

SONDERDRUCK

**der Berufsordnung der Landesärztekammer
Baden-Württemberg in der Fassung vom
14. Januar 1998**

**geändert durch Satzung vom
21. September 1998 (ÄBW S. 396)**

**geändert durch Satzung vom
19. Januar 2000 (ÄBW S. 63)**

**und zuletzt geändert durch Satzung vom
14. März 2001 (ÄBW S. 133)**

Inhaltsübersicht

A. Präambel

B. Regelungen zur Berufsausübung

I. Grundsätze

- § 1 Die Aufgaben der Ärztinnen und Ärzte
- § 2 Allgemeine ärztliche Berufspflichten
- § 3 Unvereinbarkeiten
- § 4 Fortbildung
- § 5 Qualitätssicherung
- § 6 Mitteilung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen

II. Pflichten gegenüber Patientinnen und Patienten

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

III. Besondere medizinische Verfahren und Forschung

- § 13 Besondere medizinische Verfahren
- § 14 Erhaltung des ungeborenen Lebens und Schwangerschaftsabbruch, Schutz der toten Leibesfrucht
- § 15 Forschung
- § 16 Beistand für den sterbenden Menschen

IV. Berufliches Verhalten

1. Berufsausübung

- § 17 Niederlassung und Ausübung der Praxis
- § 18 Zweigpraxis, ausgelagerte Praxisräume
- § 19 Beschäftigung angestellter Praxisärztinnen und -ärzte
- § 20 Vertreterinnen und Vertreter
- § 21 Haftpflichtversicherung
- § 22 Gemeinsame Berufsausübung
- § 23 Ärztinnen und Ärzte im Beschäftigungsverhältnis
- § 24 Verträge über ärztliche Tätigkeit
- § 25 Ärztliche Gutachten und Zeugnisse
- § 26 Ärztlicher Notfalldienst

2. Berufliche Kommunikation

- § 27 Erlaubte sachliche Information über die berufliche Tätigkeit, berufswidrige Werbung
- § 28 Öffentliches Wirken und Medientätigkeit

3. Berufliche Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten

- § 29 Kollegiale Zusammenarbeit

4. Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten

- § 30 Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten mit Dritten
- § 31 Unerlaubte Zuweisung von Patientinnen und Patienten gegen Entgelt
- § 32 Annahme von Geschenken und anderen Vorteilen
- § 33 Ärztinnen und Ärzte und die Industrie
- § 34 Verordnungen, Empfehlungen und Begutachtung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln
- § 35 Fortbildungsveranstaltungen und Sponsoring

C. Verhaltensregeln (Grundsätze korrekter ärztlicher Berufsausübung)

- Nr. 1 Umgang mit Patientinnen und Patienten
- Nr. 2 Behandlungsgrundsätze
- Nr. 3 Umgang mit nichtärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

D. Ergänzende Bestimmungen zu einzelnen ärztlichen Berufspflichten

I. Regeln der beruflichen Kommunikation, insbesondere zulässiger Inhalt und Umfang sachlicher Informationen über die berufliche Tätigkeit

- Nr. 1 Information anderer Ärztinnen und Ärzte
- Nr. 2 Praxisschilder
- Nr. 3 Anzeigen
- Nr. 4 Verzeichnisse
- Nr. 5 Patienteninformation in den Praxisräumen und öffentlich abrufbare Arztinformation in Kommunikationsnetzen
- Nr. 6 Ankündigungen auf Briefbogen, Rezeptvordrucken, Stempeln und im sonstigen beruflichen Schriftverkehr

II. Formen der Zusammenarbeit (Gemeinschaftspraxis, Partnerschaft, Medizinische Kooperationsgemeinschaft, Praxisverbund)

- Nr. 7 Berufsrechtsvorbehalt
- Nr. 8 Berufsausübungsgemeinschaften von Ärztinnen und Ärzten
- Nr. 9 Kooperative Berufsausübung zwischen Ärztinnen und Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe
- Nr. 10 Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten an sonstigen Partnerschaften
- Nr. 11 Praxisverbund

III. Pflichten bei grenzüberschreitender ärztlicher Tätigkeit

- Nr. 12 Zweigpraxen deutscher Ärztinnen und Ärzte in anderen EU-Mitgliedstaaten
- Nr. 13 Grenzüberschreitende ärztliche Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten aus anderen EU-Mitgliedstaaten

IV. Pflichten in besonderen medizinischen Situationen

- Nr. 14 Schutz des menschlichen Embryos
- Nr. 15 In-vitro-Fertilisation, Embryotransfer

E. Inkrafttreten, Außerkrafttreten

F. Anhang

- Nr. 1 Richtlinien zum Gentransfer in menschliche Körperzellen
- Nr. 2 Richtlinien zur Durchführung des intratubaren Gametentransfers, der In-vitro-Fertilisation mit Embryotransfer und anderen Methoden der künstlichen Befruchtung

Gelöbnis

Für alle Ärztinnen und Ärzte 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 der Patientinnen und Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.

Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod meiner Patientinnen und 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 nach Alter, Krankheit oder Behinderung, Religion, Nationalität, Rasse, sexueller Orientierung, 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, meinen Kolleginnen und Kollegen die schuldige Achtung erweisen. Dies alles verspreche ich auf meine Ehre.“

A. Präambel

Die auf der Grundlage des Kammergesetzes beschlossene Berufsordnung stellt die Überzeugung der baden-württembergischen Ärzteschaft zum Verhalten von Ärztinnen und Ärzten gegenüber den Patientinnen und Patienten, den Kolleginnen und Kollegen, den anderen Partnern im Gesundheitswesen sowie zum Verhalten in der Öffentlichkeit dar. Dafür geben sich die baden-württembergischen Ärztinnen und Ärzte die nachstehende Berufsordnung. Mit der Festlegung von Berufspflichten von Ärztinnen und Ärzten dient die Berufsordnung zugleich dem Ziel,

- das Vertrauen zwischen Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten zu erhalten und zu fördern;
- die Qualität der ärztlichen Tätigkeit im Interesse der Gesundheit der Bevölkerung sicherzustellen;
- die Freiheit und das Ansehen des ärztlichen Berufes zu wahren;
- berufswürdiges Verhalten zu fördern und berufsunwürdiges Verhalten zu verhindern.

B. Regelungen zur Berufsausübung

I. Grundsätze

§ 1 Aufgaben der Ärztinnen und Ärzte

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

§ 2 Allgemeine ärztliche Berufspflichten

- (1) Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Sie dürfen keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit ihrer Aufgabe nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie nicht verantworten können.
- (2) Ärztinnen und Ärzte haben ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Sie dürfen weder ihr eigenes noch das Interesse Dritter über das Wohl der Patientinnen und Patienten stellen.
- (3) Zur gewissenhaften Berufsausübung gehören auch die Grundsätze korrekter ärztlicher Berufsausübung in Kapitel C.
- (4) Ärztinnen und Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen.
- (5) Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, sich über die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften zu unterrichten und sie zu beachten.
- (6) Unbeschadet der in den nachfolgenden Vorschriften geregelten besonderen Auskunfts- und Anzeigepflichten haben Ärztinnen und Ärzte auf Anfragen der Landes- bzw. Bezirksärztekammer, die diese zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben bei der Berufsaufsicht an sie richtet, in angemessener Frist zu antworten.

§ 3 Unvereinbarkeiten

- (1) Ärztinnen und Ärzte haben auch bei der Ausübung einer anderen Tätigkeit die ethischen Grundsätze des ärztlichen Berufs zu beachten. Ärztinnen und Ärzten ist es verboten, ihren Namen in Verbindung mit einer ärztlichen Berufsbezeichnung in unlauterer Weise für gewerbliche Zwecke herzugeben. Ebensovienig dürfen sie zulassen, daß von ihrem Namen oder von ihrem beruflichen Ansehen in solcher Weise Gebrauch gemacht wird.

- (2) Ärztinnen und Ärzten ist untersagt, im Zusammenhang mit der Ausübung ihrer ärztlichen Tätigkeit Waren und andere Gegenstände abzugeben oder unter ihrer 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) Ärztinnen und Ärzte, die ihren Beruf ausüben, sind verpflichtet, sich in dem Umfang beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu ihrer Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.
- (2) Ärztinnen und Ärzte müssen ihre Fortbildung nach Absatz 1 gegenüber der Landesärztekammer in geeigneter Form nachweisen können.

§ 5 Qualitätssicherung

Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, die von der Landesärztekammer eingeführten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit durchzuführen und der Landesärztekammer die hierzu erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

§ 6 Mitteilung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen

Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, die ihnen aus ihrer ärztlichen Behandlungstätigkeit bekanntwerdenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft mitzuteilen (Fachausschuß der Bundesärztekammer).

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.
- (2) Ärztinnen und Ärzte achten das Recht ihrer Patientinnen und Patienten, sie frei zu wählen oder zu wechseln. Andererseits sind – von Notfällen oder besonderen rechtlichen Verpflichtungen abgesehen – auch Ärztinnen und Ärzte frei, eine Behandlung abzulehnen. Den begründeten Wunsch von Patientinnen und Patienten, eine weitere Ärztin oder einen weiteren Arzt zuzuziehen oder an eine andere Ärztin oder einen anderen Arzt überwiesen zu werden, sollen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in der Regel nicht ablehnen.
- (3) Ärztinnen und Ärzte dürfen grundsätzlich individuelle ärztliche Behandlungen, insbesondere auch Beratungen, weder ausschließlich brieflich noch in Zeitungen oder Zeitschriften noch ausschließlich über Kommunikationsmedien oder Computerkommunikationsnetze durchführen.

§ 8 Aufklärungspflicht

Zur Behandlung bedürfen Ärztinnen und Ärzte der Einwilligung ihrer Patientinnen und Patienten. Der Einwilligung hat grundsätzlich die erforderliche Aufklärung im persönlichen Gespräch vorauszugehen.

§ 9 Schweigepflicht

- (1) Ärztinnen und Ärzte haben über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Ärztin oder Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist – auch über den Tod der Patientinnen und Patienten hinaus – zu schweigen. Dazu gehören auch schriftliche Mitteilungen von Patientinnen und Patienten, Aufzeichnungen über Patientinnen und Patienten, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde.
- (2) Ärztinnen und Ärzte sind zur Offenbarung befugt, soweit sie von der Schweigepflicht entbunden worden sind oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt. Soweit gesetzliche Vorschriften die Schweigepflicht von Ärztinnen und Ärzten einschränken, sollen sie die Patientinnen und Patienten darüber unterrichten.
- (3) Ärztinnen und Ärzte haben ihre Mitarbeiterinnen und 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 Ärztinnen und Ärzte gleichzeitig oder nacheinander dieselbe Patientin oder denselben Patienten untersuchen oder behandeln, so sind sie untereinander von der Schweigepflicht insoweit befreit, als das Einverständnis der Patientin oder des Patienten vorliegt oder anzunehmen ist.
- (5) Ärztinnen und Ärzte sind auch dann zur Verschwiegenheit verpflichtet, wenn sie im amtlichen oder privaten Auftrag von Dritten tätig werden, es sei denn, daß den Betroffenen vor der Untersuchung oder Behandlung bekannt ist oder eröffnet wurde, inwieweit die von Ärztinnen und Ärzten getroffenen Feststellungen zur Mitteilung an Dritte bestimmt sind.
- (6) Die Übermittlung von Patientendaten an Verrechnungsstellen ist nur zulässig, wenn die Patientinnen und Patienten schriftlich zugestimmt haben.

§ 10 Dokumentationspflicht

- (1) Ärztinnen und Ärzte haben über die in Ausübung ihres Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Diese sind nicht nur Gedächtnisstützen, sie dienen auch dem Interesse der Patientinnen und Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.
- (2) Ärztinnen und Ärzte haben den Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen grundsätzlich in die sie betreffenden Krankenunterlagen Einsicht zu gewähren; ausgenommen sind diejenigen Teile, die subjektive Eindrücke oder Wahrnehmungen von Ärztinnen und Ärzten enthalten. Auf Verlangen sind Patientinnen und 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 haben Ärztinnen und Ärzte ihre ärztlichen Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde gemäß Absatz 3 aufzubewahren oder dafür Sorge zu tragen, daß sie in gehörige Obhut gegeben werden.
- (5) Ärztinnen und Ärzte können ihre Patientenunterlagen bei Aufgabe oder Übergabe der Praxis grundsätzlich nur mit schriftlicher Einwilligungserklärung der betroffenen Patientinnen und Patienten an die Praxisnachfolgerin oder den Praxisnachfolger übergeben. Soweit eine Einwilligung der Patientin oder des Patienten nach entsprechenden Bemühungen nicht zu erlangen ist, hat die bisherige Praxisinhaberin oder der bisherige Praxisinhaber die Unterlagen gemäß Absatz 3 aufzubewahren.
- (6) Ist eine Aufbewahrung bei der bisherigen Praxisinhaberin oder dem bisherigen Praxisinhaber nicht möglich, ist die Übergabe an die Praxisnachfolgerin oder den Praxisnachfolger nur statthaft, wenn diese die Unterlagen getrennt von eigenen Unterlagen unter Verschluss halten. Die Unterlagen dürfen nur mit Einwilligung der Patientinnen und Patienten eingesehen und weitergegeben werden.
- (7) Aufzeichnungen auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien bedürfen besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen, um deren Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern.
- (8) Ärztinnen und Ärzte dürfen Angaben zur Approbation oder Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes sowie zu Bezeichnungen nach der Weiterbildungsordnung nur durch eine von der Landesärztekammer betriebene oder mit der Landesärztekammer durch einen Kooperationsvertrag verbundene Zertifizierungsstelle in Signaturschlüssel-Zertifikate oder Attribut-Zertifikate aufnehmen lassen.

§ 11 Ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

- (1) Mit Übernahme der Behandlung verpflichten sich Ärztinnen und Ärzte den Patientinnen und 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 Patientinnen und 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. Ärztinnen und Ärzte dürfen die Sätze nach der GOÄ nicht in unlauterer Weise unterschreiten. Bei Abschluß einer Honorarvereinbarung haben Ärztinnen und Ärzte auf die Einkommens- und Vermögensverhältnisse der Zahlungspflichtigen Rücksicht zu nehmen.

- (2) Ärztinnen und Ärzte können Verwandten, Kolleginnen und Kollegen, deren Angehörigen und mittellosen Patientinnen und Patienten das Honorar ganz oder teilweise erlassen.
- (3) Auf Antrag eines Beteiligten gibt die Bezirksärztekammer eine gutachterliche Äußerung über die Angemessenheit der Honorarforderung ab.

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 Landesärztekammer Richtlinien zur Indikationsstellung und zur Ausführung festgelegt hat, haben Ärztinnen und Ärzte die Richtlinien zu beachten.
- (2) Im einzelnen handelt es sich um
 - die Richtlinien zum Gentransfer in menschliche Körperzellen
 - die Richtlinien zur Durchführung des intratubaren Gamtentransfers, der In-vitro-Fertilisation mit Embryotransfer und andere Methoden der künstlichen Befruchtung.

Diese Richtlinien sind Bestandteil dieser Berufsordnung und im Anhang abgedruckt.

- (3) Soweit es die Landesärztekammer verlangt, haben Ärztinnen und Ärzte die Anwendung solcher Maßnahmen oder Verfahren der Landesärztekammer anzuzeigen.
- (4) Vor Aufnahme entsprechender Tätigkeiten haben Ärztinnen und Ärzte auf Verlangen der Landesärztekammer den Nachweis zu führen, daß die persönlichen und sachlichen Voraussetzungen entsprechend den Richtlinien erfüllt werden.

§ 14 Erhaltung des ungeborenen Lebens und Schwangerschaftsabbruch, Schutz der toten Leibesfrucht

- (1) Ärztinnen und Ärzte sind grundsätzlich verpflichtet, das ungeborene Leben zu erhalten. Der Schwangerschaftsabbruch unterliegt den gesetzlichen Bestimmungen. Ärztinnen und Ärzte können nicht gezwungen werden, einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen.
- (2) Ärztinnen und Ärzte, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen oder eine Fehlgeburt betreuen, haben dafür Sorge zu tragen, daß die tote Leibesfrucht keiner mißbräuchlichen Verwendung zugeführt wird.

§ 15 Forschung

- (1) Ärztinnen und Ärzte müssen sich vor der Durchführung biomedizinischer Forschung am Menschen, vor der Forschung mit vitalen menschlichen Gameten und lebendem embryonalem Gewebe sowie vor der epidemiologischen Forschung mit personenbezogenen Daten durch die Ethikkommission bei der Landesärztekammer oder eine bei den Universitäten des Landes errichtete Ethikkommission beraten lassen.

- (2) Bei durchzuführenden Beratungen nach Absatz 1 ist die Deklaration des Weltärztebundes von 1964 (Helsinki) in der revidierten Fassung von 1975 (Tokio), 1983 (Venedig), 1989 (Hongkong) und 1996 (Somerset West) zugrunde zu legen.
- (3) Zum Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und Lehre dürfen der Schweigepflicht unterliegende Tatsachen und Befunde grundsätzlich nur soweit offenbart werden, als dabei die Anonymität der Patientinnen und Patienten gesichert ist oder diese ausdrücklich zustimmen.
- (4) In Publikationen von Forschungsergebnissen sind die geschäftlichen Beziehungen von Ärztinnen und Ärzten zum Auftraggeber offen zu legen.

§ 16 Beistand für den sterbenden Menschen

Ärztinnen und Ärzte dürfen – unter Vorrang des Willens ihrer Patientinnen und Patienten – auf lebensverlängernde Maßnahmen nur verzichten und sich auf die Linderung der Beschwerden beschränken, wenn ein Hinausschieben des unvermeidbaren Todes für den sterbenden Menschen lediglich eine unzumutbare Verlängerung des Leidens bedeuten würde. Ärztinnen und Ärzte dürfen das Leben eines sterbenden Menschen nicht aktiv verkürzen.

IV. Berufliches Verhalten

1. Berufsausübung

§ 17 Niederlassung und Ausübung der Praxis

- (1) Die Ausübung des ärztlichen Berufs in eigener Praxis ist an die Niederlassung gebunden.
- (2) Ärztinnen und Ärzte dürfen ihren Beruf nicht im Umherziehen ausüben.
- (3) Die Niederlassung ist durch ein Praxisschild kenntlich zu machen. Das Nähere zur Ausgestaltung des Schildes regelt Kapitel D Nr.2. Hierbei sind Ärztinnen und Ärzte berechtigt, ihre Sprechstunden nach den örtlichen und fachlichen Gegebenheiten ihrer Praxis festzusetzen, und verpflichtet, die Sprechstunden auf dem Praxisschild bekanntzugeben. Ärztinnen und Ärzte, die nicht unmittelbar patientenbezogen tätig werden, können von der Ankündigung ihrer Niederlassung durch ein Praxisschild absehen, wenn sie dies der Bezirksärztekammer anzeigen.
- (4) Ort und Zeitpunkt der Niederlassung sowie jede Veränderung haben Ärztinnen und Ärzte der Bezirksärztekammer unverzüglich anzuzeigen.

§ 18 Zweigpraxis, ausgelagerte Praxisräume

- (1) Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, an mehreren Stellen Sprechstunden abzuhalten. Die Bezirksärztekammer kann, soweit es die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung erfordert, die Genehmigung für eine Zweigpraxis (Sprechstunde) erteilen.
- (2) Ärztinnen und Ärzte dürfen in räumlicher Nähe zum Ort ihrer Niederlassung Untersuchungs- und Behandlungsräume ausschließlich für spezielle Untersuchungs- oder Behandlungszwecke (z. B. Operationen, medizinisch-technische Leistungen) unterhalten, in denen sie ihre Patien-

tinnen und Patienten nach Aufsuchen ihrer Praxis versorgen (ausgelagerte Praxisräume). Dasselbe gilt für eine gemeinschaftlich mit anderen Ärztinnen und Ärzten organisierte Notfallpraxis in den sprechstundenfreien Zeiten.

§ 19 Beschäftigung angestellter Praxisärztinnen und -ärzte

Ärztinnen und Ärzte müssen ihre Praxis persönlich ausüben. Die Beschäftigung ärztlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Praxis (angestellte Praxisärztinnen und -ärzte) setzt die Leitung der Praxis durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte voraus. Ärztinnen und Ärzte haben die Beschäftigung von ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Bezirksärztekammer anzuzeigen.

§ 20 Vertreterinnen und Vertreter

- (1) Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sollen grundsätzlich zur gegenseitigen Vertretung bereit sein; übernommene Patientinnen und Patienten sind nach Beendigung der Vertretung zurückzuüberweisen. Ärztinnen und Ärzte dürfen sich grundsätzlich nur durch Fachärztinnen und Fachärzte desselben Fachgebiets vertreten lassen.
- (2) Die Beschäftigung von Vertreterinnen und Vertretern in der Praxis ist der Bezirksärztekammer anzuzeigen, wenn die Vertretung in der Praxisausübung insgesamt länger als drei Monate innerhalb von zwölf Monaten dauert.
- (3) Die Praxis einer verstorbenen Ärztin oder eines Arztes kann zugunsten des überlebenden Ehegatten oder eines unterhaltsberechtigten Angehörigen in der Regel bis zur Dauer von drei Monaten nach Ende des Kalendervierteljahres, in dem die Ärztin oder der Arzt verstorben ist, durch eine andere Ärztin oder einen anderen Arzt fortgeführt werden.

§ 21 Haftpflichtversicherung

Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zu versichern.

§ 22 Gemeinsame Berufsausübung

Zur gemeinsamen Berufsausübung sind die in Kapitel D Nr. 7 bis 11 geregelten Berufsausübungsgemeinschaften von Ärztinnen und Ärzten (Gemeinschaftspraxis, Ärztepartnerschaft), Organisationsgemeinschaften unter Ärztinnen und Ärzten (z. B. Praxisgemeinschaften, Apparategemeinschaften) und die medizinischen Kooperationsgemeinschaften sowie der Praxisverbund zugelassen.

§ 23 Ärztinnen und Ärzte im Beschäftigungsverhältnis

- (1) Die Regeln dieser Berufsordnung gelten auch für Ärztinnen und Ärzte, welche ihre ärztliche Tätigkeit im Rahmen eines privatrechtlichen Arbeitsverhältnisses oder öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnisses ausüben.

- (2) Auch in einem Arbeits- oder Dienstverhältnis dürfen Ärztinnen und Ärzte eine Vergütung für ihre ärztliche Tätigkeit nicht dahingehend vereinbaren, daß die Vergütung Ärztinnen und Ärzte in der Unabhängigkeit ihrer medizinischen Entscheidungen beeinträchtigt.

§ 24 Verträge über ärztliche Tätigkeit

Ärztinnen und Ärzte sollen alle Verträge über ihre ärztliche Tätigkeit vor ihrem Abschluß der Bezirksärztekammer vorlegen, damit geprüft werden kann, ob die beruflichen Belange gewahrt sind. Auf Verlangen der Bezirksärztekammer müssen Ärztinnen und Ärzte diese Verträge auch nach deren Abschluß vorlegen.

§ 25 Ärztliche Gutachten und Zeugnisse

Bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse haben Ärztinnen und Ärzte mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen ihre ärztliche Überzeugung auszusprechen. Gutachten und Zeugnisse, zu deren Ausstellung Ärztinnen und Ärzte verpflichtet sind oder die ausstellen sie übernommen haben, sind innerhalb einer angemessenen Frist abzugeben. Zeugnisse über Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung müssen grundsätzlich innerhalb von drei Monaten nach Antragstellung, bei Ausscheiden unverzüglich, ausgestellt werden.

§ 26 Ärztlicher Notfalldienst

- (1) Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, am Notfalldienst teilzunehmen. Auf Antrag kann aus schwerwiegenden Gründen einer Ärztin oder einem Arzt eine Befreiung vom Notfalldienst ganz, teilweise oder vorübergehend erteilt werden. Dies gilt insbesondere:
 - für Ärztinnen und Ärzte, wenn sie wegen körperlicher Behinderung hierzu nicht in der Lage sind,
 - für Ärztinnen und Ärzte, wenn ihnen aufgrund besonders belastender familiärer Pflichten die Teilnahme nicht zuzumuten ist,
 - für Ärztinnen und Ärzte, wenn sie an einem klinischen Bereitschaftsdienst mit Notfallversorgung teilnehmen,
 - für Ärztinnen ab dem Zeitpunkt der Bekanntgabe ihrer Schwangerschaft und bis zu 12 Monate nach der Entbindung.
- (2) Für die Einrichtung und Durchführung eines Notfalldienstes im einzelnen sind die von den Bezirksärztekammern erlassenen Vorschriften maßgebend. Die Verpflichtung zur Teilnahme am Notfalldienst gilt für den festgelegten Notfalldienstbereich.
- (3) Die Einrichtung eines Notfalldienstes entbindet die behandelnden Ärztinnen und Ärzte nicht von ihrer Verpflichtung, für die Betreuung ihrer Patientinnen und Patienten in dem Umfang Sorge zu tragen, wie es deren Krankheitszustand erfordert.
- (4) Ärztinnen und Ärzte haben sich auch für den Notfalldienst fortzubilden, wenn sie gemäß Absatz (1) nicht auf Dauer von der Teilnahme am Notfalldienst befreit sind.

2. Berufliche Kommunikation

§ 27

Erlaubte sachliche Information über die berufliche Tätigkeit, berufswidrige Werbung

- (1) Ärztinnen und Ärzten sind sachliche Informationen über ihre Berufstätigkeit gestattet. Für Praxisschilder, Anzeigen, Verzeichnisse, Patienteninformationen in Praxisräumen und öffentlich abrufbare Arztinformationen in Kommunikationsnetzen gelten hinsichtlich Form, Inhalt und Umfang die Grundsätze des Kapitels D Nrn. 1–5. Berufswidrige Werbung ist Ärztinnen und Ärzten untersagt. Berufswidrig ist insbesondere eine anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung.
- (2) Ärztinnen und Ärzte dürfen eine berufswidrige Werbung durch andere weder veranlassen noch dulden. Dies gilt auch für die anpreisende Herausstellung von Ärztinnen und Ärzten in Ankündigungen von Sanatorien, Kliniken, Institutionen oder anderen Unternehmen. Ärztinnen und Ärzte dürfen es nicht dulden, daß Berichte oder Bildberichte veröffentlicht werden, die ihre ärztliche Tätigkeit oder ihre Person berufswidrig werbend herausstellen.

§ 28

Öffentliches Wirken und Medientätigkeit

Veröffentlichungen medizinischen Inhalts oder die Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten an aufklärenden Veröffentlichungen in den Medien sind zulässig, soweit die Veröffentlichung und die Mitwirkung der Ärztinnen und Ärzte auf sachliche Information begrenzt und die Personen sowie ihr Handeln nicht berufswidrig werbend herausgestellt werden. Dies gilt auch für öffentliche Vorträge medizinischen Inhalts.

3. Berufliche Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten

§ 29

Kollegiale Zusammenarbeit

- (1) Ärztinnen und Ärzte haben sich untereinander kollegial zu verhalten. Die Verpflichtung von Ärztinnen und Ärzten, in einem Gutachten, auch soweit es die Behandlungsweise von anderen Kolleginnen und Kollegen betrifft, nach bestem Wissen ihre ärztliche Überzeugung auszusprechen, bleibt unberührt. Unsachliche Kritik an der Behandlungsweise oder dem beruflichen Wissen von Kolleginnen und Kollegen sowie herabsetzende Äußerungen über deren Person sind berufsunwürdig.
- (2) Es ist berufsunwürdig, Kolleginnen und Kollegen aus ihrer Behandlungstätigkeit oder als Mitbewerber um eine berufliche Tätigkeit durch unlaute Handlungen zu verdrängen. Es ist insbesondere berufsunwürdig, wenn sich Ärztinnen und Ärzte innerhalb eines Zeitraums von einem Jahr ohne Zustimmung der Praxisinhaberin oder des Praxisinhabers im Einzugsbereich derjenigen Praxis niederläßt, in der sie in der Aus- oder Weiterbildung mindestens drei Monate tätig waren.
- (3) Ärztinnen und Ärzte, die andere Ärztinnen und Ärzte zu ärztlichen Verrichtungen bei Patientinnen und Patienten heranziehen, denen gegenüber nur sie einen Liquidationsanspruch haben, sind verpflichtet, diesen Ärztinnen und Ärzten eine angemessene Vergütung zu gewähren. Dies gilt auch dann, wenn das Liquidationsrecht Dritten zu-

steht und diese Ärztinnen und Ärzte am Liquidationserlös beteiligen. Angemessen ist die Vergütung nur dann, wenn sie auf der Grundlage der tatsächlich erzielten Erlöse der Liquidationsberechtigten oder an der Liquidation Dritter beteiligten Ärztinnen und Ärzte dem Anteil der Arbeitsleistung der ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an der abgerechneten Leistung entspricht. Bei ausschließlicher Arbeitsleistung der ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kann höchstens ein Viertel der tatsächlich erzielten Erlöse den Liquidationsberechtigten oder an der Liquidation Dritter beteiligten Ärztinnen und Ärzten verbleiben. Bei Auseinandersetzungen über die Angemessenheit der Vergütung haben Liquidationsberechtigte oder an der Liquidation Dritter beteiligte Ärztinnen und Ärzte der zuständigen Bezirksärztekammer und dem Berufsgewicht über ihre Liquidation Rechnung zu legen. Es ist berufsunwürdig, Kolleginnen und Kollegen in unlauterer Weise, mit unangemessener Vergütung oder unentgeltlich zu beschäftigen oder eine solche Beschäftigung zu bewirken.

- (4) In Gegenwart von Patientinnen und Patienten oder Nichtärzten sind Beanstandungen der ärztlichen Tätigkeit und zurechtweisende Belehrungen zu unterlassen. Das gilt auch für Ärztinnen und Ärzte als Vorgesetzte und Untergebene und für den Dienst in den Krankenhäusern.
- (5) Die zur Weiterbildung befugten Ärztinnen und Ärzte haben im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten ihre ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unbeschadet deren Pflicht, sich selbst um eine Weiterbildung zu bemühen, in dem gewählten Weiterbildungsgang nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung weiterzubilden.

4. Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten

§ 30

Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten mit Dritten

- (1) Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, zusammen mit Personen, die weder Ärztinnen oder Ärzte sind noch zu ihren berufsmäßig tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gehören, zu untersuchen oder zu behandeln. Dies gilt nicht für Personen, welche sich in der Ausbildung zum ärztlichen Beruf oder zu einem medizinischen Assistenzberuf befinden. Angehörige von Patientinnen und Patienten und andere Personen dürfen bei der Untersuchung und Behandlung anwesend sein, wenn die verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte und die Patientinnen und Patienten zustimmen.
- (2) Die Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe ist zulässig, wenn die Verantwortungsbereiche der Ärztinnen und Ärzte und der Angehörigen der Gesundheitsberufe klar erkennbar voneinander getrennt bleiben.

§ 31

Unerlaubte Zuweisung von Patientinnen und Patienten gegen Entgelt

Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten oder Untersuchungsmaterial ein Entgelt oder andere Vorteile sich versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.

§ 32

Annahme von Geschenken und anderen Vorteilen

Es ist unzulässig, sich von Patientinnen und Patienten oder von Dritten Geschenke oder andere Vorteile, welche das übliche Maß kleiner Anerkennungen übersteigen, versprechen zu lassen oder anzunehmen.

§ 33

Ärztinnen und Ärzte und die Industrie

Soweit Ärztinnen und Ärzte Leistungen für die Hersteller von Arznei-, Heil-, Hilfsmitteln oder medizinisch-technischen Geräten erbringen (zum Beispiel bei der Entwicklung, Erprobung und Begutachtung), muß die hierfür bestimmte Vergütung der erbrachten Leistung entsprechen. Die Annahme von Werbegaben oder von Vorteilen für den Besuch von Informationsveranstaltungen der Hersteller ist untersagt, sofern der Wert nicht geringfügig ist. Dasselbe gilt für die Annahme unzulässiger Vorteile von Herstellern oder Händlern aus dem Bezug der in Satz 1 genannten Produkte.

§ 34

Verordnungen, Empfehlungen und Begutachtung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

- (1) Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, für die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln von Herstellern oder Händlern Vergütungen oder sonstige wirtschaftliche Vergünstigungen zu fordern oder anzunehmen.
- (2) Ärztinnen und Ärzte dürfen Ärztemuster nicht gegen Entgelt weitergeben.
- (3) Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, über Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Körperpflegemittel oder ähnliche Waren Werbevorträge zu halten oder zur Werbung bestimmte Gutachten zu erstellen.
- (4) Ärztinnen und Ärzte dürfen einer mißbräuchlichen Anwendung ihrer Verschreibung keinen Vorschub leisten.
- (5) Ärztinnen und Ärzten ist nicht gestattet, ihre Patientinnen und Patienten ohne hinreichenden Grund an bestimmte Apotheken, Geschäfte oder Anbieter von gesundheitlichen Leistungen zu verweisen.

§ 35

Fortbildungsveranstaltungen und Sponsoring

Werden Art, Inhalt und Präsentation von Fortbildungsveranstaltungen allein von einem ärztlichen Veranstalter bestimmt, so ist die Annahme von Beiträgen Dritter (Sponsoring) für Veranstaltungskosten in angemessenem Umfang erlaubt.

C. Verhaltensregeln (Grundsätze korrekter ärztlicher Berufsausübung)

Nr. 1

Umgang mit Patientinnen und Patienten

Eine korrekte ärztliche Berufsausübung verlangt, daß Ärztinnen und Ärzte beim Umgang mit ihren Patientinnen und Patienten

- ihre Würde und ihr Selbstbestimmungsrecht respektieren,
- ihre Privatsphäre achten,

- über die beabsichtigte Diagnostik und Therapie, ggf. über ihre Alternativen und über ihre Beurteilung des Gesundheitszustandes in für die Patientinnen und Patienten verständlicher und angemessener Weise informieren und insbesondere auch das Recht, empfohlene Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen abzulehnen, respektieren,
- Rücksicht auf die Situation ihrer Patientinnen und Patienten nehmen,
- auch bei Meinungsverschiedenheiten sachlich und korrekt bleiben,
- den Mitteilungen ihrer Patientinnen und Patienten gebührende Aufmerksamkeit entgegenbringen
- und einer Patientenkritik sachlich begegnen.

Nr. 2

Behandlungsgrundsätze

Übernahme und Durchführung der Behandlung erfordern die gewissenhafte Ausführung der gebotenen medizinischen Maßnahmen nach den Regeln der ärztlichen Kunst. Dazu gehört auch

- rechtzeitig andere Ärztinnen und Ärzte hinzuzuziehen, wenn die eigene Kompetenz zur Lösung der diagnostischen und therapeutischen Aufgabe nicht ausreicht,
- rechtzeitig die Patientinnen und Patienten an andere Ärztinnen oder Ärzte zur Fortsetzung der Behandlung zu überweisen,
- dem Wunsch von Patientinnen und Patienten nach Einholung einer Zweitmeinung sich nicht zu widersetzen,
- für die mit- oder weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzte die erforderlichen Patientenberichte zeitgerecht zu erstellen.

Nr. 3

Umgang mit nichtärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

Eine korrekte ärztliche Berufsausübung verlangt auch, daß Ärztinnen und Ärzte bei der Ausübung ihrer ärztlichen Tätigkeit nichtärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht diskriminieren und insbesondere die arbeitsrechtlichen Bestimmungen beachten.

D. Ergänzende Bestimmungen zu einzelnen ärztlichen Berufspflichten

I. Regeln der beruflichen Kommunikation, insbesondere zulässiger Inhalt und Umfang sachlicher Informationen über die berufliche Tätigkeit

Nr. 1

Information anderer Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte dürfen andere Ärztinnen und Ärzte über ihre Qualifikation und ihr Leistungsangebot informieren. Bei der Information ist jede berufswidrig werbende Herausstellung der eigenen Tätigkeit oder der eigenen Qualifikation untersagt.

Nr. 2 Praxisschilder

- (1) Ärztinnen und Ärzte haben auf ihrem Praxisschild ihren Namen und die Bezeichnung als Ärztin oder Arzt oder eine Facharztbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung anzugeben und Sprechstunden anzukündigen. Die nach der Weiterbildungsordnung erworbenen Bezeichnungen dürfen nur in der nach der Weiterbildungsordnung zulässigen Form und nur dann geführt werden, wenn die Ärztinnen und die Ärzte die von diesen weiterbildungsrechtlichen Qualifikationen umfaßten Tätigkeiten nicht nur gelegentlich ausüben. Die Bezeichnung als Ärztin oder als Arzt oder eine Facharztbezeichnung ist allen weiteren erworbenen Bezeichnungen voranzustellen.
- (2) Das Praxisschild darf über die Angaben nach Absatz 1 hinaus Qualifikationen, die von einer Ärztekammer verliehen wurden, enthalten. Für die Angaben nach Satz 1 gilt Abs. 1 Satz 2 entsprechend. Privatwohnung, Kommunikationsverbindungen, medizinisch-akademische Grade und ärztliche Titel können angekündigt werden. Andere akademische Grade dürfen nur in Verbindung mit der Fakultätsbezeichnung genannt werden. § 38 Absatz 3 Heilberufe-Kammergesetz bleibt unberührt.
- (3) Folgende weitere Angaben dürfen, sofern die Voraussetzungen vorliegen, auf dem Praxisschild genannt werden:
 - a) Zulassung zu Krankenkassen
 - b) hausärztliche Versorgung oder Hausärztin/Hausarzt
 - c) Durchgangsarztin/Durchgangsarzt oder D-Ärztin/D-Arzt, H-Ärztin/H-Arzt
 - d) Dialyse
 - e) Zugehörigkeit zu einem Praxisverbund nach Kapitel D II Nr. 11
 - f) Bereitschaftsdienst- oder Notfallpraxis
- (4) Ärztinnen und Ärzte, die Belegärzte sind, dürfen auf ihre belegärztliche Tätigkeit durch den Zusatz „Belegarzt“ bzw. „Belegärztin“ auf dem Praxisschild hinweisen. Außerdem dürfen sie den Namen des Krankenhauses, in dem sie die belegärztliche Tätigkeit ausüben, hinzufügen.
- (5) Ärztinnen und Ärzte, die ambulante Operationen ausführen, dürfen dies mit dem Hinweis „Ambulantes Operieren“ oder „Ambulante Operationen“ auf dem Praxisschild ankündigen, wenn sie die Bedingungen der von der Landesärztekammer eingeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen für das ambulante Operieren erfüllen.
- (6) Ärztinnen und Ärzte dürfen mit der Bezeichnung „Praxis-klinik“ eine besondere Versorgungsweise und besondere Praxisausstattung auf ihrem Praxisschild ankündigen, wenn sie
 - a) im Rahmen der Versorgung ambulanter Patientinnen und Patienten bei Bedarf eine ärztliche und pflegerische Betreuung auch über Nacht gewährleisten,
 - b) neben den für die ärztlichen Maßnahmen notwendigen Voraussetzungen auch die nach den anerkannten Qualitätssicherungsregeln erforderlichen, apparativen, personellen und organisatorischen Vorkehrungen für eine Notfallintervention bei den entlassenen Patientinnen und Patienten erfüllen.
- (7) Die Ärztinnen und Ärzte, die die Angaben zu Absätzen 4 bis 6 führen, haben der Bezirksärztekammer auf deren Verlangen die für eine Prüfung der notwendigen Voraussetzungen der Ankündigung erforderlichen Unterlagen vorzulegen. Die Bezirksärztekammer ist befugt, ergänzende Auskünfte zu verlangen.
- (8) Die Bezeichnung „Professor“ darf geführt werden, wenn sie auf Vorschlag der medizinischen Fakultät (Fachbereich) durch die Hochschule oder das zuständige Landesministerium verliehen worden ist. Dasselbe gilt für die von einer medizinischen Fakultät einer ausländischen wissenschaftlichen Hochschule verliehene Bezeichnung, wenn dem gesetzliche Vorschriften nicht entgegenstehen. Die nach Satz 2 führende, im Ausland erworbene Bezeichnung ist in der Fassung der ausländischen Verleihungsurkunde zu führen.
- (9) Bei Berufsausübungsgemeinschaften von Ärztinnen und Ärzten (Gemeinschaftspraxis, Ärzte-Partnerschaft, Kapitel D II Nr. 8) sind – unbeschadet des Namens einer Partnerschaftsgesellschaft – die Namen und Arztbezeichnungen aller in der Gemeinschaft zusammengeschlossenen Ärztinnen und Ärzte anzuzeigen. Der Zusammenschluß ist ferner entsprechend der Rechtsform mit dem Zusatz „Gemeinschaftspraxis“ oder „Partnerschaft“ anzukündigen. Die Fortführung des Namens eines nicht mehr berufstätigen, eines ausgeschiedenen oder verstorbenen Partners ist unzulässig. Hat eine ärztliche Gemeinschaftspraxis oder Partnerschaft gemäß Kapitel D II Nr. 8 mehrere Praxissitze, so ist für jeden Partner zusätzlich der Praxissitz anzugeben.
- (10) Bei Kooperationen gemäß Kapitel D II Nr. 9 dürfen sich Ärztinnen und Ärzte in ein gemeinsames Praxisschild mit den Kooperationspartnern aufnehmen lassen. Bei Partnerschaften gemäß Kapitel D II Nr. 10 dürfen Ärztinnen und Ärzte nur gestatten, daß die Bezeichnung „Arzt“ bzw. „Ärztin“ oder eine andere führende Bezeichnung angegeben werden, wenn die Angabe ihrer Berufsbezeichnung vorgesehen ist.
- (11) Das Führen von Zusätzen, die nicht gemäß den vorstehenden Vorschriften erlaubt sind, ist untersagt.
- (12) Für Form und Anbringung der Praxisschilder gelten folgende Regeln:
 - a) Mit dem Praxisschild soll der Bevölkerung die Praxis der Ärztin oder des Arztes angezeigt werden. Es darf nicht in aufdringlicher Form gestaltet und angebracht sein.
 - b) Bei Vorliegen besonderer Umstände, zum Beispiel bei versteckt liegenden Praxiseingängen, dürfen Ärztinnen und Ärzte weitere Arztschilder anbringen.
 - c) Bei Verlegung der Praxis können Ärztinnen und Ärzte an dem Haus, aus dem sie fortgezogen sind, bis zur Dauer eines halben Jahres ein Schild mit einem entsprechenden Vermerk anbringen.
- (13) Mit Genehmigung der Bezirksärztekammer dürfen Ärztinnen und Ärzte ausgelagerte Praxisräume gemäß § 18 erforderlichenfalls mit einem Hinweisschild kennzeichnen, welches ihren Namen, ihre Arztbezeichnung und den Hinweis „Untersuchungsräume“ oder „Behandlungsräume“ ohne weitere Zusätze enthält.

Nr. 3 Anzeigen

- (1) Anzeigen über die Niederlassung oder Zulassung dürfen nur in Zeitungen und sonstigen periodischen Publikationen erfolgen. Sie dürfen außer der Anschrift der Praxis nur die für die Schilder der Ärztinnen und Ärzte gestatteten Angaben enthalten und nur dreimal in der gleichen Zeitung in-

nerhalb eines Zeitraumes von drei Monaten zur Bekanntgabe der Niederlassung oder der Aufnahme der Kassenpraxis veröffentlicht werden.

- (2) Im übrigen sind Anzeigen in den Zeitungen und sonstigen periodischen Publikationen nur bei Praxisaufgabe, Praxisübergabe, längerer Abwesenheit von der Praxis oder Krankheit sowie bei der Verlegung der Praxis und bei der Änderung der Sprechstundenzeit, der Fernsprechnummer oder der Telefaxnummer gestattet. Derartige Anzeigen dürfen aus diesem Anlaß höchstens dreimal veröffentlicht werden.
- (3) Form und Inhalt dieser Anzeigen müssen sich nach den örtlichen Gepflogenheiten richten.
- (4) Ärztinnen und Ärzte, die sich zu einem zulässigen Praxisverbund (Kapitel D II Nr. 11) zusammengeschlossen haben, dürfen dies als Verbund durch Anzeigen in Zeitungen und sonstigen periodischen Publikationen bis zu dreimal bekannt geben.

Nr. 4 Verzeichnisse

- (1) Ärztinnen und Ärzte dürfen sich in für die Öffentlichkeit bestimmte Informationsmedien eintragen lassen, wenn diese folgenden Anforderungen gerecht werden:
 - a) Sie müssen allen Ärztinnen und Ärzten, die die Kriterien des Verzeichnisses erfüllen, zu denselben Bedingungen gleichermaßen mit einem kostenfreien Grundeintrag offen stehen. Ein kostenfreier Grundeintrag besteht aus: Namen, akademischer Grad, Facharztbezeichnung, Praxisadresse, Telefonnummer und Faxnummer, E-Mail-Adresse.
 - b) Die Eintragungen müssen sich grundsätzlich auf die nach Kapitel D I Nr. 2 ankündigungsfähigen Bezeichnungen beschränken.
- (2) Soll das Verzeichnis weitere Angaben enthalten, dürfen sich Ärztinnen und Ärzte eintragen lassen, wenn sich die Angaben im Rahmen der Bestimmungen nach D Nr. 5 halten und insbesondere die Form, der Inhalt, der Umfang und die Systematik der Angaben vom Herausgeber des Verzeichnisses vor der Veröffentlichung mit der zuständigen Bezirksärztekammer abgestimmt worden sind.
- (3) Ärztinnen und Ärzte, die sich zu einem zulässigen Praxisverbund (Kapitel D II Nr. 11) zusammengeschlossen haben, dürfen dies in Verzeichnissen zusätzlich zu Einzelangaben der Praxis bekannt geben.

Nr. 5 Patienteninformation in den Praxisräumen und öffentlich abrufbare Arztinformationen in Kommunikationsnetzen

- (1) Sachliche Informationen, die im Zusammenhang mit der Erbringung ärztlicher Leistungen stehen, und organisatorische Hinweise zur Patientenbehandlung (Abs. 3) sind in den Praxisräumen sowie in öffentlich abrufbaren Arztinformationen in Kommunikationsnetzen zur Unterrichtung der Patientinnen und Patienten zulässig, wenn eine berufswidrig werbende Herausstellung der Ärztinnen und Ärzte und ihrer Leistungen unterbleibt.

- (2) Angaben nach Absatz 1 dürfen, soweit sie auf besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (Tätigkeiten) verweisen, in Praxisinformationen und öffentlich abrufbaren Arztinformationen in Kommunikationsnetzen nur dann aufgenommen werden, wenn diese Angaben nicht mit solchen der Weiterbildungsordnung oder solchen Qualifikationen, die von Ärztekammern verliehen wurden, verwechselt werden können. Den Angaben muß der deutliche Hinweis vorangestellt werden, daß ihnen nicht eine von einer Ärztekammer verliehene Qualifikation zugrunde liegt. Darüber hinausgehende Angaben sind nicht zulässig.
- (3) Bei praxisorganisatorischen Hinweisen handelt es sich um Hinweise, welche die „Organisation“ der Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten durch ihre Patientinnen und Patienten in ihren Praxisräumen sowie den organisatorischen Ablauf in der Praxis selbst betreffen. Hinweise auf Sprechstundenzeiten, Sondersprechstunden, Telefonnummern, Erreichbarkeit außerhalb der Sprechstunde, Praxislage im Bezug auf öffentliche Verkehrsmittel (Straßenplan), Angabe über Parkplätze, besondere Einrichtungen für Behinderte können Gegenstand von praxisorganisatorischen Hinweisen sein.
- (4) Ärztinnen und Ärzte, die sich zu einem zulässigen Praxisverbund (Kapitel D II Nr. 11) zusammengeschlossen haben, dürfen den Verbund in Kommunikationsnetzen auf einer dem allgemeinen Publikum zugänglichen Homepage ankündigen. Auf dieser Homepage dürfen ebenso wie in Anzeigen gemäß Nr. 3 sachliche Informationen des Verbundes, die im Zusammenhang mit der Erbringung ärztlicher Leistungen stehen sowie organisatorische Hinweise zur Patientenbehandlung gemäß Nr. 5 Abs. 3 gegeben werden. Jede berufsrechtswidrig werbende Herausstellung des Verbundes oder der an ihm teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte ist untersagt.

Nr. 6 Ankündigungen auf Briefbogen, Rezeptvordrucken, Stempeln und im sonstigen beruflichen Schriftverkehr

Für Ankündigungen auf Briefbogen, Rezeptvordrucken, Stempeln und im sonstigen beruflichen Schriftverkehr gilt D I Nr. 5 entsprechend.

II. Formen der Zusammenarbeit (Gemeinschaftspraxis, Partnerschaft, Medizinische Kooperationsgemeinschaft, Praxisverbund)

Nr. 7 Berufsrechtsvorbehalt

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 Abs. 3 PartGG.

Nr. 8 Berufsausübungsgemeinschaften von Ärztinnen und Ärzten

- (1) Für die Berufsausübungsgemeinschaft dürfen Ärztinnen und Ärzte nur Gesellschaftsformen wählen, welche die eigenverantwortliche und selbständige Berufsausübung wahren. Solche Gesellschaftsformen sind die Gesellschaft des bürgerlichen Rechts (§ 705 ff BGB) für die Gemeinschaftspraxis und die Partnerschaftsgesellschaft für die

Ärztepartnerschaft. Es dürfen sich nur Ärztinnen und Ärzte zusammenschließen, welche ihren Beruf ausüben. Sie dürfen nur einer Berufsausübungsgemeinschaft angehören; ausgenommen ist nur die Kooperation mit einem Krankenhaus oder vergleichbaren Einrichtungen.

- (2) Die Berufsausübungsgemeinschaft ist nur zulässig an einem gemeinsamen Praxissitz. Ärztinnen und Ärzte, die ihrem typischen Fachgebietsinhalt nach regelmäßig nicht unmittelbar patientenbezogen ärztlich tätig sind, dürfen sich zu einer Berufsausübungsgemeinschaft auch derart zusammenschließen, daß jeder der Gemeinschaftspartner seine ärztliche Tätigkeit an einem Praxissitz ausübt, der den Mittelpunkt seiner Berufstätigkeit bildet. Ein eigener Praxissitz ist auch zulässig für Ärztinnen und Ärzte, die die Voraussetzungen des Satzes 2 erfüllen, wenn sie sich mit Ärztinnen oder Ärzten, für die Satz 1 gilt, zusammenschließen.
- (3) Bei allen Formen gemeinsamer Berufsausübung muß die freie Arztwahl gewährleistet bleiben.
- (4) Der Zusammenschluß zu Berufsausübungsgemeinschaften und zu Organisationsgemeinschaften ist von den beteiligten Ärztinnen und Ärzten ihrer Bezirksärztekammer anzuzeigen. Sind für die beteiligten Ärztinnen und Ärzte mehrere Ärztekammern zuständig, so sind alle Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, die für sie zuständige Bezirksärztekammer auf alle am Zusammenschluß beteiligten Ärztinnen und Ärzte hinzuweisen.

Nr. 9

Kooperative Berufsausübung zwischen Ärztinnen und Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe

- (1) Ärztinnen und Ärzte können sich auch mit selbständig tätigen und zur eigenverantwortlichen Berufsausübung befugten Berufsangehörigen der Berufe nach Absatz 2 zur kooperativen Berufsausübung zusammenschließen (medizinische Kooperationsgemeinschaft). Die Kooperation ist nur 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 gestattet. Ärztinnen und Ärzten ist ein solcher Zusammenschluß im einzelnen nur mit solchen anderen Berufsangehörigen und in der Weise erlaubt, daß diese in ihrer Verbindung mit Ärztinnen und Ärzten einen gleichgerichteten oder integrierenden diagnostischen oder therapeutischen Zweck bei der Heilbehandlung, auch auf dem Gebiete der Prävention und Rehabilitation, durch räumlich nahes und koordiniertes Zusammenwirken aller beteiligten Berufsangehörigen erfüllen können. Darüber hinaus muß der Kooperationsvertrag gewährleisten, daß
 - a) die eigenverantwortliche und selbständige Berufsausübung von Ärztinnen und Ärzten gewahrt ist;
 - b) die Verantwortungsbereiche der Partner gegenüber den Patientinnen und Patienten getrennt bleiben;
 - c) medizinische Entscheidungen, insbesondere über Diagnostik und Therapie, ausschließlich Ärztinnen und Ärzte treffen, sofern sie nicht nach ihrem Berufsrecht in der Gemeinschaft selbständig tätigen Berufsangehörigen eines anderen Fachberufs solche Entscheidungen überlassen dürfen;
 - d) der Grundsatz der freien Arztwahl gewahrt bleibt;
 - e) die behandelnden Ärztinnen und Ärzte zur Unterstützung in ihren diagnostischen Maßnahmen oder zur Therapie auch andere als die in der Gemeinschaft kooperierenden Berufsangehörigen hinzuziehen können;

- f) die Einhaltung der berufsrechtlichen Bestimmungen von Ärztinnen und Ärzten, insbesondere das grundsätzliche Verbot der Errichtung einer Zweigpraxis, die Pflicht zur Dokumentation, das Verbot der Werbung und die Regeln zur Erstellung einer Honorarforderung, von den übrigen Partnern beachtet wird;
- (2) Ärztinnen und Ärzte können sich unter Berücksichtigung des Gebots nach Absatz 1 Satz 3 mit einem oder mehreren Angehörigen folgender Berufe im Gesundheitswesen zu einer medizinischen Kooperationsgemeinschaft zusammenschließen:
 - a) Zahnärzte/Zahnärztinnen
 - b) Psychologische Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, Diplompsychologen/Diplompsychologinnen,
 - c) Klinische Chemiker/Chemikerinnen, Ernährungswissenschaftler/Ernährungswissenschaftlerinnen, andere Naturwissenschaftler/Naturwissenschaftlerinnen
 - d) Diplom-Sozialpädagogen/Diplom-Sozialpädagoginnen, Diplomsozialarbeiterinnen/Diplomsozialarbeiter, Diplom-Heilpädagogen/Diplom-Heilpädagoginnen
 - e) Diplom-Sportlehrer/Diplom-Sportlehrerinnen
 - f) Hebammen, Entbindungspfleger
 - g) Logopäden/Logopädinnen und Angehörige gleichgestellter sprachtherapeutischer Berufe
 - h) Ergotherapeuten/Ergotherapeutinnen
 - i) Angehörige der Berufe in der Physiotherapie
 - j) Medizinisch-technische Assistenten/Assistentinnen
 - k) Angehörige staatlich anerkannter Pflegeberufe
 - l) Diätassistenten/Diätassistentinnen

Die für die Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten zulässige berufliche Zusammensetzung der Kooperation im einzelnen richtet sich nach dem Gebot des Absatzes 1 Satz 3; es ist erfüllt, wenn Angehörige aus solchen der vorgenannten Berufsgruppen kooperieren, die mit den Ärztinnen und Ärzten entsprechend ihrem Fachgebiet einen gemeinschaftlich erreichbaren medizinischen Zweck nach der Art ihrer beruflichen Kompetenz zielbezogen erfüllen können.

- (3) Angestellte Ärztinnen und Ärzte einer medizinischen Kooperationsgemeinschaft dürfen nur der Weisungsbefugnis der ärztlichen Partner unterstellt sein.
- (4) Ärztinnen und Ärzte dürfen sich nur einer einzigen medizinischen Kooperationsgemeinschaft anschließen.
- (5) Die Mitwirkung der Ärztinnen und Ärzte in einer medizinischen Kooperationsgemeinschaft bedarf der Anzeige an die zuständige Bezirksärztekammer. Der zuständigen Bezirksärztekammer ist der Kooperations- oder Partnerschaftsvertrag vorzulegen. Auf Anforderung haben die Ärztinnen und Ärzte ergänzende Auskünfte zu erteilen.

Nr. 10

Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten an sonstigen Partnerschaften

Ärztinnen und Ärzten ist es gestattet, in Partnerschaften gemäß § 1 Abs. 1 und Abs. 2 PartGG mit Angehörigen anderer Berufe als den in Kapitel D Nr. 9 genannten zusammenzuarbeiten, wenn sie in der Partnerschaft nicht die Heilkunde am Menschen ausüben. Der Eintritt in eine solche Partnerschaftsgesellschaft ist der Bezirksärztekammer anzuzeigen.

Nr. 11
Praxisverbund

- (1) Ärztinnen und Ärzte dürfen, auch ohne sich zu einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammenzuschließen, eine Kooperation vereinbaren (Praxisverbund), welche auf die Erfüllung eines durch gemeinsame oder gleichgerichtete Maßnahmen bestimmten Versorgungsauftrags oder auf eine andere Form der Zusammenarbeit zur Patientenversorgung, z. B. auf dem Felde der Qualitätssicherung oder Versorgungsbereitschaft, gerichtet ist. Soll die Möglichkeit zur Teilnahme beschränkt werden, müssen die dafür maßgeblichen Kriterien für den Versorgungsauftrag notwendig und nicht diskriminierend sein und der Bezirksärztekammer gegenüber offen gelegt werden. Ärztinnen und Ärzte in einer zulässigen Kooperation dürfen die medizinisch gebotene oder vom Patienten gewünschte Überweisung an nicht dem Verbund zugehörige Ärztinnen und Ärzte nicht behindern.
- (2) Die Bedingungen der Kooperation nach Absatz 1 sind in einem schriftlichen Vertrag niederzulegen. Der Vertragsabschluss ist der Bezirksärztekammer unter Vorlage einer Vertragsabschrift anzuzeigen.
- (3) In eine Kooperation nach Absatz 1 können auch Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehakliniken und Angehörige anderer Gesundheitsberufe nach Kapitel D II Nr. 9 Abs. 2 einbezogen werden, wenn die Grundsätze nach Kapitel D II Nr. 9 Abs. 1 gewahrt sind.

III. Pflichten bei grenzüberschreitender ärztlicher Tätigkeit

Nr. 12
Praxen deutscher Ärztinnen und Ärzte in anderen EU-Mitgliedstaaten

Führen Ärztinnen und Ärzte neben ihrer Niederlassung oder neben ihrer ärztlichen Berufstätigkeit im Geltungsbereich dieser Berufsordnung in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union eine Praxis oder üben sie dort eine weitere ärztliche Berufstätigkeit aus, so haben sie dies der Bezirksärztekammer anzuzeigen. Sie haben Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten am Ort ihrer Berufsausübung im Geltungsbereich dieser Berufsordnung während ihrer Tätigkeit in den anderen Mitgliedstaaten zu treffen. Die Bezirksärztekammer kann verlangen, daß die Ärztinnen und Ärzte die Zulässigkeit der Eröffnung der weiteren Praxis nach dem Recht des betreffenden Mitgliedstaats der Europäischen Union nachweisen.

Nr. 13
Grenzüberschreitende ärztliche Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten aus anderen EU-Mitgliedstaaten

Werden Ärztinnen und Ärzte, die in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union niedergelassen sind oder dort ihre berufliche Tätigkeit entfalten, vorübergehend im Geltungsbereich dieser Berufsordnung grenzüberschreitend ärztlich tätig, ohne eine Niederlassung zu begründen, so haben sie die Vorschriften dieser Berufsordnung zu beachten. Dies gilt auch, wenn Ärztinnen und Ärzte sich darauf beschränken wollen, im Geltungsbereich dieser Berufsordnung auf ihre Tätigkeit aufmerksam zu machen; die Ankündigung ihrer Tätigkeit ist ihnen nur in dem Umfang gestattet, als sie nach dieser Berufsordnung erlaubt ist.

IV. Pflichten in besonderen medizinischen Situationen

Nr. 14
Schutz des menschlichen Embryos

Die Erzeugung und Abgabe von menschlichen Embryonen zu Forschungszwecken sowie der Gentransfer in Embryonen und die Forschung an menschlichen Embryonen und totipotenten Zellen sind verboten. Verboten sind diagnostische Maßnahmen an Embryonen vor dem Transfer in die weiblichen Organe; es sei denn, es handelt sich um Maßnahmen zum Ausschluß schwerwiegender geschlechtsgebundener Erkrankungen im Sinne des § 3 Embryonenschutzgesetz.

Nr. 15
In-vitro-Fertilisation, Embryotransfer

- (1) Die Endokrinologie der Reproduktion, das Follikelmonitoring, die künstliche Befruchtung einer Eizelle außerhalb des Mutterleibes und die anschließende Einführung des Embryos in die Gebärmutter oder die Einbringung von Gameten oder Embryonen in den Eileiter der genetischen Mutter sind als Maßnahme zur Behandlung der Sterilität ärztliche Tätigkeiten und nur nach Maßgabe des § 13 zulässig. Die Verwendung fremder Eizellen (Eizellenspende) ist bei Einsatz dieser Verfahren verboten.
- (2) Ärztinnen und Ärzte können nicht verpflichtet werden, an einer In-vitro-Fertilisation oder einem Embryotransfer mitzuwirken.

E. Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Diese Berufsordnung tritt am ersten Tag des auf die Bekanntmachung im Ärzteblatt Baden-Württemberg folgenden Monats in Kraft. Gleichzeitig tritt die Berufsordnung i. d. F. vom 18. September 1996 außer Kraft.

F. Anhang

Nr. 1 Richtlinien zum Gentransfer in menschliche Körperzellen

1. Begriffsbestimmung

- Gentransfer (GT): Gezielte Einführung von Genen oder Polynukleotiden* in Zellen.
- Genkonstrukt (GK): Das transferierte genetische Material.
- Gentransfer (SGT): Übertragung von Genen oder Polynukleotiden in menschliche Körperzellen. Mit dem Begriff „somatisch“ wird der hier gemeinte Gentransfer vom Gentransfer in Zellen der Keimbahn abgegrenzt.
- Genterapie: Gentransfer in menschliche Zellen oder Gewebe mit therapeutischer Zielsetzung.

2. Medizinische, rechtliche und ethische Zulässigkeit

2.1. Der SGT zu diagnostischen, therapeutischen oder präventiven Zwecken steht erst am Anfang seiner Entwicklung. Seine versuchsweise Anwendung am Menschen beschränkt sich vorerst auf schwere Krankheiten, insbesondere solche, die mit anderen Mitteln nicht heilbar sind und häufig tödlich verlaufen. Eine Keimbahntherapie ist nach derzeitiger Auffassung aus wissenschaftlichen, medizinischen und ethischen Gründen unzulässig und nach dem Embryonenschutzgesetz verboten.

2.2. In Abhängigkeit von Wirkungsprinzip und jeweiligem Anwendungsziel ist der Gentransfer

- ein diagnostisches Verfahren – z. B. die Einbringung von Markergenen in definierte Zellpopulationen zur Klärung ihres Verbleibs und Verhaltens in vivo, insbesondere für die Optimierung oder Begleitung einer Therapie,
- eine Substitutionstherapie – z. B. durch Ersatz oder Korrektur fehlender oder gestörter Genfunktionen bei Erbbliden,
- eine Additionstherapie – z. B. durch Verstärkung physiologischer Genfunktionen in der Immunabwehr maligner und viraler Erkrankungen,
- eine Suppressionstherapie – z. B. durch Unterdrückung pathogener Genaktivitäten bei Krebs und Virusinfekten.

Insofern unterscheidet sich der SGT nicht von anderen Diagnostik- und Therapiemethoden, die ihr Ziel durch Einsatz von Reagentien, Medikamenten, Operationen, Strahlen, Prothesen oder Organtransplantaten erreichen.

2.3. Die Anwendung des SGT am Menschen wirft keine grundsätzlich neuen ethischen und rechtlichen Probleme auf. Als eine Methode der molekularen Medizin verfolgt sie ihre Ziele auf einer neuen Ebene. Deshalb ist sie in geeigneten Fällen medizinisch und ethisch vertretbar, sofern die technische und biologische Sicherheit des Transferverfahrens und die Einhaltung der Regeln zur biomedizinischen Forschung am Menschen gewährleistet sind (z. B. Deklaration von Helsinki, Gentechnikgesetz, AMG etc.).

2.4. Die versuchsweise Anwendung des somatischen Gentransfers beim Menschen ist neben den Anforderungen durch den gesetzlichen Rahmen durch ein besonderes Verfahren gemäß den nachfolgenden Richtlinien geregelt.

3. Richtlinien

- Die Richtlinien regeln die Beurteilung der Zulässigkeit von klinischen Versuchen mit somatischem Gentransfer (§ 1 Abs. 4 Berufsordnung). Sie zielen auf die Einbringung fachlicher Kompetenz in das Beurteilungsverfahren und seine zügige Abwicklung.

- Die Versuche mit somatischem Gentransfer können nur durchgeführt werden, wenn die jeweils verantwortlichen Leiter des klinischen Versuches auf der Grundlage eines Protokolls entsprechend den Richtlinien Abs. 3.2. und 4 hierzu das Votum der zuständigen Ethikkommission eingeholt haben.
- Die örtliche Ethikkommission soll vor Abgabe ihres Votums eine beratende Stellungnahme der Kommission „Somatische Genterapie“ der Bundesärztekammer einholen.
- Die Richtlinien gelten nicht für Anwendungsverfahren des somatischen Gentransfers, die sich nach Feststellung der Kommission „somatische Genterapie“ nicht mehr im Versuchsstadium befinden.
- Die Richtlinien werden dem jeweiligen wissenschaftlichen Kenntnisstand angepaßt.

3.1. Berufsrechtliche Voraussetzungen

3.1.1. Die verantwortlichen Leiter des klinischen Versuchs müssen approbierte Ärztinnen oder Ärzte sein. Der somatische Gentransfer auf Patientinnen und Patienten darf nur von approbierten Ärztinnen oder Ärzten vorgenommen werden.

3.1.2. Die verantwortlichen Leiter von klinischen Versuchen legen den Antrag mit ausführlichen Prüfungsunterlagen und einem zusätzlichen Exemplar zur Weiterleitung an die Kommission „Somatische Genterapie“ der zuständigen Ethikkommission (Universitäts-, Fakultätskommission oder Kommission der Landesärztekammer) vor.

Der Antrag muß enthalten

- eine auf einer Seite zusammengefaßte Darstellung des Versuchsvorhabens,
- eine ausführliche Beschreibung des Versuchsvorhabens unter Berücksichtigung der „Biomedizinischen Planungs- und Prüfungskriterien“ (s. Anhang A, Abs. 1),
- je einen beruflichen Lebenslauf des verantwortlichen Leiters des klinischen Versuchs und der Mitglieder der Projektgruppe.

3.1.3. Gegenstand der Beurteilung des Antrags durch die örtliche Ethikkommission ist die Einhaltung der Richtlinien unter ausdrücklicher Berücksichtigung der „Biomedizinischen Planungs- und Prüfungskriterien“ (s. Anhang A) und hierbei besonders:

- der medizinischen Indikation und ihrer Begründung,
- der wissenschaftlichen Qualität des Forschungsvorhabens,
- der Nutzen-Risiko-Abwägung,
- der wissenschaftlichen, technischen und ärztlichen Qualifikation der Antragstellerinnen und Antragsteller,
- der Einhaltung der nationalen und der internationalen Regeln für die biomedizinische Forschung am Menschen gemäß der revidierten Deklaration von Helsinki,
- der ethischen Vertretbarkeit des Forschungsvorhabens.

3.1.4. Die örtliche Ethikkommission soll die Kommission „Somatische Genterapie“ der Bundesärztekammer beratend hinzuziehen. Die Kommission „Somatische Genterapie“ gibt ihr Votum gegenüber der örtlichen Ethikkommission ab, die es in die Beurteilung des Antrages ausdrücklich einbezieht.

3.1.5. Die Kommission „Somatische Genterapie“ ist als beratender Ausschuß bei der Bundesärztekammer einzurichten. Der Kommission „Somatische Genterapie“ sollen angehören: 5 Biowissenschaftler bzw. Biowissenschaftlerin, von denen wenigstens drei Ärztinnen oder Ärzte sein müssen, 1 Mitglied der „Zentralen Kommission“ für die biologische Sicherheit,

1 Ethikwissenschaftler bzw. Ethikwissenschaftlerin,
1 Rechtswissenschaftler bzw. Rechtswissenschaftlerin,
1 Vertreter bzw. Vertreterin des öffentlichen Lebens,
sowie jeweils ein Stellvertreter oder Stellvertreterin der Genannten.
Die Mitglieder der Kommission werden vom Vorstand der Bundesärztekammer berufen.

3.1.6. Die Kommission „Somatische Gentherapie“ soll weiterhin

- die örtlichen Ethikkommissionen bei der Beurteilung von Anträgen beraten und damit auf eine Vereinheitlichung der Begutachtungspraxis hinwirken,
- feststellen, ob ein Verfahren das Versuchsstadium verlassen hat,
- die nationale und internationale Entwicklung beobachten,
- einen Jahresbericht erstellen.

3.2. Biomedizinische Voraussetzungen

Im Antrag werden Angaben gemäß den „Biomedizinischen Planungs- und Prüfungskriterien“ verlangt (s. Anhang A, Abs. 1–7) zu:

- Behandlungsziel, Indikationsstellung und Nutzen-Risiko-Verhältnis (s. Anhang A, Abs. 1).
- Methodik: Transfersystem, Präklinische Studien, Sicherheitsprüfung (s. Anhang A, Abs. 2/3).
- Klinisches Vorgehen (s. Anhang A, Abs. 4).
- Patientenauswahl (s. Anhang A, Abs. 5).
- Patientenbezogene Nutzen-Risiko-Abschätzung (s. Anhang A, Abs. 6).
- Auswirkungen auf die Allgemeinheit (s. Anhang A, Abs. 7).
- Fachliche Qualifikation, personelle und technische Voraussetzungen (s. Anhang A, Abs. 8, s. auch Abs. 8.3.).

4. Aufklärung und Einwilligung

Die betroffenen Patientinnen und Patienten bzw. ihre gesetzlichen Vertreter müssen vor Beginn des klinischen Versuchsprogrammes durch die ärztlichen Projektleiter ausführlich und verständlich, ggf. in ihrer Landessprache, aufgeklärt werden über:

- Art und Ziel des geplanten Eingriffes,
- dessen Erfolgsaussichten, Risiken und Nebenwirkungen im Vergleich mit anderen möglichen Behandlungen,
- Ablauf und Einzelschritte des Vorgehens einschließlich der damit verbundenen – auch zeitlichen – Belastung,
- Darstellung der Mehrbelastung, die sich aus dem Versuchscharakter des Eingriffes ergibt,
- Begründung einer etwaigen Randomisierung und/oder Verwendung von Placebo,
- wer das finanzielle Risiko aus der Gefahr des Versuches trägt, ggf. welche Versicherung,
- die Kosten des Verfahrens und wer sie trägt,
- die Pflichten von Patientinnen und Patienten im Rahmen des klinischen Versuchsprogrammes und die Erwartung ihrer Zustimmung zur Durchführung einer inneren Untersuchung ihrer Körper im Todesfall, unabhängig von dessen Ort, Zeit oder Zusammenhang mit der Behandlung,
- das zu erwartende Interesse der Öffentlichkeit und die dadurch gegebene mögliche Belastung.

Die mündliche Aufklärung ist durch ein ausführliches Patientenmerkblatt zu ergänzen (s. Anhang B, Abs. 1). Die Einwilligungserklärung (s. Anhang B, Abs. 2) muß schriftlich erfolgen.

5. Vertraulichkeit und Datenschutz

Für die somatische Gentherapie gelten die gleichen Regeln der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes wie für die anderen medizinische Maßnahmen auch (s. auch § 3 BO).

6. Versicherungsschutz

Die Leiter der Versuchsvorhaben haben vor Beginn des klinischen Versuchs dafür zu sorgen, daß für die behandelte Person ein angemessener Versicherungsschutz besteht.

7. Dokumentation und Berichterstattung

Die Leiter der klinischen Versuche haben der zuständigen Ethikkommission

- ernsthafte Neben- bzw. Schädigungseinwirkungen der Versuchsmaßnahmen unverzüglich und in einem schriftlichen Bericht anzuzeigen.
- Zwischenberichte über den Fortschritt des Versuchsprogramms in jährlichen Abständen oder über einen Zeitraum vorzulegen, der eine Beobachtung und Dokumentierung aller wesentlichen Behandlungseffekte ermöglicht,
- die Todesursache und die Ergebnisse der beim Tode einer Patientin oder eines Patienten durchgeführten Sektion mitzuteilen.

Die der örtlichen Ethikkommission zugegangenen Berichte sollen der Kommission „Somatische Gentherapie“ der Bundesärztekammer zugeleitet werden.

Anhang

A. Biomedizinische Planungs- und Prüfungskriterien

Antragstellerinnen und Antragsteller müssen bei der Formulierung des Versuchsprotokolls grundsätzlich ausführlich auf die einzelnen Punkte des nachfolgenden Fragenkatalogs eingehen.

Die Kommission „Somatische Gentherapie“ kann unter bestimmten Voraussetzungen im Einzelfall prüfen, ob ein Antrag bevorzugt bescheidet werden sollte.

1. Behandlungsziel und Indikationsstellung

1.1. Transfer eines GK mit therapeutischer Zielsetzung

1.1.1. Warum ist die betreffende Krankheit für eine Gentherapie geeignet? Beschreibung von Krankheitsursache, -verlauf und klinischer Variabilität. Welche objektivierbaren und/oder quantifizierbaren Befunde/Daten lassen sich zur Charakterisierung von Krankheitsverlauf und -stadium machen? Welche sind maßgeblich für die Stellung der Indikation zum somatischen Gentransfer? Ist der Krankheitsverlauf hinreichend voraussagbar, um therapeutische Effekte objektivieren zu können?

1.1.2. Zielt der Versuch ab auf eine Prävention der Krankheit bzw. ihrer klinischen Manifestation bzw. bestimmter Krankheitssymptome oder auf eine Rückbildung bestehender Krankheitsbefunde/-symptome oder eine Heilung?

1.1.3. Welche therapeutischen Alternativen gibt es? Wie sind Nutzen und Risiken des Versuchs im Vergleich zu bestehenden Alternativen (keine Behandlung, Standardbehandlung, symptomatische Behandlung) zu beurteilen?

1.1.4. Soll parallel zum Versuchsprotokoll eine konventionelle Therapie eingeleitet oder fortgesetzt werden? Wie lassen sich die Effekte der verschiedenen Maßnahmen voneinander abgrenzen?

1.2. Transfer eines GK mit anderer Zielsetzung

1.2.1. Welche Fragestellungen sollen mit der Verwendung des GK beantwortet werden? In welchen Zellen soll das GK transferiert werden?

1.2.2. Welche methodischen Alternativen existieren? Worin bestehen die relativen Vor- und Nachteile dieser Alternativen?

2. Methodik

2.1. Charakterisierung des Transfersystems

Handelt es sich um ein neuartiges Gentransfersystem oder wurden gleiche oder ähnliche Transfersysteme oder Genkonstrukte schon vorher am Menschen angewendet?

2.1.1. Struktur des Genkonstruktes, Beschreibung (ggf. Nukleotidsequenz, Restriktionskarte) der chemischen Struktur des GK (DNA genomisch, cDNA, RNA, synthetische Oligonukleotide, Herkunft/Spezies, ggf. biologischer Vektor, ggf. physikalisches/chemisches Transfersystem).

2.1.2. Welche regulatorischen Elemente enthält das Genkonstrukt (Promotor, Enhancer, Polyadenylierungssignal, Replikationsursprung, hormonresponsive Domänen etc.)? Beschreibung des Kenntnisstandes bezüglich dieser regulatorischen Elemente.

2.1.3. Darstellung der einzelnen Schritte zur Herstellung des GK.

2.2. Zusammensetzung des den Patientinnen und Patienten verabreichten Materials

2.2.1. Beschreibung der Art und Darreichungsform des Materials, welches den Patientinnen und Patienten verabreicht werden soll. Nachweis der standardisierten Herstellung bzw. Reinigung (GMP-Standard).

2.2.2. Welchen Reinheitsgrad hat das GK und wie wurde dieser bestimmt? Welche Nachweissensitivität bezüglich möglicher biologisch relevanter Kontaminationen (z. B. Zellbestandteile, andere Viren, Nukleinsäuren, Proteine) haben die angewendeten Bestimmungsmethoden?

2.2.3. Bei Genkonstrukten auf viraler Basis: Angabe der Wirtszellen, ihrer Kulturbedingungen (Medium, Medienzusätze), Aufreinigungsmethode.

2.2.4. Bei vorausgegangener Ko-Kultivierung von Zellen: Welche Zellen wurden verwendet? Welche Maßnahmen wurden durchgeführt, um biologisch relevante Kontaminationen zu entdecken und zu eliminieren? Welche Nachweissensitivität bezüglich solcher Kontaminationen hat diese Analyse?

2.2.5. Bei anderen Methoden des GK-Transfers (physikalisch, chemisch): Welche Maßnahmen wurden durchgeführt, um biologisch relevante Kontaminationen zu entdecken und zu eliminieren? Welche Nachweissensitivität bezüglich solcher Kontaminationen hat diese Analyse?

2.2.6. Beschreibung aller übrigen Substanzen, die bei der Herstellung des an Patientinnen und Patienten zu verabreichenden Materials verwendet wurden (z. B. Helfervirus).

3. Präklinische Untersuchungen, einschließlich Risikoabschätzungs-Studien

3.1. Untersuchungen zum Transfersystem

3.1.1. Welches sind die Zielzellen des GKs?

3.1.2. a) Wenn ein vivo-Transfer geplant ist, welche Applikationsform wird gewählt? Wie verteilt sich das GK im Organismus? Was ist die theoretische und praktische (ggf. Tiermodelle) Grundlage für die Annahme, daß die Zielzellen das GK aufnehmen? Gibt es Hinweise darauf, daß auch andere Zellen oder Gewebe das GK aufnehmen? Welche Konsequenzen ergeben sich ggf. hieraus? Welche Nachweisverfahren zur Verteilung des GK werden nach in vivo-Applikation gewählt?

b) Wenn die Zielzellen ex vivo behandelt werden sollen, wie werden sie vor und nach Gentransfer charakterisiert? Was ist die theoretische und praktische Grundlage für die Annahme, daß nur die Zielzellen das GK aufnehmen?

3.1.3. Handelt es sich um den Transfer eines replikationskompetenten Systems (Virus, Episom)?

3.1.4. Wie effizient ist das Transfersystem (Anteil transformierter Zielzellen)?

3.1.5. Wie und mit welcher Sensitivität wird der Verbleib des GK geprüft? Wird das GK chromosomal integriert oder verbleibt es als Episom? Ist das GK nach Transfer in sich rearrangiert?

3.1.6. Wie hoch ist die Kopienzahl des GK pro Zelle? Wie stabil ist das GK in quantitativer und qualitativer Hinsicht?

3.1.7. Welche Zellkultur- und Tiermodelle wurden verwendet, um die Wirksamkeit des Transfersystems in vivo und in vitro zu ermitteln? In welcher Hinsicht ähneln oder unterscheiden sich diese Modelle von der vorgesehenen Behandlung des Menschen?

3.1.8. Wie hoch wird die minimale Effizienz des GK-Transfers bzw. die Höhe der betreffenden Genexpression eingeschätzt, welches für einen erfolgreichen Einsatz am Menschen als erforderlich betrachtet wird? Wie wurde dieses Niveau ermittelt?

3.1.9. In welchem Umfang rührt die beobachtete Genexpression aus dem GK, aus dem Empfänger genom bzw. aus der Interaktion zwischen beiden her? In welchem Umfang verändert die Aufnahme bzw. Integration des GK die Expression anderer Gene?

3.1.10. Ist das Produkt der GK-Expression biologisch aktiv? Wie hoch ist das Ausmaß biologischer Aktivität, verglichen mit dem biologischen Normalzustand?

3.1.11. Wird das GK in anderen außer in den beabsichtigten Zielzellen exprimiert? Wenn ja, in welchem Ausmaß?

3.2. Untersuchungen zur Sicherheit des Transfer-/Expressionssystems

3.2.1. In welche Zelltypen wird das GK eingeführt? Welche Zellen produzieren ggf. infektiöse Partikel?

3.2.2. Wird ein Helfervirus verwendet? Welche Eigenschaften hat das Helfervirus? Kann das GK vom Helfervirus getrennt werden?

3.2.3. Wie stabil sind das GK bzw. das resultierende Virus gegen Verlust, Rearrangement, Rekombination und Mutation? Was ist über das mögliche Ausmaß von Rearrangement oder Rekombination mit endogenen oder anderen viralen Sequenzen in den Zellen von Patientinnen und Patienten bekannt? Welche Maßnahmen sind erfolgt, eine GK-Instabilität zu minimieren? Welche Laboruntersuchungen wurden durchgeführt, um die GK-Stabilität zu prüfen, und wie hoch ist die Sensitivität dieser Analysen?

3.2.4. Welche Laborerfahrung existiert hinsichtlich möglicher schädlicher Nebenwirkungen des GK-Transfers, z. B. Auslösung von Tumorwachstum, schädlichen Mutationen, Erzeugung infektiöser Partikel und Immunreaktionen? Welche Maßnahmen sind bei der GK-Herstellung ergriffen worden, um die Pathogenität zu minimieren? Welche Laboruntersuchungen sind erfolgt, um die GK-Pathogenität zu prüfen, und wie hoch war die Sensitivität dieser Analysen? Liegen Ergebnisse pharmakologisch-toxikologischer Untersuchungen vor?

3.2.5. Gibt es im Tierversuch Hinweise darauf, daß das GK andere als zur Behandlung vorgesehene Zellen befallen hat, insbesondere Keimzellen? Wie hoch ist die Sensitivität dieser Analysen?

3.2.6. Wurden dem beantragten Verfahren ähnliche Versuche bei nichtmenschlichen Primaten und/oder anderen Versuchstieren oder beim Menschen selbst angewandt? Was waren die Resultate? Gab es insbesondere Hinweise darauf, ob der virale Vektor mit anderen endogenen oder anderen viralen Sequenzen in diesen Tieren rekombinierte? Handelt es sich um neue Vektoren oder wurden diese oder ähnliche bereits beim Menschen eingesetzt.

4. Klinisches Vorgehen, einschließlich Patientenüberwachung

4.1. Sollen den Patientinnen und Patienten Zellen entnommen und ex vivo behandelt werden? Wenn ja, welche Zellen, wie viele, wie oft und in welchen Abständen?

4.2. Welche behandelten Zellen oder Genkonstrukte werden den Patientinnen und Patienten verabreicht? Wie und in welchen Mengen erfolgt die Verabreichung? Ist eine einzige oder sind multiple Behandlungen vorgesehen? Über welchen Zeitraum erstreckt sich die gesamte Behandlung?

4.3. Sind zusätzliche Behandlungsformen zur Reduktion von Zellen mit genetischen Fehlfunktionen geplant (z. B. Bestrahlung oder Chemotherapie)?

4.4. Wenn eine in vivo-Behandlung geplant ist: Wie oft, über welchen Zeitraum, in welcher Einzeldosis/Gesamtmenge sollen das GK oder die gentechnologisch veränderten Zellen verabreicht werden?

4.5. Wie soll geprüft werden, ob das GK von den Zellen von Patientinnen und Patienten aufgenommen und darin exprimiert wird? Sind die rezipienten Zellen mit der beabsichtigten Zielzellpopulation identisch? Wie sensitiv sind diese Analysen?

4.6. Welche Untersuchungen sind zum Nachweis von Verbleib und Auswirkungen von kontaminierenden Substanzen vorgesehen?

4.7. Wie sind die klinischen Endpunkte der Studie definiert? Sind objektivierende und quantifizierende Messungen zur Beurteilung der Ergebnisse vorgesehen? Wie werden die Patientinnen und Patienten hinsichtlich spezifischer Nebenwirkungen der Behandlung (z. B. Immunreaktionen) überwacht? Welche Parameter werden mit welchen Methoden wie oft überprüft? Wie hoch ist die Nachweisempfindlichkeit der angewendeten Methoden? Über welchen Zeitraum sind Nachuntersuchungen vorgesehen?

4.8. Welche Maßnahmen werden ergriffen, um nachteilige Spätfolgen ggf. unter Kontrolle zu halten oder zu beseitigen? In welchem Verhältnis stehen Eingriffsrisiken zu den Folgen der nicht genterapeutisch angegangenen Erkrankungen?

4.9. Welche post mortem-Untersuchungen sind im Falle des Ablebens von Patientinnen und Patienten geplant?

5. Patientenauswahl

5.1. Wie viele Patientinnen und Patienten sollen über welchen Zeitraum hinweg behandelt werden?

5.2. Welche Rekrutierungs- und Auswahlverfahren sind vorgesehen? Welches sind die Einschluß- und Ausschlußkriterien?

5.3. Nach welchen Gesichtspunkten werden Patientinnen und Patienten ausgewählt, wenn eine größere Anzahl von Patientinnen und Patienten einer geringeren Zahl von Behandlungsmöglichkeiten gegenübersteht?

6. Patientenbezogene Nutzen-Risiko-Abschätzung

Der Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in das Versuchsprogramm muß eine eingehende fallbezogene Nutzen-Risiko-Abwägung vorangehen. Beschreiben Sie die gewählten Kriterien.

7. Auswirkungen auf die Allgemeinheit

7.1. Besteht die Möglichkeit, daß sich das GK von Patientinnen und Patienten auf andere (z. B. Patientinnen und Patienten im gleichen Krankenzimmer, medizinisches Personal, Familienmitglieder) oder die allgemeine Umwelt ausbreitet? Ergeben sich hieraus Gefahrenmomente und welche Vorsorgemaßnahmen werden ggf. gegen eine solche Ausbreitung getroffen? Welche Maßnahmen werden ergriffen, mögliche Risiken für die Allgemeinheit zu mindern?

7.2. Werden genetische Risiken für Nachkommen der behandelten Patientinnen und Patienten erwartet?

8. Qualifikation der Antragsteller, Ausstattung von Labor und Klinik

8.1. Es wird vorausgesetzt, daß die Projektleiter Ärztinnen und Ärzte sind und einschlägige Therapieerfahrung besitzen. Dem Team müssen eine Ärztin bzw. ein Arzt oder eine Wissenschaftlerin bzw. Wissenschaftler angehören, die über eine mindestens zweijährige Erfahrung als Projektleiter nach dem Gentechnikgesetz verfügen.

8.2. Wie viele und in welchen Gebieten weiter- bzw. ausgebildete Medizinerinnen und Mediziner bzw. andere Fachleute werden an dem Versuchsvorhaben teilnehmen?

8.3. Wer stellt das Genkonstrukt in welchem Labor, in welcher Einrichtung (Universität, Institut, Pharmaunternehmen) her?

8.4. In welcher Klinik soll der Gentransfer erfolgen? Welche klinischen Einrichtungen sind für die Durchführung des Versuchsprogramms besonders wichtig/notwendig/vorhanden? Soll der Gentransfer ambulant oder stationär, auf Allgemeinstationen oder in besonderen Behandlungseinrichtungen (Spezialstationen, Spezialambulanzen) durchgeführt werden?

8.5. Wo werden die Patientinnen und Patienten in der Nachuntersuchungsphase untergebracht?

B. Aufklärung und Einwilligung

1. Das Merkblatt muß in ausführlicher und verständlicher Form alle für die Entscheidungsfindung der Patientinnen und Patienten wichtigen Informationen (s. Abs. 4 der Richtlinien) enthalten.

2. Die schriftliche Einwilligungserklärung soll in Anlehnung an das nachstehende Muster erfolgen:

C. Einverständniserklärung zur Teilnahme an der klinischen Studie

Herr/Frau _____ hat mit mir,

(Name des aufklärenden Arztes bzw. Name der aufklärenden Ärztin)

(Patientenname u. -vorname)

heute ein ausführliches abschließendes Aufklärungsgespräch geführt. Ich konnte dabei alle mich interessierenden Fragen stellen. Ferner hatte ich Gelegenheit, das Merkblatt genau durchzulesen und auch dazu Fragen zu stellen. Ein Exemplar des Merkblattes ist mir zum Verbleib ausgehändigt worden. Ich habe verstanden, daß die o. g. Methode bislang noch nicht bei einer größeren Patientenzahl zur Anwendung gekommen ist.

Ich bin damit einverstanden, daß ich in ein Forschungsvorhaben einbezogen werde. Ich bin darüber unterrichtet, daß ich meine Einwilligung in die Teilnahme am Forschungsvorhaben jederzeit frei widerrufen kann, ohne daß mir irgendwelche Nachteile entstehen. Falls ich teilnehme, bin ich bereit, langfristig (mindestens 10 Jahre) an Nachsorgeuntersuchungen teilzunehmen.

Im übrigen bin ich – unabhängig vom Zeitpunkt meines Todes und dessen Ursache – damit einverstanden, daß nach meinem Ableben eine innere Untersuchung meines Körpers vorgenommen werden darf.

(Ort) _____, den (Datum)

(Unterschrift der Versuchsperson)

(Zeuge)

(auch Kinder, soweit einsichtsfähig)

(Ist die zu behandelnde Person zur Unterschrift nicht fähig, so kann der Nachweis der Aufklärung und Einwilligung durch einen dabei anwesenden Zeugen geführt werden)

(gesetzliche/r Vertreterin/Vertreter)

(gesetzliche/r Vertreterin/Vertreter)

(Arzt/Ärztin)

*) Ausgenommen sind ausschließlich transskriptionshemmende Oligonukleotide

Nr. 2 Richtlinien zur Durchführung des intratubaren Gametentransfers, der In-vitro-Fertilisation mit Embryotransfer und anderer Methoden der künstlichen Befruchtung

1. Definitionen

Unter GIFT (= Gamete-Intrafallopian-Transfer = intratubarer Gametentransfer) versteht man den Transfer der männlichen und weiblichen Gameten in den Eileiter. Mit EIFT (= Embryo-Intrafallopian-Transfer = intratubarer Embryotransfer) wird die Einführung des Embryos in die Eileiter bezeichnet. Unter In-vitro-Fertilisation (IVF), auch als „extrakorporale Befruchtung“ bezeichnet, versteht man die Vereinigung einer Eizelle mit einer Samenzelle außerhalb des Körpers. Die Einführung des Embryos in die Gebärmutterhöhle wird als „Embryotransfer“ (ET) bezeichnet. ZIFT (= Zygote-Intrafallopian-Transfer = tubarer Zygotentransfer) bezeichnet ebenfalls die Einführung des Embryos in die Eileiter.

2. Medizinische und ethische Vertretbarkeit

Der intratubare Gametentransfer (GIFT) und die In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryotransfer (ET) und verwandte Methoden stellen Therapien bestimmter Formen von Sterilität dar, bei denen andere Behandlungsmethoden versagt haben oder aussichtslos sind. Sie sind in geeigneten Fällen medizinisch und ethisch vertretbar, wenn bestimmte Zulassungs- und Durchführungsbedingungen eingehalten werden (siehe hierzu Nr. 3 und 4).

3. Zulassungsbedingungen

3.1. Berufsrechtliche Voraussetzungen

Die Endokrinologie der Reproduktion, das Follikelmonitoring, die künstliche Befruchtung einer Eizelle außerhalb des Mutterleibes und die anschließende Einführung des Embryos in die Gebärmutter oder die Einbringung von Gameten oder Embryonen in den Eileiter seiner genetischen Mutter sind als Maßnahme zur Behandlung der Sterilität ärztliche Tätigkeiten und nur im Rahmen dieser, von der Landesärztekammer als Bestandteil der Berufsordnung beschlossenen Richtlinien, zulässig. Die Verwendung fremder Eizellen (Eizellenspende) ist unzulässig. Ärztinnen und Ärzte, die solche Maßnahmen durchführen und für sie die Gesamtverantwortung tragen, haben ihr Vorhaben der Bezirksärztekammer anzuzeigen und nachzuweisen, daß die berufsrechtlichen Anforderungen er-

füllt sind. Änderungen der für die Zulassung maßgeblich gewesenen Voraussetzungen sind der Bezirksärztekammer unverzüglich anzuzeigen. Ärztinnen und Ärzte können nicht verpflichtet werden, an einer In-vitro-Fertilisation, einem intratubaren Gametentransfer oder einem Embryotransfer (in die Gebärmutter oder Eileiter) mitzuwirken. Werden diese Behandlungsmethoden im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung angewandt, sind die Vorschriften des § 27a Sozialgesetzbuch V (SGB V) und des § 121a SGB V zu beachten.

3.2. Medizinische und soziale Voraussetzungen

3.2.1. Medizinische Indikationen:

3.2.1.1. In-vitro-Fertilisation mit intrauterinem Embryotransfer (IVF und ET)

- Uneingeschränkte Indikationen: (Mikrochirurgisch) nicht therapierbarer Tubenverschluß bzw. tubare Insuffizienz
- Eingeschränkte Indikationen: Einige Formen männlicher Fertilitätsstörungen, immunologisch bedingte Sterilität sowie tubare Funktionseinschränkungen bei Endometriose. Eine unerklärbare (idiopathische) Sterilität kann nur als Indikation angesehen werden, wenn alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung erschöpft sind.

3.2.1.2. Intratubarer Gametentransfer (GIFT) und In-vitro-Fertilisation mit intratubarem Embryotransfer (EIFT) sowie verwandte Methoden

- Indikationen: Einige Formen männlicher – mit anderen Therapien einschließlich der intrauterinen Insemination nicht behandelbarer – Fertilitätsstörungen sowie immunologisch bedingte Sterilität.

3.2.2. Medizinische Kontraindikationen

- Absolute Kontraindikationen: Alle Kontraindikationen gegen eine Schwangerschaft.
- Eingeschränkte Kontraindikationen: Durch Anwendung der Methode entstehende, im Einzelfall besonders hohe medizinische Risiken für die Gesundheit der Frau oder die Entwicklung des Kindes. Psychogene Sterilität.

3.2.3. Elterliche Voraussetzungen

Ärztinnen und Ärzte sollen im Rahmen einer Sterilitätsbehandlung darauf hinwirken, daß dem Paar zusätzlich eine fachkompetente Beratung über dessen mögliche psychische Belastung und die für das Wohl des Kindes bedeutsamen Voraussetzungen zuteil wird. Beim Einsatz der genannten Methoden dürfen nur die Eizellen der Frau befruchtet werden, von der die Eizelle stammt und bei der die Schwangerschaft herbeigeführt werden soll.

Grundsätzlich darf nur Samen des Ehepartners Verwendung finden (homologes System). Ausnahmen sind nur zulässig nach vorheriger Anrufung der bei der Landesärztekammer eingerichteten Ethikkommission.

Die Anwendung der Methoden ist verboten, wenn die Frau, bei der die Schwangerschaft herbeigeführt werden soll, ihr Kind nach der Geburt auf Dauer Dritten überlassen will (Ersatzmutterschaft).

3.3. Diagnostische Voraussetzungen

Jeder Anwendung dieser Methode hat eine sorgfältige Diagnostik bei den Ehepartnern voranzugehen, die alle Faktoren berücksichtigt, die sowohl für den unmittelbaren Therapieerfolg als auch für die Gesundheit des Kindes von Bedeutung sind.

3.4. Aufklärung und Einwilligung

Die betroffenen Ehepaare müssen vor Beginn der Behandlung über die vorgesehenen Eingriffe, die Einzelschritte des Verfahrens, seine Erfolgsaussichten, Komplikationsmöglichkeiten und Kosten informiert werden. Sie sind auch darüber aufzuklären, welche Maßnahmen für den Fall möglich sind, daß Embryonen aus unvorhersehbarem Grund nicht transferiert werden können. Die erfolgte Aufklärung und die Einwilligung der Ehepartner zur Behandlung müssen schriftlich niedergelegt und von beiden Ehepartnern und der aufklärenden Ärztin oder dem aufklärenden Arzt unterzeichnet werden.

3.5. Fachliche, personelle und technische Voraussetzungen als Zulassungsbedingungen

Die Zulassung zur Durchführung dieser Methode als Therapieverfahren setzt die Erfüllung der nachstehend festgelegten fachlichen, personellen und technischen Mindestanforderungen voraus. Die Anzeigepflicht umfaßt den Nachweis, daß 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.

3.5.1. Fachliche personelle Qualifikation

- a) Endokrinologie der Reproduktion
- b) Gynäkologische Sonographie (Follikelmonitoring)
- c) Operative Gynäkologie (bei Durchführung von IVF und ET)
- d) Experimentelle oder angewandte Reproduktionsbiologie mit dem Schwerpunkt der In-vitro-Kultur
- e) Andrologie
- f) Psychosomatische/psychotherapeutische Versorgung

Von diesen sechs Teilbereichen können jeweils nur zwei Bereiche gleichzeitig von einem Arzt oder Wissenschaftler der Arbeitsgruppe verantwortlich geführt werden.

3.5.2. Sachliche Qualifikation

Folgende Einrichtungen müssen ständig und ohne Zeitverzug verfügbar bzw. einsatzbereit sein:

- a) Hormonlabor
- b) Ultraschalldiagnostik
- c) Operationsbereitschaft mit Anästhesie-Team (bei Durchführung der IVF und ET)
- d) Labor für Spermiendiagnostik
- e) Labor für In-vitro-Fertilisation und In-vitro-Kultur

3.5.3. Qualifikation des Arbeitsgruppenleiters

Der Leiter der Arbeitsgruppe muß Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde sein und über die fakultative Weiterbildung „Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin“ verfügen. Über abweichende Qualifikationen und deren Gleichwertigkeit entscheidet die Bezirksärztekammer. Dem Leiter der Arbeitsgruppe obliegt die verantwortliche Überwachung der in diesen Richtlinien festgeschriebenen Maßnahmen. Diese schließen sowohl die technischen Leistungen als auch die psychische Betreuung der eine Sterilitätsbehandlung suchenden Ehepaare ein.

4. Durchführungsbedingungen

4.1. Gewinnung von Gameten und Transfer von Gameten und Embryonen

Für die Sterilitätsbehandlung mit den genannten Methoden dürfen nur drei Embryonen erzeugt und einzeitig auf die Mutter übertragen werden (§ 1 Abs. 1 Nr. 3 ESchG). An den zum Transfer vorgesehenen Embryonen dürfen keine Maßnahmen vorgenommen werden, die nicht unmittelbar dem Wohle des Kindes dienen.

Auch bei übrigen verwandten Methoden dürfen ebenfalls nur drei Pronukleus-Stadien oder Embryonen intratubar übertragen werden (§ 1 Abs. 1 Nr. 3,4 ESchG).

4.2. Kryokonservierung

Kryokonservierung ist nur im Stadium der Vorkerne zulässig. Kryokonservierung von Embryonen ist nur in Ausnahmefällen zulässig, wenn die im Behandlungszyklus vorgesehene Übertragung aus medizinischen Gründen nicht möglich ist. Die weitere Kultivierung darf nur zum Zwecke des Transfers und nur mit der Einwilligung beider Eltern vorgenommen werden.

4.3. Verfahrens- und Qualitätssicherung

Zum Zwecke der Verfahrens- und Qualitätssicherung hat der Leiter der Arbeitsgruppe einen Jahresbericht bis zum Ende des 1. Quartals des folgenden Jahres an die Kommission seiner Bezirksärztekammer abzugeben, in dem die Zahl der behandelten Patientinnen, die Behandlungsindikationen und -methoden, die Zahl der gewonnenen Eizellen, die Fertilisierungs-, Schwangerschafts- und Geburtsraten sowie die Schwangerschaftsrate pro Indikation enthalten sind.

4.4. Kommerzielle Nutzung

Es ist unzulässig, einen extrakorporal erzeugten oder einer Frau vor Abschluß einer Einnistung in die Gebärmutter entnommenen Embryo zu veräußern oder zu einem nicht seiner Erhaltung dienenden Zweck abzugeben, zu erwerben oder zu verwenden. Ebenso ist es unzulässig, die Entwicklung eines Embryos zu einem anderen Zwecke als zu der Herbeiführung einer Schwangerschaft zu bewirken.

ANHANG

I.

Vermeidung sozialer und rechtlicher Nachteile für ein durch IVF erzeugtes Kind

1. Künftige soziale Nachteile, die sich daraus ergeben können, daß eine Partnerschaft im Zeitpunkt des Wunsches nach IVF/ET bereits zerrüttet ist oder zu scheitern droht und daher ein Heranwachsen des Kindes in einer intakten elterlichen Beziehung nicht zu erwarten ist, lassen sich für die Ärztinnen und Ärzte nur selten eindeutig erfassen und hinsichtlich negativer Auswirkungen für das Wohlergehen des Kindes nur schwer beurteilen.

Gelangen die Ärztinnen und Ärzte jedoch aufgrund ihrer Gespräche mit den Partnern und konsiliarischer Beratung mit psychotherapeutisch tätigen Fachkollegen oder Psychologen, insbesondere in Fällen, in denen ein Kinderwunsch geäußert wird, um bestehende Probleme in einer Partnerschaft zu überwinden, zu der Überzeugung, daß sich durch die Geburt eines Kindes diese Probleme der Partnerschaft nicht bewältigen lassen, so sollen sie keine IVF/ET vornehmen.

2. Die grundsätzlich – das heißt von begründeten Ausnahmen abgesehen – bestehende Bindung in der Anwendung der Methode der IVF/ET an eine bestehende Ehe findet ihre Rechtfertigung in dem verfassungsrechtlich verankerten besonderen Schutz von Ehe und Familie und den sozialen Nachteilen, denen trotz weitgehend rechtlicher Gleichstellung das nichteheliche Kind nach wie vor ausgesetzt sein kann.

Die Verfassung stellt Ehe und Familie unter den besonderen Schutz des Staates (Art. 6 Abs. 1 GG). Sie geht dabei davon aus, daß eine Familie auf der Basis einer Ehe gegründet wird

und dadurch ihren rechtlichen und sittlichen Zusammenhalt findet. An diese Wertentscheidung der Verfassung sind auch Ärztinnen und Ärzte gebunden, die durch IVF/ET zur Bildung einer über die Partnerschaft zweier Menschen hinausgehenden Familie beitragen sollen.

Demgegenüber kann nicht auf das Selbstbestimmungsrecht einer alleinstehenden Frau oder zweier nicht in Ehe zusammenlebender Partner und einen darauf gegründeten Kinderwunsch verwiesen werden, da, losgelöst von dieser Willensbildung, von Ärztinnen und Ärzten die Aussichten für eine gedeihliche Entwicklung des Kindes zu berücksichtigen sind. Diese Form der „Familienbildung“ ist auch bürgerlich-rechtlich nicht anerkannt; vielmehr begründet nur die Ehe eine rechtlich gesicherte Lebensgemeinschaft, bei der zumindest die Vermutung besteht, daß sie auf Dauer angelegt ist.

Durch das Gesetz über die rechtliche Stellung des nichtehelichen Kindes vom 1. 7. 1970 ist zwar in den Unterhalts- und Erbensprüchen eine weitgehende Gleichstellung von ehelichen und nichtehelichen Kindern erfolgt. Daraus kann jedoch unter keinen Umständen ein Anspruch gegenüber Ärztinnen und Ärzten hergeleitet werden, durch IVF/ET bei Fertilitätsstörungen in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft oder bei einer alleinstehenden Frau einen Kinderwunsch zu erfüllen, da die rechtlichen Vorschriften über die Gleichstellung des nichtehelichen Kindes an die Tatsache einer Geburt außerhalb einer bestehenden Ehe anknüpfen, daraus aber kein positives Recht auf nichteheliche Fortpflanzung abgeleitet werden kann.

Aus dieser rechtlichen Gleichstellung des nichtehelichen Kindes mit dem ehelichen Kind ergibt sich aber aus dem gleichen Grund auch keine Legitimation für Ärztinnen und Ärzte, losgelöst vom Bestehen einer ehelichen Lebensgemeinschaft, eine vorhandene Fertilitätsstörung durch die Methode der IVF/ET zu behandeln.

Neben der Wertentscheidung des Grundgesetzes für die Ehe und die durch eheliche Lebensgemeinschaft gegründete Familie müssen Ärztinnen und Ärzte vielmehr auch die möglichen sozialen Nachteile berücksichtigen, denen ein nicht eheliches Kind auch heute noch ausgesetzt sein kann. Rein egoistische oder kommerzielle Motive dürfen nicht zur künstlichen Zeugung eines Kindes führen. Wer ernsthaft den Wunsch nach einem eigenen Kind hat, der wegen einer Fertilitätsstörung nur durch die Methode der IVF/ET erfüllbar ist, dem ist grundsätzlich zuzumuten, bei bestehender Partnerschaft eine eheliche Lebensgemeinschaft einzugehen und dadurch die Ernsthaftigkeit der beabsichtigten Familiengründung rechtlich gesichert zu dokumentieren.

Ausnahmen von diesem Grundsatz können nur in begründeten Einzelfällen nach Überprüfung durch die hierfür eingerichtete Kommission anerkannt werden. Dabei ist in jedem Fall sicherzustellen, daß durch Vaterschaftsanerkennung die Unterhalts- und Erbensprüche des Kindes gegenüber dem biologischen Vater gewährleistet sind.

Bei alleinstehenden Frauen ist die Durchführung der IVF/ET nach dem vorstehend Gesagten grundsätzlich nicht vertretbar.

3. Bei einer IVF/ET im homologen System bestehen hinsichtlich des Verwandtschaftsverhältnisses des Kindes zu seinen Eltern keine Unterschiede gegenüber einer natürlichen Zeugung. Bei bestehender Ehe ist der Rechtsstatus des durch IVF/ET gezeugten Kindes daher eindeutig bestimmt. Daraus rechtfertigt sich die grundsätzliche Bindung der Methode der IVF/ET an eine bestehende Ehe und an die Anwendung im homologen System.

4. Eine IVF/ET mit Spendersamen wirft dieselben Rechtsprobleme auf wie die artifizielle heterologe Insemination. Diese Rechtsprobleme bestehen darin, daß zwar bei beste-

hender Ehe auch in diesem Fall die Ehelichkeitsvermutung des § 1591 zum Zuge kommt, sowohl der Ehemann als auch das Kind aber die Ehelichkeit der Abstammung im nachhinein anfechten können (§§ 1593–1599 BGB).

Dieses Recht auf Anfechtung der Ehelichkeit kann vertraglich, auch soweit es den Ehemann betrifft, nicht wirksam ausgeschlossen werden. Das Anfechtungsrecht des Kindes kann ohnehin durch vertragliche Vereinbarungen der Eltern nicht tangiert werden.

Wird die Ehelichkeit erfolgreich angefochten, so stehen dem Kind ein Recht auf Feststellung der Vaterschaft und darauf basierend Unterhalts- und erbrechtliche Ansprüche gegenüber seinem Erzeuger zu. Spätestens dann werden auch Ärztinnen und Ärzte den Namen des Samenspenders preisgeben müssen. Auch wenn die Ehelichkeit nicht angefochten wird, dürfte das durch heterologe Insemination gezeugte Kind jedoch einen Anspruch auf Bekanntgabe seines biologischen Vaters haben, da die biologische Vaterschaft, z. B. beim Eingehen einer Ehe, im Hinblick auf seine Gesundheit und die seiner Nachkommenschaft von wesentlicher Bedeutung ist. Ärztinnen und Ärzte können dem Samenspender daher keine Anonymität zusichern. Sie müssen ihn vielmehr darauf hinweisen, daß sie gegenüber dem Kind zur Nennung des Spendernamens verpflichtet sind und sich insoweit auch nicht auf die ärztliche Schweigepflicht berufen können.

Auch insoweit ist eine Stellungnahme durch die zuständige Kommission einzuholen. Voraussetzung für das Vorliegen eines Ausnahmefalles ist dabei insbesondere, daß

- eine IVF/ET im homologen System wegen Unfruchtbarkeit des Mannes nicht möglich ist,
- die Verwendung eines Mischspermas ausgeschlossen ist, da durch sie die spätere Identifikation des biologischen Vaters erschwert würde,
- der Samenspender sich mit der Bekanntgabe seines Namens an das Kind durch Ärztinnen und Ärzte für den Fall ausdrücklich einverstanden erklärt, daß ein entsprechendes Auskunftersuchen an sie gerichtet wird,
- die Ehegatten und der Samenspender über die Möglichkeit der Anfechtung der Ehelichkeit, die sich daraus ergebenden Rechtsfolgen und das unabhängig hiervon bestehende Recht des Kindes auf Namensnennung des Samenspenders aufgeklärt worden sind und diese Aufklärung ausreichend dokumentiert worden ist.

5. Bei Verwendung fremder Eizellen zur Durchführung einer IVF/ET ist die rechtliche Situation des Kindes noch unsicherer als bei einer Samenspende. Das bürgerliche Recht kennt nur die Anfechtung der Ehelichkeit durch das Kind bzw. durch den Ehemann. Ein Recht auf Anfechtung der Ehelichkeit durch die Ehefrau gibt es nicht, da der Gesetzgeber die durch extrakorporale Befruchtung mögliche Trennung von genetischer und austragender Mutter bei der Gesetzgebung nicht kannte. Ob sich aus dieser neuen Entwicklung eine analoge Anwendung der Vorschriften über die Anfechtung der Ehelichkeit auf die Ehefrau bejahen läßt, ist zweifelhaft. Für das Kind und für den Ehemann bestehen jedenfalls auch insoweit, wie bei der Samenspende, die Möglichkeit der Anfechtung der Ehelichkeit unter den Voraussetzungen des § 1596 BGB. Auch dürfte aus dem gleichen Grund wie bei der Samenspende, unabhängig von einer Anfechtung der Ehelichkeit, ein Recht des Kindes auf Nennung des Namens seiner genetischen Mutter zu bejahen sein. Neben diesen rechtlichen Schwierigkeiten bestehen gegen die Verwendung fremder Eizellen aber auch erhebliche medizinische Bedenken, da die Entnahme der Ei-

zellen nur mittels eines invasiven Eingriffes erfolgen kann und der Embryotransfer eine hormonale Vorbehandlung erfordert. Aus diesen Gründen ist die Anwendung der IVF/ET mit fremden Eizellen nicht vertretbar.

6. Die Verwendung eines fremden Samens und fremder Eizellen zur Ermöglichung eines Kindeswunsches würde dazu führen, daß das Kind zu keinem seiner beiden Elternteile eine genetische Verwandtschaft hätte. Rechtlich ist dieser Fall daher in gewisser Weise vergleichbar mit dem der Adoption, die allerdings in erster Linie dazu eingerichtet ist, elternlose Kinder und nicht etwa kinderlose Eltern zu versorgen. Ethisch stellt sich für Ärztinnen und Ärzte die Frage, ob sie bei Fertilitätsstörungen beider Ehepartner eine IVF/ET unter Verwendung fremden Samens und fremder Eizellen vertreten können oder ob sie diese Ehepartner nicht auf den Weg der Adoption verweisen müssen. Rechtlich ergibt sich eine erhöhte Unsicherheit im künftigen Rechtsstatus des durch IVF/ET geborenen Kindes, da sich die Anfechtung der Ehelichkeit sowohl auf die fehlende Abstammung vom Familienvater als auch von der Familienmutter beziehen kann. Medizinisch bestehen die schon aufgeführten Bedenken gegen die Verwendung fremder Eizellen. Deswegen ist die IVF/ET unter Verwendung fremden Samens und fremder Eizellen nicht vertretbar.

Unberührt von dieser Einschränkung sollte – die rechtliche Absicherung vorausgesetzt – die Möglichkeit gegeben sein, einen Embryo, der im Rahmen der Fertilitätsbehandlung anderer Partner nicht implantiert werden kann, zur Erhaltung seines Lebens von einer anderen Ehefrau ausgetragen und dadurch als ihr und ihres Ehemannes gemeinsames Kind zur Welt bringen zu lassen. Es wäre wünschenswert, wenn die rechtliche Stellung eines solchen Kindes gesetzlich durch die Einschränkung von Anfechtungsrechten dauerhaft abgesichert würde. Die Leihmutter im Sinne der Richtlinien ist eine Frau, die selbst ein Kind, das genetisch nicht von ihr abstammt, für eine andere Frau austrägt, weil diese keine Leibesfrucht austragen kann und will. Die Gefahr einer Kommerzialisierung des „Leihmutterverhältnisses“ ist sehr groß. Außerdem können rechtliche Auseinandersetzungen um das gezeugte Kind entstehen, wenn die „Leihmutter“ das Kind nach der Geburt nicht herausgeben oder die biologische Mutter das Kind, zum Beispiel wegen einer Mißbildung, nicht übernehmen will. Die Gefahr schädlicher Auswirkungen des Leihmutterverhältnisses auf das Wohlergehen eines Kindes ist daher so groß, daß die Richtlinien die Verwendung von Leihmüttern ausnahmslos ablehnen.

II.

Präsident und Schriftführerin werden ermächtigt, redaktionelle Unstimmigkeiten bei der Bekanntmachung der Neufassung zu beseitigen.

Die vorstehende Satzung wird nach Genehmigung mit Erlaß des Sozialministerium vom 19. Dezember 1997 – Az. 55-5415.2-1.5.2 – hiermit ausgefertigt und ist bekanntzumachen.

Stuttgart, den 14. Januar 1998

Prof. Dr. Kolkmann
Präsident

Dr. Börner-Klimesch
Schriftführerin