

Berufsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt

(beschlossen durch die Kammerversammlung am 08.11.1997;
genehmigt mit Maßgabe durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und
Soziales des Landes Sachsen-Anhalt am 26.03.1998;
zuletzt geändert durch Beschluss der Kammerversammlung am
26.04.2014, genehmigt durch das Ministerium für Arbeit und Soziales am
07.05.2014, zuletzt geändert durch Beschluss der Kammerversammlung
am 07.11.2015)

A. Präambel

B. Regeln zur Berufsausübung

I. Grundsätze

- § 1 Aufgaben des Arztes
- § 2 Allgemeine ärztliche Berufspflichten
- § 3 Unvereinbarkeiten
- § 4 Fortbildung
- § 5 Qualitätssicherung
- § 6 Mitteilung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen

II. Pflichten gegenüber Patienten

- § 7 Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln
- § 8 Aufklärungspflicht
- § 9 Schweigepflicht
- § 10 Dokumentationspflichten
- § 11 Ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden §
- § 12 Honorar und Vergütungsabsprachen

III. Besondere medizinische Verfahren und Forschung

- § 13 Besondere medizinische Verfahren
- § 14 Erhaltung des ungeborenen Lebens und Schwangerschaftsabbruch
- § 15 Forschung
- § 16 Beistand für Sterbende

IV. Berufliches Verhalten

1. Berufsausübung

- § 17 Niederlassung und Ausübung der Praxis
- § 18 Berufliche Kooperation
- § 18a Ankündigung von Berufsausübungsgemeinschaften und sonstige Kooperationen
- § 19 Beschäftigung angestellter Praxisärzte
- § 20 Vertretung
- § 21 Haftpflichtversicherung
- § 22 unbesetzt
- § 23 Ärzte im Beschäftigungsverhältnis
- § 23a Ärztegesellschaften
- § 23b Medizinische Kooperationen zwischen Ärztinnen und Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe
- § 23c Beteiligung von Ärzten an sonstigen Partnerschaften
- § 23d Praxisverbund
- § 24 Verträge über ärztliche Tätigkeit
- § 25 Ärztliche Gutachten und Zeugnisse
- § 26 Ärztlicher Bereitschaftsdienst

2. Berufliche Kommunikation

- § 27 Erlaubte Information und berufswidrige Werbung
- § 28 unbesetzt

3. Berufliche Zusammenarbeit

- § 29 Kollegiale Zusammenarbeit
- § 29a Zusammenarbeit mit Dritten

4. Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten

- § 30 Ärztliche Unabhängigkeit
- § 31 Unerlaubte Zuweisung
- § 32 Unerlaubte Zuwendung
- § 33 Zuwendungen bei vertraglicher Zusammenarbeit

C. Anhang

Anhang 1 zu § 4 – Fortbildungsordnung

Anhang 2 zu § 13 – Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion

Anhang 3 zu § 26 - Gemeinsame Bereitschaftsdienstordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

D. In-Kraft-Treten

Gelöbnis

Für jeden Arzt gilt folgendes Gelöbnis:

”Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.

Ich werde meinen Beruf gewissenhaft und würdig ausüben.

Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.

Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren.

Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten und bei der Ausübung meiner ärztlichen Pflichten keinen Unterschied weder aufgrund etwaiger Behinderung noch nach Religion, Nationalität, Rasse, Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung machen.

Ich werde jedem Menschenleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden.

Ich werde meinen Lehrern und Kollegen die schuldige Achtung erweisen. Dies alles verspreche ich auf meine Ehre.”

A. Präambel

Die auf der Grundlage der Kammer- und Heilberufsgesetze beschlossene Berufsordnung stellt die Überzeugung der Ärzteschaft zum Verhalten von Ärzten gegenüber den Patienten, den Kollegen, den anderen Partnern im Gesundheitswesen sowie zum Verhalten in der Öffentlichkeit dar. Dafür geben sich die in Sachsen-Anhalt tätigen Ärztinnen und Ärzte die nachstehende Berufsordnung, in deren Text die Berufsbezeichnung "Arzt" ("Ärzte") einheitlich und neutral für Ärztinnen und Ärzte verwendet wird.

Mit der Festlegung von Berufspflichten der Ärzte dient die Berufsordnung zugleich dem Ziel,

- das Vertrauen zwischen Arzt und Patient zu erhalten und zu fördern;
- die Qualität der ärztlichen Tätigkeit im Interesse der Gesundheit der Bevölkerung sicherzustellen;
- die Freiheit und das Ansehen des Arztberufes zu wahren;
- berufswürdiges Verhalten zu fördern und berufsunwürdiges Verhalten zu verhindern.

B. Regeln zur Berufsausübung

I. Grundsätze

§ 1 Aufgaben des Arztes

- (1) Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.
- (2) Aufgabe des Arztes ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken.

§ 2 Allgemeine ärztliche Berufspflichten

- (1) Der Arzt übt seinen Beruf nach seinem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Er darf keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit seiner Aufgabe nicht vereinbar sind oder deren Befolgung er nicht verantworten kann.
- (2) Die Ärzte haben ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen bei ihrer Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Sie haben dabei ihr ärztliches Handeln am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten. Insbesondere dürfen sie nicht Interessen Dritter über das Wohl der Patientinnen und Patienten stellen.

- (3) Eine gewissenhafte Ausübung des Berufes erfordert insbesondere die notwendige fachliche Qualifikation und die Beachtung des anerkannten Standards der medizinischen Erkenntnisse.
- (4) Der Arzt darf hinsichtlich seiner ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen.
- (5) Der Arzt ist verpflichtet, die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften zu beachten.
- (6) Unbeschadet der in den nachfolgenden Vorschriften geregelten besonderen Auskunftspflicht und Anzeigepflichten hat der Arzt auf Anfragen der Ärztekammer, welche diese zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben bei der Berufsaufsicht an den Arzt richtet, in angemessener Frist zu antworten.
- (7) Werden Ärzte, die in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union niedergelassen sind oder dort ihre berufliche Tätigkeit entfalten, vorübergehend und gelegentlich im Geltungsbereich dieser Berufsordnung grenzüberschreitend ärztlich tätig, ohne eine Niederlassung zu begründen, so haben sie die Vorschriften dieser Berufsordnung zu beachten.

§ 3 Unvereinbarkeiten

- (1) Dem Arzt ist neben der Ausübung seines Berufs die Ausübung einer anderen Tätigkeit untersagt, welche mit den ethischen Grundsätzen des ärztlichen Berufs nicht vereinbar ist. Dem Arzt ist auch verboten, seinen Namen in Verbindung mit einer ärztlichen Berufsbezeichnung in unlauterer Weise für gewerbliche Zwecke herzugeben. Ebenso wenig darf er zulassen, dass von seinem Namen oder vom beruflichen Ansehen des Arztes in solcher Weise Gebrauch gemacht wird.
- (2) Dem Arzt ist untersagt, im Zusammenhang mit der Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit Waren und andere Gegenstände abzugeben oder unter seiner Mitwirkung abgeben zu lassen sowie gewerbliche Dienstleistungen zu erbringen oder erbringen zu lassen, soweit nicht die Abgabe des Produkts oder die Dienstleistung wegen ihrer Besonderheiten notwendiger Bestandteil der ärztlichen Therapie sind.

§ 4 Fortbildung

- (1) Der Arzt, der seinen Beruf ausübt, ist verpflichtet, sich in dem Umfang beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu seiner Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.
- (2) Auf Verlangen muss der Arzt seine Fortbildung nach Absatz 1 gegenüber der Ärztekammer durch ein Fortbildungszertifikat einer Ärztekammer nachweisen.

- (3) Die Voraussetzungen für die Erteilung des Fortbildungszertifikates im Einzelnen regelt die Fortbildungsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt, die Bestandteil dieser Berufsordnung ist (Kapitel C Anhang 1).

§ 5 Qualitätssicherung

Der Arzt ist verpflichtet, an den von der Ärztekammer eingeführten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit teilzunehmen und der Ärztekammer die hierzu erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

§ 6 Mitteilung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen

Ärzte sind verpflichtet, die ihnen aus ihrer ärztlichen Behandlungstätigkeit bekannt werdenden unerwünschten Wirkungen von Arzneimitteln der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und bei Medizinprodukten auftretende Vorkommnisse der zuständigen Behörde mitzuteilen.

II. Pflichten gegenüber Patienten

§ 7 Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln

- (1) Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte des Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen. Das Recht der Patientinnen und Patienten, empfohlene Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen abzulehnen, ist zu respektieren.
- (2) Der Arzt achtet das Recht seiner Patienten, den Arzt frei zu wählen oder zu wechseln. Andererseits ist - von Notfällen oder besonderen rechtlichen Verpflichtungen abgesehen - auch der Arzt frei, eine Behandlung abzulehnen. Den begründeten Wunsch des Patienten, einen weiteren Arzt zuzuziehen oder einem anderen Arzt überwiesen zu werden, soll der behandelnde Arzt in der Regel nicht ablehnen.
- (3) Ärzte haben im Interesse der Patientinnen und Patienten mit anderen Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe im Gesundheitswesen zusammenzuarbeiten. Soweit dies für die Diagnostik und Therapie erforderlich ist, haben sie rechtzeitig andere Ärzte hinzuzuziehen oder ihnen die Patientin oder den Patienten zur Fortsetzung der Behandlung zu überweisen.
- (4) Ärzte dürfen individuelle ärztliche Behandlung, insbesondere auch Beratung, nicht ausschließlich über Print- und Kommunikationsmedien durchführen. Auch bei telemedizinischen Verfahren ist zu gewährleisten, dass ein Arzt die Patientin oder den Patienten unmittelbar behandelt.

- (5) Angehörige von Patientinnen und Patienten und andere Personen dürfen bei der Untersuchung und Behandlung anwesend sein, wenn der verantwortliche Arzt und die Patientin oder der Patient zustimmen.
- (6) Ärzte haben Patientinnen und Patienten gebührende Aufmerksamkeit entgegenzubringen und mit Patientenkritik und Meinungsverschiedenheiten sachlich und korrekt umzugehen.
- (7) Bei der Überweisung von Patientinnen und Patienten an Kolleginnen und Kollegen oder ärztlich geleitete Einrichtungen, haben Ärzte rechtzeitig die erhobenen Befunde zu übermitteln und über die bisherige Behandlung zu informieren, soweit das Einverständnis der Patientinnen oder Patienten vorliegt oder anzunehmen ist. Dies gilt insbesondere bei der Krankenhauseinweisung und -entlassung. Originalunterlagen sind zurückzugeben.
- (8) Ärzte dürfen einer missbräuchlichen Verwendung ihrer Verschreibung keinen Vorschub leisten.

§ 8 Aufklärungspflicht

Zur Behandlung bedarf der Arzt der Einwilligung des Patienten. Der Einwilligung hat grundsätzlich die erforderliche Aufklärung im persönlichen Gespräch voranzugehen.

§ 9 Schweigepflicht

- (1) Der Arzt hat über das, was ihm in seiner Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist - auch über den Tod des Patienten hinaus - zu schweigen. Dazu gehören auch schriftliche Mitteilungen des Patienten, Aufzeichnungen über Patienten, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde.
- (2) Der Arzt ist zur Offenbarung befugt, soweit er von der Schweigepflicht entbunden worden ist oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt. Soweit gesetzliche Vorschriften die Schweigepflicht des Arztes einschränken, soll der Arzt den Patienten darüber unterrichten.
- (3) Der Arzt hat seine Mitarbeiter und die Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf an der ärztlichen Tätigkeit teilnehmen, über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit zu belehren und dies schriftlich festzuhalten.
- (4) Wenn mehrere Ärzte gleichzeitig oder nacheinander denselben Patienten untersuchen oder behandeln, so sind sie untereinander von der Schweigepflicht insoweit befreit, als das Einverständnis des Patienten vorliegt oder anzunehmen ist.

§ 10 Dokumentationspflicht

- (1) Der Arzt hat über die in Ausübung seines Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Diese sind nicht nur Gedächtnisstützen für den Arzt, sie dienen auch dem Interesse des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.
- (2) Der Arzt hat dem Patienten auf dessen Verlangen grundsätzlich in die ihn betreffende Dokumentation Einsicht zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder erhebliche Rechte des Arztes oder Dritter entgegenstehen. Auf Verlangen sind dem Patienten Kopien der Unterlagen gegen Erstattung der Kosten herauszugeben.
- (3) Ärztliche Aufzeichnungen sind für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungspflicht besteht.
- (4) Nach Aufgabe der Praxis hat der Arzt seine ärztlichen Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde gemäß Absatz 3 aufzubewahren oder dafür Sorge zu tragen, dass sie in gehörige Obhut gegeben werden. Der Arzt, dem bei einer Praxisaufgabe oder Praxisübergabe ärztliche Aufzeichnungen über Patienten in Obhut gegeben werden, muss diese Aufzeichnungen unter Verschluss halten und darf sie nur mit Einwilligung des Patienten einsehen oder weitergeben.
- (5) Aufzeichnungen auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien bedürfen besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen, um deren Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern. Der Arzt hat hierbei die Empfehlungen der Ärztekammer zu beachten.
- (6) Der Arzt darf Angaben zur Approbation oder Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes sowie zu Bezeichnungen nach der Weiterbildungsordnung nur durch eine von der Ärztekammer betriebene oder mit der Ärztekammer durch einen Kooperationsvertrag verbundene Zertifizierungsstelle in Signaturschlüssel-Zertifikate oder Attribut-Zertifikate aufnehmen lassen.

§ 11 Ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

- (1) Mit Übernahme der Behandlung verpflichtet sich der Arzt dem Patienten gegenüber zur gewissenhaften Versorgung mit geeigneten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.
- (2) Der ärztliche Berufsauftrag verbietet es, diagnostische oder therapeutische Methoden unter missbräuchlicher Ausnutzung des Vertrauens, der Unwissenheit, der Leichtgläubigkeit oder der Hilflosigkeit von Patienten anzuwenden. Unzulässig ist es auch, Heilerfolge, insbesondere bei nicht heilbaren Krankheiten, als gewiss zuzusichern.

§ 12 Honorar und Vergütungsabsprachen

- (1) Die Honorarforderung muss angemessen sein. Für die Bemessung ist die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die Grundlage, soweit nicht andere gesetzliche Vergütungsregelungen gelten. Der Arzt darf die Sätze nach der GOÄ nicht in unlauterer Weise unterschreiten. Bei Abschluss einer Honorarvereinbarung hat der Arzt auf die Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Zahlungspflichtigen Rücksicht zu nehmen.
- (2) Der Arzt kann Verwandten, Kollegen, deren Angehörigen und mittellosen Patienten das Honorar ganz oder teilweise erlassen.
- (3) Auf Antrag eines Beteiligten gibt die Ärztekammer eine gutachterliche Äußerung über die Angemessenheit der Honorarforderung ab.
- (4) Vor dem Erbringen von Leistungen, deren Kosten erkennbar nicht von einer Krankenversicherung oder von einem anderen Kostenträger erstattet werden, müssen Ärzte die Patientinnen und Patienten schriftlich über die Höhe des nach der GOÄ zu berechnenden voraussichtlichen Honorars sowie darüber informieren, dass ein Anspruch auf Übernahme der Kosten durch eine Krankenversicherung oder einen anderen Kostenträger nicht gegeben oder nicht sicher ist.

III. Besondere medizinische Verfahren und Forschung

§ 13 Besondere medizinische Verfahren

- (1) Bei speziellen medizinischen Maßnahmen oder Verfahren, die ethische Probleme aufwerfen und zu denen die Ärztekammer Empfehlungen zur Indikationsstellung und zur Ausführung festgelegt hat, hat der Arzt die Empfehlungen zu beachten (Kapitel C Anhang 2).
- (2) Soweit es die Ärztekammer verlangt, hat der Arzt die Anwendung solcher Maßnahmen oder Verfahren der Ärztekammer anzuzeigen.

- (3) Vor Aufnahme entsprechender Tätigkeiten hat der Arzt auf Verlangen der Ärztekammer den Nachweis zu führen, dass die persönlichen und sachlichen Voraussetzungen entsprechend den Empfehlungen erfüllt werden.

§ 14 Erhaltung des ungeborenen Lebens und Schwangerschaftsabbruch

- (1) Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, das ungeborene Leben zu erhalten. Der Schwangerschaftsabbruch unterliegt den gesetzlichen Bestimmungen. Der Arzt kann nicht gezwungen werden, einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen oder ihn zu unterlassen.
- (2) Der Arzt, der einen Schwangerschaftsabbruch durchführt oder eine Fehlgeburt betreut, hat dafür Sorge zu tragen, dass die tote Leibesfrucht keiner missbräuchlichen Verwendung zugeführt wird.

§ 15 Forschung

- (1) Ärzte, die sich an einem Forschungsvorhaben beteiligen, bei dem in die psychische und körperliche Integrität eines Menschen eingegriffen oder Körpermaterialien oder Daten verwendet werden, die sich einem bestimmten Menschen zuordnen lassen, müssen sicherstellen, dass vor der Durchführung des Forschungsvorhabens eine Beratung erfolgt, die auf die mit ihm verbundenen berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen zielt und die von einer bei der zuständigen Ärztekammer gebildeten Ethik-Kommission oder von einer anderen, nach Landesrecht gebildeten unabhängigen und interdisziplinär besetzten Ethik-Kommission durchgeführt wird. Dasselbe gilt vor der Durchführung gesetzlich zugelassener Forschung mit vitalen menschlichen Gameten und lebendem embryonalen Gewebe.
- (2) In Publikationen von Forschungsergebnissen sind die Beziehungen des Arztes zum Auftraggeber und dessen Interessen offen zu legen.
- (3) Der Arzt beachtet bei der Forschung am Menschen die in der Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes in der Fassung der 64. Generalversammlung 2013 in Fortaleza niedergelegten ethischen Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen.

§ 16 Beistand für Sterbende

Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und Achtung ihres Willens beizustehen.

IV. Berufliches Verhalten

1. Berufsausübung

§ 17 Niederlassung und Ausübung der Praxis

- (1) Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit außerhalb von Krankenhäusern einschließlich konzessionierter Privatkliniken ist an die Niederlassung in einer Praxis gebunden, soweit nicht gesetzliche Vorschriften etwas anderes zulassen.
- (2) Dem Arzt ist es gestattet, über den Praxissitz hinaus an zwei weiteren Orten ärztlich tätig zu sein. Der Arzt hat Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung seiner Patienten an jedem Ort seiner Tätigkeit zu treffen.
- (3) Die Ausübung ambulant ärztlicher Tätigkeit im Umherziehen ist berufsrechtswidrig. Zum Zwecke der aufsuchenden medizinischen Gesundheitsversorgung kann die Ärztekammer auf Antrag des Arztes Ausnahmen gestatten, wenn sichergestellt ist, dass die beruflichen Belange nicht beeinträchtigt werden und die Berufsordnung beachtet wird.
- (4) Der Praxissitz ist durch ein Praxisschild kenntlich zu machen.

Der Arzt hat auf seinem Praxisschild

- den Namen,
 - die (Fach-) Arztbezeichnung,
 - die Sprechzeiten sowie
 - ggf. die Zugehörigkeit zu einer Berufsausübungsgemeinschaft gemäß § 18 a anzugeben.
- (5) Ärzte, welche nicht unmittelbar patientenbezogen tätig werden, können von der Ankündigung ihrer Praxissitzes durch ein Praxisschild absehen, wenn sie dies der Ärztekammer anzeigen.
 - (6) Ort und Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeiten am Praxissitz sowie die Aufnahme weiterer Tätigkeiten und jede Veränderung hat der Arzt der Ärztekammer unverzüglich mitzuteilen.

§ 18 Berufliche Kooperationen

- (1) Ärztinnen und Ärzte dürfen sich zu Berufsausübungsgemeinschaften, Organisationsgemeinschaften, Kooperationsgemeinschaften und Praxisverbänden zusammenschließen. Der Zusammenschluss zur gemeinsamen Ausübung des Arztberufes kann zum Erbringen einzelner Leistungen erfolgen, sofern er nicht einer Umgehung des § 31 dient. Eine Umgehung liegt insbesondere vor, wenn der Gewinn ohne Grund in

einer Weise verteilt wird, die nicht dem Anteil der von ihnen persönlich erbrachten Leistungen entspricht. Die Anordnung einer Leistung, insbesondere aus den Bereichen Labormedizin, der Pathologie und der bildgebenden Verfahren, stellt keinen Leistungsanteil im Sinne des Satzes 3 dar. Verträge über die Gründung von Teil-Berufsausübungsgemeinschaften sind der Ärztekammer vorzulegen.

- (2) Ärzte dürfen ihren Beruf einzeln oder gemeinsam in allen für den Arztberuf zulässigen Gesellschaftsformen ausüben, wenn ihre eigenverantwortliche, medizinisch unabhängige sowie nicht gewerbliche Berufsausübung gewährleistet ist. Bei beruflicher Zusammenarbeit, gleich in welcher Form, hat jeder Arzt zu gewährleisten, dass die ärztlichen Berufspflichten eingehalten werden.
- (3) Eine Berufsausübungsgemeinschaft ist ein Zusammenschluss von Ärzten untereinander, mit Ärztegesellschaften oder mit ärztlich geleiteten Medizinischen Versorgungszentren, die den Vorgaben des § 23 a Abs. 1 Buchstabe a, b und d entsprechen, oder dieser untereinander zur gemeinsamen Berufsausübung. Eine gemeinsame Berufsausübung setzt die auf Dauer angelegte berufliche Zusammenarbeit selbständiger, freiberuflich tätiger Gesellschafter voraus. Erforderlich ist, dass sich die Gesellschafter in einem schriftlichen Gesellschaftsvertrag gegenseitig verpflichten, die Erreichung eines gemeinsamen Zweckes in der durch den Vertrag bestimmten Weise zu fördern und insbesondere die vereinbarten Beiträge zu leisten. Erforderlich ist weiterhin regelmäßig eine Teilnahme aller Gesellschafter der Berufsausübungsgemeinschaft an deren unternehmerischem Risiko, an unternehmerischen Entscheidungen und an dem gemeinschaftlich erwirtschafteten Gewinn.
- (4) Die Zugehörigkeit zu mehreren Berufsausübungsgemeinschaften ist zulässig. Die Berufsausübungsgemeinschaft erfordert einen gemeinsamen Praxissitz. Eine Berufsausübungsgemeinschaft mit mehreren Praxissitzen ist zulässig, wenn an dem jeweiligen Praxissitz verantwortlich mindestens ein Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft eine ausreichende Patientenversorgung sicherstellt.
- (5) Bei allen Formen der ärztlichen Kooperation muss die freie Arztwahl gewährleistet bleiben.
- (6) Soweit Vorschriften dieser Berufsordnung Regelungen des Partnerschaftsgesellschaftsgesetzes (Gesetz über Partnerschaften Angehöriger Freier Berufe (PartGG) vom 25.07.1994 – BGBl. I S. 1744) einschränken, sind sie vorrangig aufgrund von § 1 Abs. 3 PartGG.
- (7) Alle Zusammenschlüsse nach Absatz 1 sowie deren Änderung und Beendigung sind der zuständigen Ärztekammer anzuzeigen. Sind für die beteiligten Ärzte mehrere Ärztekammern zuständig, so ist jeder Arzt verpflichtet, die für ihn zuständige Kammer auf alle am Zusammenschluss beteiligten Ärzte hinzuweisen.

§ 18 a Ankündigung von Berufsausübungsgemeinschaften und sonstige Kooperationen

- (1) Bei Berufsausübungsgemeinschaften von Ärzten sind – unbeschadet des Namens einer Partnerschaftsgesellschaft oder einer juristischen Person des Privatrechts – die Namen und Arztbezeichnungen aller in der Gemeinschaft zusammengeschlossenen Ärzte sowie die Rechtsform anzukündigen. Bei mehreren Praxissitzen ist jeder Praxissitz gesondert anzukündigen. § 19 Abs. 3¹ gilt entsprechend. Die Fortführung des Namens eines nicht mehr berufstätigen, eines ausgeschiedenen oder verstorbenen Partners ist unzulässig.
- (2) Bei Kooperationen gemäß § 23 b muss sich der Arzt in ein gemeinsames Praxisschild mit den Kooperationspartnern aufnehmen lassen. Bei Partnerschaften gemäß § 23 c darf der Arzt, wenn die Angabe seiner Berufsbezeichnung vorgesehen ist, nur gestatten, dass die Bezeichnung „Arzt“ oder eine andere führende Bezeichnung angegeben wird.
- (3) Zusammenschlüsse zu Organisationsgemeinschaften dürfen angekündigt werden. Die Zugehörigkeit zu einem Praxisverbund gemäß § 23 d kann durch Hinzufügen des Namens des Verbundes angekündigt werden.

§ 19 Beschäftigung angestellter Praxisärzte

- (1) Ärztinnen und Ärzte müssen die Praxis persönlich ausüben. Die Beschäftigung ärztlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Praxis setzt die Leitung der Praxis durch die niedergelassene Ärztin oder den niedergelassenen Arzt voraus. Die Ärztin oder der Arzt hat die Beschäftigung der ärztlichen Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Ärztekammer anzuzeigen.
- (2) In Fällen, in denen der Behandlungsauftrag der Patientin oder des Patienten regelmäßig nur von Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachgebiete gemeinschaftlich durchgeführt werden kann, darf eine Fachärztin oder ein Facharzt als Praxisinhaberin oder Praxisinhaber die für sie oder ihn fachgebietsfremde ärztliche Leistung auch durch eine angestellte Fachärztin oder einen angestellten Facharzt des anderen Fachgebiets erbringen.
- (3) Ärztinnen und Ärzte dürfen nur zu angemessenen Bedingungen beschäftigt werden. Angemessen sind insbesondere Bedingungen, die der beschäftigten Ärztin oder dem beschäftigten Arzt eine angemessene Vergütung gewähren sowie angemessene Zeit zur Fortbildung einräumen und bei der Vereinbarung von Wettbewerbsverboten eine angemessene Ausgleichszahlung vorsehen.

¹ Durch Einfügen des § 19 Abs. 2 gilt der Verweis nunmehr für die Regelung des § 19 Abs. 4.

- (4) Über die in der Praxis tätigen angestellten Ärztinnen und Ärzte müssen die Patientinnen und Patienten in geeigneter Weise informiert werden.

§ 20 Vertretung

- (1) Niedergelassene Ärzte sollen grundsätzlich zur gegenseitigen Vertretung bereit sein; übernommene Patienten sind nach Beendigung der Vertretung zurück zu überweisen. Der Arzt darf sich grundsätzlich nur durch einen Facharzt desselben Fachgebiets vertreten lassen.
- (2) Die Praxis eines verstorbenen Arztes oder Ärztin kann zugunsten seiner Witwe oder ihres Witwers, seines Partners oder ihrer Partnerin nach dem Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft oder eines unterhaltsberechtigten Angehörigen in der Regel bis zur Dauer von sechs Monaten nach dem Ende des Kalendervierteljahres, in dem der Tod eingetreten ist, durch einen anderen Arzt fortgesetzt werden.

§ 21 Haftpflichtversicherung

Der Arzt ist verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit zu versichern.

Sofern im Einzelfall Anlass besteht, hat er auf Verlangen der Ärztekammer den Versicherungsschein oder für den Nachweis einer gleichwertigen Sicherheit geeignete Unterlagen vorzulegen.

§ 22 unbesetzt

§ 23 Ärzte im Beschäftigungsverhältnis

- (1) Die Regeln dieser Berufsordnung gelten auch für Ärzte, welche ihre ärztliche Tätigkeit im Rahmen eines privatrechtlichen Arbeitsverhältnisses oder öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnisses ausüben.
- (2) Auch in einem Arbeits- oder Dienstverhältnis darf ein Arzt eine Vergütung für seine ärztliche Tätigkeit nicht dahingehend vereinbaren, dass die Vergütung den Arzt in der Unabhängigkeit seiner medizinischen Entscheidungen beeinträchtigt.

§ 23 a Ärztegesellschaften

- (1) Ärzte können auch in der Form der juristischen Person des Privatrechts ärztlich tätig sein, ausgenommen hiervon ist weiterhin die Gründung einer Kommanditgesellschaft und einer Offenen Handelsgesellschaft.

Gesellschafter einer Ärztegesellschaft können nur Ärzte und Angehörige der in § 23 b Absatz 1 Satz 1 genannten Berufe sein. Sie müssen in der Gesellschaft beruflich tätig sein.

Gewährleistet sein muss zudem, dass

- a) die Gesellschaft verantwortlich von einem Arzt geführt wird; Geschäftsführer müssen mehrheitlich Ärzte sein,
 - b) die Mehrheit der Gesellschaftsanteile und der Stimmrechte Ärzten zusteht,
 - c) Dritte nicht am Gewinn der Gesellschaft beteiligt sind,
 - d) eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung für jeden in der Gesellschaft tätigen Arzt besteht.
- (2) Der Name der Ärztesgesellschaft des Privatrechts darf nur die Namen der in der Gesellschaft tätigen ärztlichen Gesellschafter enthalten.

Unbeschadet des Namens der Gesellschaft können die Namen und Arztbezeichnungen aller ärztlichen Gesellschafter und der angestellten Ärzte angezeigt werden.

§ 23 b Medizinische Kooperationen zwischen Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe

- (1) Ärzte können sich auch mit selbständig tätigen und zur eigenverantwortlichen Berufsausübung befugten Berufsangehörigen anderer akademischer Heilberufe im Gesundheitswesen oder staatlicher Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen sowie anderen Naturwissenschaftlern und Mitarbeitern sozialpädagogischer Berufe – zusammenschließen (medizinischen Kooperationsgemeinschaft). Die Kooperation ist in der Form einer Partnerschaftsgesellschaft nach dem PartGG oder aufgrund eines schriftlichen Vertrages über die Bildung einer Kooperationsgemeinschaft in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder einer juristischen Person des Privatrechts gemäß § 23 a gestattet. Dem Arzt ist ein solcher Zusammenschluss im Einzelnen nur mit solchen anderen Berufsangehörigen und in der Weise erlaubt, dass diese in ihrer Verbindung mit dem Arzt einen gleichgerichteten oder integrierenden, diagnostischen oder therapeutischen Zweck bei der Heilbehandlung, auch auf dem Gebiete der Prävention und Rehabilitation, durch räumlich nahes und koordiniertes Zusammenwirken aller beteiligten Berufsangehörigen erfüllen können. Darüber hinaus muss der Kooperationsvertrag gewährleisten, dass
- a) die eigenverantwortliche und selbständige Berufsausübung des Arztes gewahrt ist;
 - b) die Verantwortungsbereiche der Partner gegenüber den Patienten getrennt bleiben;

- c) medizinische Entscheidungen, insbesondere über Diagnostik und Therapie, ausschließlich der Arzt trifft, sofern nicht der Arzt nach seinem Berufsrecht den in der Gemeinschaft selbständig tätigen Berufsangehörigen eines anderen Fachberufs solche Entscheidungen überlassen darf;
- d) der Grundsatz der freien Arztwahl gewahrt bleibt;
- e) der behandelnde Arzt zur Unterstützung in seinen diagnostischen Maßnahmen oder zur Therapie auch andere als die in der Gemeinschaft kooperierenden Berufsangehörigen hinzuziehen kann;
- f) die Einhaltung der berufsrechtlichen Bestimmungen der Ärzte, insbesondere die Pflicht zur Dokumentation, das Verbot der berufswidrigen Werbung und die Regeln zur Erstellung einer Honorarforderung, von den übrigen Partnern beachtet wird;
- g) sich die medizinische Kooperationsgemeinschaft verpflichtet, im Rechtsverkehr die Namen aller Partner und ihre Berufsbezeichnungen anzugeben und – sofern es sich um eine eingetragene Partnerschaftsgesellschaft handelt – den Zusatz „Partnerschaft“ zu führen.

Die Voraussetzungen der Buchstaben a – f gelten bei der Bildung einer juristischen Person des Privatrechts entsprechend. Der Name der juristischen Person muss neben dem Namen eines ärztlichen Gesellschafters die Bezeichnung „Medizinische Kooperationsgemeinschaft“ enthalten. Unbeschadet des Namens sind die Berufsbezeichnungen aller in der Gesellschaft tätigen Berufe anzukündigen.

- (2) Die für die Mitwirkung des Arztes zulässige berufliche Zusammensetzung der Kooperation im Einzelnen richtet sich nach dem Gebot des Absatzes 1 Satz 3; es ist erfüllt, wenn Angehörige aus den vorgenannten Berufsgruppen kooperieren, die mit dem Arzt entsprechend seinem Fachgebiet einen gemeinschaftlich erreichbaren medizinischen Zweck nach der Art ihrer beruflichen Kompetenz zielbezogen erfüllen können.

§ 23 c Beteiligung von Ärzten an sonstigen Partnerschaften

Ärzten ist es gestattet, mit Angehörigen anderer Berufe als den in § 23 b beschriebenen in allen Rechtsformen zusammenzuarbeiten, wenn sie nicht die Heilkunde am Menschen ausüben.

§ 23 d Praxisverbund

- (1) Ärzte dürfen, auch ohne sich zu einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammenzuschließen, eine Kooperation verabreden (Praxisverbund), welche auf die Erfüllung eines durch gemeinsame oder gleichgerichtete Maßnahmen bestimmten Versorgungsauftrages oder auf eine andere Form der Zusammenarbeit zur Patientenversorgung, z. B. auf dem Felde der Qualitätssicherung oder Versorgungsbereitschaft, gerichtet ist. Die Teilnahme soll allen dazu bereiten Ärzten ermöglicht werden; soll die Möglichkeit zur Teilnahme beschränkt werden, z. B. durch räumliche oder qualitative Kriterien, müssen die dafür maßgeblichen Kriterien für den Versorgungsauftrag notwendig und nicht diskriminierend sein und der Ärztekammer gegenüber offen gelegt werden. Ärzte in einer zulässigen Kooperation dürfen die medizinisch gebotene oder vom Patienten gewünschte Überweisung an nicht dem Verbund zugehörige Ärzte nicht behindern.
- (2) Die Bedingungen der Kooperation nach Absatz 1 müssen in einem schriftlichen Vertrag niedergelegt werden, der der Ärztekammer vorgelegt werden muss.
- (3) In einer Kooperation nach Absatz 1 können auch Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationskliniken und Angehörige anderer Gesundheitsberufe nach § 23 b einbezogen werden, wenn die Grundsätze nach § 23 b gewahrt sind.

§ 24 Verträge über ärztliche Tätigkeit

Der Arzt soll alle Verträge über seine ärztliche Tätigkeit vor ihrem Abschluss der Ärztekammer vorlegen, damit geprüft werden kann, ob die beruflichen Belange gewahrt sind.

§ 25 Ärztliche Gutachten und Zeugnisse

Bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse hat der Arzt mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen seine ärztliche Überzeugung auszusprechen. Gutachten und Zeugnisse, zu deren Ausstellung der Arzt verpflichtet ist oder die auszustellen er übernommen hat, sind innerhalb einer angemessenen Frist abzugeben. Zeugnisse über Mitarbeiter und Ärzte in Weiterbildung müssen grundsätzlich innerhalb von drei Monaten nach Antragstellung, bei Ausscheiden unverzüglich, ausgestellt werden.

§ 26 Ärztlicher Bereitschaftsdienst

- (1) Die in der ambulanten Versorgung tätigen Ärzte sind verpflichtet, am ärztlichen Bereitschaftsdienst teilzunehmen.

Der Bereitschaftsdienst stellt den Notfalldienst gemäß § 19 Abs. 2 Nr. 2 und § 20 Abs. 2 des Gesetzes über die Kammern für Heilberufe Sachsen-Anhalt dar.

- (2) Die Einrichtung und Durchführung des Bereitschaftsdienstes im Einzelnen regelt die Gemeinsame Bereitschaftsdienstordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt, die Bestandteil dieser Berufsordnung ist (Kapitel C, Anhang 3). Die Verpflichtung zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst gilt für den festgelegten Bereitschaftsdienstbereich.
- (3) Die Einrichtung eines Bereitschaftsdienstes entbindet den behandelnden Arzt nicht von seiner Verpflichtung, für die Betreuung seiner Patienten in dem Umfang Sorge zu tragen, wie es deren Krankheitszustand erfordert.
- (4) Der Arzt hat sich auch für den Bereitschaftsdienst fortzubilden, wenn er nicht auf Dauer von der Teilnahme am Bereitschaftsdienst befreit ist.

2. Berufliche Kommunikation

§ 27 Erlaubte Information und berufswidrige Werbung

- (1) Zweck der nachstehenden Vorschriften der Berufsordnung ist die Gewährleistung des Patientenschutzes durch sachgerechte und angemessene Information und die Vermeidung einer dem Selbstverständnis des Arztes zuwiderlaufenden Kommerzialisierung des Arztberufs.
- (2) Auf dieser Grundlage sind dem Arzt sachlich berufsbezogene Informationen gestattet.
- (3) Berufswidrige Werbung ist dem Arzt untersagt. Berufswidrig ist insbesondere eine anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung. Eine Werbung für eigene oder fremde gewerbliche Tätigkeiten oder Produkte in Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit ist unzulässig. Werbeverbote aufgrund anderer gesetzlicher Bestimmungen bleiben unberührt.
- (4) Der Arzt kann
 1. nach der Weiterbildungsordnung erworbene Bezeichnungen,
 2. nach sonstigen öffentlich-rechtlichen Vorschriften erworbene Qualifikationen,
 3. als solche gekennzeichnete Tätigkeitsschwerpunkte und
 4. organisatorische Hinweise ankündigen.

Die nach Nr. 1 erworbenen Bezeichnungen dürfen nur in der nach der Weiterbildungsordnung zulässigen Form geführt werden. Ein Hinweis auf die verleihende Ärztekammer ist zulässig.

Andere Qualifikationen und Tätigkeitsschwerpunkte dürfen nur angekündigt werden, wenn diese Angaben nicht mit solchen nach geregelter Weiterbildung erworbenen Qualifikationen verwechselt werden können.

- (5) Die Angaben nach Abs. 4 Nr. 1 bis 3 sind nur zulässig, wenn der Arzt die umfassten Tätigkeiten nicht nur gelegentlich ausübt.
- (6) Die Ärzte haben der Ärztekammer auf deren Verlangen die zur Prüfung der Voraussetzungen der Ankündigung erforderlichen Unterlagen vorzulegen. Die Ärztekammer ist befugt, ergänzende Auskünfte zu verlangen

§ 28 unbesetzt

3. Berufliche Zusammenarbeit

§ 29 Kollegiale Zusammenarbeit

- (1) Ärzte haben sich untereinander kollegial zu verhalten. Die Verpflichtung des Arztes, in einem Gutachten, auch soweit es die Behandlungsweise eines anderen Arztes betrifft, nach bestem Wissen seine ärztliche Überzeugung auszusprechen, bleibt unberührt. Unsachliche Kritik an der Behandlungsweise oder dem beruflichen Wissen eines Arztes sowie herabsetzende Äußerungen über dessen Person sind berufswidrig.
- (2) Es ist berufswidrig, einen Kollegen aus seiner Behandlungstätigkeit oder als Mitbewerber um eine berufliche Tätigkeit durch unlautere Handlungen zu verdrängen. Es ist insbesondere berufswidrig, wenn ein Arzt sich innerhalb eines Zeitraums von einem Jahr ohne Zustimmung des Praxisinhabers im Einzugsbereich derjenigen Praxis niederlässt, in welcher er in der Aus- oder Weiterbildung mindestens drei Monate tätig war. Ebenso ist es berufswidrig, in unlauterer Weise einen Kollegen ohne angemessene Vergütung oder unentgeltlich zu beschäftigen oder eine solche Beschäftigung zu bewirken, oder zu dulden.
- (3) Ärzte mit aus einem Liquidationsrecht resultierenden oder anderweitigen Einkünften aus ärztlicher Tätigkeit (z.B. Beteiligungsvergütung) sind verpflichtet, den von ihnen dazu herangezogenen Kolleginnen und Kollegen eine angemessene Vergütung zu gewähren bzw. sich dafür einzusetzen, dass die Mitarbeit angemessen vergütet wird.
- (4) In Gegenwart von Patientinnen und Patienten oder anderen Personen sind Beanstandungen der ärztlichen Tätigkeit und zurechtweisende Belehrungen zu unterlassen. Das gilt auch im Verhältnis von Vorgesetzten und Mitarbeitern und für den Dienst in den Krankenhäusern.
- (5) Die zur Weiterbildung befugten Ärzte haben ihre nach der Weiterbildungsordnung gegenüber Weiterzubildenden bestehenden Pflichten zu erfüllen.
- (6) Ärztinnen und Ärzte dürfen ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht diskriminieren und haben insbesondere die Bestimmungen des Arbeits- und Berufsbildungsrechts zu beachten.

§ 29a Zusammenarbeit mit Dritten

- (1) Ärzten ist es nicht gestattet, zusammen mit Personen, die weder Ärzte sind, noch zu ihren berufsmäßig tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gehören, zu untersuchen oder zu behandeln. Dies gilt nicht für Personen, welche sich in der Ausbildung zum ärztlichen Beruf oder zu einem Fachberuf im Gesundheitswesen befinden.
- (2) Die Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Fachberufe im Gesundheitswesen ist zulässig, wenn die Verantwortungsbereiche des Arztes und des Angehörigen des Fachberufs klar erkennbar voneinander getrennt bleiben.

4. Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten

§ 30 Ärztliche Unabhängigkeit

Ärzte sind verpflichtet, in allen vertraglichen und sonstigen beruflichen Beziehungen zu Dritten ihre ärztliche Unabhängigkeit für die Behandlung der Patientinnen und Patienten zu wahren.

§ 31 Unerlaubte Zuweisung

- (1) Ärzten ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten oder Untersuchungsmaterial oder für die Verordnung oder den Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten ein Entgelt oder andere Vorteile zu fordern, sich oder Dritten versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.
- (2) Sie dürfen ihren Patientinnen oder Patienten nicht ohne hinreichenden Grund bestimmte Ärzte, Apotheken, Heil- und Hilfsmittelerbringer oder sonstige Anbieter gesundheitlicher Leistungen empfehlen oder an diese verweisen.

§ 32 Unerlaubte Zuwendungen

- (1) Ärzten ist es nicht gestattet, von Patientinnen und Patienten oder Anderen Geschenke oder andere Vorteile für sich oder Dritte zu fordern oder sich oder Dritten versprechen zu lassen oder anzunehmen, wenn hierdurch der Eindruck erweckt wird, dass die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung beeinflusst wird. Eine Beeinflussung ist dann nicht berufswidrig, wenn sie einer wirtschaftlichen Behandlungs- oder Verordnungsweise auf sozialrechtlicher Grundlage dient und dem Arzt die Möglichkeit erhalten bleibt, aus medizinischen Gründen eine andere als die mit finanziellen Anreizen verbundene Entscheidung zu treffen.
- (2) Die Annahme von geldwerten Vorteilen in angemessener Höhe ist nicht berufswidrig, sofern diese ausschließlich für berufsbezogene Fortbildung verwendet werden. Der für die Teilnahme an einer wissenschaftlichen Fortbildungsveranstaltung gewährte

Vorteil ist unangemessen, wenn er über die notwendigen Reisekosten und Tagungsgebühren hinausgeht.

- (3) Die Annahme von Beiträgen Dritter zur Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen (Sponsoring) ist ausschließlich für die Finanzierung des wissenschaftlichen Programms ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen und nur in angemessenem Umfang erlaubt. Das Sponsoring und dessen Umfang sind bei der Ankündigung und Durchführung der Veranstaltung offen zu legen.

§ 33 Zuwendungen bei vertraglicher Zusammenarbeit

Soweit Ärzte Leistungen für die Hersteller von Arznei- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten oder die Erbringer von Heilmittelversorgung erbringen (z. B. bei Anwendungsbeobachtungen), muss die hierfür bestimmte Vergütung der erbrachten Leistung entsprechen. Die Verträge über die Zusammenarbeit sind schriftlich abzuschließen und sollen der Ärztekammer vorgelegt werden.

C. Anhang

Anhang 1 zu § 4

Fortbildungsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt

(beschlossen von der Kammerversammlung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt am 09.11.2013)

§ 1 Ziel der Fortbildung

Die Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte dient dem Erhalt und der kontinuierlichen Weiterentwicklung der beruflichen Kompetenz zur Gewährleistung einer hochwertigen Patientenversorgung und Sicherung der Qualität ärztlicher Berufsausübung.

§ 2 Inhalt der Fortbildung

Die Fortbildung vermittelt unter Berücksichtigung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und medizinischer Verfahren das zum Erhalt und zur Weiterentwicklung der beruflichen Kompetenz notwendige Wissen in der Medizin und der medizinischen Technologie. Sie soll sowohl fachspezifische als auch interdisziplinäre und fachübergreifende Kenntnisse, die Einübung von klinisch-praktischen Fähigkeiten sowie die Verbesserung kommunikativer und sozialer Kompetenzen umfassen.

§ 3 Fortbildungsmethoden

- (1) Ärztinnen und Ärzte sind in der Wahl der Fortbildungsmethoden frei. Der Wissenserwerb ist auf das individuelle Lernverhalten auszurichten.
- (2) Geeignete Methoden der Fortbildung sind in § 6 Abs. 3 in den Kategorien A bis K aufgeführt.

§ 4 Förderung der Fortbildung

Die Ärztekammer fördert die Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte durch das Angebot eigener Fortbildungsmaßnahmen sowie durch die Anerkennung geeigneter Fortbildungsmaßnahmen Dritter.

§ 5 Fortbildungszertifikat der Ärztekammer

- (1) Das Fortbildungszertifikat dient dem Nachweis der Erfüllung der Fortbildungspflicht.
- (2) Ein Fortbildungszertifikat wird erteilt, wenn die Ärztin oder der Arzt innerhalb eines der Antragstellung vorausgehenden Zeitraums von fünf Jahren Fortbildungsmaßnahmen abgeschlossen hat, welche in ihrer Summe die nach den Bestimmungen des § 6 ermittelte Mindestbewertung von 250 Punkten erreichen.
- (3) Für den Erwerb des Fortbildungszertifikates können nur die in § 6 Abs. 3 geregelten Fortbildungsmaßnahmen berücksichtigt werden, die nach Maßgabe der §§ 7 bis 10 anerkannt wurden oder nach den §§ 11 und 12 anrechnungsfähig sind.
- (4) Üben Ärztinnen und Ärzte ihren Beruf aufgrund von Mutterschutz, Elternzeit, Pflegezeit oder wegen einer länger als drei Monate andauernden Erkrankung nicht aus, verlängert sich der Zeitraum nach Absatz 2 entsprechend.

§ 6 Bewertung von Fortbildungsmaßnahmen

- (1) Die Fortbildungsmaßnahmen werden mit Punkten bewertet. Die Kategorien und die Bewertungsskala ergeben sich im Einzelnen aus Absatz 3.
- (2) Die „Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung“ der Bundesärztekammer in der jeweils aktuellen Fassung sollen beachtet werden.
- (3) Folgende Kategorien von Fortbildungsmaßnahmen sind für das Fortbildungszertifikat geeignet und werden wie folgt bewertet:

Kategorie A

Vortrag und Diskussion:

1 Punkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit

1 Zusatzpunkt bei dokumentierter Lernerfolgskontrolle pro Fortbildungsmaßnahme

Kategorie B

Mehrtägige Kongresse im In- und Ausland, welche nicht von anderen Kategorien erfasst werden:

3 Punkte pro ½ Tag bzw. 6 Punkte pro Tag

Kategorie C

Fortbildung mit konzeptionell vorgesehener Beteiligung jedes einzelnen Teilnehmers (z. B. Workshop, Arbeitsgruppen, Qualitätszirkel, Peer Review, Balintgruppen, Kleingruppenarbeit, Supervision, Fallkonferenzen, Literaturkonferenzen, praktische Übungen):

1 Punkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit

1 Zusatzpunkt pro Maßnahme bis zu 4 Stunden/höchstens 2 Zusatzpunkte pro Tag

1 weiterer Zusatzpunkt bei dokumentierter Lernerfolgskontrolle pro Fortbildungsmaßnahme

Kategorie D

Fortbildungsbeiträge in Printmedien oder als elektronisch verfügbare Version mit nachgewiesener Qualifizierung durch eine Lernerfolgskontrolle in digitaler bzw. schriftlicher Form:

1 Punkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit bei bestandener Lernerfolgskontrolle

Kategorie E

Selbststudium durch Fachliteratur und -bücher sowie Lehrmittel: Innerhalb dieser Kategorie werden höchstens 50 Punkte für fünf Jahre anerkannt.

Kategorie F

Wissenschaftliche Veröffentlichungen und Vorträge, Autorentätigkeit:

5 Punkte pro wissenschaftliche Veröffentlichung

Referententätigkeit/Qualitätszirkelmoderation/wissenschaftliche Leitung:

1 Punkt pro Beitrag, z. B. Poster/Vortrag, unbenommen der Punkte für die persönliche Teilnahme.

Die maximale Punktzahl in dieser Kategorie beträgt 50 Punkte in fünf Jahren.

Kategorie G

Hospitationen:

1 Punkt pro Stunde, höchstens 8 Punkte pro Tag.

Die maximale Punktzahl in dieser Kategorie beträgt 50 Punkte in fünf Jahren.

Kategorie H

Curricular vermittelte Inhalte, z. B. in Form von curricularen Fortbildungsmaßnahmen, Inhalte von Weiterbildungskursen, die nach der Weiterbildungsordnung für eine Weiterbildungsbezeichnung vorgeschrieben sind, Inhalte von Zusatzstudiengängen:

1 Punkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit **Kategorie I:**

Tutoriell unterstützte Online-Fortbildungsmaßnahme mit nachgewiesener Qualifizierung durch eine Lernerfolgskontrolle in digitaler bzw. schriftlicher Form:

1 Punkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit

1 Zusatzpunkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit bei vollständiger Erfüllung der qualitätssteigernden Kriterien eLearning der Bundesärztekammer

Kategorie K

Blended-Learning-Fortbildungsmaßnahme in Form einer inhaltlich und didaktisch miteinander verzahnten Kombination aus tutoriell unterstützten OnlineLernmodulen und Präsenzveranstaltungen:

1 Punkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit

1 Zusatzpunkt pro 45-minütiger eLearning-Fortbildungseinheit bei vollständiger Erfüllung der qualitätssteigernden Kriterien eLearning der Bundesärztekammer

(4) Die Ärztekammer erlässt ergänzende Richtlinien zur Bewertung der Fortbildungsmaßnahmen.

§ 7 Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen

(1) Die Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen gegenüber dem Veranstalter erfolgt grundsätzlich vor ihrer Durchführung durch die Ärztekammer. Hiervon ausgenommen sind die Kategorien E und F.

(2) Über Maßnahmen der Kategorie F des § 6 Abs. 3 muss die Ärztin oder der Arzt einen geeigneten Nachweis führen.

(3) Die Anerkennung erfolgt für Fortbildungsmaßnahmen, die im Kammergebiet durchgeführt werden; für die Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen der Kategorien D und I ist der Sitz des Anbieters maßgeblich.

§ 8 Voraussetzungen der Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen

- (1) Die Anerkennung einer Fortbildungsmaßnahme setzt voraus, dass
 1. die Fortbildungsinhalte den Zielen dieser Fortbildungsordnung entsprechen;
 2. die Vorgaben der Berufsordnung eingehalten werden;
 3. die Inhalte frei von wirtschaftlichen Interessen sind und Interessenkonflikte des Veranstalters und der Referenten offen gelegt werden.
- (2) Die Fortbildungsmaßnahme soll arztöffentlich sein.
- (3) Für Fortbildungsmaßnahmen der Kategorien des § 6 Abs. 3 muss grundsätzlich eine Ärztin oder ein Arzt als wissenschaftliche Leiterin oder wissenschaftlicher Leiter bestellt und bei Präsenzfortbildungen anwesend sein. Die bestellte wissenschaftliche Leiterin oder der wissenschaftliche Leiter muss eine Selbstauskunft über mögliche Interessenkonflikte vorlegen. Interessenkonflikte des Veranstalters, der wissenschaftlichen Leitung und der Referentinnen und Referenten müssen gegenüber den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Fortbildungsmaßnahme offengelegt werden.

§ 9 Verfahren der Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen

- (1) Zum Anerkennungsverfahren erlässt die Ärztekammer Richtlinien, in denen insbesondere Folgendes geregelt ist:
 1. Antragsfristen;
 2. Inhalt und Form der Anträge und Erklärungen;
 3. Methoden der Lernerfolgskontrolle;
 4. Teilnehmerlisten;
 5. Teilnehmerbescheinigungen;
 6. Weiterleitung der Teilnahmelisten mittels Elektronischem Informationsverteiler (EIV) durch den Veranstalter;
 7. Ergänzende Anforderungen für die Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen bestimmter Kategorien des § 6 Abs. 3.; 8. Gebühren.
- (2) Die Anerkennung erfolgt auf Antrag des Veranstalters. Im Antrag ist die wissenschaftliche Leiterin oder der wissenschaftliche Leiter nach § 8 Abs. 3 zu benennen.
- (3) Der Veranstalter und die wissenschaftliche Leiterin oder der wissenschaftliche Leiter müssen erklären, dass die „Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung“ der Bundesärztekammer in der jeweils gültigen Fassung beachtet werden.

§ 10 Anerkennung von Fortbildungsveranstaltern

Auf Antrag kann einem geeigneten Veranstalter durch die Ärztekammer für bestimmte von ihm geplante und durchgeführte Fortbildungsmaßnahmen im Zuständigkeitsbereich der anerkennenden Kammer die Zusicherung erteilt werden, dass diese ohne Einzelprüfung anerkannt werden. Die Zusicherung erfolgt unter dem Vorbehalt des Widerrufs und kann darüber hinaus mit weiteren Nebenbestimmungen versehen werden. Es ist sicherzustellen, dass der Veranstalter bei der Durchführung dieser Fortbildungsmaßnahmen nachweislich die Bestimmungen der Fortbildungsordnung befolgt.

§ 11 Gegenseitige Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen und Fortbildungszertifikaten

- (1) Die von anderen Ärztekammern anerkannten Fortbildungsmaßnahmen werden für das Fortbildungszertifikat angerechnet.
- (2) Die von anderen Ärztekammern ausgestellten Fortbildungszertifikate werden anerkannt.
- (3) Fortbildungsmaßnahmen, die von einer anderen Heilberufskammer anerkannt wurden, können für das Fortbildungszertifikat der Ärztekammer angerechnet werden.

§ 12 Fortbildung im Ausland

- (1) Im Ausland absolvierte Fortbildungsmaßnahmen sind für das Fortbildungszertifikat anrechnungsfähig, soweit sie den Anforderungen dieser Fortbildungsordnung im Grundsatz entsprechen.
- (2) Die Ärztin oder der Arzt muss einen Nachweis über die Art der Fortbildung führen, der es gestattet, die Einhaltung der Voraussetzungen dieser Fortbildungsordnung zu prüfen.

§ 13 Inkrafttreten

Diese Ordnung tritt am 01.01.2014 in Kraft.

Gleichzeitig tritt die Satzung zum Fortbildungszertifikat der Ärztekammer Sachsen-Anhalt, beschlossen von der Kammerversammlung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt am 16.04.2005, sowie die Richtlinie zur Fortbildungszertifizierung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt, beschlossen vom Vorstand der Ärztekammer Sachsen-Anhalt am 16.03.2005, außer Kraft.

Anhang 2 zu § 13

Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion

1. Begriffsbestimmungen zur assistierten Reproduktion

Als assistierte Reproduktion wird die ärztliche Hilfe zur Erfüllung des Kinderwunsches eines Paares durch medizinische Hilfen und Techniken bezeichnet. In der Regel wird im Zusammenhang mit diesen Verfahren eine hormonelle Stimulation durchgeführt. Darunter versteht man den Einsatz von Medikamenten zur Unterstützung der Follikelreifung, so dass im Zyklus ein oder mehrere Follikel heranreifen.

Die alleinige Insemination (ohne hormonelle Stimulation) sowie die alleinige hormonelle Stimulation (ohne Insemination) sind als Methode nicht von dieser Richtlinie erfasst.

1.1. Insemination

Unter Insemination versteht man das Einbringen des Nativspermas in die Cervix (intra-zervikale Insemination) oder des aufbereiteten Spermas in den Uterus (intrauterine Insemination) oder in die Eileiter (intratubare Insemination).

1.2. GIFT

Unter GIFT (Gamete-Intrafallopian-Transfer; intratubarer Gametentransfer) versteht man den Transfer der männlichen und weiblichen Gameten in den Eileiter.

1.3. Extrakorporale Befruchtung

1.3.1. IVF

Unter In-vitro-Fertilisation (IVF), auch als „extrakorporale Befruchtung“ bezeichnet, versteht man die Vereinigung einer Eizelle mit einer Samenzelle außerhalb des Körpers.

1.3.2. ICSI

Unter der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) versteht man ein Verfahren der IVF, bei dem eine menschliche Samenzelle in eine menschliche Eizelle injiziert wird.

1.4. ET

Die Einführung des Embryos in die Gebärmutter wird als Embryotransfer (ET) bezeichnet, unabhängig davon, ob es sich um den Transfer von einem Embryo (Single-Embryo-Transfer/ SET), von zwei Embryonen (Double-Embryo-Transfer/DET) oder drei Embryonen handelt.

1.5. homologer/heterologer Samen

Als homolog gilt der Samen des Ehemannes oder des Partners in stabiler Partnerschaft. Als heterolog gilt der Samen eines Samenspenders.

1.6. PKD

Bei der Polkörperdiagnostik (PKD) wird eine mütterliche, genetische oder chromosomale Veränderung des haploiden weiblichen Chromosomensatzes durch Beurteilung des ersten und – wenn möglich – auch des zweiten Polkörpers im Ablauf einer IVF vor der Bildung des Embryos untersucht. Es handelt sich um eine indirekte Diagnostik der Eizelle.

1.7. PID

Bei der Präimplantationsdiagnostik (PID) werden in einem sehr frühen Entwicklungsstadium Zellen eines durch extrakorporale Befruchtung entstandenen Embryos entnommen und auf eine Chromosomenstörung oder eine spezifische genetische Veränderung hin untersucht.

Diese Form einer PID ist nicht als Regelungsgegenstand zugrunde gelegt.

2. Medizinische Voraussetzungen für die assistierte Reproduktion

Jeder Anwendung der Maßnahmen der assistierten Reproduktion hat eine sorgfältige Diagnostik bei beiden Partnern vorzuzugehen, die alle Faktoren berücksichtigt, die sowohl für den unmittelbaren Therapieerfolg als auch für die Gesundheit des Kindes von Bedeutung sind. Bei der Wahl der Methode sollten die Dauer des Kinderwunsches und das Alter der Frau Berücksichtigung finden.

2.1. Methoden und Indikationen

Die Voraussetzungen für die Methoden der alleinigen Insemination (ohne hormonelle Stimulation) und der alleinigen hormonellen Stimulation (ohne Insemination) sind durch die Richtlinien nicht geregelt.

2.1.1. Hormonelle Stimulation der Follikelreifung

Indikationen:

- Follikelreifungsstörungen
- leichte Formen männlicher Fertilitätsstörungen

2.1.2. Homologe Insemination

Indikationen:

- leichte Formen männlicher Fertilitätsstörungen nicht erfolgreiche hormonelle Stimulationsbehandlung
- somatische Ursachen (z. B. Hypospadie, retrograde Ejakulation, Zervikal-Kanal-Stenose)
- idiopathische Unfruchtbarkeit

2.1.3. Homologe In-vitro-Fertilisation mit intrauterinem Embryotransfer (IVF mit ET) von einem (SET), von zwei (DET) oder drei Embryonen

Uneingeschränkte Indikationen:

- Tubenverschluss bzw. tubare Insuffizienz
- männliche Fertilitätsstörungen nach erfolgloser Insemination

Eingeschränkte Indikationen:

- Endometriose von hinreichender Bedeutung idiopathische Unfruchtbarkeit

Eine unerklärliche (idiopathische) Unfruchtbarkeit kann nur als Indikation für eine assistierte Reproduktion im Sinne einer IVF-Behandlung angesehen werden, wenn alle diagnostischen Maßnahmen durchgeführt und hormonelle Stimulation, intrauterine und/oder intratubare Insemination nicht erfolgreich waren oder keine hinreichende Aussicht auf Erreichung einer Schwangerschaft darstellen.

2.1.4. Intratubarer Gametentransfer (GIFT)

Indikationen:

- einige Formen männlicher – mit anderen Therapien einschließlich der intrauterinen Insemination nicht behandelbarer – Fertilitätsstörungen idiopathische Unfruchtbarkeit

2.1.5. Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)

Indikationen:

- schwere Formen männlicher Fertilitätsstörungen
- fehlende oder unzureichende Befruchtung bei einem IVF-Versuch

2.1.6. Heterologe Insemination

Indikationen:

- schwere Formen männlicher Fertilitätsstörungen
- erfolglose Behandlung einer männlichen Fertilitätsstörung mit intrauteriner und/oder intratubarer Insemination und/oder In-vitro-Fertilisation und/oder intrazytoplasmatischer Spermieninjektion im homologen System

- ein nach humangenetischer Beratung festgestelltes hohes Risiko für ein Kind mit schwerer genetisch bedingter Erkrankung

Voraussetzung sind funktionsfähige, offene Eileiter.

Beim Einsatz heterologer Spermien sind die Voraussetzungen (s. Kapitel „Voraussetzungen für spezielle Methoden“, Abschnitt „Verwendung von heterologem Samen“) zu beachten.

2.1.7. Heterologe In-vitro-Fertilisation mit intrauterinem Embryotransfer (IVF mit ET), heterologe intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI mit ET)

Indikationen:

- schwere Formen männlicher Fertilitätsstörungen
- erfolgloser Einsatz der intrauterinen und/oder intratubaren Insemination und/oder der In-vitro-Fertilisation und/oder der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion im homologen System (nach Vorliegen der jeweiligen Indikation)
- erfolgloser Einsatz der heterologen Insemination ein nach humangenetischer Beratung festgestelltes hohes Risiko für ein Kind mit schwerer genetisch bedingter Erkrankung

Beim Einsatz heterologer Spermien sind die Voraussetzungen (s. Kapitel „Voraussetzungen für spezielle Methoden“ Abschnitt „Verwendung von heterologem Samen“) zu beachten.

2.1.8 Polkörperdiagnostik (PKD)

Indikationen:

- Erkennung eines spezifischen genetischen einschließlich chromosomalen kindlichen Risikos mittels indirekter Diagnostik der Eizelle
- Erkennung unspezifischer chromosomaler Risiken im Rahmen von IVF zur möglichen Erhöhung der Geburtenrate

Eine Erhöhung der Geburtenrate ist bisher nicht hinreichend belegt.

Die PKD ist an die Anwendung der IVF und ICSI geknüpft, obwohl eine Fertilitätsstörung nicht vorliegen muss. Soweit diese Untersuchungen vor Verschmelzung der Vorkerne erfolgen, ist das Embryonenschutzgesetz nicht berührt.

2.2. Kontraindikationen

Absolute Kontraindikationen:

- alle Kontraindikationen gegen eine Schwangeschaft

Eingeschränkte Kontraindikationen:

- durch eine Schwangerschaft bedingtes, im Einzelfall besonders hohes medizinisches Risiko für die Gesundheit der Frau oder die Entwicklung des Kindes
- psychogene Fertilitätsstörung: Hinweise auf eine psychogene Fertilitätsstörung ergeben sich insbesondere dann, wenn Sexualstörungen als wesentlicher Sterilitätsfaktor angesehen werden können (seltener Geschlechtsverkehr, Vermeidung des Verkehrs zum Konzeptionsoptimum, nicht organisch bedingte sexuelle Funktionsstörung). In diesem Fall soll zuerst eine Sexualberatung/-therapie des Paares erfolgen.

2.3. Humangenetische Beratung

Eine humangenetische Beratung soll die Partner in die Lage versetzen, auf der Grundlage ihrer persönlichen Wertmaßstäbe eine Entscheidung in gemeinsamer Verantwortung über die Vornahme einer genetischen Untersuchung im Rahmen der assistierten Reproduktion und über die aus der Untersuchung zu ziehenden Handlungsoptionen zu treffen. Im Rahmen dieser Beratung sollen ein mögliches genetisches Risiko und insbesondere die mögliche medizinische und ggf. psychische und soziale Dimension, die mit einer Vornahme oder Nicht-Vornahme einer genetischen Untersuchung sowie deren möglichem Ergebnis verbunden ist, erörtert werden.

Eine genetische Untersuchung darf erst vorgenommen werden, nachdem die betreffende Person schriftlich bestätigt hat, dass sie gemäß dem oben genannten Verfahren über die Untersuchung aufgeklärt wurde und in diese eingewilligt hat.

3. Allgemeine Zulassungsbedingungen

Bei der assistierten Reproduktion handelt es sich mit Ausnahme der alleinigen Insemination (ohne hormonelle Stimulation) und der alleinigen hormonellen Stimulation (ohne Insemination) um besondere medizinische Verfahren gem. § 13 i. V. m. § 5 der Berufsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt (BO). Die Ärztin/der Arzt hat bei der Anwendung dieser Verfahren insbesondere das Embryonenschutzgesetz und diese Richtlinie zu beachten.

3.1. Rechtliche Voraussetzungen

3.1.1. Statusrechtliche Voraussetzungen

Methoden der assistierten Reproduktion sollen unter Beachtung des Kindeswohls grundsätzlich nur bei Ehepaaren angewandt werden. Dabei darf grundsätzlich nur der Samen des Ehemannes verwandt werden; sollen Samenzellen eines Dritten verwandt werden, sind die unter 5.3. genannten Voraussetzungen zu beachten.

Methoden der assistierten Reproduktion können auch bei einer nicht verheirateten Frau angewandt werden. Dies gilt nur, wenn die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt zu der Einschätzung gelangt ist, dass

- die Frau mit einem nicht verheirateten Mann in einer festgefügtten Partnerschaft zusammenlebt und
- dieser Mann die Vaterschaft an dem so gezeugten Kind anerkennen wird.

Dabei darf grundsätzlich nur der Samen des Partners verwandt werden; sollen Samenzellen eines Dritten verwandt werden, sind die unter 5.3. genannten Voraussetzungen zu beachten.

3.1.2. Embryonenschutzrechtliche Voraussetzungen

Für die Unfruchtbarkeitsbehandlung mit den genannten Methoden dürfen maximal drei Embryonen einzeitig auf die Mutter übertragen werden (§ 1 Abs. 1 Nrn. 3 u. 5 ESchG). An den zum Transfer vorgesehenen Embryonen dürfen keine Maßnahmen vorgenommen werden, die nicht unmittelbar der Erhaltung der Embryonen dienen.

Beim Einsatz der oben genannten Methoden dürfen nur die Eizellen der Frau befruchtet werden, bei der die Schwangerschaft herbeigeführt werden soll.

3.1.3. Sozialversicherungsrechtliche Voraussetzungen

Sofern Leistungen der Verfahren zur assistierten Reproduktion von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden, sind ferner die Bestimmungen des Sozialgesetzbuches V (insbes. §§ 27a, 92, 121a und 135 ff SGB V) und die Richtlinien über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in der jeweils gültigen Fassung zu beachten.

3.1.4. Berufsrechtliche Voraussetzungen

Jede Ärztin/jeder Arzt, der solche Maßnahmen durchführen will und für sie die Gesamtverantwortung trägt, hat die Aufnahme der Tätigkeit bei der Ärztekammer anzuzeigen und nachzuweisen, dass die fachlichen, personellen und technischen Voraussetzungen erfüllt sind, außerdem hat sie/er an den Maßnahmen der Qualitätssicherung teilzunehmen. Änderungen sind der Ärztekammer unverzüglich anzuzeigen.

Eine Ärztin/ein Arzt kann nicht dazu verpflichtet werden, entgegen ihrer/seiner Gewissensüberzeugung Verfahren der assistierten Reproduktion durchzuführen.

3.2. Information, Aufklärung, Beratung und Einwilligung

Das Paar muss vor Beginn der Behandlung durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt über die vorgesehene Behandlung, die Art des Eingriffs, die Einzelschritte des

Verfahrens, seine zu erwartenden Erfolgsaussichten, Komplikationsmöglichkeiten, Risiken, mögliche Alternativen, sonstige Umstände, denen erkennbar Bedeutung beigemessen wird, und die Kosten informiert, aufgeklärt und beraten werden.

3.2.1. Medizinische Aspekte

Im Einzelnen sind Information, Aufklärung und Beratung insbesondere zu folgenden Punkten zu geben:

- Ablauf des jeweiligen Verfahrens
- Erfolgsrate des jeweiligen Verfahrens
- Möglichkeit einer behandlungsunabhängigen Schwangerschaft
- Zystenbildung nach Stimulationsbehandlung
- Überstimulationsreaktionen
- Nebenwirkungen von Medikamenten
- Operative Komplikationen bei Eizellpunktionen
- Festlegung der Höchstzahl der zu transferierenden Embryonen
- Kryokonservierung für den Fall, dass Embryonen aus unvorhergesehenem Grunde nicht transferiert werden können
- Abortrate in Abhängigkeit vom Alter der Frau
- Eileiterschwangerschaft durch die Stimulation bedingte erhöhte Mehrlingsrate und den damit verbundenen mütterlichen und kindlichen Risiken (u.a. mit Folge der Frühgeburtlichkeit)
- möglicherweise erhöhtes Risiko von Auffälligkeiten bei Kindern insbesondere nach
- Anwendung der ICSI-Methode mögliche Risiken bei neuen Verfahren, deren endgültige Risikoeinschätzung nicht geklärt ist

Neben diesen behandlungsbedingten Risiken müssen Faktoren, die sich auf das Basisrisiko auswirken, (z. B. erhöhtes Alter der Partner, Verwandtenehe) Berücksichtigung finden. Hierzu sollte eine Stammbaumerhebung beider Partner über mindestens drei Generationen hinweg (u. a. Fehlgeburten, Totgeburten, Personen mit körperlichen oder geistigen Behinderungen, andere Familienmitglieder mit Fertilitätsstörungen) durchgeführt werden. Ergeben sich Hinweise auf Chromosomenstörungen oder auf Erkrankungen, die genetisch bedingt sein könnten, so muss über Information und Aufklärung hinaus das Angebot einer humangenetischen Beratung erfolgen und dieses dokumentiert werden.

3.2.2. Psychosoziale Aspekte

Im Einzelnen sind Information, Aufklärung und Beratung insbesondere zu folgenden Punkten zu geben:

- psychische Belastung unter der Therapie (der psychische Stress kann belastender erlebt werden als die medizinischen Schritte der Behandlung)
- mögliche Auswirkung auf die Paarbeziehung
- mögliche Auswirkung auf die Sexualität

- mögliche depressive Reaktion bei Misserfolg
- mögliche Steigerung des Leidensdrucks der Kinderlosigkeit bei erfolgloser Behandlung
- Alternativen (Adoption, Pflegekind, Verzicht auf Therapie)
- mögliche psychosoziale

3.2.3. Aspekte der humangenetischen Beratung

Dem Paar muss über Information und Aufklärung hinaus eine humangenetische Beratung (vgl. Kapitel „Humangenetische Beratung“) insbesondere angeboten werden bei:

- Anwendung der ICSI-Methode im Zusammenhang mit einer schweren Oligo-Astheno-Teratozoospermie oder nicht entzündlich bedingter Azoospermie
- genetisch bedingten Erkrankungen in den Familien einer Polkörperdiagnostik (PKD)
- habituellen Fehl- und Totgeburten
- Fertilitätsstörungen in der Familienanamnese

3.2.4. Aspekte der behandlungsunabhängigen Beratung

Unabhängig von dieser Art der Information, Aufklärung und Beratung muss die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt dem Paar die Möglichkeit einer behandlungsunabhängigen ärztlichen Beratung empfehlen und auf die Möglichkeit einer psychosozialen Beratung hinweisen.

3.2.5. Aspekte der Kostenübernahme

Fragen zur Übernahme der Kosten der Behandlung durch gesetzliche oder private Krankenkassen bzw. Beihilfeträger sind zu erörtern.

3.2.6. Aspekte der Dokumentation

Die erfolgte Information, Aufklärung, Beratung und die Einwilligung der Partner zur Behandlung müssen dokumentiert und von beiden Partnern und der aufklärenden Ärztin/dem aufklärenden Arzt unterzeichnet werden.

4. Fachliche, personelle und technische Voraussetzungen

Die Durchführung der Methoden

- homologe Insemination nach hormoneller Stimulation
- IVF mit ET
- GIFT ICSI
- heterologe Insemination nach hormoneller Stimulation
- heterologe IVF / ICSI
- PKD

als Verfahren setzt die Erfüllung der nachstehend festgelegten fachlichen, personellen und technischen Mindestanforderungen voraus.

Die Anzeige umfasst den Nachweis, dass die sachgerechte Durchführung der erforderlichen Leistungen sowohl fachlich (Ausbildungs- und Qualifikationsnachweis) als auch personell und sachlich (räumliche und apparative Ausstattung) auf den nachstehend genannten Teilgebieten gewährleistet ist.

4.1. Homologe Insemination nach Stimulation

4.1.1. Fachliche Voraussetzungen

Die anwendende Ärztin/der anwendende Arzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe muss über den Schwerpunkt bzw. über die fakultative Weiterbildung „Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin“ gemäß den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern der Länder verfügen.

4.1.2. Technische Voraussetzungen

Folgende Einrichtungen müssen ständig verfügbar bzw. einsatzbereit sein:

- Hormonlabor,
- Ultraschalldiagnostik,
- Labor für Spermiendiagnostik und Spermienpräparation.

4.2. Heterologe Insemination nach Stimulation

Es gelten die gleichen fachlichen und technischen Voraussetzungen wie für die homologe Insemination nach Stimulation (siehe hierzu: 4.1.1. und 4.1.2.).

4.3. IVF mit ET, GIFT, ICSI, PKD

Diese Methoden setzen für die Patientenbetreuung das Zusammenwirken in einer ständig einsatzbereiten interdisziplinären Arbeitsgruppe voraus.

4.3.1. Fachliche Voraussetzungen

Die Leitung bzw. die stellvertretende Leitung der Arbeitsgruppe obliegt Fachärztinnen/Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt bzw. mit der fakultativen Weiterbildung „Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin“. Ihnen obliegt die verantwortliche Überwachung der in dieser Richtlinie festgeschriebenen Maßnahmen.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe müssen über folgende Kenntnisse und Erfahrungen verfügen:

- Endokrinologie der Reproduktion
- Gynäkologische Sonographie
- Operative Gynäkologie
- Reproduktionsbiologie mit dem Schwerpunkt der In vitro - Kultur
- Andrologie
- Psychosomatische Grundversorgung.

Von diesen sechs Bereichen können nur zwei gleichzeitig von einer Ärztin oder Wissenschaftlerin/einem Arzt oder Wissenschaftler der Arbeitsgruppe neben der Qualifikation der Psychosomatischen Grundversorgung verantwortlich geführt werden.

Grundsätzlich müssen andrologisch erfahrene Ärztinnen/Ärzte in Diagnostik und Therapie im Rahmen der assistierten Reproduktion integriert sein.

Die regelmäßige Kooperation mit einer Humangenetikerin/einem Humangenetiker und einer ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutin/einem Psychotherapeuten muss gewährleistet sein.

Es empfiehlt sich weiterhin eine Kooperation mit einer psychosozialen Beratungsstelle.

Falls eine PKD durchgeführt werden soll, obliegt die humangenetische Beratung und die zytogenetische oder molekulargenetische Diagnostik Fachärztinnen/Fachärzten für Humangenetik oder Ärztinnen/Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Medizinische Genetik“.

4.3.2. Technische Voraussetzungen

Folgende Einrichtungen müssen ständig verfügbar bzw. einsatzbereit sein:

- Hormonlabor
- Ultraschalldiagnostik
- Operationsbereitschaft mit Anästhesie-Team
- Labor für Spermiendiagnostik und -präparation
- Labor für In-vitro-Fertilisation, In-vitro-Kultur und ggf. Mikroinjektion
- EDV-gestützte Datenerfassung
- Möglichkeit der Kryokonservierung.

Falls eine PKD durchgeführt werden soll, muss die untersuchende Institution über diagnostische Erfahrung mittels molekulargenetischer und molekular-zytogenetischer Methoden an Einzelzellen verfügen.

5. Voraussetzungen für spezielle Methoden und Qualitätssicherung

5.1. Embryotransfer

Ziel einer Sterilitätstherapie ist die Herbeiführung einer Einlingsschwangerschaft, da diese Schwangerschaft im Vergleich zu Mehrlingsschwangerschaften das geringste Risiko für Mutter und Kind darstellt.

Zwillingsschwangerschaften beinhalten für die Mutter erhöhte Risiken (schwangerschaftsinduzierter Hypertonus, Präeklampsie), die in der Beratung mit zu berücksichtigen sind. Die Risiken für das Kind sind bei Zwillingen im Vergleich zu Einlingen ebenfalls erhöht, wobei besondere Komplikationen bei monozygoten Zwillingsschwangerschaften zu erwarten sind (z. B. fetofetales Transfusionssyndrom).

Höhergradige Mehrlinge (mehr als Zwillinge) sollen verhindert werden, da hierbei sowohl das Leben oder die Gesundheit der Mutter gefährdet als auch die Morbidität und Mortalität der meist frühgeborenen Kinder deutlich erhöht sein können.

Das Risiko besonders für höhergradige Mehrlinge mit allen gesundheitlichen und sozialen Problemen für Kinder und Eltern wiegt so schwer, dass das Ziel, eine Schwangerschaft herbeizuführen, untergeordnet werden muss. Zur Senkung des Mehrlingsrisikos müssen folglich die wesentlichen Parameter wie Alter der Mutter, Anzahl der bisherigen Versuche und Indikation zur Therapie abgewogen werden.

Es ist daher unter Berücksichtigung des aktuellen Wissensstandes zu empfehlen, bei Patientinnen unter 38 Jahren im ersten und zweiten IVF- und/oder ICSI-Versuch nur zwei Embryonen zu transferieren. Wenn von dem Paar der Transfer von drei Embryonen gewünscht wird, darf dieses nur nach ausführlicher Information und Aufklärung über das erhöhte Risiko für höhergradige Mehrlingsschwangerschaften und den damit verbundenen Risiken für Mutter und Kind sowie nach entsprechender Dokumentierung der hiermit verbundenen Gefahren erfolgen.

5.2. Kryokonservierung

Kryokonservierung von Eizellen im Stadium der Vorkerne zur Behandlung der Infertilität von Patientinnen ist zulässig. Kryokonservierung von Embryonen ist nur in Ausnahmefällen zulässig, wenn die im Behandlungszyklus vorgesehene Übertragung nicht möglich ist.

Die weitere Kultivierung von Eizellen im Vorkernstadium darf nur zum Zwecke des Transfers und nur mit der Einwilligung beider Partner vorgenommen werden. Das Paar ist darauf hinzuweisen, dass über konservierte Eizellen im Vorkernstadium beide nur gemeinschaftlich verfügen können. Hierüber ist eine schriftliche Vereinbarung zu treffen.

Die Kryokonservierung von Eizellen ist ebenfalls möglich, jedoch nicht so erfolgreich wie die Kryokonservierung von Eizellen im Vorkernstadium. Die Kryokonservierung von Ovarialgewebe ist als experimentell anzusehen. Im Sinne einer Fertilitätsprotektion können die vorstehenden Maßnahmen auch vor onkologischen Therapien bei Frauen und Mädchen zum Einsatz kommen.

Die Kryokonservierung von ejakulierten, epididymalen und testikulären Spermatozoen bzw. von Hodengewebe kann ohne Einschränkung durchgeführt werden.

5.3. Verwendung von heterologem Samen

5.3.1. Medizinische Aspekte

Der Einsatz von heterologem Samen ist medizinisch zu begründen und es ist darzulegen, warum der Einsatz von homologem Samen nicht erfolgreich war oder nicht zum Einsatz kommen konnte (s. Kapitel „Medizinische Voraussetzungen“ Abschnitt „Heterologe Insemination“).

Die Ärztin/der Arzt hat sicherzustellen, dass

- kein Mischsperma verschiedener Samenspender verwendet wird,
- kein frisches Spendersperma verwendet wird,
- der Samenspender vor der ersten Samenprobe auf HIV I und II untersucht wurde, weitere HIV-Kontrollen in regelmäßigen Abständen von 6 Monaten erfolgt sind,
- die heterologe Insemination mit kryokonserviertem Sperma nur erfolgen darf, wenn es über eine Quarantänezeit von mindestens 180 Tagen gelagert wurde und wenn der Spender auch nach Ablauf dieser Zeit frei von HIV I und II Infektionen geblieben ist und
- eine serologische Untersuchung auf Hepatitis B und C, Treponema pallidum, Cytomegalieviren (Verwendung von CMV-positivem Spendersperma nur für CMV-positive Frauen) durchgeführt wurde.

Dies gilt auch bei der Kooperation mit Samenbanken.

Eine Erfassung von medizinischen und phänotypischen Merkmalen wie Blutgruppe, Augenfarbe, Haarfarbe, Körpergröße, Körperstatur und Ethnie erscheint sinnvoll.

5.3.2. Psychosoziale Beratung

Vor einer heterologen Insemination müssen die künftigen Eltern über die möglichen psycho-sozialen und ethischen Probleme, welche die heterologe Insemination mit sich bringt, beraten werden. Dabei soll auf die künftige Entwicklung ihrer Beziehung sowie auf die Frage der künftigen Aufklärung des Kindes über seine Abstammung besonderes Gewicht gelegt werden. Die Beratung erfolgt im Rahmen eines ärztlichen Gesprächs; dabei soll den künftigen Eltern eine weiterführende, qualifizierte Beratung durch ärztliche oder

psychologische Psychotherapeuten oder auch psychosoziale Beratungsstellen angeboten werden.

5.3.3. Rechtliche Aspekte

Die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt muss sich über die möglichen rechtlichen Folgen der Verwendung von heterologem Samen für alle Beteiligten unterrichten. Unbeschadet dieser eigenverantwortlich durchzuführenden Unterrichtung wird empfohlen, folgende Grundsätze zu beachten:

5.3.3.1. Unterrichtung über Rechtsfolgen

Die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt sollte sich vor der Verwendung von heterologem Samen vergewissern, dass der Samenspender und die künftigen Eltern über mögliche rechtliche Konsequenzen unterrichtet worden sind.

5.3.3.2 Dokumentation

Die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt muss

- die Identität des Samenspenders und die Verwendung der Samenspende dokumentieren;
- außerdem muss sie/er dokumentieren, dass sich der Samenspender mit der Dokumentation von Herkunft und Verwendung der Samenspende und für den Fall eines an sie/ihn gerichteten Auskunftsverlangens des Kindes mit einer Bekanntgabe seiner Personalien einverstanden erklärt hat,
- dass sich die künftigen Eltern mit der Verwendung von heterologem Samen und der Dokumentation von Herkunft und Verwendung der Samenspende einverstanden erklärt haben und die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt
- für den Fall eines an diese/diesen gerichteten Auskunftsverlangens des Kindes oder eines der künftigen Elternteile von ihrer/seiner Schweigepflicht entbunden haben.

Dies gilt auch für den Fall, dass die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt mit einer Samenbank kooperiert; die Dokumentation kann nicht auf die Samenbank delegiert werden. Ausnahmen sind nur im Fall der Kooperation mit einer Samenbank und nach Prüfung und Beratung durch die Ärztekammer zulässig.

5.4. Verfahrens- und Qualitätssicherung

Erforderlich sind die Qualitätssicherung der medizinisch angewendeten Verfahren und deren Dokumentation.

5.4.1. Dokumentation

Zum Zwecke der Verfahrens- und Qualitätssicherung hat die Leiterin bzw. der Leiter der Arbeitsgruppe jährlich einen Bericht über die Arbeit der Arbeitsgruppe vorzulegen. Im Einzelnen müssen mindestens dokumentiert werden:

- homologe Insemination nach hormoneller Stimulation
- IVF mit ET
- GIFT ICSI
- heterologe Insemination nach hormoneller Stimulation
- heterologe IVF / ICSI PKD

bezüglich:

- Alter der Patientin
- Indikation der Methoden
- Verlauf der Stimulation
- Anzahl und Befruchtungsrate der inseminierten Eizellen bei IVF / ICSI
- Anzahl der transferierten Eizellen bei GIFT
- Anzahl der transferierten Embryonen bei IVF / ICSI
- Schwangerschaftsrate
- Geburtenrate
- Fehlgeburten
- Eileiterschwangerschaften
- Schwangerschaftsabbrüche
- Mehrlingsrate
- Fehlbildungen.

Die Beurteilung dieser Kriterien ist nur auf der Grundlage einer prospektiven Datenerfassung möglich. Konkret bedeutet die Prospektivität der Datenerhebung, dass die ersten Angaben zum Behandlungszyklus innerhalb von 8 Tagen nach Beginn der hormonellen Stimulation eingegeben werden sollen. Dies ist notwendig, um eine nachträgliche Selektion nach erfolgreichen und nicht erfolgreichen Behandlungszyklen und somit eine bewusste oder unbewusste Manipulation der Daten zu vermeiden.

Durch die prospektive Erfassung der Daten wird eine Auswertung i. S. der Qualitätssicherung ermöglicht, die nicht nur der interessierten Ärztin/dem interessierten Arzt, sondern auch der interessierten Patientin den Behandlungserfolg sowie die Bedeutung eventuell beeinflussender Faktoren transparent macht.

5.4.2. Weitere Regelungen

Soweit die Behandlung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht wird, sind neben den vorstehenden Regelungen die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 SGB V zu beachten.

5.4.3. Zuständige Kommissionen bei den Ärztekammern

Die Ärztekammer bildet eine Ständige Kommission, welche die Einhaltung der fachlichen, personellen und technischen Voraussetzungen prüft. Zugleich prüft die Kommission die Qualität der Arbeitsgruppen verfahrens- und ergebnisbezogen und berät sie. Ihr gehören geeignete Ärztinnen/Ärzte und Juristinnen/Juristen an, wobei mindestens eine Ärztin/ein Arzt Erfahrungen in der Reproduktionsmedizin haben muss.

Die Kommission kann sich in speziellen Fragen durch Vertreter anderer Gebiete ergänzen.

5.4.4. Meldung von Verstößen

Verdacht auf Verstöße gegen die Richtlinie, auch auffälliges Ausbleiben der Dokumentationen nach 5.4.1, sind der zuständigen Ärztekammer zu melden.

5.5. Berufsrechtliche Folgen

Die Nichtbeachtung des ESchG und dieser Richtlinie kann neben den strafrechtlichen auch berufsrechtliche Sanktionen nachsichziehen.



Anhang 3 zu § 26

Gemeinsame Bereitschaftsdienstordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

Gemeinsame Bereitschaftsdienstordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

§ 1 Grundsätze

- (1) Der Bereitschaftsdienst umfasst die Versorgung von Patienten mit akuten gesundheitlichen Beeinträchtigungen, denen ein Zuwarten bis zur Versorgung zu den üblichen Sprechstundenzeiten der ambulanten Versorgung nicht zuzumuten ist.

Der Bereitschaftsdienst hat die örtlichen Gegebenheiten und Erfordernisse der medizinischen Versorgung der Patienten zu berücksichtigen.

- (2) Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt stellt die ambulante Versorgung auch außerhalb der üblichen Sprechzeiten im Rahmen eines Bereitschaftsdienstes nicht nur für die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern auch für die gesetzlich nicht versicherten Patienten sicher.

Die Ärztekammer Sachsen-Anhalt überwacht die ärztliche Tätigkeit im Bereitschaftsdienst berufsrechtlich.

- (3) Die Einrichtung eines Bereitschaftsdienstes entbindet den behandelnden Arzt nicht von seiner Verpflichtung, Patienten entsprechend den medizinischen Erfordernissen zu versorgen. Ist die Notwendigkeit der Fortsetzung einer Behandlung außerhalb der Sprechstundenzeiten absehbar, hat der behandelnde Arzt für die Fortsetzung der Behandlung Sorge zu tragen.
- (4) Der zum Bereitschaftsdienst eingeteilte Arzt kann Patienten durch Hausbesuche, Einbestellungen in die Praxis oder telefonische Beratung, je nach medizinischer Notwendigkeit und/oder den Umständen des konkreten Falles entsprechend versorgen. Während des Dienstes mit Aufgabenteilung zwischen Fahrdienst- und Bereitschaftspraxis, ist der Arzt an die jeweilige Dienstart Fahrdienst und Bereitschaftspraxis gebunden, solange die komplementären Versorgungsangebote vorgehalten werden.

§ 2 Teilnahme am Bereitschaftsdienst

- (1) Zur Teilnahme am allgemeinen ärztlichen Bereitschaftsdienst sind diejenigen Ärzte verpflichtet, die an der ambulanten Versorgung und nicht an einem durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt eingerichteten fachgebietlichen Bereitschaftsdienst genehmigt teilnehmen.

Eine Ausnahme stellen lediglich die nach § 116 SGB V ermächtigten Ärzte bzw. Ärzte in ermächtigten Einrichtungen nach § 116 ff SGB V, § 31 a Abs. 1 Ärzte-ZV dar. Aus der Teilnahme an einem öffentlich rechtlichen Versorgungssystem und der damit verbundenen Sozialbindung und aus dem Kammergesetz folgt die Verpflichtung zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst.

- (2) Die Heranziehung erfolgt durch Übersendung des Bereitschaftsdienstplanes, mit dem der Arzt zum Bereitschaftsdienst eingeteilt wird. Im Dienstplan wird der zur Teilnahme verpflichtete Arzt namentlich aufgeführt. Die Einteilung erfolgt bei Medizinischen Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V und zugelassenen oder privat niedergelassenen Ärzten, die angestellte Ärzte beschäftigen, durch Benennung des Zulassungsinhabers oder privat niedergelassenen Arztes und des ihm zugeordneten angestellten Arztes im Bereitschaftsdienstplan. Sind zugelassene Vertragsärzte für Medizinische Versorgungszentren tätig, gilt die vorgenannte Regelung entsprechend. Der Umfang der Verpflichtung zur Teilnahme richtet sich für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Medizinische Versorgungszentren und Einrichtungen nach dem Umfang des vom Zulassungsausschuss bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt erteilten Versorgungsauftrages sowie der ggf. zusätzlich erteilten Genehmigung zur Anstellung eines Arztes oder weiteren übernommenen Versorgungsaufträgen, wie z. B. für das Medizinische Versorgungszentrum tätige zugelassene Vertragsärzte. Ärzte, die ihren Beruf in der Organisationsform einer Berufsausübungsgemeinschaft ausüben, werden gleichwohl so häufig zum Bereitschaftsdienst herangezogen, wie es ihrem persönlich übertragenen Versorgungsauftrag entspricht. Im Falle der Genehmigung oder Ermächtigung zur Tätigkeit in einer Nebenbetriebsstätte richtet sich die Verpflichtung zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst nach der Bestimmung der Genehmigung oder Ermächtigung, welche auch nachträglich abgeändert werden kann. Ärzte, die nach § 101 Abs. 1 Nr. 4 oder 5 SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, werden nicht gesondert berücksichtigt.
- (3) Der Bereitschaftsdienst ist grundsätzlich persönlich auszuführen. Die Verantwortung zur Durchführung des Bereitschaftsdienstes verpflichtet den zum Bereitschaftsdienst eingeteilten Arzt, für die Besetzung seines Dienstes auch im Vertretungsfall Sorge zu tragen. Eine Vertretung kann im Ausnahmefall durch einen anderen geeigneten approbierten Arzt erfolgen bzw. durch einen geeigneten Arzt, der gem. § 10 der Bundesärzteordnung die Erlaubnis zur Ausübung einer selbständigen ärztlichen Tätigkeit besitzt.

- (4) Eine Freistellung ist nur aus schwerwiegenden Gründen möglich und grundsätzlich nur befristet zu erteilen.
- (5) Bevor eine Freistellung erteilt werden kann, ist auszuschließen, dass
- a) die zwingende Notwendigkeit der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung eine Befreiung vom Bereitschaftsdienst ausschließt,
 - b) dem Arzt auferlegt werden kann, den Bereitschaftsdienst auf eigene Kosten von einem geeigneten Vertreter wahrnehmen zu lassen,
 - c) dem betreffenden Arzt eine ärztliche Tätigkeit anderer Art im Rahmen des organisierten Bereitschaftsdienstes zugemutet werden kann; hier kommt insbesondere in Betracht:
 - Bereitschaft für Bereitschaftsdienstleistungen in den Räumen der eigenen Praxis oder in einer eingerichteten Bereitschaftspraxis oder Bereitschaftsdiensttelefonzentrale bzw. an einer anderen dazu vorgesehenen Stelle,
 - telefonische ärztliche Beratung in einer Bereitschaftsdiensttelefonzentrale oder Bereitschaftsdienstpraxis,
 - Dienst im Rahmen der Rufbereitschaft als Ersatz für den Vordergrunddienst.
- (6) Auch im Falle der Freistellung eines Arztes von der Teilnahme am Bereitschaftsdienst ist der Arzt unter Berücksichtigung des Gedankens der Durchführung des Bereitschaftsdienstes als gemeinsame solidarische Aufgabe der Ärzteschaft an den Kosten für die Aufrechterhaltung des Bereitschaftsdienstes zu beteiligen.
- (7) Über eine Freistellung vom Bereitschaftsdienst entscheidet die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt, bei ambulant tätigen Ärzten, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, die Ärztekammer Sachsen-Anhalt im Benehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt.
- Über den Widerspruch gegen eine Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung entscheidet der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt im Benehmen mit der Ärztekammer Sachsen-Anhalt.
- (8) In Fällen, in denen die sofortige Vollziehung im öffentlichen Interesse oder im überwiegenden Interesse eines Beteiligten ist, kann der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt bzw. die Ärztekammer Sachsen-Anhalt die sofortige Vollziehung der getroffenen Entscheidung anordnen.

§ 3 Bereitschaftsdienstbereiche

- (1) Die Bereitschaftsdienstbereiche sind flächendeckend zu bilden. Die Bereitschaftsdienstbereiche ergeben sich aus der Anlage der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt. Innerhalb von Bereitschaftsdienstbereichen können organisatorische Teilbereiche durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt mit Bescheid gegenüber den betroffenen Ärzten gebildet werden.
- (2) Aus dem jeweiligen Bereitschaftsdienstbereich werden die Ärzte nach Maßgabe des § 2 zum Bereitschaftsdienst herangezogen.

§ 4 Organisation des Bereitschaftsdienstes

- (1) Der Bereitschaftsdienst ist in den einzelnen Bereitschaftsdienstbereichen mittels zentralisierter Strukturen durchzuführen. In allen Bereitschaftsdienstbereichen des allgemeinen ärztlichen Bereitschaftsdienstes bestehen Fahrdienste. Hierfür schließt die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt Verträge mit geeigneten Fahrdiensttanbietern ab oder stellt geeignete Strukturen zur Verfügung.
- (2) Die weitere Organisation des Bereitschaftsdienstes wird von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt mittels Bescheid im Benehmen mit den zuständigen Bereitschaftsdienstausschüssen gegenüber den betroffenen Ärzten geregelt. In den Kreisstellen soll durch den Kreisstellensprecher und die jeweiligen Dienstplanverantwortlichen ein Bereitschaftsdienstausschuss gebildet werden.

Steht in den Kreisstellen kein Kreisstellensprecher und/oder Bereitschaftsdienstausschuss als Ansprechpartner zur Verfügung, entscheidet die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt ohne Benehmensherstellung. In Fällen, in denen die sofortige Vollziehung im öffentlichen Interesse oder im überwiegenden Interesse eines Beteiligten ist, kann der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt bzw. die Ärztekammer Sachsen-Anhalt die sofortige Vollziehung der getroffenen Entscheidung anordnen.

- (3) Anträge von Ärzten auf Freistellung oder Änderung des Bereitschaftsdienstes werden von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt im Benehmen mit dem Kreisstellensprecher und/oder dienstplanverantwortlichem Arzt entschieden, soweit nicht gemäß § 2 Abs. 7 die Ärztekammer Sachsen-Anhalt zuständig ist. Der Kreisstellensprecher und der Dienstplanverantwortliche werden über die getroffene Entscheidung in Kenntnis gesetzt.
- (4) Die Organisation gemäß Abs. 2 kann beispielweise die Einrichtung
 - a) einer mit fachkundigem Personal besetzten Bereitschaftsdienstzentrale, die den Einsatz des Bereitschaftsarztes vermittelt,

- b) einer ärztlich besetzten Bereitschaftspraxis, die zur Bereitschaftsbehandlung gehfähiger Patienten dient, vor allem in Kernstädten mit mehr als 100.000 Einwohnern,

umfassen.

§ 5 Bereitschaftsdienst für Fachgebiete

- (1) Bei entsprechendem Bedarf können für einzelne medizinische Fachgebiete von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt besondere Bereitschaftsdienste eingerichtet werden. Die daran teilnehmenden Ärzte sind von dem allgemeinen Bereitschaftsdienst freigestellt. Insofern gilt § 2 Abs. 3 bis 6 der Bereitschaftsdienstordnung entsprechend.

Die fachgebietlichen Bereitschaftsdienste sind vor Einrichtung und in geeigneten Abständen zu überprüfen, ob die Durchführung des allgemeinen ärztlichen Bereitschaftsdienstes durch die Begründung des fachgebietsbezogenen Bereitschaftsdienstes nicht mehr gewährleistet werden kann oder die Belastung für die im allgemeinen Bereitschaftsdienst verbleibenden Ärzte unverhältnismäßig hoch durch die Dienstbelastung wird.

- (2) Ist ein fachgebietlicher Bereitschaftsdienst begründet worden, sind diese Fachärzte verpflichtet, neben der Durchführung eines Bereitschaftsdienstes in der eigenen Praxis oder vorrangig in einer eingerichteten Bereitschaftspraxis, dem am allgemeinen ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmenden Arzt zur konsiliarischen Beratung zur Verfügung zu stehen.
- (3) Ist der Bedarf für die Einrichtung eines fachgebietlichen Bereitschaftsdienstes nicht mehr gegeben, ist dieser von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt aufzulösen. Die Gebietsärzte sind dann wieder zum allgemeinen ärztlichen Bereitschaftsdienst heranzuziehen.

§ 6 Dauer des Bereitschaftsdienstes

Beginn und Ende des Bereitschaftsdienstes werden durch den Kreisstellensprecher der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt vorgeschlagen. Unter Berücksichtigung des § 1 Abs. 1 entscheidet der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt mit verbindlicher Wirkung.

§ 7 Einteilung/Bekanntmachung

- (1) Die Einteilung zum Bereitschaftsdienst hat unter Berücksichtigung des Gleichbehandlungsgrundsatzes zu erfolgen.

Die Einteilung soll für mindestens zwei Monate im Voraus vorgenommen werden.

Dieser Plan wird von einem Arzt, der im Bereitschaftsdienstbereich niedergelassen ist, erstellt.

Kommt zwischen den für den Bereitschaftsdienst verantwortlichen Ärzten im Bereitschaftsdienstbereich keine Einigung über den dienstplanverantwortlichen Arzt bzw. die Ausgestaltung der Bereitschaftsdienstpläne zustande, übernimmt die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt die verbindliche Einteilung für ein Jahr. Kommt danach immer noch keine Einigung zustande, geht die Befugnis zur Einteilung dauerhaft auf die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt über.

- (2) Der Bereitschaftsdienstplan ist der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt und den örtlichen Einsatzleitstellen des Rettungsdienstes zur Verfügung zu stellen. Jeder ambulant tätige Arzt ist verpflichtet, in seiner Praxis einen Hinweis anzubringen, der auf die Erreichbarkeit des Bereitschaftsdienstes über die Bereitschaftsdienstnummer 116117 hinweist.

§ 8 Pflichten des Bereitschaftsdienstarztes

- (1) Der zum Bereitschaftsdienst eingeteilte Arzt hat den Bereitschaftsdienst durchzuführen. Er muss ständig im Bereitschaftsdienstbereich erreichbar sein. Es reicht nicht aus, einen Anrufbeantworter o. ä. bereitzuhalten. Ist aus zwingenden Gründen eine vorübergehende Abwesenheit erforderlich, hat der diensthabende Arzt dafür Sorge zu tragen, dass Hilfesuche von einer geeigneten Person entgegengenommen und unverzüglich an ihn weitergeleitet werden. Steht ausnahmsweise eine geeignete Person hierfür nicht zur Verfügung, muss die ständige und unmittelbare Erreichbarkeit des diensthabenden Arztes durch technische Einrichtungen, wie z. B. Mobilfunktelefon o. ä. gewährleistet sein. Die bestehenden Fahrdienste sind durch die diensthabenden Ärzte zu nutzen.
- (2) Wenn der zum Bereitschaftsdienst verpflichtete Arzt durch Krankheit oder sonstige wichtige Gründe an der Teilnahme am Bereitschaftsdienst verhindert ist, hat er von sich aus für eine ausreichende Vertretung zu sorgen. Er ist weiter verpflichtet, die entsprechenden Stellen, wie in § 7 Abs. 2 genannt, zu benachrichtigen. Tritt ein Arzt einen Bereitschaftsdienst nicht an, ohne für eine Vertretung zu sorgen, können disziplinarische Maßnahmen durch die zuständige Körperschaft eingeleitet werden.
- (3) Organisatorische Regelungen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt nach § 4 Abs. 2, die im Benehmen mit dem Kreisstellensprecher bzw. dem Bereitschaftsdienstausschuss getroffen wurden, wie z. B. Bereitschaftspraxen und Bereitschaftsdienstzentralen, sind für die zum Bereitschaftsdienst verpflichteten oder sonst teilnehmenden Ärzte verbindlich.

- (4) Ergeben sich aus der Bereitschaftsdiensttätigkeit des Arztes Meinungsverschiedenheiten, so sind diese unter den beteiligten Ärzten zu klären. Ist dies nicht möglich, so sind diese Angelegenheiten der für die Regelung des Bereitschaftsdienstes verantwortlichen Stelle vorzulegen.

§ 9 Weiterbehandlung

- (1) Behandlungen, die vor Beginn der Bereitschaftsdienstzeit erbeten werden, sind grundsätzlich von dem gerufenen Arzt selbst auszuführen. Eine Behandlungsanmeldung, die während des Bereitschaftsdienstes eingegangen ist, muss auch nach dessen Beendigung noch ausgeführt werden, sofern nicht der Hausarzt bzw. der vorbehandelnde Arzt bereit ist, die weitere Behandlung zu übernehmen. Liegen in einem mit einem Fahrdienst ausgestatteten Bereitschaftsdienstbereich nach Ende des jeweiligen Bereitschaftsdienstes noch weitere Behandlungsanmeldungen vor, können diese nach vorheriger einvernehmlicher Absprache auch vom direkt nachfolgenden diensthabenden Arzt übernommen werden. In diesem Fall sind die offenen Behandlungsanmeldungen durch den zuletzt diensthabenden Arzt an den danach diensthabenden Arzt persönlich zu übermitteln.
- (2) Der diensthabende Arzt hat dafür Sorge zu tragen, dass die erhobenen Befunde und ggf. eingeleitete therapeutische Maßnahmen dem weiterbehandelnden Arzt zeitnah mitgeteilt werden. Dazu kann der dafür vorgesehene Durchschlag des Notfallscheins dem Patienten ausgehändigt oder umgehend per Post versandt werden.
- (3) Eine Weiterbehandlung von Patienten anderer Ärzte, die im Bereitschaftsdienst versorgt wurden, ist grundsätzlich nicht zulässig.

§ 10 Epidemien

- (1) Bei Epidemien oder bei sonstigen außergewöhnlichen Situationen kann von diesen Bestimmungen abgewichen werden. Die Ärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt treffen die für die Dauer der außergewöhnlichen Situation geeigneten Maßnahmen.
- (2) Bei drohenden Epidemien oder bei vergleichbaren medizinischen Notsituationen können alle Ärzte für diesen Dienst herangezogen werden.

§ 11 Fortbildung

Der Arzt ist verpflichtet, gem. § 26 Abs. 4 der Berufsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt sich auch für den Bereitschaftsdienstfall fortzubilden.

§ 12 Kosten des Bereitschaftsdienstes

Zur Kostentragung gelten die gesonderten Regelungen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt.

§ 13 Zusammenarbeit

Die an der Organisation des Bereitschaftsdienstes Beteiligten arbeiten eng mit den übrigen Organisationen zusammen, die für die Notfallversorgung bzw. den Rettungsdienst verantwortlich sind, insbesondere Krankenhäuser, Transportorganisationen und Träger des Rettungsdienstes und dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst.

§ 14 Versicherung

Die am Bereitschaftsdienst teilnehmenden Ärzte haben selbst für ausreichenden Versicherungsschutz (Unfall- und Haftpflichtversicherung) Sorge zu tragen.

§ 15 Ermächtigung

Sofern aus Sicherstellungsgründen zwingend erforderliche Änderungen dieser Bereitschaftsdienstordnung kurzfristig notwendig sind, ist der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt im Einvernehmen mit dem Vorstand der Ärztekammer Sachsen-Anhalt berechtigt, befristet bis zur nächstmöglichen Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt und der Kammerversammlung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt entsprechende Regelungen zu treffen.

§ 16 Inkrafttreten

Diese Bereitschaftsdienstordnung tritt nach Veröffentlichung durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt mit Wirkung zum 01.10.2014 in Kraft. Gleichzeitig tritt die bisher geltende gemeinsame Notfalldienstordnung außer Kraft.

D. In-Kraft-Treten

Die Berufsordnung tritt am Ersten des Monats nach ihrer Veröffentlichung im Ärzteblatt Sachsen-Anhalt in Kraft. Gleichzeitig tritt die Berufsordnung mit dem vor dem 08.11.1997 beschlossenen Inhalt außer Kraft.