

Bundesminister Hermann Gröhe MdB,

Parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz MdB

und

gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Fraktion Jens Spahn MdB,

Mitglied der AG Gesundheit der CDU/CSU-Fraktion Emmi Zeulner MdB,

stv. Vorsitzender der Fraktion der SPD Prof. Dr. Karl Lauterbach MdB,

gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Fraktion Hilde Mattheis MdB

10. November 2014

Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland

1. Einleitung

Schwerkranke und sterbende Menschen müssen in ihrer letzten Lebensphase die bestmögliche menschliche Zuwendung, Versorgung, Pflege und Betreuung erhalten. Wir wollen, dass Menschen in ihrer letzten Lebensphase nach ihren Wünschen begleitet werden. Deshalb wollen wir die Hospiz- und Palliativversorgung weiterentwickeln. Insbesondere in strukturschwachen und ländlichen Regionen fehlt es noch an ausreichenden Hospiz- und Palliativangeboten sowie an einer vertraglichen Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Diese "weißen Flecken" in der Versorgungslandschaft müssen beseitigt und in ganz Deutschland ein flächendeckendes Hospiz- und Palliativangebot verwirklicht werden. Auch in den Altenpflegeeinrichtungen müssen wir die Hospizkultur weiter stärken. Viele Menschen verbringen ihre letzten Lebensmonate dort. Hierzu werden wir gezielte gesetzliche Weichenstellungen vornehmen.

Der medizinische Fortschritt macht es möglich, auch im hohen Alter noch mitten im Leben zu stehen. Der Tod wird aber oftmals nicht mehr als natürliches Ereignis, sondern als Folge bestimmter medizinischer Entscheidungen gesehen. Menschen können mit Hilfe moderner medizinischer Technik über lange Zeit weiter leben. Damit wächst aber auch die Angst vor unnötigen lebenserhaltenden Maßnahmen und vor einem unwürdigen Tod.

Obwohl sich die meisten Menschen wünschen, zu Hause zu sterben, verbringen zwei Drittel der Menschen in Deutschland ihre letzte Lebensphase in stationären Pflegeeinrichtungen oder Krankenhäusern. Nur wenige Menschen versterben im Kreis ihrer Nächsten.

Wir setzen uns deshalb ein für ein Leben in Würde bis zuletzt. Auch die letzte Phase des Lebens soll durch Selbstbestimmung und den eigenen Willen geprägt sein. Sterben darf und kann deswegen nicht im Verborgenen, ausgelagert in Institutionen, stattfinden. Sterben ist Teil des Lebens. Wir wollen, dass Menschen überall, wo sie leben, auch in jeder Hinsicht gut versorgt sterben können. Deshalb werden wir die Hospiz- und Palliativversorgung weiter stärken.

Beim Auf- und Ausbau der ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung und auch bei der Stärkung stationärer Hospize wurden in den letzten Jahren bereits viele Fortschritte erzielt. So stiegen die Ausgaben für SAPV seit 2009 um das 10fache. Auch die Zuschüsse zu Hospizleistungen sind kontinuierlich und deutlich angewachsen. Dennoch gilt es, die Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland weiterzuentwickeln, um insbesondere flächendeckend entsprechende Angebote zu sichern. Die Regierungskoalition hat im Koalitionsvertrag festgehalten, dass Hospize weiter unterstützt und die Versorgung mit Palliativmedizin ausgebaut werden sollen. In diesem Sinne gilt es, die Palliativmedizin und die Hospizkultur möglichst überall dort zu verwirklichen, wo Menschen sterben - in Krankenhäusern oder zu Hause, aber auch in Pflegeheimen.

Wir wollen deshalb eine vernetzte, kooperative Betreuung und Versorgung, bei der professionelle und ehrenamtliche Betreuung und Versorgung Hand in Hand gehen, weiter befördern. Vor allem in Flächenregionen müssen Vernetzung und Kooperation von medizinischer und pflegerischer Versorgung sowie hospizlicher Begleitung in der Regelversorgung vorangebracht werden. Im ländlichen Raum müssen zudem Anreize für einen Ausbau der Leistungsangebote und dafür geschaffen werden, dass ausreichend qualifizierte Pflegekräfte mit der erforderlichen Berufserfahrung zur Verfügung stehen. In diesem Sinne werden wir die gesetzlichen Grundlagen weiterentwickeln.

Die Weiterentwicklung der Sterbebegleitung in vollstationären Pflegeeinrichtungen soll eine differenzierte und qualifizierte Sterbebegleitung, die an den individuellen Bedürfnissen der Menschen ausgerichtet ist, stärken - sei es in Form einer intensiven hospizlichen Begleitung oder auch der Begleitung durch Angehörige.

Wir brauchen einen breiten gesellschaftlichen Diskurs zum Thema Hospiz- und Palliativversorgung. Hierzu bedarf es auch geeigneter Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit, um Ängste zu nehmen und die vielfältigen Versorgungs-, Betreuungs- und Hilfsangebote ins öffentliche Bewusstsein zu bringen.

Als Plattform für die Diskussion weiterer Entwicklungen in der Hospizkultur und der Palliativversorgung sowie zur Vernetzung wichtiger Akteure wurde im Bundesministerium für Gesundheit im Juli 2013 das Forum „Hospiz- und Palliativversorgung“ etabliert. Parallel dazu tagen regelmäßig Arbeitsgruppen des "Runden Tisches" der "Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland", der sich seit Herbst 2010 eine Vielzahl von Organisationen und Institutionen, Bund und Länder sowie viele Einzelpersonen angeschlossen haben.

Auf Grundlage der Diskussionen im "Forum Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland" sowie bei der "Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland" und unter Berücksichtigung der zahlreichen Gespräche mit Vertretern der maßgeblichen Verbände der Hospiz- und Palliativversorgung sowie mit dem GKV-Spitzenverband sollen folgende Eckpunkte umgesetzt werden:

2. Ausbau der Regelversorgung, Stärkung der allgemeinen Palliativversorgung, Vernetzung

In der Regelversorgung muss der Hospiz- und Palliativgedanke stärker verankert werden. Die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) muss weiter gestärkt, Vernetzung und Kooperation unterschiedlicher Professionen müssen gefördert werden.

Hierzu werden die folgenden Maßnahmen vorgeschlagen:

- a) Die palliativmedizinische vertragsärztliche Versorgung wurde bereits zum 1. Oktober 2013 durch den neuen Abschnitt „Palliativmedizinische Versorgung“ im hausärztlichen Bereich des einheitlichen Bewertungsausschusses (EBM) auch mit Blick auf Vernetzung und Kooperation durch finanzielle Anreize gestärkt. Die damit verbundenen Leistungen können unverändert weiter abgerechnet werden.

Darüber hinaus sollen die Vernetzung, die Kooperation mit weiteren Beteiligten und die Qualität der Palliativversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung in Form zusätzlicher Leistungen weiter gestärkt und finanziell gefördert werden. Hierzu müssen zukünftig Ärzte, die diese neuen Leistungen erbringen und abrechnen wollen, besondere Qualifikationsanforderungen erfüllen und sich an z. B. Netzwerkarbeit und/oder einem gemeinsamen Fallmanagement mit anderen Leistungserbringern, z. B. den ambulanten Hospizdiensten oder in Palliativteams, beteiligen.

- b) Von erheblicher Bedeutung in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) ist die Pflege. Deshalb soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gesetzlich beauftragt werden, in der Richtlinien über die Verordnung Häuslicher Krankenpflege (HKP-RL) des G-BA in geeigneter Weise behandlungspflegerische Maßnahmen sowie Leistungen der Palliativpflege zu konkretisieren, die eine im Rahmen der AAPV gewünschte Vernetzung und ein abgestimmtes Zusammenwirken der verschiedenen Akteure unterstützen. Palliativpflegerische Leistungen müssen ausreichend berücksichtigt und eine Vernetzung der Professionen gefördert werden.
- c) Bereits vor der Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gab es gute Initiativen für eine vernetzte Palliativversorgung in Selektivverträgen. Um deren Bestand zu sichern und Schnittstellen zwischen SAPV und allgemeiner ambulanter Palliativversorgung (AAPV) zu überwinden, wird klargestellt, dass SAPV und AAPV auch in selektivvertraglichen Versorgungsformen geregelt werden können. Dies erhöht zudem die Gestaltungsmöglichkeiten der Vertragspartner.
- d) Umfragen haben nachgewiesen, dass Versicherte häufig zu wenig über die Angebote in der Hospiz- und Palliativversorgung wissen. Im Rahmen einer besonderen klarstellenden Regelung erhalten Versicherte daher einen Anspruch gegen die Krankenkassen auf individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung einschließlich der Erstellung eines individuellen Versorgungsplans. Dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sowie anderer Beratungsstellen (z. B. kommunaler Servicestellen) sicherzustellen.

3. Stärkung der Hospizversorgung/Verbesserung der Versorgung in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

Im Bereich der Hospizversorgung und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) müssen die vorhandenen Regelungen überprüft und weiterentwickelt werden. Insbesondere gilt es, finanzielle Ungleichgewichte bei der Ausstattung ambulanter und stationärer Hospize auszugleichen, noch bestehende Versorgungslücken in der SAPV im ländlichen Raum zu schließen und insbesondere die Kooperation und Vernetzung aller am Versorgungsgeschehen Beteiligter zu verbessern.

Hierzu werden die folgenden Maßnahmen vorgesehen:

- a) In vielen Regionen ist die finanzielle Ausstattung stationärer Hospize gut, es gibt jedoch regionale Unterschiede. Insbesondere Hospize in ländlichen Regionen haben Schwierigkeiten, eine auskömmliche Finanzierung mit den Krankenkassen auszuhandeln. Der kalendertägliche Mindestzuschuss für stationäre Hospize wird daher von 7 % auf 8 % der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV erhöht (von derzeit 193,55 auf 221,20 Euro). Dies trägt dazu bei, regionale Vergütungsunterschiede zu verringern.
- b) Darüber hinaus wird die finanzielle Ausstattung stationärer Hospize insgesamt verbessert, indem die Krankenkassen künftig bei Hospizen für Erwachsene 95 % statt bisher 90 % der zuschussfähigen Kosten tragen. Für Kinderhospize gilt dies heute schon. Leistungen der Pflegeversicherung werden wie bisher angerechnet.
- c) Die Rahmenvereinbarung für stationäre Hospize, in der das Nähere über Art und Umfang der Versorgung in stationären Hospizen zu vereinbaren ist, ist auf dem aktuellen Stand zu halten. Es wird daher gesetzlich vorgegeben, dass die Rahmenvereinbarung für stationäre Hospize alle 4 Jahre von den Vertragspartnern (GKV-Spitzenverband und Spitzenorganisationen der ambulanten Hospizdienste) zu überprüfen ist. Um eine angemessene Vergütung zu erzielen, ist den Vertragspartnern vorzugeben, bestimmte aus der Besonderheit der Hospizversorgung resultierende Aspekte zu berücksichtigen (z. B. ein besonderer administrativer Aufwand).
- d) Gleiches gilt für die ambulanten Hospize. Es wird gesetzlich vorgegeben, dass die Rahmenvereinbarung alle 4 Jahre zu überprüfen ist. Ferner wird den Vertragspartnern aufgegeben, bestimmte Besonderheiten zu beachten (z. B. ein bedarfsgerechtes Verhältnis von hauptamtlichen und ehrenamtlichen Mitarbeitern).
- e) Die vertragliche Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung soll befördert werden. Um Vertragsabschlüsse zu vereinfachen und im Konfliktfall der Vertragspartner zu zielgerichteten Lösungen zu kommen, wird ein Schiedsverfahren eingeführt.

4. Regelungen und Maßnahmen für stationäre Pflegeeinrichtungen

Rund 2,6 Millionen Menschen sind in Deutschland derzeit pflegebedürftig. Ungefähr 340.000 Menschen jährlich versterben in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Auch wenn die meisten Pflegeeinrichtungen längst erkannt haben, wie wichtig es ist, Menschen in ihrer letzten Lebensphase zu begleiten und ihnen ein würdevolles Sterben zu ermöglichen, gibt es noch Verbesserungsmöglichkeiten.

Ein wichtiges Ziel ist, Pflegefachkräfte mit Blick auf die Versorgung schwerstkranker sterbender Menschen zu schulen. Nur so können wir sicherstellen, dass in allen Regionen ausreichend qualifizierte Fachkräfte mit der erforderlichen Berufserfahrung zur Verfügung stehen.

Neben der Verbesserung der Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Pflegekräfte werden zum Ausbau der Regelversorgung folgende Regelungen vorgeschlagen:

- a) In der Vorschrift zu den leistungsrechtlichen Grundsätzen des SGB XI (§ 28 Abs. 4 SGB XI) wird klargestellt, dass pflegerische Maßnahmen der Sterbebegleitung zu einer Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse in stationärer und ambulanter Pflege im Sinne des SGB XI gehören und demgemäß Bestandteil von Pflege sind (Leistungen anderer Sozialleistungsträger und Einrichtungen, insbesondere Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch sowie Leistungen durch Hospizdienste bleiben jedoch unberührt; sie sind gerade auch Pflegebedürftigen ungeschmälert zugänglich zu machen).
- b) Die verbindlichen Rahmenverträge nach § 75 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 SGB XI gestalten den Rahmen für die von Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen zu Art, Inhalt und Umfang der pflegerischen Versorgung abzuschließenden Einzelverträge. Die Bedeutung von Sterbebegleitung wird durch ausdrückliche Benennung in den gesetzlichen Vorgaben zu den für die Pflegeeinrichtungen geltenden Rahmenverträgen auf Landesebene betont.
- c) Aktuell sind vollstationäre Pflegeeinrichtungen gesetzlich verpflichtet, den Landesverbänden der Pflegekassen zum Zweck der Veröffentlichung in den Transparenzberichten mitzuteilen, wie die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung in der Einrichtung geregelt sind. Diese Mitteilungspflichten werden durch eine Ergänzung in § 114 Abs. 1 und § 115 Abs. 1b SGB XI um die

Pflicht der Mitteilung zur Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz erweitert. Dies stärkt die Vernetzung und Zusammenarbeit aller Beteiligter.

- d) Insbesondere die im Wesentlichen ehrenamtlich tätigen ambulanten Hospizdienste haben häufig Schwierigkeiten, ihrer Bedeutung entsprechend in das Versorgungsgeschehen eingebunden zu werden. Die liegt nicht an mangelnder Bereitschaft, sondern in erster Linie an mangelnder Information der Pflegeeinrichtungen. Die Partner der Rahmenvereinbarung zu ambulanter Hospizarbeit (GKV-Spitzenverband und die Spitzenorganisationen der ambulanten Hospizdienste) werden daher gesetzlich verpflichtet, in der Vereinbarung die ambulante Hospizarbeit in vollstationären Pflegeeinrichtungen besonders zu berücksichtigen (§ 39a Abs. 2 SGB V). Dies ist ein wichtiger Beitrag zur Vernetzung und ermöglicht den Heimbewohnern, die ihnen zustehenden Ansprüche zu realisieren.

- e) Schließlich wird ein (oder mehrere) Modellprojekt(e) im Rahmen der Modellvorschriften des SGB XI unter Einbeziehung der GKV zur konkreten Ausgestaltung der Hospiz- und Palliativversorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen - ggf. gesetzlich - initiiert. Ziel ist es, Erkenntnisse insbesondere über das hausinterne Hospiz- und Palliativangebot und das Zusammenwirken von pflegerischen und hospizlichen Aufgaben in einer stationären Pflegeeinrichtung, die Vernetzung der vollstationären Pflegeeinrichtung mit den umliegenden Versorgern, den Aufwand und die Kosten einer umfassenden Hospiz- und Palliativversorgung, den Koordinierungsaufwand und die Kosten des ggf. zusätzlichen, bisher nicht finanzierten palliativ-pflegerischen Mehraufwands zu erlangen. Für das vom Bundesministerium für Gesundheit bereits vorgesehene Modellprojekt „Sterben in der stationären Langzeitpflege sind für die Jahre 2015 und 2016 insgesamt Mittel von 300.000 Euro vorgesehen.

5. Ärztliche Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Um die ambulante ärztliche Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen weiter zu verbessern, sollen diese stärker in die Organisation der ambulanten ärztlichen Versorgung eingebunden werden. Die Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner erfolgt wegen ihres differenzierten Versorgungsbedarfs am besten durch eine Kooperation mit niedergelassenen Haus- und Fachärzten. Deshalb wird zur Stärkung der praktischen Umsetzung die bisher in § 119b Abs. 1 SGB V geregelte Möglichkeit, Kooperationsvereinbarungen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern abzuschließen, zu einer "Soll"-Vorschrift weiterentwickelt. Die vollstationären Pflegeeinrichtungen sollen eine strukturierte Zusammenarbeit mit der Ärz-

teschaft herstellen und unterhalten, um die ärztliche und gesundheitliche Betreuung in der Einrichtung selbst oder in angemessener anderer Weise zu gewährleisten. Die Offenlegungspflicht gemäß § 114 Abs. 1 SGB XI hat dies wiederzugeben. Zudem ist zu prüfen, ob es innerhalb des Rechtsrahmens des SGB XI weiterer Präzisierungen bedarf, um die Kooperation zwischen Pflegeheimen und niedergelassenen Ärzten zu verbessern.

Vor diesem Hintergrund wird die bestehende gesetzliche Frist (31. Dezember 2015) aufgehoben, innerhalb der auf regionaler Ebene Zuschläge zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen oder von Kooperationsverträgen nach 119b SGB V vereinbart werden können. Künftig wird für die Teilnahme von Vertragsärzten an Kooperationsverträgen ein unbefristeter und obligatorischer Vergütungszuschlag im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgenommen, um die ärztliche Kooperationsleistung flächendeckend finanziell zu fördern. Hierzu wird auf die am 1. Januar 2014 in Kraft getretene Anlage zum Bundesmantelvertrag abgestellt, die die zwischen den vollstationären Pflegeeinrichtungen und Vertragsärzten in Kooperationsverträgen zu regelnden Vertragsinhalte beinhaltet und die im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen sowie den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene vereinbart worden ist. Da es sich hierbei um besonders förderungswürdige Leistungen handelt, erfolgt die Finanzierung des Zuschlags von den Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.

Mit diesen flankierenden Regelungen soll zum einen der Abschluss von Kooperationsvereinbarungen erleichtert und befördert und zum anderen die ärztliche Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen weiter verbessert werden.

6. Etablierung eines regelhaften Beratungsangebots zur individuellen gesundheitlichen Vorausplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen

Ein individuelles, ganzheitliches Beratungsangebot über Hilfen und Angebote zur medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung und Versorgung kann die Angst schwerstkranker Patientinnen und Patienten und Pflegebedürftigen vor Unbekanntem und schwerem Leid in der Sterbephase mindern. Zugleich können gute Koordination und Kooperation dem Wunsch der Betroffenen nach Selbstbestimmung bis zuletzt und Vermeidung ungewollter Behandlungen Rechnung tragen. Die örtliche Netzwerkbildung und spezifische Weiterbildung der Mitarbeiter wird gefördert.

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen können ein Angebot zur individuellen gesundheitlichen Vorausplanung insbesondere für die letzte Lebensphase vorhalten, das Bewohnerinnen und

Bewohner auf freiwilliger Basis nutzen können, um umfassend informiert zu sein und - unterstützt durch professionelle Beratung - selbstbestimmt über Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten entscheiden zu können. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen erhalten als Anreiz zur Etablierung und zum Unterhalt eines Angebots zur individuellen gesundheitlichen Vorausplanung am Lebensende zusätzliche Finanzmittel. Dieses Beratungsangebot wird aufgrund der im Mittelpunkt stehenden medizinischen und versorgungsrelevanten Fragestellungen finanziert werden durch die GKV.

Das individuelle Beratungsangebot zur gesundheitlichen Vorausplanung am Lebensende soll

- auf Wunsch und Willen der Pflegebedürftigen bzw. Patientinnen und Patienten bezüglich medizinischer Abläufe eingehen,
- Notfallszenarien thematisieren (Patientenverfügung) und
- Hilfen und Angebote zur palliativmedizinischen, palliativpflegerischen Begleitung und psycho-sozialen Begleitung (z. B. ambulante Hospizdienste) während des Sterbeprozesses unter möglicher Hinzuziehung der Angehörigen aufzeigen.

Dabei ist von folgenden Grundsätzen auszugehen:

- Pflegeeinrichtungen können ein solches Beratungsangebot selbst organisieren (durch entsprechend qualifiziertes Personal) oder müssen ein solches Beratungsangebot durch Kooperation und Vernetzung mit regionalen Beratungsangeboten (z. B. ambulante Hospizdienste oder stationäre Hospize, SAPV-Teams) sicherstellen.
- In die individuellen Beratung des Patienten ist insbesondere sein Hausarzt oder ein Palliativmediziner einzubeziehen.
- Das Beratungsangebot ist in Intervallen wiederholbar und nach Möglichkeit mit Einbeziehung der Angehörigen zu gestalten.
- Durch Kooperation und Vernetzung mit regionalen Betreuungs- und Versorgungsangeboten ist zudem sicherzustellen, dass eine umfassende medizinische, pflegerische und hospizliche Betreuung - entsprechend der individuell erfolgten Vorausplanung - gewährleistet ist (Einbeziehung der regionalen Versorger einschließlich der Rettungsdienste und Krankenhäuser).
- Professionelle Angebote, kommunales und ehrenamtliches Engagement sollen sich insgesamt ergänzen.

7. Off-Label-Use in der Palliativ- und Hospizversorgung

Ziel der Palliativversorgung ist es, Schmerzen und andere Krankheitsbeschwerden zu lindern. Dabei steht nicht die Verlängerung der Lebenszeit im Mittelpunkt, sondern die Verbesserung der Lebensqualität von schwerstkranken und sterbenden Menschen.

Bereits derzeit können Palliativpatienten Arzneimittel außerhalb ihrer Zulassung erhalten. Dies setzt ein entsprechendes Votum des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung voraus.

Des Weiteren kann für generelle Fragestellungen der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Expertengruppen zur zulassungsüberschreitenden Anwendung von Arzneimitteln, sog. Off-Label-Use, beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte mit der Bewertung eines zugelassenen Arzneimittels in einer Off-Label-Indikation beauftragen. So können Palliativmediziner z. B. bei Atemnot die aus ihrer Sicht notwendige Off-Label-Anwendung von Opioiden über die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zur Prüfung beim G-BA beantragen.

Es soll geprüft werden, bei welchen Indikationen in der Palliativmedizin ein Off-Label-Use notwendig ist, und ob dazu die bestehenden Instrumente ausreichen bzw. ob sie ausreichend genutzt werden. Darüber hinaus soll in Gesprächen mit Palliativmedizinern geklärt werden, welche weiteren Verbesserungen bei der Versorgung mit Arzneimitteln notwendig sind.