

Es wurde aber sehr deutlich, dass eine kontinuierliche Qualitätssicherung des gesamten ACP-Prozesses unabdingbar ist – sowohl bei der Beratung (sog. Facilitation) und der Dokumentation als auch bei der Sicherstellung der Verfügbarkeit und der Beachtung von ACP-Plänen. Mit der Problematik der Erforschung und Qualitätssicherung von ACP beschäftigten sich viele Veranstaltungen intensiv. Hervorzuheben war zudem die interkulturelle Anwendung von ACP (A. van der Heide). Dabei zeigten sich sehr deutliche Unterschiede in der Bedeutung von Patientenautonomie in den verschiedenen Kulturkreisen.

Wie kann ACP erfolgreich implementiert werden?

Hierzu gibt es international bereits große Fortschritte. Vorreiter sind Australien, USA, Neuseeland, England und die Niederlande. Im asiatischen Raum ist ACP nur in Singapur mit einem fortgeschrittenen Projekt vertreten. In Deutschland gibt es das Pilotprojekt „beizeiten begleiten“ in Grevenbroich, von dem schon mehrfach – auch in der Delegiertenversammlung (G. Marckmann) – berichtet wurde. Vor allem das neuseeländische Projekt „Our Voice: To Tatou Reo“. (www.advancedcareplanning.org.nz) wurde in mehreren Vorträgen dargestellt. Auch in Workshops wurden die Methoden dieser sehr bewundernswerten Implementierung bearbeitet. Die Problematik der Umsetzung bei verschiedenen Patientengruppen (Demenz, Krebserkrankungen, Dialysepatienten etc.) sowie innerhalb verschiedener Settings (Hausarztversorgung, Pflegeheim, Krankenhaus) war ebenfalls breiter Gegenstand des Kongresses.

Verabschiedung des Hospiz- und Palliativgesetzes (v.a. § 132g SGB V) noch in 2015

In Bezug auf Deutschland gab es zwei große Veranstaltungen, die besonders das in diesem Jahr zu verabschiedende Hospiz- und Palliativgesetz zum Thema hatten. Hier ist nun im Gesetzentwurf zum § 132g SGB V zum ersten Mal eine „gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ in stationären Pflegeeinrichtungen sowie die Miteinbeziehung der behandelnden Hausärzte und sonstigen Leistungserbringer der vertragsärztlichen

Versorgung vorgesehen. In einer Veranstaltung unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit und einem Vertreter des GKV-Spitzenverbandes wurde aber klar betont, dass dieses Gesetz erst der Anfang einer weiterreichenden Implementierung von ACP sein kann. Verschiedene Probleme mit den Ausführungsbestimmungen, v.a. auch der Finanzierung, wurden diskutiert und der Input von den Vertretern der Institutionen aufmerksam aufgenommen.

Dr. Gregor Scheible, Dr. Ursula Heinssohn

Rechtliche Aspekte des KV-Bereitschaftsdienstes

Ärzte aller Fachgebiete müssen seit April 2015 Bereitschaftsdienste übernehmen. Das beunruhigt einige Mediziner neu hinzugekommener Facharztgruppen, die ihre fachliche Qualifikation für diese Aufgabe anzweifeln. Unter welchen Voraussetzungen wird eine Befreiung vom Bereitschaftsdienst gewährt? Und welche haftungsrechtlichen Anforderungen sind bei der Teilnahme am Bereitschaftsdienst einzuhalten?

Hintergrund der neuen Regelung ist eine von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern initiierte Reform, die seit April 2013 in Bayern in mehreren Phasen umgesetzt wird und seit April 2015 für alle niedergelassenen Ärzte gilt. Die Einbeziehung sämtlicher Fachgebiete soll zu einer Entlastung der bisher diensthabenden Ärzte und zu einer Verbesserung der Strukturen, insbesondere in den ländlichen Regionen, führen. Dort stand bisher nur eine kleine Gruppe von Ärzten – überwiegend Ärzte für Allgemeinmedizin und Internisten – für den Bereitschaftsdienst

zur Verfügung. Extrem häufige Dienste waren die unschöne Folge. Positiv für die Patienten war allerdings, dass es sich überwiegend um erfahrene Ärzte handelte, die teilweise einen Fachkundenachweis im Bereich „Rettungsdienst“ oder die Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ vorweisen konnten.

Pflicht zur Teilnahme

Alle bisher nicht in den Bereitschaftsdienst einbezogenen Ärzte erhielten in den vergangenen Monaten Post von der KV. Per Bescheid wurden sie einer konkre-



Willkommen zur TOP-Ausbildung in Österreich!

Das Bezirkskrankenhaus Reutte in Tirol ist Lehrkrankenhaus der Medizinischen Universität Innsbruck und Wien, ein leistungsstarkes Haus mit breitem medizinischem Spektrum und modernster Infrastruktur.

Wir bieten:

- EU-weit-anerkannte Weiterbildung ohne Wartezeiten
- Hohe Praxisorientierung
- Unterstützung durch ärztliche Mentoren
- Attraktive Freizeitgestaltungsmöglichkeiten
- Fortbildung bestens gefördert
- Günstige Unterkunft
- Hohe Lebensqualität in unserer Region

A. ö. Bezirkskrankenhaus Reutte, Krankenhausstraße 39, 6600 Ehenbichl, Österreich, www.bkh-reutte.at/ÄrztInnenausbildung

Wir suchen:

Ärztin / Arzt zur Weiterbildung für Allgemeinmedizin

Hospitationen selbstverständlich möglich.

Info / Anfragen / Kontakt / Bewerbung

Primar Dr. Eugen Ladner, Ärztlicher Direktor

Tel.: +43 (0) 5672 601-600

Mail: heidemarie.koch@bkh-reutte.at

ten Bereitschaftsdienstgruppe zugeordnet. Einige Ärzte legten hiergegen Rechtsmittel ein, die jedoch bisher überwiegend erfolglos blieben. Das Bundessozialgericht hat in der Vergangenheit bereits wiederholt die grundsätzliche Pflicht eines jeden Vertragsarztes zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst bejaht - aktuell das Bundessozialgericht (BSG) mit Urteil vom 19.08.2015 (Az.: B 6 KA 41/14 R).

Mit der Zulassung als Vertragsarzt unterwerfe sich der Arzt freiwillig Einschränkungen hinsichtlich seiner Berufsausübung. Dies betreffe auch die Pflicht, in den Zeiten außerhalb der Sprechstunden für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung zu stehen. Auf diese Rechtsprechung stützt sich das Sozialgericht München in den aktuellen Fällen. Dass es zu einem Wandel in dieser Rechtsprechung kommt, ist nicht zu erwarten. Rechtsmittel gegen den Bescheid über die Heranziehung zum Bereitschaftsdienst dürften daher wenig aussichtsreich sein. Allerdings gibt es Sonderkonstellationen, die eine Befreiung von der Teilnahme am Bereitschaftsdienst rechtfertigen.

Befreiungsgründe

Bei schwerwiegenden Gründen sieht die Bereitschaftsdienstordnung der KV Bayern eine Befreiungsmöglichkeit vor. Der Arzt muss dazu einen entsprechenden Antrag stellen und diesen mit geeigneten Unterlagen, z.B. einem ärztlichen Attest, begründen. Der Bereitschaftsdienstausschuss prüft dann, ob im konkreten Einzelfall eine vollständige, teilweise, z.B. nur vom Fahrdienst, oder vorübergehende Befreiung erfolgen kann. Dabei handelt es sich um eine behördliche Ermessensentscheidung, d.h. die Befreiung kann, muss aber nicht gewährt werden. Als schwerwiegende Gründe gelten unter anderem eine nachgewiesene Erkrankung oder besonders belastende familiäre Pflichten sowie Schwangerschaft und Kindererziehung bis zu 36 Monate nach der Geburt. Außerdem gelten die Tätigkeit als Belegarzt oder ein besonderer Versorgungsauftrag in der Bereitschaftsdienstordnung als Befreiungsgründe. Die dort ausdrücklich genannten Fälle sind nicht abschließend, andere Konstellationen sind ebenfalls denkbar.

Dass die fachliche Ungeeignetheit eines Arztes zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst einen Befreiungsgrund darstellen kann, ist nach der aktuellen Entscheidung



RAin Anna Brix und RA Dr. Sebastian Almer
(Foto: Ulsenheimer Friederich Rechtsanwälte München)

des BSG praktisch ausgeschlossen. In der Regel wird man, dem Gericht zufolge, dem Arzt zumuten können, sich fortzubilden, oder aber auf eigene Kosten für die Beschäftigung eines Vertreters zu sorgen.

Haftung

Insgesamt zeigt sich, dass nicht alle neu einbezogenen Arztgruppen für die Behandlung von Patienten im Rahmen des kassenärztlichen Bereitschaftsdiensts gut geeignet scheinen. Dies betrifft beispielsweise ärztliche Psychotherapeuten, Radiologen, Labormediziner oder Pathologen, die zu einer akuten Behandlungssituation gerufen werden. Insbesondere für diese Arztgruppen sind haftungsrechtlich folgende Grundsätze zu beachten:

- Anders als vielfach vermutet, ist der Bereitschaftsdienstarzt haftungsrechtlich - im Gegensatz zum Notarzt - nicht privilegiert. Auch ihm droht das bekanntermaßen scharfe Schwert der Arzthaftung. Aus diesem Grund ist es dringend geboten, dass der niedergelassene Vertragsarzt seine Tätigkeit als Bereitschaftsdienstarzt gegenüber seiner Berufshaftpflichtversicherung anzeigt und absichert. Die Belastung des eigenen Versicherungsvertrags durch die Teilnahme am kassenärztlichen Bereitschaftsdienst ist im Rahmen eines Schadensfalls ein viel diskutiertes Thema. Da dem Arzt aber die Honorareinnahmen aus der Behandlung zustehen, ist die Inanspruchnahme der eigenen Versicherung durch den Arzt nur konsequent.
- Auch die neu in den Bereitschaftsdienst einbezogenen Arztgruppen müssen sich bei der Behandlung der Patienten an den aktuellen, allgemein anerkannten fachlichen Standards messen lassen (vgl. § 630 a Abs. 2 BGB). In einem Schadens-

fall kann sich ein Arzt nicht mit dem Hinweis rechtfertigen, zu einer standardgemäßen Behandlung des Patienten mangels Fachkunde nicht in der Lage gewesen zu sein. Sofern ein Arzt in eine Situation kommt, die seine Fachkenntnisse übersteigt, kann von ihm wenigstens die Hinzuziehung eines Notarztes oder die Überweisung des Patienten zur stationären Behandlung verlangt werden. Der haftungsrechtliche Schwerpunkt in diesen Fällen liegt typischerweise auf der Frage, ob der Arzt zur Vermeidung eines Übernahmeverschuldens Anlass haben musste, den Patienten zur weiteren Abklärung in ein Krankenhaus einzuweisen, anstatt eine Behandlung mit eigenen Mitteln zu leisten.

- Aufgrund des Zeitdrucks nachvollziehbar kurz, aus haftungsrechtlicher Sicht aber häufig ein Desaster, sind Dokumentationen von Bereitschaftsdienstärzten. Nach § 630 h Abs. 3 BGB wird vermutet, dass eine Behandlungsmaßnahme, die nicht dokumentiert ist, auch nicht stattgefunden hat. Sofern sich in der Dokumentation also beispielsweise weder die Anamnese noch die durchgeführten Untersuchungen - z.B. Temperatur- und Blutdruckmessung, Auskultation - wiederfinden, wird angenommen, dass diese unterblieben sind. Auch der immer wieder gerne angeführte Hinweis eines betroffenen Arztes, er habe während der Anwesenheit beim Patienten „ja nicht nur zum Fenster rausgeschaut“, ergänzt die Dokumentation nicht in der gewünschten Weise. Aus diesem Grund ist dem Arzt auch hier dringend zu empfehlen, nicht nur die Diagnose, sondern entsprechend seiner gesetzlichen Verpflichtung aus § 630 f Abs. 2 BGB alle wesentlichen Maßnahmen und Untersuchungsergebnisse zu dokumentieren. Sofern dem Arzt der ihm zur Verfügung gestellte „Notfall-Vertretungsschein“ zur Dokumentation nicht ausreicht, sollte er eine gesonderte Dokumentation anlegen. Vorbild kann hier die Dokumentation der Notärzte sein, bei der Routineuntersuchungen bereits vorformuliert sind und nur noch das Ergebnis dieser Untersuchungen eingetragen wird.

RA Dr. Sebastian Almer und
RAin Anna Brix, Fachanwälte für
Medizinrecht, Ulsenheimer Friederich
Rechtsanwälte München, www.uls-frie.de