfall                         | 4,5 %                                 | 7,7 %                                    | 3,9 %                                    | 1,8 %  | 4,7 %                                   | 5,2 %                             | 8,5 %                             | 7,7 %  | < 0,001*                           |          |        |

| Krankenhaus-<br>aufenthalt im letzten<br>Lebensjahr | Anteil mit<br>Krankenhaus-<br>aufenthalt |  | 82,8 % | 88,2 % | 89,7 % | 96,4 % | 91,9 % | 81,8 % | 92,7 % | 80,0 % | 81,7 % | < 0,001* |
|---|--|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----------|
|   | Im Krankenhaus<br>verstorben             |  | 30,6 % | 24,7 % | 19,6 % | 15,8 % | 17,8 % | 26,8 % | 17,1 % | 52,6 % | 44,0 % | < 0,001* |

Legende: BQKPMV = Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung; AAPV = Allgemeine ambulante Palliativversorgung; SAPV = Spezialisierte ambulante Palliativversorgung; OV = Onkologie Vereinbarung; SD = Standardabweichung; KHK = Koronare Herzkrankheit; COPD = Chronisch obstruktive Lungenerkrankung

\* Signifikanter Unterschied im Gruppenvergleich: Es wird ein Signifikanzniveau von  $p \leq 0,05$  angenommen.

<sup>1</sup> bei  $n = 141$  (0,4 %) Versicherten keine Angabe zum Pflegegrad vorhanden

<sup>2</sup> oder ausschließlich Leistungen der Onkologie Vereinbarung  $n = 144$

<sup>3</sup> ICD-Schlüssel der Erkrankungsgruppen: Demenzielle Erkrankungen (F00, F01, F03, G30), Diabetes (E10-E14), Hypertonie (I10-I15), KHK (I25), Herzinsuffizienz (I50), Asthma (J45), COPD (J44), Depression (F32, F33), Niereninsuffizienz (N17-N19), Solide Tumore (C00 – C76, C80 ohne C44), Metastasierende Tumore (C77, C78, C79), lymphatische, blutbildende Tumore (C81-C96), Parkinson (G20), Herzinfarkt (I21, I22), Schlaganfall (I60-I64)

Die Tabelle zeigt die Analyseergebnisse für die acht Subgruppen der Verstorbenen aus dem Jahr 2019. Die Versicherten werden nur in einer der Gruppen gezählt.

**Tabelle 2** Soziodemografische und erkrankungsbezogene Merkmale der verstorbenen Versicherten aus dem Jahr 2019

Menschen mit demenziellen Erkrankungen am Lebensende häufig in der hausärztlichen Praxis versorgt werden [17, 18]. Dieses Ergebnis deutet an, dass der Intention des Gesetzgebers entsprochen wird, da die BQKPMV eher der AAPV und nicht der SAPV zugeordnet wird.

Eine Stärkung der ambulanten Palliativversorgung im Sinne einer Ausweitung der Versorgung hat insgesamt – gemäß unserer Ergebnisse – nicht stattgefunden. Es muss davon ausgegangen werden, dass der Bedarf an ambulanter Palliativversorgung weiterhin nicht gedeckt ist, da die Inanspruchnahme hinter dem geschätzten Bedarf zurückbleibt. Diese Beobachtung konnten schon andere Arbeiten ohne expliziten Bezug zur BQKPMV zeigen [11, 13]. Dennoch kann die Möglichkeit der Erbringung und Vergütung von BQKPMV als Stärkung und Honorierung geleisteter ambulanter palliativer Arbeit primär im hausärztlichen Setting interpretiert werden. Die Annahme ist, dass in der Vergangenheit häufig ohne explizite Abrechnungsmöglichkeiten BQKPMV-ähnliche Leistungen in der hausärztlichen Versorgung erbracht wurden. Weiterhin deuten die Ergebnisse an, dass zumindest eine stufenweise Versorgung gestärkt wird, da BQKPMV häufig ergänzend im Krankheitsverlauf zu AAPV oder SAPV genutzt wird. Eine mögliche Ursache dafür, dass Ärztinnen und Ärzte BQKPMV trotzdem vergleichsweise selten erbringen, könnten die besonderen Qualifizierungsanforderungen sein. Beispielsweise müssen Hausärztinnen und Hausärzte einen 40-stündigen Fortbildungskurs belegen [8]. Des Weiteren ist die fachübergreifende koordinierte Versorgung im Rahmen der BQKPMV mit einem erhöhten Aufwand und Ressourcen (z.B. optionale 24-stündige Erreichbarkeit, Fallkonferenzen) sowie zusätzlichen Schnittstellen verbunden [5, 19].

Es liegt bisher noch keine Bedarfschätzung vor, wie viele Menschen am Lebensende eine Versorgung mit BQKPMV benötigen. Somit kann nicht valide beurteilt werden, ob der Versorgungsbedarf mit BQKPMV gedeckt wird. Unter Berücksichtigung, dass bis zu 80–90% aller Menschen am Lebensende eine Form der Palliativversorgung benötigen [1, 2, 3, 4], kann je-

doch eher von einem höheren Versorgungsbedarf als der aktuellen Inanspruchnahme ausgegangen werden. Die BQKPMV scheint daher von Hausärztinnen und Hausärzten eher selten genutzt zu werden. Die Ursachen für eine geringe Nutzung sollten in weiteren Studien untersucht werden und werden in Teilprojekten von „Polite“ adressiert [16]. Um BQKPMV bei Hausärztinnen und Hausärzten bekannter zu machen, könnten die Ziele und Inhalte der BQKPMV insbesondere in Abgrenzung zur AAPV und SAPV anhand von Informationskampagnen oder Schulungen verstärkt näher gebracht werden.

### Stärken und Limitationen

Durch die Nutzung von GKV-Routinedaten mit einer großen Fallzahl können Selektionseffekte minimiert werden. Die Population stammt aus dem Flächenland Niedersachsen, welches sowohl klein-, mittel- und großstädtische sowie ländliche Regionen aufweist und bezüglich Alter und Geschlecht annähernd repräsentativ für die Bundesrepublik Deutschland ist [20]. Dennoch sind Selektionseffekte aufgrund des spezifischen Versichertenklientels möglich. Als weitere Limitation ist zu nennen, dass die Analysen auf Sekundärdaten beruhen, die primär zu Abrechnungszwecken erhoben wurden. In den Abrechnungsdaten sind SAPV-Verordnungen und nicht die Leistungen abgebildet, sodass die Inanspruchnahme der SAPV möglicherweise fehlerhaft eingeschätzt wird. Zu einer möglichen Unterschätzung trägt außerdem bei, dass SAPV-Verordnungen aus dem stationären Kontext in den vorliegenden Daten nicht berücksichtigt werden konnten, die jedoch einen nicht unerheblichen Anteil ausmachen [11]. Dennoch rücken Routinedaten in der Palliativforschung immer weiter in den Fokus und stellen eine wichtige Datenquelle dar. Die gesundheitliche Situation und die Versorgung am Lebensende sowie Veränderungen über die Zeit können mit den Daten valide abgebildet werden.

### Schlussfolgerungen

BQKPMV scheint bis 2019 eher selten Einzug in die Versorgungspraxis gefunden zu haben. Durch die Einführung der BQKPMV als Zwischenstufe zwi-



**Melissa Hemmerling M.Sc. ...**

... absolvierte den Master Public Health an der Medizinischen Hochschule Hannover. Seit 2016 arbeitet sie bei der AOK Niedersachsen zunächst als Datenanalytikerin im Versorgungsmanagement und seit 2020 im Bereich Versorgungsforschung mit dem Schwerpunkt der Analyse von GKV-Routinedaten.

Foto: Fotostudio Imacorn

schen AAPV und SAPV werden in der Summe nicht mehr Versicherte palliativmedizinisch versorgt, sondern die stufenweise Versorgung gestärkt. Häufig erhalten Personen am Lebensende unterschiedliche Formen der Palliativversorgung. Die Charakteristika der Menschen mit BQKPMV-Leistungen, ähneln eher denjenigen, die auch oder ausschließlich AAPV erhalten, als denen mit einer SAPV-Verordnung. Dieser Befund aus der Versorgungspraxis entspricht der Intention des Gesetzgebers, da die BQKPMV eher der AAPV und nicht der SAPV zugeordnet wird.

**Interessenskonflikte:**

Keine angegeben.

**Literatur**

1. Rosenwax LK, McNamara B, Blackmore AM, Holman CDJ. Estimating the size of a potential palliative care population. *Palliat Med* 2005; 19: 556–562
2. Murtagh FEM, Bausewein C, Verne J, et al. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliat Med* 2014; 28: 49–58
3. Scholten N, Günther AL, Pfaff H, Karbach U. The size of the population potentially in need of palliative care in Germany—an estimation based on death registration data. *BMC Palliat Care* 2016; 15: 29
4. Radbruch L, Andersohn F, Walker J. Faktencheck Gesundheit: Palliativversorgung (Modul 3: Überversorgung kurativ – Unterversorgung palliativ?

Analyse ausgewählter Behandlungen am Lebensende. Bielefeld: Bertelsmann Stiftung, 2015

5. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Bundesarbeitsgemeinschaft SAPV. Erläuterungen zu Regelungen der ambulanten Palliativversorgung. 2018. [www.dgpalliativmedizin.de/images/Erl%C3%A4uterungen\\_zu\\_Regelungen\\_der\\_ambulanten\\_Palliativversorgung\\_DGP\\_BAG\\_SAPV.pdf](http://www.dgpalliativmedizin.de/images/Erl%C3%A4uterungen_zu_Regelungen_der_ambulanten_Palliativversorgung_DGP_BAG_SAPV.pdf) (letzter Zugriff am 20.07.2022)
6. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF). Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2, AWMF-Registernummer: 28/001OL, 2020
7. GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung. Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte). 2020. [www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/aerztliche\\_versorgung/bundesmantelvertrag\\_1/bmv\\_anlagen/BMV-A\\_Anlage-7\\_Onkologie\\_01-2021.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/aerztliche_versorgung/bundesmantelvertrag_1/bmv_anlagen/BMV-A_Anlage-7_Onkologie_01-2021.pdf) (letzter Zugriff am 20.07.2022)
8. Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband. Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung. 2016. [www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/aerztliche\\_versorgung/bundesmantelvertrag\\_1/bmv\\_anlagen/BMV-Ae\\_Anlage\\_30\\_Palliativversorgung\\_2017-01-01.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/aerztliche_versorgung/bundesmantelvertrag_1/bmv_anlagen/BMV-Ae_Anlage_30_Palliativversorgung_2017-01-01.pdf) (letzter Zugriff am 20.07.2022)
9. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Praxisnachrichten: Ambulante Palliativmedizin wird ausgebaut – Neue Leistungen im EBM. 2017. [www.kbv.de/html/1150\\_30329.php](http://www.kbv.de/html/1150_30329.php) (letzter Zugriff am 20.07.2022)
10. GKV-Spitzenverband. Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Palliativversorgung: ericht des GKV-Spitzenverbandes zum Stand der Entwicklung sowie der vertraglichen Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege sowie der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase. Berlin, 2020
11. Ditscheid B, Krause M, Lehmann T, et al. [Palliative care at the end of life in Germany: Utilization and regional distribution]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz* 2020; 63: 1502–1510
12. Willinger A, Hemmerling M, Stahmeyer JT, Schneider N, Stiel S. The frequency and time point of outpatient palliative care integration for people before death: an analysis of health insurance data in Lower Saxony, Germany. *J Public Health (Berl)* 2021
13. van Baal K, Stiel S, Hemmerling M, et al. Ambulante Palliativversorgung in Niedersachsen – regionale Unterschiede in der Versorgung von Menschen am Lebensende anhand von Qualitätsindikatoren. *Versorgungsatlas.de*. [www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert?tab=6&uid=119&cHash=bd806cdbf30e560ba5b80e2fba3c3d47](http://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert?tab=6&uid=119&cHash=bd806cdbf30e560ba5b80e2fba3c3d47)
14. Hemmerling M, Stahmeyer JT, Schütte S, van Baal K, Stiel S: The new type of outpatient palliative care – an analysis of routine data from a statutory health insurance carrier after its introduction. *Dtsch Arztebl Int* 2022; 119: 548–9. DOI: 10.3238/arztebl.m 2022.0217
15. AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen. Geschäftsbericht 2020. Hannover, 2021
16. Stiel S, van Baal K, Ülgüt R, Stahmeyer JT, Schneider N. Analysing the administration of an intermediate level of outpatient palliative care in Germany and developing recommendations for improvement (Polite): A study protocol for a mixed-methods study. *PLoS One* 2021; 16: e0256467
17. Geiger K, Schneider N, Bleidorn J, et al. Caring for frail older people in the last phase of life – the general practitioners’ view. *BMC Palliat Care* 2016; 15: 52
18. Penders YWH, Albers G, Deliens L, et al. End-of-life care for people dying with dementia in general practice in Belgium, Italy and Spain: A cross-sectional, retrospective study. *Geriatr Gerontol Int* 2017; 17: 1667–1676
19. Ülgüt R, van Baal K, Köpping L, Schneider N, Stiel S. Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung – eine Analyse von Stellungnahmen. *Z Palliativmed (in press)*
20. Epping J, Geyer S, Eberhard S, Tetzlaff J. [Completely Different or Quite Similar? The Sociodemographic Structure of the AOK Lower Saxony in Comparison to the General and Working Population in Lower Saxony and the Federal Republic of Germany]. *Gesundheitswesen* 2021; 83(S 02): 577–586

**Korrespondenzadresse**

Melissa Hemmerling  
Stabsbereich Versorgungsforschung  
AOK – Die Gesundheitskasse für  
Niedersachsen  
Hildesheimer Str. 273  
30519 Hannover  
Telefon: 0511 – 8701 10034  
[Melissa.Hemmerling@nds.aok.de](mailto:Melissa.Hemmerling@nds.aok.de)