



BERUFSORDNUNG (SATZUNG)

der Ärztekammer Schleswig-Holstein vom 3. Februar 1999

(veröffentlicht im Amtsblatt für Schleswig-Holstein am 1. März 1999
und im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt 3/99 vom 15. März 1999)
unter Berücksichtigung der Satzung zur Änderung der Berufsordnung vom 22. Februar 2000
(veröffentlicht im Amtsblatt für Schleswig-Holstein am 13. März 2000),
der Satzung zur Änderung der Berufsordnung vom 24. Januar 2001
(veröffentlicht im Amtsblatt für Schleswig-Holstein am 19. Februar 2001),
der Satzung zur Änderung der Berufsordnung vom 5. März 2003
(veröffentlicht im Amtsblatt für Schleswig-Holstein am 24. März 2003),
der Satzung zur Änderung der Berufsordnung vom 23. April 2003
(veröffentlicht im Amtsblatt für Schleswig-Holstein am 23. Juni 2003),
der Satzung zur Änderung der Berufsordnung vom 18. Januar 2005
(veröffentlicht im Amtsblatt für Schleswig-Holstein am 28. Februar 2005),
der Satzung zur Änderung der Berufsordnung vom 20. Dezember 2006
(veröffentlicht im Amtsblatt für Schleswig-Holstein am 2. Januar 2007),
der Satzung zur Änderung der Berufsordnung vom 9. Januar 2007
(veröffentlicht im Amtsblatt für Schleswig-Holstein am 29. Januar 2007)
der Satzung zur Änderung der Berufsordnung vom 9. April 2008
(veröffentlicht im Amtsblatt für Schleswig-Holstein am 28. April 2008)
der Satzung zur Änderung der Berufsordnung vom 08. Mai 2012
(veröffentlicht am 5. Juni 2012)
der Satzung zur Änderung der Berufsordnung vom 13. Mai 2014
(veröffentlicht am 03. Juni 2014)
der Satzung zur Änderung der Berufsordnung vom 4. November 2015
(veröffentlicht am 17. November 2015)
der Satzung zur Änderung der Berufsordnung vom 15. Juni 2016
(veröffentlicht am 5. Juli 2016)
und der Satzung zur Änderung der Berufsordnung vom 14. Mai 2018
(veröffentlicht am 29. Mai 2018)

Inhaltsübersicht

[A. Präambel](#)

[B. Regeln zur Berufsausübung](#)

I. Grundsätze

[§ 1 Aufgaben des Arztes](#)

[§ 2 Allgemeine ärztliche Berufspflichten](#)

[§ 3 Unvereinbarkeiten](#)

[§ 4 Fortbildung](#)

[§ 5 Qualitätssicherung, Krebsregister](#)

[§ 6 Wirkungen von Arzneimitteln und Vorkommnisse bei Medizinprodukten](#)

II. Pflichten gegenüber Patientinnen und Patienten

[§ 7 Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln](#)

[§ 8 Aufklärungspflicht](#)

[§ 9 Schweigepflicht](#)

[§ 10 Dokumentationspflicht](#)

[§ 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 den Sterbenden](#)

IV. Berufliches Verhalten

1. Berufsausübung

[§ 17 Niederlassung und Ausübung der Praxis](#)

[§ 18 Berufliche Kooperation I](#)

[§ 18 a Ankündigung von Berufsausübungsgemeinschaften und sonstigen Kooperationen](#)

[§ 19 Beschäftigung angestellter Praxisärzte](#)

[§ 20 Vertretung](#)

[§ 21 Haftpflichtversicherung](#)

[§ 22 aufgehoben](#)

[§ 22 a aufgehoben](#)

[§ 23 Ärzte im Beschäftigungsverhältnis](#)

[§ 23 a Ärztesellschaften](#)

[§ 23 b Medizinische Kooperationsgemeinschaft zwischen Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe](#)

[§ 23 c Beteiligung von Ärzten an sonstigen Partnerschaften](#)

[§ 23 d Praxisverbund](#)

[§ 24 Verträge über ärztliche Tätigkeit](#)

[§ 25 Ärztliche Gutachten und Zeugnisse](#)

[§ 26 Ärztlicher Notfalldienst](#)

[§ 27 Ausbildung von Mitarbeitern](#)

2. Berufliche Kommunikation

[§ 28 Erlaubte Information und berufswidrige Werbung](#)

[§ 29 aufgehoben](#)

3. Berufliche Zusammenarbeit

[§ 30 Kollegiale Zusammenarbeit](#)

[§ 30 a Zusammenarbeit mit Dritten](#)

4. Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten

[§ 31 Ärztliche Unabhängigkeit](#)

[§ 32 Unerlaubte Zuweisung](#)

[§ 33 Unerlaubte Zuwendungen](#)

[§ 34 Zuwendungen bei vertraglicher Zusammenarbeit](#)

[§ 35 aufgehoben](#)

[§ 36 aufgehoben](#)

C. aufgehoben

D. aufgehoben

E. Inkrafttreten, Außerkrafttreten

F. Anlagen

[Anlage 1: Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion](#)

[Anlage 2: Durchführung des Notfallbereitschaftsdienstes](#)

Gelöbnis

Für jede Ärztin und 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 mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben. Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patientinnen und Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein. Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod der Patientin oder 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 machen weder aufgrund einer etwaigen Behinderung noch nach Religion, Nationalität, Rasse noch nach Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung. 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 Lehrerinnen und Lehrern sowie Kolleginnen und Kollegen die schuldige Achtung erweisen. Dies alles verspreche ich auf meine Ehre.”

A. Präambel

Die auf der Grundlage des Heilberufekammergesetzes beschlossene Berufsordnung stellt die Überzeugung der Ärzteschaft zum Verhalten von Ärztinnen und Ärzten gegenüber den Patientinnen und Patienten, den Kolleginnen und Kollegen, den anderen Partnerinnen und Partnern im Gesundheitswesen sowie zum Verhalten in der Öffentlichkeit dar.

Dafür geben sich die in Schleswig-Holstein 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 Patientin oder 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. Ärzte haben sich für den Schutz der natürlichen Grundlagen des Lebens (Umweltschutz) einzusetzen. Sie sind verpflichtet, die Belange des Umweltschutzes im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zu wahren.

§ 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) Der Arzt hat seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm bei seiner Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Er hat dabei sein ärztliches Handeln am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten. Insbesondere darf er nicht das Interesse Dritter über das Wohl der Patientinnen und Patienten stellen.
- (3) Eine gewissenhafte Ausübung des Berufs erfordert insbesondere die notwendige fachliche Qualifikation und die Beachtung des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse.
- (4) Der Arzt darf hinsichtlich seiner ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Dritten entgegennehmen.
- (5) Der Arzt ist verpflichtet, die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften zu beachten.
- (6) Unbeschadet der in den nachfolgenden Vorschriften geregelten besonderen Auskunfts- 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) Wird ein Arzt, der in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union niedergelassen ist oder dort seine berufliche Tätigkeit entfaltet, vorübergehend und gelegentlich im Geltungsbereich dieser Berufsordnung grenzüberschreitend ärztlich tätig, ohne eine Niederlassung zu begründen, so hat er 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. Ebensovienig 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 Umfange 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.

§ 5

Qualitätssicherung, Krebsregister

(1) 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.

(2) Der Arzt ist zur Meldung gemäß § 4 des Gesetzes über das Krebsregister des Landes Schleswig-Holstein vom 28. Oktober 1999 (GVBl. Schl.-H. S. 336) verpflichtet.

§ 6

Wirkungen von Arzneimitteln und Vorkommnisse bei Medizinprodukten

Der Arzt ist verpflichtet, die ihm aus seiner ärztlichen Behandlungstätigkeit bekanntwerdenden unerwünschten Wirkungen von Arzneimitteln der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und bei Medizinprodukten auftretende Vorkommnisse der zuständigen Behörde mitzuteilen.

II. Pflichten gegenüber Patientinnen und Patienten

§ 7

Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln

(1) Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patientinnen und 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 Patientinnen und 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 der Patientin oder des Patienten, einen weiteren Arzt zuzuziehen oder einem anderen Arzt überwiesen zu werden, soll der behandelnde Arzt in der Regel nicht ablehnen.

(3) Der Arzt hat 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, hat er rechtzeitig andere Ärzte hinzuzuziehen oder ihnen die Patientin oder den Patienten zur Fortsetzung der Behandlung zu überweisen.

(4) Ärzte beraten und behandeln Patientinnen und Patienten im persönlichen Kontakt. Sie dürfen dabei Kommunikationsmedien unterstützend einsetzen. Vorbehaltlich anderweitiger gesetzlicher Regelungen ist eine Beratung oder Behandlung ausschließlich über Kommunikationsmedien erlaubt, wenn diese ärztlich vertretbar und ein persönlicher Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten nicht erforderlich ist.

(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) Der Arzt hat Patientinnen und Patienten gebührende Aufmerksamkeit entgegen zu bringen und mit Patientenkritik und Meinungsverschiedenheiten sachlich und korrekt umzugehen.

(7) Bei der Überweisung von Patientinnen und Patienten an Kolleginnen oder Kollegen oder ärztlich geleitete Einrichtungen, hat der Arzt rechtzeitig die erhobenen Befunde zu übermitteln und über die bisherige Behandlung zu informieren, soweit das Einverständnis der Patientinnen oder der Patienten vorliegt oder anzunehmen ist. Dies gilt insbesondere bei der Krankenhauseinweisung und -entlassung. Originalunterlagen sind zurückzugeben.

(8) Der Arzt darf einer missbräuchlichen Verwendung seiner Verschreibung keinen Vorschub leisten.

§ 8

Aufklärungspflicht

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

Die Aufklärung hat der Patientin oder dem Patienten insbesondere vor operativen Eingriffen Wesen, Bedeutung und Tragweite der Behandlung einschließlich Behandlungsalternativen und die mit ihnen verbundenen Risiken in verständlicher und angemessener Weise zu verdeutlichen. Insbesondere vor diagnostischen oder operativen Eingriffen ist soweit möglich eine ausreichende Bedenkzeit vor der weiteren Behandlung zu gewährleisten. Je weniger eine Maßnahme medizinisch geboten oder je größer ihre Tragweite ist, umso ausführlicher und eindrücklicher sind Patientinnen oder Patienten über erreichbare Ergebnisse und Risiken aufzuklären.“

§ 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) Ärzte haben Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen in die sie 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 Verschuß 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 über Approbation oder Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes sowie zu Bezeichnungen nach der Weiterbildung 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 (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 der oder des Zahlungspflichtigen Rücksicht zu nehmen.

(2) Der Arzt kann Verwandten, Kolleginnen und Kollegen, deren Angehörigen und mittellosen Patientinnen und 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, muss der Arzt die Patientinnen und Patienten 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.

(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) Der Arzt, der sich an einem Forschungsvorhaben beteiligt, bei dem in die psychische oder körperliche Integrität eines Menschen eingegriffen oder Körpermaterialien oder Daten verwendet werden, die sich einem bestimmten Menschen zuordnen lassen, muss 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.
- (2) In Publikationen von Forschungsergebnissen sind die Beziehungen des Arztes zum Auftraggeber und dessen Interessen offenzulegen.
- (3) Der Arzt beachtet bei der Forschung am Menschen nach § 15 Abs. 1 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 den Sterbenden

Der Arzt darf - unter Vorrang des Willens des Patienten - auf lebensverlängernde Maßnahmen nur verzichten und sich auf die Linderung der Beschwerden beschränken, wenn ein Hinausschieben des unvermeidbaren Todes für die sterbende Person lediglich eine unzumutbare Verlängerung des Leidens bedeuten würde. Der Arzt darf das Leben des Sterbenden nicht aktiv verkürzen. Er darf weder sein eigenes noch das Interesse Dritter über das Wohl des Patienten stellen.

IV. Berufliches Verhalten

1. Berufsausübung

§ 17

Niederlassung und Ausübung der Praxis

- (1) Die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit außerhalb von Krankenhäusern einschließlich konzessionierter Privatkliniken ist an die Niederlassung in einer Praxis (Praxissitz) gebunden, soweit nicht gesetzliche Vorschriften etwas anderes zulassen.
- (2) Dem Arzt ist es gestattet, über den Praxissitz hinaus an weiteren Orten ärztlich tätig zu sein. Der Arzt hat Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung seiner Patientinnen und Patienten an jedem Ort seiner Tätigkeiten zu treffen.
- (3) Die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit im Umherziehen ist berufsrechtswidrig. Zum Zwecke der aufsuchenden medizinischen Gesundheitsversorgung kann die Ärztekammer auf Antrag des Arztes von der Verpflichtung nach Absatz 1 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

- ▶ die (Fach-) Arztbezeichnung,
- ▶ den Namen,
- ▶ die Sprechzeiten sowie

► ggf. die Zugehörigkeit zu einer Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 18 a anzugeben.

Ärzte, welche nicht unmittelbar patientenbezogen tätig werden, können von der Ankündigung ihres Praxissitzes durch ein Praxisschild absehen, wenn sie dies der Ärztekammer anzeigen.

(5) 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 Kooperation

(1) Ärzte dürfen sich zu Berufsausübungsgemeinschaften, Organisationsgemeinschaften, Kooperationsgemeinschaften und Praxisverbänden zusammenschließen. Der Zusammenschluss zur gemeinsamen Ausübung des Arztberufs kann zum Erbringen einzelner Leistungen erfolgen, sofern er nicht einer Umgehung des § 32 dient. Eine Umgehung liegt insbesondere vor, wenn der Gewinn ohne Grund in einer Weise verteilt wird, die nicht dem Anteil der persönlich erbrachten Leistungen entspricht. Die Anordnung einer Leistung, insbesondere aus den Bereichen der 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.

(2a) Eine Berufsausübungsgemeinschaft ist ein Zusammenschluss von Ärzten untereinander, mit Ärztegesellschaften oder mit ärztlich geleiteten Medizinischen Versorgungszentren, die den Vorgaben des § 23a 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 Gesellschafterinnen und Gesellschafter voraus. Erforderlich ist, dass sich die Gesellschafterinnen und 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 Gesellschafterinnen und Gesellschafter der Berufsausübungsgemeinschaft an deren unternehmerischen Risiko, an unternehmerischen Entscheidungen und an dem gemeinschaftlich erwirtschafteten Gewinn.

(3) 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.

(4) Bei allen Formen der ärztlichen Kooperation muss die freie Arztwahl gewährleistet bleiben.

(5) Soweit Vorschriften dieser Berufsordnung Regelungen des Partnerschaftsgesellschaftsgesetzes (Gesetz über Partnerschaftsgesellschaften Angehöriger Freier Berufe [PartGG] vom 25.7.1994 – BGBl. I S. 1744) einschränken, sind sie vorrangig aufgrund von § 1 Absatz 3 PartGG.

(6) 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 sonstigen 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 Absatz 4 gilt entsprechend. Die Fortführung des Namens eines nicht mehr berufstätigen, eines ausgeschiedenen oder verstorbenen Partners ist unzulässig.

(2) Bei Kooperation 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 führungsbare

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) Der Arzt muss die Praxis persönlich ausüben. Die Beschäftigung ärztlicher Mitarbeiter in der Praxis setzt die Leitung der Praxis durch den niedergelassenen Arzt voraus. Der Arzt hat die Beschäftigung der ärztlichen Mitarbeiter der Ärztekammer anzuzeigen.

(2) In Fällen, in denen der Behandlungsauftrag des Patienten regelmäßig nur von Ärzten verschiedener Fachgebiete gemeinschaftlich durchgeführt werden kann, darf ein Facharzt als Praxisinhaber die für ihn fachgebietsfremde ärztliche Leistung auch durch einen angestellten Facharzt des anderen Fachgebiets erbringen.

(3) Ärzte dürfen nur zu angemessenen Bedingungen beschäftigt werden. Angemessen sind insbesondere Bedingungen, die dem beschäftigten Arzt eine angemessene Vergütung gewähren sowie angemessene Zeit zur Fortbildung einräumen und bei der Vereinbarung von Wettbewerbsverboten eine angemessene Ausgleichszahlung vorsehen.

(4) Über die in der Praxis tätigen angestellten Ärzte müssen die 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 zurückzuüberweisen. Der Arzt darf sich grundsätzlich nur durch einen Facharzt desselben Fachgebiets vertreten lassen.

(2) Die Praxis eines verstorbenen Arztes kann zugunsten seiner Witwe oder seines Partners 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.

§ 22

Gemeinsame Berufsausübung

aufgehoben

§ 22 a

Ankündigung von Kooperationen

aufgehoben

§ 23

Ärzte im Beschäftigungsverhältnis

(1) Die Regeln dieser Berufsordnung gelten auch für Ärzte, welche ihre ärztliche Tätigkeit im Rahmen eines privat-rechtlichen 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. 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 Ärztegesellschaft 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 Kooperationsgemeinschaft 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 – auch beschränkt auf einzelne Leistungen – zur kooperativen Berufsausübung zusammenschließen (medizinische 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 Gebiet 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

Einem Arzt ist es gestattet, mit Angehörigen anderer Berufe als den in § 23b beschriebenen in allen Rechtsformen zusammen zu arbeiten, wenn er nicht die Heilkunde am Menschen ausübt.“

§ 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 Versorgungsauftrags oder auf eine andere Form der Zusammenarbeit zur Patientenversorgung, zum Beispiel 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, zum Beispiel durch räumliche oder qualitative Kriterien, müssen die dafür maßgeblichen Kriterien für den Versorgungsauftrag notwendig und nicht diskriminierend sein und der Ärztekammer gegenüber offengelegt 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 eine 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

(1) 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.

(2) Gutachten und Zeugnisse zur Vorlage bei nichtärztlichen Dritten sollen nur die Feststellungen und Gründe enthalten, die für die zu treffende Entscheidung erforderlich sind.

§ 26

Ärztlicher Notfalldienst

Ärzte sind nach Maßgabe des Heilberufekammergesetzes und dieser Berufsordnung, insbesondere der Anlage 2, zur Teilnahme am Notfall- bzw. Bereitschaftsdienst verpflichtet. Auf Antrag eines Arztes kann aus schwerwiegenden Gründen eine Befreiung vom Notfalldienst ganz, teilweise oder vorübergehend erteilt werden. Dies gilt insbesondere:

- ▶ wenn er wegen körperlicher Behinderung hierzu nicht in der Lage ist,
- ▶ wenn ihm aufgrund besonders belastender familiärer Pflichten die Teilnahme nicht zuzumuten ist,
- ▶ wenn er an einem klinischen Bereitschaftsdienst mit Notfallversorgung teilnimmt,
- ▶ für Ärztinnen ab dem Zeitpunkt der Bekanntgabe ihrer Schwangerschaft und bis zu 12 Monaten nach der Entbindung sowie für weitere 24 Monate, soweit nicht der andere Elternteil die Versorgung des Kindes gewährleistet,
- ▶ für Ärzte ab dem Tag der Geburt des Kindes für einen Zeitraum von 36 Monaten, soweit nicht der andere Elternteil die Versorgung des Kindes gewährleistet,

► für Ärzte über 65 Jahre.

§ 27

Ausbildung von Mitarbeitern

(1) Ärzte sind verpflichtet, sich um eine hinreichende Qualifikation ihrer Mitarbeiter zu bemühen. Sie haben bei der Ausbildung ihrer Mitarbeiter die für die Berufsausbildung bestehenden Rechtsvorschriften zu beachten.

(2) Arzthelferinnen werden in jedem Ausbildungsjahr 5 Tage lang in der Berufsbildungsstätte für Arzthelferinnen der Ärztekammer Schleswig-Holstein (Edmund-Christiani-Seminar) ausgebildet. Auszubildende Arzthelferinnen, die nicht bei Allgemeinärzten, Praktischen Ärzten, Internisten oder Kinderärzten tätig sind, werden für jedes Ausbildungsjahr zusätzlich drei Tage lang in der Berufsbildungsstätte für Arzthelferinnen der Ärztekammer Schleswig-Holstein (Edmund-Christiani-Seminar) ausgebildet.

Der ausbildende Arzt hat

- a) im Ausbildungsvertrag die Teilnahmepflicht der Auszubildenden an der überbetrieblichen Ausbildung einschließlich einer Internatsunterbringung vorzusehen,
- b) den Auszubildenden zur Teilnahme freizustellen und anzuhalten,
- c) die von der Berufsbildungsstätte berechneten Kosten zu zahlen.

Das Nähere regelt die Kammerversammlung mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde durch eine Ausbildungsrichtlinie sowie ein Statut über die Berufsbildungsstätte.

2. Berufliche Kommunikation

§ 28

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 sachliche berufsbezogene Informationen gestattet.

(3) Berufswidrige Werbung ist dem Arzt untersagt. Berufswidrig ist insbesondere eine anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung. Der Arzt darf eine solche Werbung durch andere weder veranlassen noch dulden. Eine Werbung für eigene oder fremde gewerbliche Tätigkeiten oder Produkte im 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 Weiterbildungserwerbten Qualifikationen verwechselt werden können.

(5) Die Angaben nach Absatz 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.

§ 29

aufgehoben

3. Berufliche Zusammenarbeit

§ 30

Kollegiale Zusammenarbeit

(1) Ärzte haben sich untereinander kollegial zu verhalten. Die Verpflichtung, in einem Gutachten, auch soweit es die Behandlungsweise eines anderen Arztes betrifft, nach bestem Wissen die ärztliche Überzeugung auszusprechen, bleibt unberührt. Unsachliche Kritik an der Behandlungsweise oder dem beruflichen Wissen eines Arztes sowie herabsetzende Äußerungen sind berufswidrig.

(2) Es ist berufswidrig, eine Kollegin oder einen Kollegen aus ihrer oder seiner Behandlungstätigkeit oder aus dem Wettbewerb um eine berufliche Tätigkeit durch unlautere Handlungen zu verdrängen. Es ist insbesondere berufswidrig, wenn sich ein Arzt innerhalb eines Zeitraums von einem Jahr ohne Zustimmung der Praxisinhaberin oder 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 eine Kollegin oder 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und für den Dienst in den Krankenhäusern.

(5) Der zur Weiterbildung befugte Arzt hat seine nach der Weiterbildungsordnung gegenüber Weiterzubildenden bestehenden Pflichten zu erfüllen.

(6) Ärzte dürfen ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht diskriminieren und haben insbesondere die Bestimmungen des Arbeits- und Berufsbildungsrechts zu beachten.

§ 30 a

Zusammenarbeit mit Dritten

(1) Dem Arzt ist es nicht gestattet, zusammen mit Personen, die weder Ärzte sind, noch zu ihren berufsmäßig tätigen Mitarbeiterinnen oder 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 Fachberufes klar erkennbar voneinander getrennt bleiben.

4. Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten

§ 31

Ärztliche Unabhängigkeit

Der Arzt ist verpflichtet, in allen vertraglichen und sonstigen beruflichen Beziehungen zu Dritten seine ärztliche Unabhängigkeit für die Behandlung der Patientinnen und Patienten zu wahren.

§ 32

Unerlaubte Zuweisung

(1) Dem Arzt 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) Er darf seinen Patientinnen und Patienten nicht ohne hinreichenden Grund bestimmte Ärzte, Apotheken, Heil- und Hilfsmittelerbringer oder sonstige Anbieter gesundheitlicher Leistungen empfehlen oder an diese verweisen.

§ 33**Unerlaubte Zuwendungen**

(1) Dem Arzt 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 hinaus geht.

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

§ 34**Zuwendungen bei vertraglicher Zusammenarbeit**

Soweit Ärzte Leistungen für die Herstellerinnen und Hersteller von Arznei-, Hilfsmitteln oder Medizinprodukten oder die Erbringerinnen und Erbringer von Heilmittelversorgung erbringen (zum Beispiel 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.

§ 35

aufgehoben

§ 36

aufgehoben

C.

aufgehoben

D.

aufgehoben

E. Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Diese Berufsordnung tritt am Tage nach der Veröffentlichung im Amtlichen Anzeiger - Beilage zum Amtsblatt für Schleswig-Holstein - in Kraft. Gleichzeitig tritt die Berufsordnung i.d.F. vom 16. März 1994 (Amtsbl. Schl.-H./AAz. 1994 S. 102) außer Kraft.

F. Anlagen**Anlage 1****Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion**

Die Richtlinie berücksichtigt die öffentliche Debatte über Chancen, Legitimität und ethische Grenzen der

Fortpflanzungsmedizin, den gesellschaftlichen Wertewandel zu Familie, Ehe und Partnerschaft und die Kriterien der Medizinethik. Die Anwendung medizinisch assistierter Reproduktion ist durch das Leiden von Paaren durch ungewollte Kinderlosigkeit und durch ihren auf natürlichem Weg nicht erfüllbaren Kinderwunsch begründet. Zwar besitzt kein Paar ein Recht oder einen Anspruch auf ein Kind, jedoch ist der Wunsch nach einem eigenen Kind legitim und nachvollziehbar. Sofern sich ein Kinderwunsch auf natürlichem Weg nicht erfüllen lässt, kann die medizinisch assistierte Reproduktion zumindest in begrenztem Umfang Hilfe leisten. Der technische Fortschritt der Reproduktionsmedizin soll aber keine überhöhten Erwartungen wecken und keiner Verschiebung gesellschaftlicher Leitbilder zulasten behindert geborener Kinder Vorschub leisten. Der medizinisch assistierten Reproduktion liegen die gesetzlichen Vorgaben, namentlich das Embryonenschutzgesetz (ESchG), zugrunde. Die Schutzwürdigkeit und das Lebensrecht von Embryonen werden von der abgeschlossenen Befruchtung an gewahrt. Darüber hinaus orientiert sie sich an ethischen Normen, die das Kindeswohl, d. h. den Schutz und die Rechte des erhofften Kindes, die Frau, den Mann und die behandelnden Ärztinnen / Ärzte betreffen.

Den hohen Rang des Kindeswohls bringen zum Beispiel das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes aus dem Jahr 1989 oder die von der 50. Generalversammlung des Weltärztebundes 1998 verabschiedete „Deklaration von Ottawa zum Recht des Kindes auf gesundheitliche Versorgung“ zum Ausdruck. In der UN-Kinderrechtskonvention erkennen die Vertragsstaaten in Artikel 24 „das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit“ an. Der Weltärztebund betont im Rahmen seiner „Allgemeinen Grundsätze“, „dass die bestmögliche Wahrnehmung der Interessen des Kindes die wichtigste Aufgabe in der Gesundheitsversorgung sein muss“. Der hohe Anspruch an das Kindeswohl gilt auch für den Umgang mit dem noch nicht geborenen Kind.

Sofern im konkreten Fall die Anwendung reproduktionsmedizinischer Verfahren die Voraussetzung dafür ist, dass ein Kinderwunsch überhaupt verwirklicht wird, trägt die Ärztin/der Arzt für das Wohl des mit ihrer/seiner Assistenz erzeugten Kindes eine besondere Verantwortung. Die ärztliche Pflicht, zum Wohl der Patienten zu handeln und Schaden zu vermeiden, bezieht sich auf die Mutter und auf die erwünschten Kinder. Aufgrund der ärztlichen Verantwortung muss daher über Gefährdungen, die aus Mehrlingsschwangerschaften für Mutter und Kind resultieren, oder das Problem erhöhter nachgeburtlicher Gesundheitsschäden des Kindes sorgsam und umfassend aufgeklärt werden. Im Einzelfall müssen der Kinderwunsch eines Paares und eventuelle gesundheitliche Risiken, die eine medizinisch assistierte Reproduktion für das erhoffte Kind mit sich bringen können, gegeneinander abgewogen werden. Dem Recht des Kindes auf Kenntnis seiner genetischen Herkunft ist Rechnung zu tragen.

Paare mit Kinderwunsch und vor allem die betroffenen Frauen sind den Prinzipien der Patientenautonomie und des *informed consent* gemäß über die Einzelheiten und Risiken der für sie in Betracht kommenden Verfahren umfassend zu informieren und aufzuklären. Die medizinische Information soll von einer psychosozialen Beratung begleitet werden. Die Patientin bzw. das Paar sind in die Lage zu versetzen, unter Kenntnis der medizinischen Sachverhalte, der Risiken, die mit der Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Verfahren verbunden sind, sowie der ethischen Aspekte, zu denen das Kindeswohl gehört, in eigener Verantwortung zu entscheiden, ob sie die Reproduktionsmedizin in Anspruch nehmen möchten und welche Verfahren der ärztlich assistierten Reproduktion es sind, von denen sie Gebrauch machen wollen.

Die Behandlungsstandards und das Niveau der gesundheitlichen Versorgung, die in Deutschland reproduktionsmedizinisch gewährleistet werden, sind im europäischen Kontext zu sehen. Sie lassen sich vom Fortschritt der Behandlungsmethoden, von den rechtlichen Entwicklungen sowie den - auch weniger restriktiven - ethischen Gesichtspunkten, die in anderen europäischen Ländern gelten, nicht abkoppeln. Nichtgenetische oder genetisch-diagnostische Verfahren, die in einer Reihe europäischer Staaten im Rahmen der dort geltenden Gesetze auf Wunsch der Eltern zu einer möglichen Verbesserung des Schwangerschaftserfolges und um der Gesundheit der erhofften Kinder willen praktiziert werden (z. B. Präimplantationsdiagnostik oder vor allem Kultivierung von Embryonen mit nachfolgendem Single-Embryo-Transfer), sind in der Bundesrepublik Deutschland zurzeit nicht statthaft oder in ihrer rechtlichen Zulässigkeit strittig. In ethischer Hinsicht gilt, dass die Reproduktionsmedizin die Selbstbestimmungsrechte von Paaren mit Kinderwunsch zu berücksichtigen, sich am Gesundheitsschutz der Schwangeren und des erhofften Kindes zu orientieren und ein hohes Niveau der Gesundheitsversorgung sicherzustellen hat. Letztlich liegt es am Gesetzgeber, die gesetzlichen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass Verfahren, die in anderen Staaten zu

einer Verbesserung der Kinderwunschbehandlung geführt haben und dort statthaft sind, in der Bundesrepublik Deutschland übernommen werden können.

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, sodass 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 Zervix (intrazervikale Insemination) oder des aufbereiteten Spermias 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) versteht man die Vereinigung einer Eizelle mit einer Samenzelle außerhalb des Körpers.

1.3.2. ICSI

Bei der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) wird eine menschliche Samenzelle in eine menschliche Eizelle injiziert.

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 ein oder zwei Zellen eines durch extrakorporale Befruchtung entstandenen Embryos entnommen und auf eine Chromosomenstörung oder eine spezifische genetische Veränderung hin untersucht. (1)

Diese Form einer PID ist nicht als Regelungsgegenstand zugrunde gelegt, da sie in Deutschland nicht durchgeführt wird.

1 Siehe hierzu auch:

- ▶ Präimplantationsdiagnostik - Thesen zu den medizinischen, rechtlichen und ethischen Problemstellungen: Bericht der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz v. 20.06.1999, Ministerium der Justiz Rheinland-Pfalz; <http://www.justiz.rlp.de>.
- ▶ Diskussionsentwurf zu einer Richtlinie zur Präimplantationsdiagnostik. Wissenschaftlicher Beirat der

Bundesärz-tekammer, Dtsch Arztebl 2000; 97: A 525-528.

- ▶ Ergänzende Stellungnahme zum Diskussionsentwurf. Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer, Dtsch Arztebl 2002; 99: A 2972, und <http://www.aerzteblatt.de/pid>.
- ▶ Deutscher Ärztetag -Entschließungen zum Tagesordnungspunkt VI.: Präimplantationsdiagnostik: Dtsch Arztebl 2002; 99: A 1653.
- ▶ Enquete-Kommission Recht und Ethik der modernen Medizin (Schlussbericht): Deutscher Bundestag, Referat Öff-fentlichkeitsarbeit 2002, Teil C.
- ▶ Genetische Diagnostik vor und während der Schwangerschaft, Stellungnahme v. 23.01.2003: Nationaler Ethikrat.
- ▶ Stellungnahme der Bioethik-Kommission der Bayerischen Staatsregierung zur Präimplantationsdiagnostik (PID) v. 21.07.2003: Bioethik-Kommission Bayern.
- ▶ Polkörperdiagnostik, Stellungnahme v. 16.06.2004: Nationaler Ethikrat.

2. Medizinische Voraussetzungen für die assistierte Reproduktion

Jeder Anwendung der Maßnahmen der assistierten Reproduktion hat eine sorgfältige Diagnostik bei beiden Partnern vorauszugehen, 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 unerklärbare (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 zur Erreichung einer Schwangerschaft darstellen.

2.1.4. Intrauteriner 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)

Die PKD ist ein in Erprobung befindliches Verfahren.

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 Bildung des Embryos erfolgen, ist das Embryonenschutzgesetz nicht berührt.

2.2. Kontraindikationen

Absolute Kontraindikationen:

- ▶ alle Kontraindikationen gegen eine Schwangerschaft

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 dieser Berufsordnung. 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 festgefügt Partnershaft 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, soweit dies die Ärztekammer verlangt, 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 Follikelpunktionen
- ▶ Festlegung der Höchstzahl der zu transferierenden Embryonen
- ▶ Kryokonservierung für den Fall, dass Embryonen aus unvorhergesehenem Grund 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 dies 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 und Steigerung des Leidensdrucks bei Misserfolg
- ▶ Alternativen (Adoption, Pflegekind, Verzicht auf Therapie)
- ▶ mögliche psychosoziale Belastungen bei Mehrlingen.

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 Oligoasthenoteratozoospermie 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 mit ET
- ▶ 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 obliegen 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 sollen Ärztinnen / Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Andrologie“ 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 (1) Fachärztinnen / Fachärzten für Humangenetik oder Ärztinnen / Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Medizinische Genetik“.

1 Für die laborgestützten Leistungen gelten die Bestimmungen der (Muster-) Weiterbildungsordnung (M-WBO).

4.3.2. Technische Voraussetzungen

Folgende Einrichtungen müssen ständig verfügbar bzw. einsatzbereit sein:

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

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.

Zwillingschwangerschaften 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 Zwillingschwangerschaften 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 dies 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.

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 1 und 2 untersucht wurde,
- ▶ weitere HIV-Kontrollen in regelmäßigen Abständen von sechs 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 1 - und 2 - 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. Die Ärztin / der Arzt soll darauf achten, dass ein Spender nicht mehr als zehn Schwangerschaften erzeugt.

5.3.2. Psychosoziale Beratung

Vor einer heterologen Insemination müssen die künftigen Eltern über die möglichen psychosozialen 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.

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 Leitung der Arbeitsgruppe gemäß 4.3.1. der Ärztekammer jährlich eine EDV-gestützte Dokumentation über die Arbeit der Arbeitsgruppe entsprechend dem Fragenkatalog der Ärztekammer vorzulegen. Die Ärztekammer bestimmt die für die Datenannahme zuständige Stelle. Die erhobenen Daten sollen regelmäßig so ausgewertet werden, dass der Ärztekammer und der Leitung der Arbeitsgruppe die Beurteilung der Tätigkeit der Arbeitsgruppe(n) ermöglicht wird.

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
- ▶ Mehrlingsrate
- ▶ Fehlbildungen
- ▶ Eileiterschwangerschaften
- ▶ Fehlgeburten
- ▶ Schwangerschaftsabbrüche

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 acht 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 Kommission bei der Ärztekammer

Die Ärztekammer bildet eine ständige Kommission, welche die Einhaltung der in den Richtlinien definierten fachlichen, personellen und technischen Voraussetzungen prüft. Zugleich prüft die Kommission die Qualität der Arbeitsgruppen verfahrens- und ergebnisbezogen und berät sie.

Ihr sollen geeignete Ärztinnen / Ärzte und Juristinnen / Juristen angehören, wobei mindestens eine Ärztin / ein Arzt Erfahrungen in der Reproduktionsmedizin haben muss.

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

Um eine möglichst einheitliche Anwendung dieser Richtlinie zu erreichen, sollten von mehreren Ärztekammern gemeinsam getragene Kommissionen und / oder bei der Bundesärztekammer eine Kommission zur Beurteilung grundsätzlicher Auslegungsfragen gebildet werden.

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 dieser Richtlinie kann berufsrechtliche Sanktionen nach sich ziehen.

Anlage 2 Durchführung des Notfallbereitschaftsdienstes

Präambel

Die Sicherstellung eines Notdienstes bzw. eines Ärztlichen Notfallbereitschaftsdienstes, im Folgenden „Notdienst“ genannt, ist gemäß § 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V und § 3 Abs. 1 Ziff. 4 des Heilberufekammergesetzes SH sowohl Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein als auch der Ärztekammer Schleswig-Holstein.

Durchführung und Aufsicht obliegen der KVSH und der ÄKSH nach Maßgabe ihrer Satzungen.

Der Notdienst steht sämtlichen Patienten zur Verfügung. Er muß auf den jeweiligen örtlichen Bedarf abgestellt sein.

I. Allgemeines

1. Im Notdienst sind die eingeteilten Ärzte für den Versorgungsauftrag zuständig. Im zugeteilten Bezirk (im Folgenden „Notdienstbezirk“ genannt) sind alle Notfallpatienten zu versorgen, auch wenn sie in einem anderen Notdienstbezirk in ärztlicher Behandlung stehen. Auf Anforderung der Leitstelle ist auch im benachbarten Bezirk die Notfallversorgung zu übernehmen.
2. Die Einrichtung des Notdienstes entbindet den behandelnden Arzt nicht von seiner Verpflichtung, für die Betreuung seiner Patienten zu sorgen, wie es deren Krankheitszustand erfordert. Eine ggf. notwendige Fortführung einer laufenden Behandlung soll durch vorherige Rücksprache zwischen dem behandelnden und dem Arzt des Notdienstes sichergestellt werden.
3. Für die auf die regionalen Versorgungsstrukturen adaptierte Organisationsform der Anlaufpraxen im Verbund mit Fahrdiensten kann eine pauschalierte Vergütung der im Notdienst erbrachten Leistungen erfolgen.

II. Zuständigkeiten

1. Die Einteilung in Notdienstbezirke und die Durchführung der Notdienste obliegen der KVSH. Zur Durchführung dieser Aufgabe kann sie sich einer hierfür zu gründenden Organisationsgesellschaft

bedienen.

2. Die Notdienstbezirke sollen flächendeckend eingeteilt werden und den Patienten und Ärzten in zumutbarer Entfernung eine bedarfsgerechte Versorgung ermöglichen.

III. Organisation der Aufgabe

1. Der Vorstand der KVSH organisiert den vertragsärztlichen Notdienst.
2. Der Vorstand der KVSH kann insbesondere zur Koordinierung und Vermittlung der Behandlungsfälle eine oder mehrere Leitstellen einrichten.
3. Die Durchführung des Notdienstes erfolgt durch
 - a) Anlaufpraxen/Notfallpraxen, auch in Praxisnetzen und/oder Ärztevereinen,
 - b) fachärztliche Notdienste, die nach Genehmigung durch den Vorstand der KVSH eingerichtet werden können (vgl. Abschnitt V dieser Satzung),
 - c) Ambulanzen in Krankenhäusern, sofern sie vom Vorstand der KVSH genehmigt wurden,
 - d) Beauftragung einzelner Einrichtungen mit besonderem Angebot durch die KVSH nach Genehmigung durch den Vorstand der KVSH (Notfallchirurgie, Suchtkrankenbetreuung, HIV, Methadon u.a.),
 - e) fahrende Dienste.
4. Für jeden Notdienstbezirk besteht eine Notdienstversammlung, die dem Vorstand Vorschläge zur Bestimmung der/des jeweiligen Notdienstbeauftragten und ihrer/seiner Stellvertretung machen kann. Mitglieder dieser Versammlung sind die in dem jeweiligen Bezirk notdienstpflichtigen Vertragsärzte und notdienstpflichtigen niedergelassenen Privatärzte. Das Bestimmungsrecht des Vorstandes ist nicht auf die Vorschläge der jeweiligen Notdienstversammlung beschränkt. Die Entscheidung des Vorstandes erfolgt nach Anhörung des bzw. der Kreisstellenvorsitzenden. Der bzw. die Notdienstbeauftragte bzw. im Verhinderungsfall sein/ihre Stellvertreter/in teilt die Dienste ein. Die Einteilung zum Notdienst soll mindestens 3 Monate im Voraus erfolgen. Die Pläne sind in der Anlaufpraxis auszulegen und sind dort von allen Ärzten des Notdienstbezirkes einzusehen.
5. Die KVSH und die ÄKSH unterrichten die Notdienstbeauftragten unverzüglich über Neuniederlassungen und Praxisaufgaben.
6. Rechte und Pflichten der oder des Notdienstbeauftragten legt der Vorstand in einer gesonderten Organisationsanweisung fest.
7. Die Tätigkeitsdauer der Notdienstbeauftragten beträgt 6 Jahre. Die Notdienstbeauftragten bleiben bis zum Eintritt einer Nachfolge im Amt. Die vorzeitige Abberufung durch den Vorstand ist möglich.

IV. Teilnahme am Notdienst

1. Zur Teilnahme am Notdienst sind grundsätzlich alle niedergelassenen Ärzte und beim Vertragsarzt gem. § 32 b Ärzte-ZV sowie bei einem MVZ angestellten Ärzte verpflichtet. Am Ort der Zweigpraxis ist anteilig entsprechend des Umfangs der Tätigkeit Notdienst zu leisten. Ärzte in einer Gemeinschaftspraxis sowie einem MVZ werden so häufig zum Notdienst herangezogen, wie dies der Zahl der in der Gemeinschaftspraxis sowie einem MVZ tätigen Ärzte bzw. deren Zulassungsstatus entspricht. Angestellte Ärzte sind anteilig entsprechend dem Umfang ihres Beschäftigungsverhältnisses zur Teilnahme verpflichtet. Nicht zur Teilnahme am Notdienst verpflichtet sind Ärzte, die als Job-Sharing-Partner gemäß § 101 Abs.1 Nr. 4 SGB V zugelassen oder als angestellte Ärzte nach § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V genehmigt wurden.
Neben den Notdienstverpflichteten können auch weitere Ärzte mit dem Notdienst beauftragt werden. Den Zugang regelt der Vorstand der KVSH.
2. Zur Teilnahme am Notdienst verpflichtete Ärzte haben sich nach Maßgabe der einschlägigen Vorschriften (§ 7 der Satzung der KVSH und § 30 Nummer 3 Heilberufekammergesetz) fortzubilden.
3. Bei nicht erfolgtem oder erheblich verspätetem (mehr als 30 Minuten) Antritt des Notdienstes können unbeschadet einer disziplinarischen Wertung Organisationsgebühren im Rahmen einer Gebührenordnung erhoben werden. Wiederholte Verstöße gegen Vorgaben dieser Satzung können auch zur Feststellung der Ungeeignetheit gemäß Ziffer 6 führen.
4. Eine Freistellung – ganz, teilweise oder vorübergehend – ist nur widerruflich und aus schwerwiegenden Gründen möglich.

5. Über Anträge auf gänzliche oder teilweise Befreiung vom Notdienst entscheidet die KVSH nach Anhörung der jeweiligen Kreisstelle und des Notdienstbeauftragten. Die Anträge sind zu begründen. Bei Ärzten, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, entscheidet der Vorstand der Ärztekammer nach Anhörung des Kreisausschusses der Ärztekammer und des Notdienstbeauftragten. Für das weitere Verfahren findet Abschnitt XII dieser Satzung Anwendung.
6. Ärzte, die sich zur Teilnahme am Notdienst als ungeeignet erwiesen haben oder bei denen der dringende Verdacht der Ungeeignetheit zur Teilnahme am Notdienst besteht, sind vom Notdienst auszuschließen. Die sofortige Vollziehung der Entscheidung kann im öffentlichen Interesse angeordnet werden. Ausschlüsse beschließt für Vertragsärzte die KVSH nach Anhörung des Notdienstbeauftragten, für Nichtvertragsärzte der Vorstand der Ärztekammer nach Anhörung ebenfalls des Notdienstbeauftragten. Für das weitere Verfahren finden die Abschnitte XI und XII dieser Satzung Anwendung.

V. Notdienst der Ärzte für Fachgebiete

1. Bei entsprechendem Bedarf und wenn die Sicherstellung des allgemeinen Notdienstes auch bei fehlender Teilnahme der Fachärzte gewährleistet ist, können von der KVSH gemäß Abschnitt III 1 b für die Fachgebiete der HNO-, der Augenärzte und der Kinder- und Jugendärzte Notdienste, auch bezirksübergreifend bzw. landeseinheitlich eingerichtet werden. Für einen solchen Notdienst werden von Angehörigen der jeweiligen Fachgruppe der beteiligten Bezirke gemeinsam Vorschläge für die Notdienstbeauftragten und deren Stellvertreter für jedes Fachgebiet gemacht. Die Bestimmung erfolgt durch den Vorstand nach Anhörung des Vorsitzenden der betroffenen Kreisstellen. Das Bestimmungsrecht des Vorstandes ist nicht auf die ihm unterbreiteten Vorschläge beschränkt. Ziffer III.4 findet Anwendung.
2. Am fachärztlichen Notdienst teilnehmende Ärzte sind von der Pflicht zur Teilnahme am allgemeinen ärztlichen Notdienst befreit.
3. Ärzte, die in einem fachgruppenspezifischen Notdienst eingeteilt sind, haben während ihrer Notdienstzeiten die Verpflichtung, dem am allgemeinen Notdienst teilnehmenden Arzt zur konsiliarischen Beratung zur Verfügung zu stehen.

VI. Durchführung des Notdienstes

1. Die Erreichbarkeit des Notdienstes soll unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten rechtzeitig der Presse (möglichst für den redaktionellen Teil), den Krankenanstalten, der Polizei, den örtlichen Rettungsdienststellen und allen im betroffenen Bezirk niedergelassenen Ärzten mitgeteilt werden. Jeder niedergelassene Arzt ist verpflichtet, in seiner Praxis einen Hinweis anzubringen, wie der Notdienst zu erreichen ist. Bei einer zentralen Vermittlungsstelle genügt die Bekanntgabe der Rufnummer. Zu den sprechstundenfreien Zeiten muß in der Praxis ein Anrufbeantworter laufen, dessen Text die Erreichbarkeit des Notdienstes bzw. der zentralen Vermittlungsstelle bekannt gibt.
2. Der organisierte Notdienst findet statt:
 - a) Montag, Dienstag, Donnerstag 18.00 Uhr bis 8.00 Uhr am Folgetag,
 - b) Mittwoch, Freitag 13.00 Uhr bis 8.00 Uhr am Folgetag,
 - c) Sonnabend, Sonntag, Feiertag 8.00 Uhr bis 8.00 Uhr am Folgetag.
 Der 24. und 31. Dezember gelten als Feiertage.
 - d) Der organisierte Notdienst kann ferner stattfinden an Werktagen, die zwischen Feiertagen und zwischen Feiertagen und Wochenenden (Sonnabend/Sonntag) liegen (so genannte Brückentage), wobei der Überbrückungszeitraum 2 Werktagen und der gesamte Abwesenheitszeitraum 5 aufeinander folgende Kalendertage hierdurch nicht überschreiten darf,
 - 8.00 Uhr bis 8.00 Uhr am Folgetag.

Die Tage vor dem 24. und 31. Dezember sind keine Brückentage.

Die sich hiernach ergebenden Brückentage sind bis zum 30. Juni eines Jahres für das nachfolgende Jahr durch die Abgeordnetenversammlung der KVSH und die Kammerversammlung der Ärztekammer Schleswig-Holstein festzulegen. Nicht übereinstimmend festgelegte Tage bleiben normale Praxistage.

e) Von den vorstehend angegebenen Uhrzeiten kann aufgrund regionaler Besonderheiten mit

Zustimmung des Vorstandes der KVSH abgewichen werden.

3. Regelungen für unter Ziffer 2. nicht aufgeführte Zeiten gelten nicht als Notdienst im Sinne dieser Satzung.

VII. Pflichten des notdiensthabenden Arztes

1. Ort der Notdienstausübung ist für den nichtfahrenden Dienst die zugewiesene Anlaufpraxis.
2. Der für den Notdienst eingeteilte Arzt muß ständig telefonisch für die Leitstelle erreichbar sein. Der zum Notdienst im Fahrdienst eingeteilte Arzt hat vor Antritt seines Dienstes bei der Leitstelle telefonisch oder über ein von der KVSH bestimmtes Kommunikationsmittel seine Dienstbereitschaft sowie den Antritt des Dienstes unmittelbar nach Dienstantritt anzuzeigen.
3. Vorbehaltlich einer Regelung durch eine Organisationsgesellschaft ist der für den Notdienst eingeteilte Arzt bei Verhinderung durch Krankheit oder aus anderen schwerwiegenden Gründen verpflichtet, selbst für entsprechend geeignete Vertretung und entsprechende Hinweise zu sorgen sowie den Notdienstbeauftragten zu informieren.
4. Ein Tausch des Notdienstes mit einem anderen notdienstpflichtigen Arzt ist möglich und muss vom abgebenden Arzt der oder dem Notdienstbeauftragten, der Anlaufpraxis und der Leitstelle angezeigt werden. Der übernehmende Arzt hat Dienstbereitschaft und Dienstantritt gem. Abschnitt VII Ziffer 2 Satz 2 anzuzeigen.

VIII. Weiterbehandlung

1. Fälle, die die Leitstellen dem Arzt übergeben haben und Besuche, die durch den Arzt während des Notdienstes zugesagt wurden, müssen auch nach dessen Beendigung noch ausgeführt werden, sofern nicht der Hausarzt bzw. der vorbehandelnde Arzt oder der im Notdienst nachfolgende Arzt den Besuch übernimmt.
2. Der im Notdienst tätige Arzt ist verpflichtet, allen Ärzten, deren Patienten er im Notdienst versorgt hat, unverzüglich von seiner ärztlichen Tätigkeit Mitteilung zu machen. In dringenden Fällen soll eine telefonische Vorabbenachrichtigung erfolgen.
3. Eine Weiterbehandlung von Patienten anderer Ärzte ist berufsrechtlich grundsätzlich nicht zulässig.

IX. Außergewöhnliche Situationen

Bei außergewöhnlichen Situationen kann von diesen Bestimmungen abgewichen werden. Die Ärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung treffen für die Dauer der außergewöhnlichen Situation geeignete Maßnahmen.

X. Zusammenarbeit

Die für die Organisation des Notdienstes verantwortlichen Stellen arbeiten eng mit allen anderen an der Notfallversorgung beteiligten Stellen zusammen.

XI. Verfahren für Vertragsärzte

In Fällen von Unstimmigkeiten hinsichtlich der in dieser Satzung geregelten Rechte und Pflichten der Vertragsärzte sowie hinsichtlich sämtlicher zu treffender Entscheidungen und Regelungen, die nicht auf Notdienstbezirksebene beigelegt werden können, entscheidet die KVSH, sofern nicht diese Satzung andere Zuständigkeiten bestimmt. Für die Anfechtung dieser Entscheidungen ist der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Widerspruchsstelle. Für das Widerspruchsverfahren gelten die §§ 77 ff SGG.

XII. Verfahren für Nicht-Vertragsärzte

Sofern Unstimmigkeiten im Hinblick auf Ärzte, die nicht Mitglieder der KVSH sind, auftreten, entscheidet der Vorstand der Ärztekammer nach Anhörung des Kreis Ausschusses der Ärztekammer. Gegen diese Entscheidung kann der betroffene Arzt Widerspruch beim Vorstand der Ärztekammer mit der Maßgabe einlegen, dass für das Widerspruchsverfahren die §§ 68 ff. VwGO Anwendung finden.