



MINISTERIALBLATT

FÜR DAS LAND NORDRHEIN-WESTFALEN

52. Jahrgang

Ausgegeben zu Düsseldorf am 16. April 1999

Nummer 20

Inhalt

I.

Veröffentlichungen, die in die Sammlung des bereinigten Ministerialblattes für das Land Nordrhein-Westfalen (SMBL. NRW.) aufgenommen werden.

Glied.- Nr.	Datum	Titel	Seite
21220	14. 11. 1998	Berufsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte	350
2123	16. 5. 1998	Weiterbildungsordnung der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe	361
911 791	25. 2. 1999	Gem. RdErl. d. Ministeriums für Wirtschaft, Mittelstand, Technologie und Verkehr u. d. Ministeriums für Umwelt, Raumordnung und Landwirtschaft Naturschutzrechtliche Eingriffsregelung bei Bundesfern- und Landesstraßen gemäß Bundesnaturschutzgesetz und Landschaftsgesetz NW – Eingriffsregelung Straße (E Reg Stra)	365

21220	I.
	Berufsordnung
	für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte
	vom 14. 11. 1998
	Inhaltsübersicht
	A.
	Präambel
	B.
	Regeln zur Berufsausübung
	I.
	Grundsätze
§ 1	Ärztliche Aufgaben
§ 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
§ 15	Forschung
§ 16	Beistand für Sterbende
	IV.
	Berufliches Verhalten
	1. Berufsausübung
§ 17	Niederlassung und Ausübung der Praxis
§ 18	Zweigpraxis, ausgelagerte Praxisräume
§ 19	Beschäftigung angestellter Praxisärztinnen und -ärzte
§ 20	Vertretung
§ 21	Haftplichtversicherung
§ 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	Unerlaubte Werbung, erlaubte sachliche Information über die berufliche Tätigkeit
§ 28	Öffentliches Wirken und Medientätigkeit
	3.
	Berufliche ärztliche Zusammenarbeit
§ 29	Kollegiale Zusammenarbeit

	4.
	Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten
§ 30	Zusammenarbeit mit Dritten
§ 31	Unerlaubte Zuweisung gegen Entgelt
§ 32	Annahme von Geschenken und anderen Vorteilen
§ 33	Ärzeschaft und 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 innerhalb der Ärzteschaft
Nr. 2	Praxisschilder
Nr. 3	Anzeigen und Verzeichnisse
Nr. 4	Ankündigungen auf Briefbögen, Rezeptvordrucken, Stempeln und im sonstigen Schriftverkehr
Nr. 5	Patienteninformation in den Praxisräumen
Nr. 6	Öffentlich abrufbare Informationen von Ärztinnen und Ärzten in Computerkommunikationsnetzen
	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 mit 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 aus anderen EU-Mitgliedstaaten
	IV.
	Pflichten in besonderen medizinischen Situationen
Nr. 14	Schutz des menschlichen Embryos
Nr. 15	In-vitro-Fertilisation, Embryotransfer
	E.
	Inkrafttreten

F. Anlage

Richtlinie zur Durchführung der In-vitro-Fertilisation mit Embryotransfer und des intratubaren Gameten- und Embryotransfers als Behandlungsmethoden der menschlichen Sterilität

Gelöbnis

Für jede Ärztin und jeden Arzt gilt folgendes Gelöbnis:

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

Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben.

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

Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod 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 Geschlecht, Religion, Nationalität, Rasse noch nach Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung.

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

Ich werde allen, die mich den ärztlichen Beruf gelehrt haben sowie Kolleginnen und Kollegen die schuldige Achtung erweisen. Dies alles verspreche ich auf meine Ehre.“

A. Präambel

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

- das Vertrauen zwischen Ärztinnen und Ärzten und ihren 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 Arztberufes zu wahren;
- berufswürdiges Verhalten zu fördern und berufs-unwürdiges Verhalten zu verhindern.

B. Regeln zur Berufsausübung

I. Grundsätze

§ 1

Ärztliche Aufgaben

(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) Ärztliche Aufgabe 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 Hin-

blick 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 dieser Aufgabe nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie nicht verantworten können.

(2) Ärztinnen und Ärzte haben ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen bei ihrer Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen.

(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 Nicht-ärzten entgegennehmen.

(5) Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, sich über die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften unterrichtet zu halten.

(6) Unbeschadet der in den nachfolgenden Vorschriften geregelten besonderen Auskunft- und Anzeigepflichten haben Ärztinnen und Ärzte auf Anfragen der Ärztekammer, welche diese zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben bei der Berufsaufsicht an sie richtet, in angemessener Frist zu antworten und auf Verlangen Nachweise zu erbringen.

§ 3

Unvereinbarkeiten

(1) Ärztinnen und Ärzten ist neben der Ausübung ihres Berufs die Ausübung einer anderen Tätigkeit untersagt, welche mit den ethischen Grundsätzen des ärztlichen Berufs nicht vereinbar ist. Ihnen ist auch verboten, ihren Namen in Verbindung mit einer ärztlichen Berufsbezeichnung in unlauterer Weise für gewerbliche Zwecke herzugeben. Ebenso wenig 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 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) Sie müssen ihre Fortbildung nach Absatz 1 gegenüber der Ärztekammer in geeigneter Form nachweisen können.

§ 5

Qualitätssicherung

Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, an den von der Ärztekammer eingeführten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit teilzunehmen und der Ärztekammer die hierzu erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

§ 6

Mitteilung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen

Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, die ihnen aus ihrer ärztlichen Behandlungstätigkeit bekanntwerden- den unerwünschten Arzneimittelwirkungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft mitzuteilen.

II.

**Pflichten gegenüber
Patientinnen und Patienten**

§ 7

Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln

(1) Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts von Patientinnen bzw. Patienten zu erfolgen.

(2) Ärztinnen und Ärzte achten das Recht der Patientinnen und Patienten, ihre Ärztin bzw. ihren Arzt frei wählen oder wechseln zu können. Von Notfällen oder besonderen rechtlichen Verpflichtungen abgesehen, darf auch ärztlicherseits eine Behandlung abgelehnt werden. Der begründete Wunsch der Patientin oder des Patienten, eine weitere Ärztin oder einen weiteren Arzt zuzuziehen oder dorthin überwiesen zu werden, soll in der Regel nicht abgelehnt werden.

(3) Ärztinnen und Ärzte dürfen individuelle ärztliche Behandlung, insbesondere auch Beratung, 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 der Patientin oder des 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 ärztlichen Eigenschaft anvertraut oder bekannt geworden ist - auch über den Tod der Patientin bzw. des Patienten hinaus - zu schweigen. Dazu gehören auch schriftliche Mitteilungen der Patientin bzw. des Patienten, ärztliche Aufzeichnungen, 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 ärztliche Schweigepflicht einschränken, soll die Patientin oder der Patient darüber unterrichtet werden.

(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, sind sie untereinander von der Schweigepflicht insoweit befreit, als deren Einverständnis vorliegt oder anzunehmen ist.

§ 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 ärztliche Gedächtnisstützen, sie dienen auch dem Interesse der Patientin oder des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.

(2) Ärztinnen und Ärzte haben ihren Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen grundsätzlich Einsicht in die sie betreffenden Krankenunterlagen zu gewähren; ausgenommen sind diejenigen Teile, welche subjektive ärztliche Eindrücke oder Wahrnehmungen enthalten. Auf Verlangen sind ihnen 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. Ärztinnen und Ärzte, denen bei einer Praxisaufgabe oder Praxisübergabe ärztliche Aufzeichnungen über Patientinnen und Patienten in Obhut gegeben werden, müssen diese Aufzeichnungen unter Verschuß halten und dürfen sie nur mit deren Einwilligung einsehen oder weitergeben.

(5) Aufzeichnungen auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien bedürfen besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen, um deren Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern.

(6) Ärztinnen und Ärzte dürfen Angaben zur Approbation oder Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs sowie zu Bezeichnungen nach der Weiterbildungsordnung nur durch eine von der Ärztekammer betriebene oder mit der Ärztekammer durch einen Kooperationsvertrag verbundene Zertifizierungsstelle „Schlüssel-Zertifikate“ oder „Attribute-Zertifikate“ aufnehmen lassen.

§ 11

**Ärztliche Untersuchungs-
und Behandlungsmethoden**

(1) Mit Übernahme der Behandlung verpflichten sich Ärztinnen und Ärzte gegenüber ihren Patientinnen und Patienten 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. Die Sätze nach der GOÄ dürfen nicht in unlauterer Weise unterschritten werden.

(2) Ärztinnen und Ärzte können Verwandten, Kolleginnen und Kollegen, deren Angehörigen, mittellosen Patientinnen und Patienten das Honorar ganz oder teilweise erlassen.

(3) Auf Antrag einer oder eines Beteiligten gibt die Ärztekammer 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 Ärztekammer Richtlinien zur Indikationsstellung und zur Ausführung als Bestandteil dieser Berufsordnung beschlossen haben, haben Ärztinnen und Ärzte diese zu beachten.

(2) Soweit es die Ärztekammer verlangt, haben sie die Anwendung solcher Maßnahmen oder Verfahren der Ärztekammer anzuzeigen.

(3) Vor Aufnahme entsprechender Tätigkeiten haben sie auf Verlangen der Ärztekammer den Nachweis zu führen, daß die persönlichen und sachlichen Voraussetzungen entsprechend den Richtlinien erfüllt werden.

Anlage

§ 14

Erhaltung des ungeborenen Lebens
und Schwangerschaftsabbruch

(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 oder ihn zu unterlassen.

(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 - ausgenommen bei ausschließlich retrospektiven epidemiologischen Forschungsvorhaben - durch eine bei der Ärztekammer oder bei einer Medizinischen Fakultät gebildeten Ethik-Kommission über die mit ihrem Vorhaben verbundenen berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen beraten lassen. Dasselbe gilt vor der Durchführung gesetzlich zugelassener Forschung mit vitalen menschlichen Gameten und lebendem embryonalen Gewebe.

(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 Patientin oder des Patienten gesichert ist oder deren ausdrückliche Zustimmung vorliegt.

(4) In Publikationen sind die Beziehungen der Ärztin oder des Arztes zur auftraggebenden Institution und deren Interessen offenzulegen. Interessenlagen sind transparent zu machen.

§ 16

Beistand für Sterbende

Ärztinnen und Ärzte dürfen - unter Vorrang des Willens der Patientin oder des Patienten - auf lebensverlängernde Maßnahmen nur verzichten und sich auf die Linderung der Beschwerden beschränken, wenn ein Hinausschieben des unvermeidbaren Todes für die sterbende Person lediglich eine unzumutbare Verlängerung des Leidens bedeuten würde. Ärztinnen und Ärzte dürfen das Leben Sterbender nicht aktiv verkürzen. Sie dürfen weder ihr eigenes noch das Interesse Dritter über das Wohl ihrer Patientinnen und Patienten stellen.

IV.

Berufliches Verhalten

1.

Berufsausübung

§ 17

Niederlassung und Ausübung der Praxis

(1) Die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit außerhalb von Krankenhäusern einschließlich konzessionierter Privatkrankenanstalten ist an die Niederlassung in eigener Praxis gebunden, soweit nicht gesetzliche Vorschriften etwas anderes zulassen.

(2) Die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit im Umherziehen, in gewerblicher Form oder bei Beschäftigungsträgern, die gewerbsmäßig ambulante heilkundliche Leistungen erbringen, ist berufswidrig, soweit nicht die Tätigkeit in Krankenhäusern oder konzessionierten Privatkrankenanstalten ausgeübt wird oder gesetzliche Vorschriften etwas anderes zulassen.

(3) Auf Antrag kann die Ärztekammer von den Geboten oder Verboten der Absätze 1 und 2 Ausnahmen gestatten, wenn sichergestellt ist, daß die beruflichen Belange nicht beeinträchtigt werden und die Berufsordnung beachtet wird.

(4) 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 Sprechstunde nach den örtlichen und fachlichen Gegebenheiten ihrer Praxis festzusetzen, und verpflichtet, die Sprechstunden auf dem Praxisschild bekanntzugeben. Ärztinnen und Ärzte, welche nicht unmittelbar patientenbezogen tätig werden, können von der Ankündigung ihrer Niederlassung durch ein Praxisschild absehen, wenn sie dies der Ärztekammer anzeigen.

(5) Ort und Zeitpunkt der Niederlassung sowie jede Veränderung sind der Ärztekammer unverzüglich mitzuteilen.

§ 18

Zweigpraxis, ausgelagerte Praxisräume

(1) Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, an mehreren Stellen Sprechstunden abzuhalten. Die Ärztekammer kann, soweit es die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung erfordert, die Genehmigung für eine Zweigpraxis (Sprechstunde) erteilen. Dasselbe gilt für eine gemeinschaftlich mit anderen Ärztinnen und Ärzten organisierte Notfallpraxis in den Sprechstundenfreien Zeiten.

(2) Ärztinnen und Ärzte dürfen in räumlicher Nähe zum Ort ihrer Niederlassung Untersuchungs- und Behandlungsräume ausschließlich für spezielle Untersuchungs- und Behandlungszwecke (z. B. Operationen, medizinisch-technische Leistungen) unterhalten, in denen sie ihre Patientinnen und Patienten nach Aufsuchen ihrer Praxis versorgen (ausgelagerte Praxisräume).

§ 19

Beschäftigung angestellter
Praxisärztinnen und -ärzte

Ärztinnen und Ärzte müssen ihre Praxis persönlich ausüben. Die Beschäftigung einer ärztlichen Mitarbeiterin oder eines ärztlichen Mitarbeiters in der Praxis (angestellte Praxisärztin oder angestellter Praxisarzt) setzt die Leitung der Praxis durch Niedergelassene voraus. Ärztinnen und Ärzte haben die Beschäftigung ärztlicher Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter der Ärztekammer anzuzeigen.

§ 20

Vertretung

(1) Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sollen grundsätzlich zur gegenseitigen Vertretung bereit sein. Sie dürfen sich grundsätzlich nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt desselben Fachgebiets vertreten lassen. Übernommene Patientinnen und Patienten sind nach Beendigung der Vertretung zurückzuüberweisen.

(2) Die Beschäftigung einer Vertreterin oder eines Vertreters in der Praxis ist der Ärztekammer 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 verstorbenen Arztes kann zugunsten ihres Witwers oder seiner Witwe oder unterhaltsberechtigter Angehöriger in der Regel bis zur Dauer von drei Monaten nach dem Ende des Kalenderjahres durch eine andere Ärztin oder einen anderen Arzt fortgesetzt 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 Nrn. 7 bis 11 geregelten Berufsausübungsgemeinschaften von Ärztinnen und Ärzten (Gemeinschaftspraxis, Ärztepartnerschaft), Organisationsgemeinschaften unter Ärztinnen und Ärzten (z.B. Praxisgemeinschaften, Apparatgemeinschaften) 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 sie 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 Ärztekammer vorlegen, damit geprüft werden kann, ob die beruflichen Belange gewahrt sind.

§ 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 auszustellen 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 eine Befreiung vom Notfalldienst ganz, teilweise oder vorübergehend erteilt werden. Dies gilt insbesondere:

- wenn sie wegen körperlicher Behinderung hierzu nicht in der Lage sind,
- wenn ihnen aufgrund besonders belastender familiärer Pflichten die Teilnahme nicht zuzumuten ist,
- wenn sie an einem klinischen Bereitschaftsdienst mit Notfallversorgung teilnehmen,
- für Ärztinnen ab dem Zeitpunkt der Bekanntgabe ihrer Schwangerschaft und bis zu 12 Monaten nach der Entbindung,
- für Ärztinnen und Ärzte über 65 Jahre.

(2) Für die Einrichtung und Durchführung eines Notfalldienstes im einzelnen sind die von der Ärztekammer erlassenen Richtlinien maßgebend. Die Verpflichtung zur Teilnahme am Notfalldienst gilt für den festgelegten Notfalldienstbereich.

(3) Die Einrichtung eines Notfalldienstes entbindet behandelnde Ärztinnen und Ärzte nicht von der 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 für den Notfalldienst fortzubilden, wenn sie gemäß Absatz 1 nicht auf Dauer von der Teilnahme am Notfalldienst befreit sind.

2.

Berufliche Kommunikation

§ 27

Unerlaubte Werbung,
erlaubte sachliche Information
über die berufliche Tätigkeit

(1) Ärztinnen und Ärzte dürfen für ihre berufliche Tätigkeit oder die berufliche Tätigkeit anderer Ärztinnen und Ärzte nicht werben. Sachliche Informationen sind in Form, Inhalt und Umfang gemäß den Grundsätzen des Kapitels D Nrn. 1 bis 6 zulässig.

(2) Ärztinnen und Ärzte dürfen verbotene Werbung durch andere weder veranlassen noch dulden. Dies gilt auch für die anpreisende Herausstellung ihrer Person in Ankündigungen von Sanatorien, Kliniken, Institutionen oder anderen Unternehmen. Sie dürfen nicht dulden, daß Berichte oder Bildberichte mit werbender Herausstellung ihrer ärztlichen Tätigkeit unter Verwendung ihres Namens, Bildes oder ihrer Anschrift veröffentlicht werden.

§ 28

Öffentliches Wirken und Medientätigkeit

Veröffentlichungen medizinischen Inhalts oder die Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten an aufklärenden Veröffentlichungen in den Medien sind zulässig, soweit sie auf sachliche Information begrenzt sind und die Person sowie das ärztliche Handeln nicht werbend herausgestellt werden. Dies gilt auch für öffentliche Vorträge medizinischen Inhalts.

3.

Berufliche ärztliche Zusammenarbeit

§ 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 Kolleginnen und Kollegen betrifft, nach bestem Wissen ihre ärztliche Überzeugung auszusprechen, bleibt unberührt. Unsachliche Kritik an der Behandlungsweise oder dem beruflichen Wissen einer Ärztin oder eines Arztes sowie herabsetzende personenbezogene Äußerungen sind berufsunwürdig.

(2) Es ist berufsunwürdig, eine Kollegin oder einen Kollegen aus der Behandlungstätigkeit oder als Mitbewerberin oder Mitbewerber um eine berufliche Tätigkeit durch unlautere Handlungen zu verdrängen. Es ist insbesondere berufsunwürdig, wenn Ärztinnen und Ärzte sich innerhalb eines Zeitraums von einem Jahr ohne Zustimmung der Praxisinhaberin oder des Praxisinhabers im Einzugsbereich derjenigen Praxis niederlassen, in welcher sie in der Aus- oder Weiterbildung mindestens drei Monate tätig waren. Ebenso ist es berufsunwürdig, in unlauterer Weise eine Kollegin oder einen Kollegen ohne angemessene Vergütung oder unentgeltlich zu beschäftigen oder eine solche Beschäftigung zu bewirken oder zu dulden.

(3) Ärztinnen und Ärzte, die Kolleginnen und Kollegen 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. Angemessen ist die Beteiligung für den nachgeordneten ärztlichen Dienst, die nach Art und Umfang ein Äquivalent zur erbrachten Leistung unter Berücksichtigung zu leistender Kostenerstattung bzw. Nutzungsentgelte oder Kosten aufgrund ärztlicher Tätigkeit durch die oder den Liquidationsberechtigten darstellt. Im Streitfall hat die oder der Liquidationsberechtigte die Angemessenheit darzulegen.

(4) In Gegenwart von Patientinnen und Patienten oder anderen Personen sind Beanstandungen der ärztlichen Tätigkeit und zurechtweisende Belehrungen zu unterlassen. Das gilt auch im Verhältnis von Vorgesetzten und Nachgeordneten und für den Dienst in Krankenhäusern.

(5) Die zur Weiterbildung befugten Ärztinnen und Ärzte haben im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten die weiterzubildenden ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unbeschadet deren Pflicht, sich selbst um eine Weiterbildung zu bemühen, in dem gewählten Weiterbildungsengang nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung weiterzubilden.

4.

Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten

§ 30

Zusammenarbeit mit Dritten

(1) Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, zusammen mit nichtärztlichen Personen, soweit diese nicht berufsmäßig mitarbeiten, 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 Dritte dürfen bei der Untersuchung und Behandlung anwesend sein, wenn die verantwortliche Ärztin oder der verantwortliche Arzt und die Patientin oder der Patient zustimmen.

(2) Die Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe ist zulässig, wenn die jeweiligen Verantwortungsbereiche klar erkennbar voneinander getrennt bleiben.

§ 31

Unerlaubte Zuweisung 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, wenn hierdurch der Eindruck erweckt werden kann, daß die Ärztin oder der Arzt in der ärztlichen Entscheidung beeinflusst sein könnte.

§ 33

Ärzeschaft und Industrie

Soweit Ärztinnen und Ärzte Leistungen für die Hersteller von Arznei-, Heil-, Hilfsmitteln oder medizinisch-technischen Geräten erbringen (z. B. 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 dem Hersteller oder Händler eine Vergütung oder sonstige wirtschaftliche Vergünstigungen zu fordern oder anzunehmen.

(2) Sie dürfen Ärztemuster nicht gegen Entgelt weitergeben.

(3) Ihnen ist nicht gestattet, über Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Körperpflegemittel oder ähnliche Waren Werbevorträge zu halten oder zur Werbung bestimmte Gutachten zu erstellen.

(4) Sie dürfen einer mißbräuchlichen Anwendung ihrer Verschreibung keinen Vorschub leisten.

(5) Ihnen ist nicht gestattet, 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 ärztlichen Veranstaltern bestimmt, so ist die Annahme von Beiträgen Dritter (Sponsoring) für Veranstaltungskosten in angemessenem Umfang erlaubt. Beziehungen zum Sponsor sind bei der Ankündigung und Durchführung offen darzulegen.

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 Patientinnen und Patienten

- deren Würde und Selbstbestimmungsrecht respektieren,
- deren Privatsphäre achten,
- über die beabsichtigte Diagnostik und Therapie, ggf. über Alternativen und über die Beurteilung des Gesundheitszustandes in einer für die Patientin und den Patienten verständlichen und angemessenen Weise informieren,
- insbesondere auch deren Recht, empfohlene Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen abzulehnen, respektieren,
- Rücksicht auf die Situation der Patientin oder des Patienten nehmen,
- auch bei Meinungsverschiedenheiten sachlich und korrekt bleiben,
- deren Mitteilungen gebührende Aufmerksamkeit entgegenbringen und ihrer Kritik 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 Patientin oder den Patienten an andere Ärztinnen oder Ärzte zur Fortsetzung der Behandlung zu überweisen,
- sich dem Wunsch von Patientinnen und Patienten nach Einholung einer Zweitmeinung nicht zu widersetzen,
- für die mit- oder weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzte die erforderlichen Patientenberichte zeitnah 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 innerhalb der Ärzteschaft

Ärztinnen und Ärzte dürfen Kolleginnen und Kollegen über ihr Leistungsangebot informieren. Die Information darf sich auch auf die Mitteilung von solchen Qualifikationen erstrecken, die nach dem maßgeblichen Weiterbildungsrecht erworben worden sind, jedoch als Bezeichnungen nicht geführt werden dürfen (fakultative Weiterbildung, Fachkunde). Bei der Information ist jede werbende Herausstellung der eigenen Tätigkeit untersagt.

Nr. 2

Praxisschilder

(1) Ärztinnen und Ärzte haben auf ihrem Praxisschild ihren Namen und die Bezeichnung als Ärztin oder Arzt oder eine führbare Arztbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung (Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung) anzugeben und Sprechstunden anzukündigen. Eine erworbene Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung darf nur in der nach der Weiterbildungsordnung zulässigen Form und nur dann geführt werden, wenn die Ärztin oder der Arzt im entsprechenden Fachgebiet, Schwerpunkt oder Bereich nicht nur gelegentlich tätig ist.

(2) Das Praxisschild darf über die Angaben nach Absatz 1 hinaus Zusätze über medizinische akademische Grade, ärztliche Titel, Privatwohnung und Telefonnummern enthalten. Andere akademische Grade dürfen nur in Verbindung mit der Fakultätsbezeichnung genannt werden.

(3) Folgende weitere Angaben dürfen, sofern die Voraussetzungen vorliegen, auf dem Praxisschild genannt werden:

- a) Zulassung zu Krankenkassen
- b) Durchgangsarztin/Durchgangsarzt

(4) Ärztinnen und Ärzte, die belegärztlich tätig sind, dürfen auf ihre belegärztliche Tätigkeit durch den Zusatz auf dem Praxisschild „Belegärztin/Belegarzt“ und die Hinzufügung des Namens des Krankenhauses, in dem sie die belegärztliche Tätigkeit ausüben, hinweisen.

(5) Ärztinnen und Ärzte, die ambulante Operationen ausführen, dürfen dies mit dem Hinweis „Ambulante Operationen“ auf dem Praxisschild ankündigen, wenn sie ambulante Operationen, die über kleine chirurgische Eingriffe hinausgehen, ausführen und die Bedingungen der von der Ärztekammer eingeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen erfüllen.

(6) Ärztinnen und Ärzte dürfen mit der Bezeichnung „Praxisklinik“ 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 entlassenen Patientinnen und Patienten erfüllen.

(7) Ärztinnen und Ärzte, die die Angaben zu den Absätzen 4 bis 6 führen, haben der Ärztekammer auf deren Verlangen die für die Prüfung der notwendigen Voraussetzungen der Ankündigung erforderlichen Unterlagen vorzulegen. Die Ärztekammer ist befugt, ergänzende Auskünfte zu verlangen.

(8) Die Bezeichnung „Professorin/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 sie nach Beurteilung durch die Ärztekammer der deutschen Bezeichnung „Professorin/Professor“ gleichwertig ist. Die nach Satz 2 führbare, im Ausland erworbene Bezeichnung ist in der Fassung der ausländischen Verleihungsurkunde zu führen.

(9) Bei Berufsausübungsgemeinschaften von Ärztinnen und Ärzten (Gemeinschaftspraxis, Ärztepartnerschaft, Kapitel D Nr. 9) 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 Nr. 9 mehrere Praxissitze, so ist für jede Partnerin und jeden Partner zusätzlich der Praxissitz anzugeben.

(10) Bei Kooperationen gemäß Kapitel D Nr. 9 dürfen sich Ärztinnen und Ärzte in ein gemeinsames Praxisschild mit den Kooperationspartnerinnen und -partnern aufnehmen lassen. Bei Partnerschaften gemäß Kapitel D Nr. 10 dürfen Ärztinnen und Ärzte, wenn die Angabe ihrer Berufsbezeichnung vorgesehen ist, nur gestatten, daß die Bezeichnung Ärztin oder Arzt oder eine andere führbare Bezeichnung angegeben wird.

(11) Zusammenschlüsse zu Organisationsgemeinschaften dürfen nicht angekündigt werden.

(12) Das Führen von Zusätzen, die nicht gemäß den vorstehenden Vorschriften erlaubt sind, ist untersagt.

(13) Für Form und Anbringung der Praxisschilder gelten folgende Regeln:

- a) Das Praxisschild soll der Bevölkerung die Arztpraxis anzeigen. Es darf nicht in aufdringlicher Form gestaltet und angebracht sein und das übliche Maß (etwa 35 x 50 cm) nicht übersteigen.
- b) Bei Vorliegen besonderer Umstände, z. B. bei versteckt liegenden Praxiseingängen, dürfen Ärztinnen und Ärzte mit Zustimmung der Ärztekammer weitere Arztsschilder 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.

(14) Mit Genehmigung der Ärztekammer 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 und Verzeichnisse

(1) Anzeigen über die Niederlassung oder Zulassung dürfen nur in Zeitungen erfolgen. Sie dürfen außer der Anschrift der Praxis nur die für die Praxisschilder gestatteten Angaben enthalten und nur dreimal in der gleichen Zeitung innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten zur Bekanntgabe der Niederlassung oder der Aufnahme der Praxis veröffentlicht werden.

(2) Im übrigen sind Anzeigen in den Zeitungen nur bei Praxisübergabe, Praxisübergabe, längerer Abwesenheit von der Praxis oder Krankheit sowie bei der Verlegung der Praxis und bei der Änderung der Sprechstundenzeit oder der Fernsprechnummer gestattet. Derartige Anzeigen dürfen aus diesem Anlaß höchstens dreimal veröffentlicht werden.

(3) Form und Inhalt dieser Zeitungsanzeigen müssen sich nach den örtlichen Gepflogenheiten richten.

(4) 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 zu denselben Bedingungen gleichermaßen mit einem kostenfreien Grundeintrag offenstehen,
- b) die Eintragungen müssen sich grundsätzlich auf ankündigungsfähige Bezeichnungen beschränken.

Soll das Verzeichnis weitere Angaben enthalten, dürfen sich Ärztinnen und Ärzte eintragen lassen, wenn sich die Angaben im Rahmen der Bestimmungen nach Nr. 5 halten und die Systematik sowie die Art der Angaben vom Verleger des Verzeichnisses vor der Veröffentlichung mit der zuständigen Ärztekammer abgestimmt worden sind.

(5) Ärztinnen und Ärzte, welche sich zu einem zugelassenen Praxisverbund (Kapitel D Nr. 11) zusammengeschlossen haben, dürfen dies als Verbund in Zeitungsanzeigen bis zu dreimal und in Verzeichnissen als Praxisverbund zusätzlich zu eventuellen Einzelangaben der Praxis bekanntgeben.

Nr. 4

Ankündigungen auf Briefbögen,
Rezeptvordrucken, Stempeln,
und im sonstigen Schriftverkehr

Für sonstige Ankündigungen in Schriftform gelten die Bestimmungen der Nr. 2. Ärztliche Dienstbezeichnungen dürfen im Schriftverkehr angegeben werden; das gleiche gilt auch für Bezeichnungen, die nach der Weiterbildungsordnung nur am Ort der Tätigkeit geführt werden dürfen.

Nr. 5

Patienteninformation in den Praxisräumen

(1) Sachliche Informationen medizinischen Inhalts (Absatz 2) und organisatorische Hinweise zur Patientenbehandlung (Absatz 3) sind in den Praxisräumen zur Unterrichtung der Patientinnen und Patienten zulässig, wenn eine werbende Herausstellung der ärztlichen Person und ihrer Leistungen unterbleibt.

(2) Sachliche Informationen medizinischen Inhalts umfassen Beschreibungen bestimmter medizinischer Vorgänge, die in der Arztpraxis zur Vorbereitung der Patientinnen und Patienten auf spezielle Untersuchungen oder Behandlungsmaßnahmen für zweckmäßig erachtet werden. Auch dürfen Hinweise auf einzelne besondere ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsverfahren im Rahmen des Fachgebietes, die nicht den Kern der Weiterbildung ausmachen, gegeben werden.

(3) Bei praxisorganisatorischen Hinweisen handelt es sich um Hinweise, welche die „Organisation“ der ärztlichen Inanspruchnahme durch Patientinnen und Patienten in den Praxisräumen sowie den organisatorischen Ablauf in der Praxis selbst betreffen. Hinweise auf Sprechstundenzeiten, Sprechstundenzahlen, 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.

Nr. 6

Öffentlich abrufbare Informationen
von Ärztinnen und Ärzten
in Computerkommunikationsnetzen

Für öffentlich abrufbare ärztliche Informationen in Computerkommunikationsnetzen, insbesondere für Praxisinformationen („virtuelle Schaufenster“) gelten die Vorschriften der §§ 27 und 28 sowie des Kapitels D Nr. 1, Nr. 2 und Nr. 3 Absatz 3 entsprechend. Die Veröffentlichung von nur für die Patienteninformation in Praxisräumen zugelassenen Mitteilungen (Kapitel D Nr. 5) ist in Computerkommunikationsnetzen gestattet, wenn durch verlässliche technische Verfahren sichergestellt ist, daß beim Suchprozeß zunächst nur die Homepage der Ärztin oder des Arztes verfügbar wird, welche ausschließlich die für das Praxisschild zugelassenen Angaben enthält. Erst mit einer weiteren Nutzerabfrage dürfen weitere Praxisinformationen zugänglich gemacht werden.

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 sowie nicht gewerbliche 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 Kolleginnen oder Kollegen, 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 Ärztekammer anzuzeigen. Sind mehrere Ärztekammern zuständig, so ist jede Ärztin und jeder Arzt verpflichtet, die zuständige Kammer auf alle am Zusammenschluß beteiligten Ärztinnen und Ärzte hinzuweisen.

Nr. 9

Kooperative Berufsausübung
zwischen Ärztinnen und Ärzten
mit 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 der Ärztin oder dem Arzt einen gleichgerichteten oder integrierenden diagnostischen oder therapeutischen Zweck bei der Heilbehandlung, auch auf dem Gebiete der Prävention und Rehabilitation, durch räumlich nahes und koordiniertes Zusammenwirken aller beteiligten Berufsangehörigen erfüllen können. Darüber hinaus muß der Kooperationsvertrag gewährleisten, daß

- a) die eigenverantwortliche und selbständige Berufsausübung der Ärztin oder des Arztes gewahrt ist;

- b) die Verantwortungsbereiche der Partner gegenüber den Patientinnen und Patienten getrennt bleiben;
- c) medizinische Entscheidungen, insbesondere über Diagnostik und Therapie, ausschließlich die Ärztin oder der Arzt trifft, sofern nicht die Ärztin oder der Arzt aufgrund des Berufsrechts den in der Gemeinschaft selbständig tätigen Berufsangehörigen eines anderen Fachberufs solche Entscheidungen überlassen darf;
- d) der Grundsatz der freien Arztwahl gewahrt bleibt;
- e) die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt zur Unterstützung bei diagnostischen Maßnahmen oder zur Therapie auch andere als die in der Gemeinschaft kooperierenden Berufsangehörigen hinzuziehen kann;
- 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 Partnerinnen und Partnern beachtet werden;
- g) sich die Medizinische Kooperationsgemeinschaft verpflichtet, im Rechtsverkehr die Namen aller Partnerinnen und Partner und ihre Berufsbezeichnungen anzugeben und - sofern es sich um eine eingetragene Partnerschaftsgesellschaft handelt - den Zusatz „Partnerschaft“ zu führen.

(2) Ärztinnen und Ärzte können sich unter Berücksichtigung des Gebots nach Absatz 1 Satz 3 nur mit einem oder mehreren Angehörigen folgender Berufe im Gesundheitswesen zu einer Medizinischen Kooperationsgemeinschaft zusammenschließen:

- a) Zahnärztinnen und Zahnärzten
- b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, Diplompsychologinnen und -psychologen
- c) Klinischen Chemikerinnen und Chemikern, Ernährungswissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern und anderen Naturwissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern
- d) Diplom-Sozialpädagoginnen und -pädagogen, Diplom-Heilpädagoginnen und -pädagogen
- e) Hebammen und Entbindungspfleger
- f) Logopädinnen und Logopäden und Angehörigen gleichgestellter sprachtherapeutischer Berufe
- g) Ergotherapeutinnen und -therapeuten
- h) Angehörigen der Berufe in der Physiotherapie
- i) Medizinisch-technischen Assistentinnen und Assistenten
- j) Angehörigen staatlich anerkannter Pflegeberufe
- k) Diätassistentinnen und -assistenten

Die für die ärztliche Mitwirkung 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 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 ärztliche Mitwirkung in einer Medizinischen Kooperationsgemeinschaft bedarf der Genehmigung der Ärztekammer. Der Ärztekammer ist der Kooperations- oder Partnerschaftsvertrag vorzulegen. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt sind. 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 vorstehend in dem 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 Ärztekammer anzuzeigen.

Nr. 11 Praxisverbund

Ärztinnen und Ärzte dürfen sich, ohne eine Berufsausübungsgemeinschaft oder Organisationsgemeinschaft zu bilden, unter Beibehaltung ihrer selbständigen Berufsausübung und ihrer Praxisstätte durch schriftlichen Vertrag, der der Vorlage an die Ärztekammer bedarf, zu einem Praxisverbund zusammenschließen, wenn der Zusammenschluß durch ein gemeinsames Versorgungsziel im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund von Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen begründet ist, und die Mitgliedschaft in einem Praxisverbund allen dazu bereiten Ärztinnen und Ärzten offensteht. Soll die Möglichkeit zur Mitgliedschaft beschränkt werden (z. B. durch räumliche oder qualitative Kriterien), müssen die dafür maßgeblichen Kriterien für den Versorgungsauftrag notwendig und nicht diskriminierend sein und der Ärztekammer gegenüber offengelegt werden. Ärztinnen und Ärzte in einem zulässigen Praxisverbund dürfen die medizinisch gebotene oder von Patientinnen bzw. Patienten gewünschte Überweisung an nicht dem Praxisverbund zugehörige Ärztinnen und Ärzte nicht behindern.

III. Pflichten bei grenzüberschreitender ärztlicher Tätigkeit

Nr. 12 Zweigpraxen 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 Ärztekammer anzuzeigen. Ärztinnen und Ärzte 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 Ärztekammer kann verlangen, daß die Zulässigkeit der Eröffnung der weiteren Praxis nach dem Recht des betreffenden Mitgliedstaats der Europäischen Union nachgewiesen wird.

Nr. 13 Grenzüberschreitende ärztliche Tätigkeit 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, 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 Anknüpfung ihrer Tätigkeit ist ihnen nur in dem nach dieser Berufsordnung erlaubten Umfang gestattet.

IV. Pflichten in besonderen medizinischen Situationen

Nr. 14

Schutz des menschlichen Embryos

Die Erzeugung 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 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

Die Berufsordnung tritt am Tag nach ihrer Veröffentlichung im Rheinischen Ärzteblatt am 26. Februar 1999 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Berufsordnung vom 23. Oktober 1993 in den genehmigten Fassungen vom 13. Dezember 1993 und 15. November 1994, geändert am 28. Oktober 1995 (MBL NRW. 1996 S. 202), außer Kraft.

Anlage

Richtlinie zur Durchführung der In-vitro-Fertilisation mit Embryotransfer und des intratubaren Gameten- und Embryotransfers als Behandlungsmethoden der menschlichen Sterilität gemäß § 13 und Kapitel D IV Nr. 15 Berufsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte

1 Definitionen

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. Variationen sind die Einführung des Embryos in die Eileiter (Embryo-Intrafallopian-Transfer = intratubarer Embryotransfer = EIFT) oder der Transfer der männlichen und weiblichen Gameten in den Eileiter (Gamete-Intrafallopian-Transfer = intratubarer Gametentransfer = GIFT).

2 Medizinische und ethische Vertretbarkeit

Die In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryotransfer und der intratubaren Gametentransfer (GIFT) stellen Substitutionstherapien 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 3. und 4.).

3 Zulassungsbedingungen

3.1 Berufsrechtliche Voraussetzungen

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 sind als Maßnahmen zur Behandlung der Sterilität ärztliche Tätigkeiten und nur im Rahmen der von der Ärztekammer als Bestandteil der Berufsordnung beschlossenen Richtlinien zulässig.

Ärztinnen und Ärzte, die solche Maßnahmen durchführen wollen und für sie die Gesamtverantwortung tragen, haben ihr Vorhaben der Ärztekammer anzuzeigen und nachzuweisen, daß die berufsrechtlichen Anforderungen erfüllt sind. Änderungen der für die Zulassung maßgeblich gewesenen Voraussetzungen sind der Ärztekammer unverzüglich anzuzeigen.

Keine Ärztin und kein Arzt können gegen ihr Gewissen verpflichtet werden, an einer In-vitro-Fertilisation, einem intratubaren Gametentransfer oder einem Embryotransfer (in die Gebärmutter oder den Eileiter) mitzuwirken.

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 Indikation:
Nicht therapierbarer Tubenfunktionsverlust
- Eingeschränkte Indikationen:

Tubare Insuffizienz, einige Formen männlicher Fertilitätsstörungen, immunologisch bedingte Sterilität sowie tubare Funktionseinschränkungen bei Endometriose. Eine unerklärliche (idiopathische) Sterilität kann nur als Indikation angesehen werden, wenn alle nach den Regeln der ärztlichen Kunst erforderlichen diagnostischen Maßnahmen und alle sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung erschöpft sind.

3.2.1.2 In-vitro-Fertilisation mit intratubarem Embryotransfer (EIFT) und intratubarem Gametentransfer (GIFT).

Voraussetzung: Mindestens ein frei durchgängiger funktionstüchtiger Eileiter.

- Eingeschränkte 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, psychogene Sterilität.
- Eingeschränkte Kontraindikationen:
Durch Anwendung der Methode entstehende, im Einzelfall besonders hohe medizinische Risiken für die Gesundheit der Frau oder die Entwicklung des Kindes.

3.2.3 Elterliche Voraussetzungen:

Vor der Sterilitätsbehandlung soll ärztlicherseits sorgfältig darauf geachtet werden, ob zwischen den Partnern eine für das Kindeswohl ausreichend stabile Bindung besteht.

Grundsätzlich sind alle diese Methoden nur bei Ehepaaren anzuwenden. Dabei dürfen grundsätzlich nur Samen und Eizellen der Ehepartner Verwendung finden (homologes System).

Ausnahmen sind nur zulässig nach vorheriger Anrufung der bei der Ärztekammer eingerichteten Kommission. In diesem Fall hat das Kind den Anspruch auf Mitteilung, wer der genetische Vater ist. Die Leiterin oder der Leiter der Arbeitsgruppe hat die notarielle Dokumentation sicherzustellen.

Leihmutterschaft, nämlich das Austragen des Kindes einer anderen genetischen Mutter mit dem Ziel, es dieser oder einer anderen Frau zu überlassen, ist verboten.

3.3 Diagnostische Voraussetzungen

Jeder Anwendung dieser Methoden hat eine sorgfältige Diagnostik bei den Ehepartnern vorausgehen, 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 Grunde nicht transferiert werden können. Der Inhalt des Gespräches und die Einwilligung der Ehepartner zur Behandlung müssen schriftlich fixiert und von beiden Ehepartnern und der aufklärenden Ärztin bzw. dem aufklärenden Arzt unterzeichnet werden.

3.5 Fachliche, personelle und technische Voraussetzungen als Zulassungsbedingungen

Die Zulassung zur Durchführung dieser Methoden als Therapieverfahren setzt die Erfüllung der nachstehend festgelegten fachlichen, personellen und technischen Mindestanforderungen voraus.

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

- a) Endokrinologie der Reproduktion
- b) Gynäkologische Sonographie
- c) Operative Gynäkologie
- d) Experimentelle oder angewandte Reproduktionsbiologie mit dem Schwerpunkt der In-vitro-Kultur
- e) Andrologie

Von diesen fünf Teilbereichen können jeweils nur zwei Bereiche gleichzeitig von einer Ärztin bzw. einem Arzt oder einer Wissenschaftlerin bzw. einem Wissenschaftler geführt werden.

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

- a) Hormonlabor
- b) Ultraschall Diagnostik
- c) Operationsbereitschaft mit Anästhesie-Team
- d) Labor für Spermiendiagnostik
- e) gesondertes Labor für In-vitro-Fertilisation und In-vitro-Kultur

Die Arbeitsgruppe muß von einer Ärztin oder einem Arzt für Frauenheilkunde geleitet werden. Die dafür erforderliche Qualifikation muß nachgewiesen werden. Hierzu ist ein Zeugnis

einer Universitätsfrauenklinik oder einer vergleichbaren Einrichtung vorzulegen, wonach die Antragstellerin oder der Antragsteller mindestens 2 Jahre ganztägig in einer anerkannten Arbeitsgruppe für Reproduktionsmedizin umfassend tätig gewesen ist. Dabei sind Kenntnisse sowie eine qualifizierte Fortbildung auf dem Gebiet der Psychosomatik nachzuweisen. Über abweichende Qualifikationen und deren Gleichwertigkeit entscheidet die Ärztekammer.

Der Leitung der Arbeitsgruppe obliegt die Überwachung der ärztlichen Leistungen. Diese schließen sowohl die technischen Leistungen als auch die psychologische Betreuung der eine Sterilitätsbehandlung suchenden Ehepaare ein.

4 Durchführungsbedingungen

4.1 Gewinnung und Transfer von Embryonen

Für die Sterilitätsbehandlung mit den genannten Methoden dürfen grundsätzlich nur so viele Embryonen erzeugt werden, wie für die Behandlung sinnvoll und ausreichend sind und auf die Mutter einseitig übertragen werden. An den zum Transfer vorgesehenen Embryonen dürfen keine Maßnahmen vorgenommen werden, die nicht unmittelbar dem Wohle des Kindes dienen.

4.2 Kryokonservierung noch nicht transferierter Embryonen

Zum Wohle des Kindes ist eine zeitlich begrenzte Kryokonservierung statthaft, zum Beispiel wenn sie der Verbesserung der Implantationsbedingungen oder zur Überbrückung der Zeit bis zu einem anderen Transfer dient.

4.3 Umgang mit nicht transferierten Embryonen

Der Embryo ist im Sinne der Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki und Tokio vor ethisch nicht vertretbaren Forschungen zu schützen.

4.4 Kryokonservierung imprägnierter Eizellen

Das Einfrieren von Eizellen nach Imprägnation mit eingedrungenem Spermium, aber vor der Verschmelzung der Vorkerne, ist der bei der Ärztekammer gebildeten Ethikkommission für IVF/ET mitzuteilen, die diese Information jährlich an die Zentrale Kommission bei der Bundesärztekammer weiterleitet. Die weitere Kultivierung darf nur zum Zwecke des Transfers und nur mit der Einwilligung beider Eltern vorgenommen werden.

4.5 Verfahrens- und Qualitätskontrolle

Zum Zwecke der Verfahrens- und Qualitätskontrolle hat die Leiterin oder der Leiter der Arbeitsgruppe einen Jahresbericht bis zum Ende des 1. Quartals des folgenden Jahres an die Ständige Kommission der Ärztekammer abzugeben, indem 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.

4.6 Kommerzielle Nutzung

Die mißbräuchliche Verwendung von Embryonen, insbesondere der Handel mit Embryonen oder ihre anderweitige Abgabe sind untersagt.

Ausfertigung:

Düsseldorf, den 24. November 1998

Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe
Präsident

Genehmigt:

Düsseldorf, den 19. Januar 1999

Ministerium für Frauen, Jugend,
Familie und Gesundheit
des Landes Nordrhein-WestfalenIm Auftrag
GodryDie vorstehende Berufsordnung wird im Rheinischen
Arzteblatt bekanntgemacht.

Düsseldorf, den 25. Januar 1999

Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe
Präsident

- MBl. NRW. 1999 S. 350.

2123

**Weiterbildungsordnung
der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe
vom 16. Mai 1998**

Die Kammerversammlung der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe hat in ihrer Sitzung vom 16. Mai 1998 gemäß § 42 Abs. 1 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 27. April 1994 (GV. NRW. S. 204) - SGV. NRW. 2122 - die folgende Weiterbildungsordnung beschlossen:

1. Abschnitt
Allgemeine Vorschriften§ 1
Ziel der Weiterbildung

(1) Ziel der Weiterbildung ist es, Zahnärztinnen oder Zahnärzten für die Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich der Wechselbeziehungen zwischen Mensch und Umwelt in den notwendigen Maßnahmen der Rehabilitation nach Abschluß ihrer oder seiner Berufsausbildung im Rahmen einer Berufstätigkeit besondere Kenntnisse in bestimmten Gebieten der Zahnheilkunde zu vermitteln. Sie oder er kann nach Maßgabe dieser Weiterbildungsordnung Gebietsbezeichnungen führen, die auf besondere Kenntnisse in den in den Abschnitten 2, 3 und 4 bestimmten Gebieten der Zahnheilkunde hinweisen. Es dürfen mehrere Gebietsbezeichnungen nebeneinander geführt werden.

(2) Eine Gebietsbezeichnung darf führen, wer hierfür eine Anerkennung der Zahnärztekammer erhalten hat.

§ 2
Art, Inhalt und Dauer
der Weiterbildung

(1) Eine Anerkennung erhält, wer nach der zahnärztlichen Approbation die vorgeschriebene Weiterbildung erfolgreich abgeschlossen hat.

(2) Die Weiterbildung darf drei Jahre nicht unterschreiten und soll grundsätzlich kontinuierlich erfolgen. Vor oder nach der Weiterbildungszeit ist ein allgemein-zahnärztliches Jahr an einer Stelle abzuleisten.

(3) Die Weiterbildung erfolgt in praktischer und theoretischer Unterweisung. Die Weiterbildung umfaßt die für den Erwerb der jeweiligen Gebietsbezeichnung erforderliche Vertiefung der beruflichen Kenntnisse und Fähigkeiten. Das Nähere, insbesondere der weitere Inhalt und die Dauer der Weiterbildung, wird in den Abschnitten 2, 3 und 4 dieser Weiterbildungsordnung geregelt.

§ 3

Zeitlicher Ablauf der Weiterbildung

(1) Die Weiterbildung muß in der Regel ganztätig und in hauptberuflicher Stellung erfolgen.

(2) Eine Weiterbildung kann in persönlich begründeten Fällen in Teilzeit, die mindestens die Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit beträgt, abgeleistet werden. Gesamtdauer und Qualität müssen den Anforderungen an eine ganztätige Weiterbildung entsprechen. Eine Teilzeitweiterbildung kann nur dann angerechnet werden, wenn sie vorher der zuständigen Kammer angezeigt und von dieser als anrechnungsfähig bestätigt worden ist.

(3) Unterbrechungszeiten von mehr als sechs Wochen im Weiterbildungsjahr infolge von Wehrdienst, Krankheit, Schwangerschaft, Sonderurlaub usw. sind grundsätzlich nachzuholen.

(4) Eine Zeit beruflicher Tätigkeit, in der auch eine eigene Praxis ausgeübt wird, ist auf die Weiterbildungszeiten nicht anrechnungsfähig.

§ 4

Ermächtigung zur Weiterbildung

(1) Die Weiterbildung wird unter verantwortlicher Leitung hierzu von der Zahnärztekammer ermächtigter Zahnärztinnen oder Zahnärzte in Einrichtungen der Hochschulen, in zugelassenen Krankenhausabteilungen, in zugelassenen Instituten oder in anderen zugelassenen Einrichtungen sowie bei einer oder einem ermächtigten Zahnärztin oder Zahnarzt durchgeführt.

(2) Die Ermächtigung zur Weiterbildung kann nur erteilt werden, wenn die Zahnärztin oder der Zahnarzt fachlich und persönlich geeignet ist. Sie oder er muß auf dem Gebiet umfassende Kenntnisse und Erfahrungen besitzen, die sie oder ihn befähigen, eine gründliche Weiterbildung zu vermitteln. Sie kann der Zahnärztin oder dem Zahnarzt grundsätzlich nur für das Gebiet erteilt werden, dessen Bezeichnung sie oder er führt. Sie kann nur für ein Gebiet erteilt werden.

(3) Die oder der ermächtigte Zahnärztin oder Zahnarzt ist verpflichtet, die Weiterbildung persönlich zu leiten und entsprechend der Weiterbildungsordnung zu gestalten. Sie oder er hat in jedem Einzelfall ein Zeugnis auszustellen, das über Zeitdauer, Weiterbildungsmodus (ganztätig, halbtätig, Kontinuität), Unterbrechungen im Sinne von § 3 Absatz 2 sowie über Inhalt, Umfang, Ergebnis der Weiterbildung und über die erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten Aufschluß gibt.

(4) Mit der Beendigung der Tätigkeit der Zahnärztin oder des Zahnarztes an der Weiterbildungsstätte erlischt ihre oder seine Ermächtigung zur Weiterbildung.

(5) Über die Ermächtigung entscheidet auf Antrag die Zahnärztekammer. Über die Zulassung von Praxen niedergelassener Zahnärztinnen oder Zahnärzte als Weiterbildungsstätte entscheidet auf Antrag die zuständige Kammer, im übrigen die Bezirksregierung.

(6) Die Zahnärztekammer führt ein Verzeichnis der ermächtigten Zahnärztinnen und Zahnärzte, aus dem hervorgeht, auf welchem Gebiet sie zur Weiterbildung ermächtigt sind. Das Verzeichnis ist bekanntzumachen. Ebenso sind die zugelassenen Weiterbildungsstätten in geeigneter Form bekanntzugeben. Bei Zulassung durch die Bezirksregierung erfolgt die Bekanntgabe durch das Fachministerium.

(7) Die Ermächtigung zur Weiterbildung und die Zulassung als Weiterbildungsstätte können befristet und mit dem Vorbehalt des Widerrufs versehen werden.

§ 5

Widerruf der Ermächtigung
zur Weiterbildung

Die Ermächtigung ist zu widerrufen, wenn ihre Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind. Über den Widerruf entscheidet die Zahnärztekammer.

§ 6 Anerkennung

(1) Die Zahnärztin oder der Zahnarzt beantragt bei der Zahnärztekammer die Anerkennung zur Führung der Gebietsbezeichnung. Dem Antrag auf Anerkennung sind beizufügen:

1. Die Approbationsurkunde oder die Erlaubnis gemäß § 13 ZHG,
2. die Zeugnisse über die Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit sowie das Zeugnis über die Ableistung des allgemein-zahnärztlichen Jahres,
3. eine Auflistung über die für das jeweilige Weiterbildungsgebiet geforderten selbstständig durchgeführten Tätigkeiten sowie Dokumentationen von Behandlungsfällen.

(2) Die Zahnärztekammer entscheidet über den Antrag aufgrund einer Prüfung, in der Inhalt, Umfang und Ergebnis der durchlaufenen Weiterbildung nachzuweisen und die als Voraussetzung für die Anerkennung vorgeschriebenen Kenntnisse mündlich darzulegen sind.

§ 7 Anerkennung bei abweichendem Weiterbildungsgang

(1) Wer in einem von den §§ 2 und 3 abweichenden Weiterbildungsgang eine Weiterbildung abgeschlossen hat, erhält auf Antrag die Anerkennung durch die Zahnärztekammer, wenn die Weiterbildung gleichwertig ist. Auf das Verfahren der Anerkennung findet § 6 entsprechende Anwendung.

(2) Eine nicht gleichwertige oder nicht abgeschlossene von den §§ 2 und 3 abweichende oder eine abgeleitete, aber nicht gleichwertige Weiterbildung kann unter vollständiger oder teilweiser Anrechnung der bisher abgeleiteten Weiterbildungszeiten nach den Vorschriften dieser Weiterbildungsordnung abgeschlossen werden. Über die Anrechnung der bisher abgeleiteten Weiterbildungszeiten entscheidet die Zahnärztekammer.

§ 8 Weiterbildung außerhalb des Bundesgebietes

(1) Wer als Staatsangehöriger oder Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ein in einem Mitgliedstaat erworbenes fachbezogenes Diplom, ein Prüfungszeugnis oder einen sonstigen Weiterbildungsnachweis besitzt, die nach dem Recht der Europäischen Union oder der anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gegenseitig anerkannt werden, erhält auf Antrag die entsprechende Anerkennung.

(2) Die von den Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum in einem der Mitgliedstaaten abgeleiteten Weiterbildungszeiten, die noch nicht zu einem Befähigungsnachweis gemäß Absatz 1 geführt haben, sind nach Maßgabe des § 7 Absatz 2 auf die im Geltungsbereich dieser Weiterbildungsordnung festgesetzten Weiterbildungszeiten anzurechnen.

(3) Bei einer außerhalb des Bundesgebietes oder eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates über den Europäischen Wirtschaftsraum abgeschlossenen Weiterbildung, die nicht gleichwertig ist, findet § 7 Absatz 2 entsprechende Anwendung. Gleiches gilt für die Weiterbildung in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates über den Europäischen Wirtschaftsraum, wenn sie von einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt abgeleistet wurde, die oder der nicht Staatsangehörige oder Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates ist.

(4) Eine vor dem 3. Oktober 1990 abgeschlossene oder teilweise abgeleitete Weiterbildung in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet gilt als gleichwertig, wenn sie einer vergleichbaren Weiterbildung entspricht. Zeiten einer Weiterbildung, die nach dem

Recht der Kammer nicht vorgesehen sind, können auf verwandte Weiterbildungsgänge angerechnet werden. Die Kammer erteilt eine entsprechende Bescheinigung.

2. Abschnitt Kieferorthopädie

§ 9 Gebietsbezeichnung, Inhalt und Dauer der Weiterbildung

(1) Für das Gebiet der Kieferorthopädie wird als Bezeichnung „Fachzahnärztin oder Fachzahnarzt für Kieferorthopädie“ festgelegt.

(2) Die Kieferorthopädie umfaßt die Erkennung, Verhütung und Behandlung von Fehlbildungen des Kauorgans, von Zahnstellungs- und Bißanomalien sowie Kieferfehlbildungen, Deformierungen der Kiefer und des Gesichtsschädels.

(3) Inhalt der Weiterbildung ist die Vermittlung und der Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Ätiologie, in der Genese der Gebißfehlbildung, in der kieferorthopädischen Diagnostik einschließlich cephalometrischer Untersuchungen mittels Fernröntgenaufnahme sowie die Therapie nach anerkannten Behandlungsmethoden.

Im einzelnen sind zu vermitteln: Kieferorthopädische Nomenklatur, Entwicklung des Gesichtsschädels und des Kauorgans, Einfluß von Erbe und Umwelt, Sprache und Sprachstörungen, myofunktionelle Störungen, Erkennung und Behandlung von Kiefergelenkerkrankungen, statisch-funktionelle und dynamisch-funktionelle Zusammenhänge, kieferorthopädische Prophylaxe, Diagnostik einschließlich Auswertung von Röntgenaufnahmen, Fotografien und Modellen, Funktionsdiagnostik, Grundlagen der Therapie, Indikation, Durchführung, prognostische Beurteilung, Anfertigung der Behelfe (Grundlagen funktioneller und orthodontischer Behandlungsmittel), Grenzen kieferorthopädischer Behandlungsmöglichkeiten, epikritische Beurteilung des Behandlungsfalles, Stabilitätskriterien, Nachuntersuchungs- und Langzeitergebnisse (5 Jahre nach Behandlungsabschluß), Grundsätze der fachlichen Zusammenhänge mit anderen Teilgebieten der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (interdisziplinäre Beratung und Therapie) und den Grenzgebieten der Medizin, Erwachsenenbehandlung, ästhetische Behandlung usw. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse müssen jeweils berücksichtigt werden. Im ersten Weiterbildungsjahr soll eine Einführung, im zweiten Weiterbildungsjahr eine Vertiefung und im dritten Weiterbildungsjahr eine umfassende praktische Anwendung dieser Kenntnisse und Fertigkeiten erfolgen.

(4) Die Weiterbildungszeit beträgt drei Jahre. Zusätzlich ist ein allgemein-zahnärztliches Jahr abzuleisten.

(5) Eine Weiterbildungszeit an Kieferorthopädischen Abteilungen von Hochschulkliniken für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten kann bis zu drei Jahren angerechnet werden.

(6) Eine Weiterbildungszeit, die in der Praxis einer oder eines nach § 10 Absatz 1 ermächtigten niedergelassenen Zahnärztin oder Zahnarztes abgeleistet wird, kann bis zur Dauer von zwei Jahren angerechnet werden. Ein drittes Weiterbildungsjahr in der Praxis einer oder eines ermächtigten niedergelassenen Zahnärztin oder Zahnarztes kann dann angerechnet werden, wenn dort eine Weiterbildung vermittelt wird, die mit einer Weiterbildung im Klinikjahr gleichwertig ist. Die Zahnärztekammer erstellt hierfür einen Anforderungskatalog und entscheidet in jedem einzelnen Fall neu.

(7) Von der dreijährigen Weiterbildungszeit müssen zwei Jahre ohne Unterbrechung an einer der in den Absätzen 5 und 6 genannten Weiterbildungsstellen abgeleistet werden. Ausnahmen hiervon kann die Zahnärztekammer zulassen, wenn dadurch das Ziel der Weiterbildung nicht beeinträchtigt wird.

(8) Wird die Weiterbildung an mehreren Stellen abgeleistet, dürfen jeweils zwölf Monate nicht unterschritten werden. Ausnahmen hiervon kann die Zahnärztekammer zulassen, wenn dadurch das Ziel der Weiterbildung nicht beeinträchtigt wird. Absatz 4 bleibt hiervon unberührt.

§ 10

Besonderheiten
der Ermächtigung für Kieferorthopädie

(1) Die Ermächtigung zur Weiterbildung kann einer Leiterin oder einem Leiter einer Kieferorthopädischen Abteilung von Hochschulkliniken für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten oder einer oder einem niedergelassenen Zahnärztin oder Zahnarzt mit der Bezeichnung nach § 9 Absatz 1 erteilt werden.

(2) Die Ermächtigung zur Weiterbildung setzt eine achtjährige eigenverantwortliche kieferorthopädische Tätigkeit nach Anerkennung gemäß § 9 Absatz 1 voraus. Für Leiterinnen oder Leiter von Kieferorthopädischen Abteilungen von Hochschulkliniken für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten können hiervon Ausnahmen zugelassen werden.

3. Abschnitt

Zahnärztliche Chirurgie

§ 11

Gebietsbezeichnung,
Inhalt und Dauer der Weiterbildung

(1) Die Gebietsbezeichnung auf dem Gebiet der Zahnärztlichen Chirurgie lautet „Oralchirurgie“. Als Bezeichnung wird „Fachzahnärztin oder Fachzahnarzt für Oralchirurgie“ festgelegt.

(2) Die Oralchirurgie umfaßt die Diagnostik und die zahnärztlich-chirurgische Therapie von Erkrankungen und Verletzungen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich einschließlich Luxationen und Frakturen im Bereich des Gesichtsschädels (Kieferbruchbehandlung) und die präprothetische chirurgische Rehabilitation einschließlich Implantologie sowie ihre Nachsorge.

(3) Inhalt der Weiterbildung sind die Vermittlung und der Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Ätiologie, Symptomatologie, Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie der Krankheiten auf dem Gebiet der operativen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde einschließlich der Traumatologie, der Indikation und praktischen Anwendung chirurgisch-prothetischer, implantologischer und orthopädischer Hilfsmittel, der Röntgentechnik und Röntgendiagnostik, der Anästhesie unter Berücksichtigung der Indikationsstellung zur Allgemeintäubung und der selbständigen Durchführung operativer Eingriffe, ferner von Kenntnissen in der Notfallmedizin. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse müssen jeweils berücksichtigt werden.

(4) Die Weiterbildungszeit beträgt drei Jahre. Zusätzlich ist ein allgemein-zahnärztliches Jahr abzuleisten.

(5) Eine Weiterbildungszeit an Chirurgischen Abteilungen von Hochschulkliniken für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten und an zugelassenen Krankenhausabteilungen bzw. zugelassenen Fachabteilungen (Weiterbildungsstätten) für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie bzw. Zahnärztliche Chirurgie kann bis zu drei Jahren angerechnet werden.

(6) Eine Weiterbildungszeit, die in der Praxis einer oder eines nach § 12 Absatz 2 ermächtigten niedergelassenen Zahnärztin oder Zahnarztes oder in der Praxis einer oder eines nach § 12 Absatz 3 ermächtigten niedergelassenen Ärztin oder Arztes für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie abgeleistet wird, kann bis zur Dauer von zwei Jahren angerechnet werden, vorausgesetzt, der Weiterbildungsleiterin oder dem Weiterbildungsleiter ist für diesen Zeitraum eine entsprechende Ermächtigung erteilt worden.

(7) Wird die Weiterbildungszeit an mehreren Stellen abgeleistet, dürfen jeweils zwölf Monate nicht unterschritten werden. Ausnahmen hiervon kann die Zahnärztekammer zulassen, wenn dadurch das Ziel der Weiterbildung nicht beeinträchtigt wird. Absatz 4 bleibt hiervon unberührt.

(8) Als Reihenfolge der Weiterbildungsabschnitte wird festgelegt:

Erstes Jahr:

Pathologisch-anatomische Grundlagen, klinische Röntgendiagnostik, einfache operative Eingriffe, Grundlagen der Kieferbruchschienung, Grundlagen der Implantologie, Assistenz bei schwierigen operativen Eingriffen.

Zweites und drittes Jahr:

Spezielle und schwierige operative Eingriffe unter besonderer Berücksichtigung traumatologischer Gesichtspunkte, Versorgung von Kieferbrüchen und Nachsorge, Planung, Durchführung und Versorgung einfacher und schwieriger implantologischer Behandlungsfälle einschließlich knochenaugmentative Verfahren.

§ 12

Besonderheiten
der Ermächtigung für Oralchirurgie

(1) Die Ermächtigung zur Weiterbildung kann einer Leiterin oder einem Leiter einer Chirurgischen Abteilung von Hochschulkliniken für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, einer Leiterin oder einem Leiter einer Krankenhausabteilung bzw. zugelassenen Fachabteilung (Weiterbildungsstätte) für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie bzw. Zahnärztliche Chirurgie, einer oder einem niedergelassenen Zahnärztin oder Zahnarzt mit der Bezeichnung nach § 11 Absatz 1 oder einer oder einem niedergelassenen Ärztin oder Arzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie erteilt werden.

(2) Die Ermächtigung zur Weiterbildung kann einer oder einem niedergelassenen Zahnärztin oder Zahnarzt oder Ärztin oder Arzt für Mund-, Kiefer- Gesichtschirurgie nur erteilt werden, wenn sie oder er mindestens drei Jahre nach der Erteilung der Gebietsanerkennung in eigener Praxis oder sonst eigenverantwortlich tätig war.

(3) Wer als Ärztin oder Arzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie in eigener Praxis tätig ist, bedarf der Ermächtigung durch die Zahnärztekammer nicht, soweit sie oder er durch die Ärztekammer für das Gebiet „Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie“ ermächtigt ist.

4. Abschnitt

Parodontologie

§ 12a

Gebietsbezeichnung,
Inhalt und Dauer der Weiterbildung

(1) Für das Gebiet Parodontologie wird als Bezeichnung „Fachzahnärztin oder Fachzahnarzt für Parodontologie“ festgelegt.

(2) Die Parodontologie beinhaltet die Prävention sowie die Diagnostik, die Therapie parodontal erkrankter Patientinnen und Patienten, auch solcher mit Implantatversorgung, die mukogingivale und plastische Parodontalchirurgie, die Perioprothetik und die Nachsorge rehabilitierter Patientinnen und Patienten.

1. Prävention und Diagnostik:

Epidemiologie, orale Mikrobiologie, Ernährungsberatung, Motivation und Instruktion.

2. Parodontale Erkrankungen und Mundschleimhauterkrankungen:

Pathologisch-anatomische Grundlagen, Epidemiologie, Ätiologie und Pathogenese, klinische, röntgenologische und funktionelle Diagnostik, Prognose, Gesamtplanung, Therapie, Erhaltungstherapie.

3. Mukogingivale und plastische Parodontalchirurgie:

Indikation, Prognose und Durchführung aller mukogingivalchirurgischer und plastischer Operationstechniken.

4. Implantologie:

Indikation, Differentialtherapie, Gesamtplanung, Operationsmethoden mit besonderem Schwerpunkt der Behandlung von Infektionen.

5. Perioprothetik:

Planung, Durchführung und Versorgung parodontaler und parodontalimplantologischer Behandlungsfälle

6. Nachsorge rehabilitierter Patientinnen und Patienten: Organisation des Recall, Rezidivbehandlung, Peri-Implantitis-Behandlung.

(3) Die Weiterbildung beträgt drei Jahre. Zusätzlich ist ein allgemein-zahnärztliches Jahr abzuleisten.

(4) Eine Weiterbildungszeit an Hochschulkliniken für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten mit parodontologischen Abteilungen und an zugelassenen Fachabteilungen (Weiterbildungsstätten) für Parodontologie kann bis zu drei Jahren angerechnet werden.

(5) Eine Weiterbildungszeit, die in der Praxis einer oder eines ermächtigten niedergelassenen Zahnärztin oder Zahnarztes abgeleistet wird, kann bis zur Dauer von zwei Jahren angerechnet werden.

(6) Wird die Weiterbildungszeit an mehreren Stellen abgeleistet, dürfen jeweils 12 Monate nicht unterschritten werden. Ausnahmen hiervon kann die Zahnärztekammer zulassen, wenn dadurch das Ziel der Weiterbildung nicht beeinträchtigt wird. Absatz 3 bleibt hiervon unberührt.

(7) Als Reihenfolge der Weiterbildungsabschnitte wird festgelegt:

Erstes Jahr:

Pathologisch-anatomische Grundlagen, Grundlagen der Prävention, klinische, röntgenologische und mikrobiologische Diagnostik, Initialbehandlung, selbständige Ausführung einfacher parodontalchirurgischer Eingriffe, Grundlagen der Implantologie und Perioprothetik, Assistenz bei schwierigen operativen Eingriffen.

Zweites und drittes Jahr:

Selbständige Durchführung spezieller und schwieriger operativer Eingriffe unter Berücksichtigung von Regenerationsverfahren, mukogingivalchirurgischer und plastischer Operationstechniken, Behandlung von Mundschleimhauterkrankungen, Planung, Durchführung, Versorgung und epikritische Analyse komplexer Behandlungsfälle.

§ 12b

Ermächtigung zur Weiterbildung

(1) Die Ermächtigung zur Weiterbildung kann einer Leiterin oder einem Leiter einer parodontologischen Abteilung von Hochschulkliniken für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, einer Leiterin oder einem Leiter einer zugelassenen Fachabteilung für Parodontologie oder einer oder einem niedergelassenen Zahnärztin oder Zahnarzt erteilt werden, die oder der die Bezeichnung „Fachzahnärztin oder Fachzahnarzt für Parodontologie“ führt.

(2) Die Ermächtigung zur Weiterbildung kann einer oder einem niedergelassenen Zahnärztin oder Zahnarzt nur erteilt werden, wenn sie oder er mindestens drei Jahre nach der Erteilung der Gebietsanerkennung für Parodontologie in eigener Praxis oder sonst eigenverantwortlich tätig war. Sie oder er muß nachweislich das gesamte Spektrum der in der Weiterbildungsordnung festgelegten Methoden erfüllen.

5. Abschnitt Prüfungsordnung

§ 13 Prüfungsausschuß

(1) Die Zahnärztekammer bildet für jedes zur Weiterbildung anerkannte Gebiet einen Prüfungsausschuß. Bei Bedarf sind mehrere Prüfungsausschüsse zu bilden.

(2) Der Prüfungsausschuß für das Gebiet „Kieferorthopädie“ besteht aus drei Mitgliedern, von denen zwei für dieses Gebiet ermächtigt sein müssen, und hiervon eines Leiterin oder Leiter der Kieferorthopädischen Abteilung einer Hochschulklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sein muß.

(3) Der Prüfungsausschuß für das Gebiet „Oralchirurgie“ besteht aus drei Mitgliedern, von denen zwei für dieses Gebiet ermächtigt sein müssen, und hiervon eines Leiterin oder Leiter einer Chirurgischen Abteilung einer Hochschulklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sein muß.

(4) Der Prüfungsausschuß für das Gebiet „Parodontologie“ besteht aus drei Mitgliedern, von denen zwei für dieses Gebiet ermächtigt sein müssen, und hiervon eines Leiterin oder Leiter einer Parodontologischen Abteilung einer Hochschulklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sein muß.

(5) Die Mitglieder des Prüfungsausschusses haben Stellvertreterinnen oder Stellvertreter. Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium kann ein weiteres Mitglied bestimmen. Die Prüfung kann auch bei Abwesenheit dieses Mitgliedes durchgeführt werden.

(6) Der Prüfungsausschuß wählt aus seiner Mitte eine Vorsitzende oder einen Vorsitzenden.

(7) Der Prüfungsausschuß beschließt mit einfacher Stimmenmehrheit. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme der oder des Vorsitzenden den Ausschlag.

(8) Die Mitglieder des Prüfungsausschusses entscheiden unabhängig und sind an Weisungen nicht gebunden.

§ 14

Zulassung zur Prüfung

Über die Zulassung zur Prüfung entscheidet der Prüfungsausschuß. Die Zulassung wird ausgesprochen, wenn die Weiterbildung ordnungsgemäß abgeleistet sowie durch Zeugnisse und Nachweise belegt ist. Eine Ablehnung der Zulassung ist der Antragstellerin oder dem Antragsteller mit Begründung schriftlich mitzuteilen.

§ 15

Prüfung

(1) Nach Zulassung zur Prüfung setzt die Zahnärztekammer den Termin der Prüfung im Einvernehmen mit der oder dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses fest. Die Prüfung soll in angemessener Frist nach der Zulassung stattfinden. Die Antragstellerin oder der Antragsteller ist zum festgesetzten Termin mit einer Frist von mindestens zwei Wochen zu laden.

(2) Die während der Weiterbildung erworbenen Kenntnisse werden in einem Fachgespräch durch den Prüfungsausschuß geprüft. Die Prüfung ist mündlich. Sie soll für jede Antragstellerin oder jeden Antragsteller in der Regel dreißig Minuten dauern. Es sollen nicht mehr als vier Antragstellerinnen oder Antragsteller gleichzeitig geprüft werden.

(3) Nach Abschluß der Prüfung entscheidet der Prüfungsausschuß aufgrund der vorgelegten Zeugnisse und der mündlichen Darlegungen der Antragstellerin oder des Antragstellers, ob die Antragstellerin oder der Antragsteller die vorgeschriebene Weiterbildung erfolgreich abgeschlossen und die vorgeschriebenen besonderen Kenntnisse auf dem Gebiet erworben hat.

(4) Wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller der Prüfung ohne ausreichenden Grund fernbleibt oder sie ohne ausreichenden Grund abbricht, gilt die Prüfung als nicht bestanden.

§ 16

Prüfungsentscheidung

(1) Die oder der Vorsitzende des Prüfungsausschusses legt das Ergebnis der Prüfung schriftlich nieder und teilt es der Zahnärztekammer mit.

(2) Wird die Prüfung bestanden, stellt die Zahnärztekammer der Antragstellerin oder dem Antragsteller eine Urkunde über das Recht zum Führen der Gebietsbezeichnung aus.

(3) Wird die Prüfung nicht bestanden, kann der Prüfungsausschuß die vorgeschriebene Weiterbildungszeit verlängern und besondere Anforderungen an die verlängerte Weiterbildung stellen. Der Ausschuß kann an Stelle einer Verlängerung der Weiterbildungszeit die Antragstellerin oder den Antragsteller verpflichten, den Nachweis über einzelne noch zu erwerbende Kenntnisse, Erfahrungen oder Fertigkeiten zu führen. Die Zahnärztekammer teilt der Antragstellerin oder dem Antragsteller die Entscheidung über das Nichtbestehen der Prüfung schriftlich mit.

Die Entscheidung ist zu begründen, die vom Prüfungsausschuß beschlossenen Auflagen sind dabei der Antragstellerin oder dem Antragsteller bekanntzugeben.

(4) Eine nicht bestandene Prüfung kann frühestens nach drei Monaten wiederholt werden. Für die Wiederholungsprüfung gilt die Prüfungsordnung sinngemäß. Die Wiederholungsprüfungen sind auf zwei beschränkt.

6. Abschnitt Öffentliches Gesundheitswesen

§ 17

Gebietsbezeichnung und Anerkennung

(1) Die Gebietsbezeichnung auf dem Gebiet des Öffentlichen Gesundheitswesens lautet „Öffentliches Gesundheitswesen“; wer die Anerkennung erworben hat, führt die Bezeichnung „Zahnärztin“ oder „Zahnarzt für Öffentliches Gesundheitswesen“.

(2) Die Anerkennung für das Gebiet „Öffentliches Gesundheitswesen“ wird aufgrund des Zeugnisses über das Bestehen der Prüfung an einer Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen durch die Zahnärztekammer erteilt.

(3) Inhalt und Dauer der Weiterbildung richten sich nach den jeweils gültigen staatlichen Zulassungs- und Prüfungsanforderungen.

7. Abschnitt

Schlußvorschriften, Inkrafttreten

§ 18

Anerkennungen und Ermächtigungen von Kammern

Die von anderen zuständigen Berufsvertretungen in der Bundesrepublik Deutschland erteilten Ermächtigungen zur Weiterbildung und Anerkennungen gelten auch im Bereich der Zahnärztekammer mit der Maßgabe, daß die in dieser Weiterbildungsordnung zugelassenen Bezeichnungen zu führen sind.

§ 19

Übergangsbestimmungen

(1) Die bisher ausgesprochenen Anerkennungen der Gebietsbezeichnungen bleiben gültig.

(2) Zahnärztinnen und Zahnärzte, die sich bei Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung in der Weiterbildung zur Erlangung einer Gebietsbezeichnung befinden, können ihre Weiterbildung nach den bisher geltenden Bestimmungen abschließen. Sie erhalten eine Bezeichnung nach den Bestimmungen der geltenden Weiterbildungsordnung.

(3) Die geänderten Vorschriften über die Voraussetzungen zur Erteilung der Weiterbildungsermächtigung gelten für solche Anträge, die nach Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung gestellt werden.

§ 20

Inkrafttreten

Diese Weiterbildungsordnung der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe tritt am Tage nach der Veröffentlichung im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen in Kraft. Gleichzeitig tritt die Weiterbildungsordnung vom 11. Mai 1996 (MBl. NRW. S. 1664) außer Kraft.

Genehmigt.

Düsseldorf, den 19. Januar 1999

Ministerium
für Frauen, Jugend, Familie
und Gesundheit
des Landes Nordrhein-Westfalen
III B 3 - 0810.77 -

Im Auftrag
gez. Godry

Ausgefertigt zum Zwecke der Veröffentlichung im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen.

Münster, den 27. Januar 1999

gez. Dr. Dr. J. Weitkamp
Präsident der
Zahnärztekammer Westfalen-Lippe

- MBl. NRW. 1999 S. 361.

911
(791)

Naturschutzrechtliche Eingriffsregelung bei Bundesfern- und Landesstraßen gemäß Bundesnaturschutzgesetz und Landschaftsgesetz NW - Eingriffsregelung Straße (E Reg Stra)

Gem. RdErl. d. Ministeriums für Wirtschaft und
Mittelstand, Technologie und Verkehr - 611 - 13-16 (17) -
u. d. Ministeriums für Umwelt, Raumordnung
und Landwirtschaft - III B 4 - 605.01.03.01/03 -
v. 25. 2. 1999

1 Zweck

Zweck dieses Erlasses ist die Einführung eines landeseinheitlichen Verfahrens zur Bewertung des Eingriffs und der Kompensation bei der Errichtung oder wesentlichen Änderung von Bundesfern- und Landesstraßen in der Baulast des Bundes oder der Landschaftsverbände.

2 Gutachtermodell

Das Bewertungsverfahren wurde von einer Gutachtergruppe auf fachwissenschaftlicher Grundlage entwickelt¹⁾. Es wird daher im Folgenden als „Gutachtermodell“ bezeichnet.

Das Gutachtermodell beschreibt alle für die Umsetzung der naturschutzrechtlichen Eingriffsregelung maßgebenden Arbeitsschritte in den Bereichen

- Naturhaushalt (biotische und abiotische Faktoren) bzw.
- Landschaftsbild (einschließlich Eignung der Landschaft für die naturbezogene Erholung)

und gibt dazu Arbeitshilfen.

Das Gutachtermodell stellt vorrangig auf eine verbal-argumentative Problembewältigung ab, um dem jeweiligen Einzelfall gerecht werden zu können. Die im Gutachtermodell enthaltenen formalisierten Ansätze zur Bewertung des Eingriffs und zur Ermittlung des Kompensationsumfangs sind lediglich Wertzuordnungen, die der Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Bewertungsergebnisse dienen.

Das Gutachtermodell ist nach Maßgabe dieses Erlasses anzuwenden; der Anwendungsbereich ergibt sich aus Anlage I.

Als Orientierungshilfe wird das Gutachtermodell durch ein Fallbeispiel ergänzt (Neubau einer vierstreifigen Autobahn). Dieses stellt noch keinen vollständigen landschaftspflegerischen Begleitplan dar, sondern dient lediglich dazu, die praktische Umsetzung der entwickelten Methode zu dokumentieren und ihre Handhabbarkeit zu belegen (vgl. Nummer 4 des Gutachtermodells).

¹⁾ ARGE Eingriff-Ausgleich NRW (1994): Entwicklung eines einheitlichen Bewertungsrahmens für straßenbedingte Eingriffe in Natur und Landschaft und deren Kompensation, veröffentlicht von der Landesregierung Nordrhein-Westfalen

3 Vereinfachtes Bewertungsverfahren

In Abhängigkeit von der Art des geplanten Vorhabens und der zu erwartenden Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit des Naturhaushalts und des Landschaftsbildes ist die Anwendung des Gutachtermodells in vereinfachter Form zulässig (vereinfachtes Bewertungsverfahren). Damit soll der bewertungsmethodische Aufwand vor allem bei solchen Vorhaben verringert werden, bei denen von vornherein mit weniger gravierenden Eingriffsfolgen zu rechnen ist.

Beispiel: Die Anlage eines Radweges führt – verglichen mit dem Neubau einer Autobahn – in der Regel weder zu spürbaren Zerschneidungswirkungen für die Tierwelt noch zu erheblichen oder nachhaltigen Beeinträchtigungen der Pflanzenwelt außerhalb der vom Baukörper unmittelbar beanspruchten Fläche; auch das Landschaftsbild wird in der Regel kaum betroffen.

Die Vereinfachung bezieht sich im Wesentlichen auf die formalisierten Wertzuordnungen; näheres hierzu regeln die Anlagen 2 und 3.

Das vereinfachte Bewertungsverfahren ist nach Maßgabe dieses Erlasses anzuwenden; der Anwendungsbereich ergibt sich aus Anlage 1.

4 Ergänzende Hinweise

4.1 Bestandsaufnahme

Die nachfolgend aufgeführten Merkmale des Naturhaushalts und des Landschaftsbildes sind in Bestandskarten darzustellen, damit die darauf aufbauenden Bewertungen nachvollziehbar sind.

4.1.1 Biotische Funktionen

Voraussetzung für die Anwendung des Gutachtermodells ist eine flächendeckende Erfassung und Kartierung der Biotoptypen innerhalb des Untersuchungsraumes anhand der Biotoptypenliste des Gutachtermodells (vgl. Abb. 3.1.1-6 des Gutachtermodells); vorhandene Unterlagen und örtliche Erhebungen sind heranzuziehen.

Tierarten, die an Lebensräume gebunden sind, die verschiedene Biotoptypen umfassen (Biotopkomplexe) und die zur Aufrechterhaltung ihrer Population entsprechende Areale benötigen, sind gesondert zu erfassen.

Vorliegende faunistische und vegetationskundliche Daten sind – eventuell ergänzt durch örtliche Erhebungen – auszuwerten, soweit dies zur Beurteilung der Beeinträchtigungen erforderlich ist. Die Notwendigkeit einer vertieften faunistischen Untersuchung muss anhand der ermittelten Daten belegt werden können.

4.1.2 Abiotische Funktionen

Voraussetzung für die Ermittlung der straßenbedingten Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit des Naturhaushalts ist die Kenntnis über alle potentiell beeinträchtigten abiotischen Landschaftsfaktoren, also Boden (einschließlich Geomorphologie), Wasser und Klima/Luft.

Hierbei ist zwischen Wert- und Funktionselementen von allgemeiner und besonderer Bedeutung zu unterscheiden (vgl. Nummern 3.1.2.1 und 3.1.2.2 des Gutachtermodells i.V.m. den „Empfehlungen für die Abhandlung der Eingriffsregelung beim Bundesfernstraßenbau“ des Bundesministeriums für Verkehr – BMV²⁾).

4.1.3 Landschaftsbild und landschaftsgebundene Erholung

Das Gutachtermodell (vgl. Nummern 3.2.1.2 und 3.2.2.2 des Gutachtermodells) basiert auf einer Untergliederung des Untersuchungsgebietes in landschaftsästhetische Raumeinheiten sowie einer Erfassung der

– ästhetisch wirksamen, insbesondere der charakteristischen und der untypischen Landschaftselemente,

- ausgewiesenen Erholungsräume,
- relevanten Landschaftsbestandteile und Infrastruktur für naturbezogene Erholung,
- schutzwürdigen Objekte und Flächen,
- bioklimatischen Daten und
- ruhigen und geruchsarmen Bereiche.

Die hierzu erforderlichen Kartierarbeiten werden im Zuge der Biotoptypenkartierung vorgenommen, die ihrerseits eine Grundlage für die Ermittlung relevanter Landschaftsbildstrukturen darstellt.

4.2 Bewertung der „Erheblichkeit“ und „Nachhaltigkeit“ von Beeinträchtigungen

Aus § 4 Abs. 4 des Gesetzes zur Sicherung des Naturhaushalts und zur Entwicklung der Landschaft – Landschaftsgesetz (LG) – folgt, dass nach Abschluss der Bestandsaufnahme zunächst Vorkehrungen zur Vermeidung oder Minderung von Beeinträchtigungen zu prüfen sind (vgl. Nummern 3.1.1.5.2, 3.1.2.5 und 3.2.1.5.2 des Gutachtermodells).

Sodann ist vor der weiteren Anwendung des Gutachtermodells bzw. des vereinfachten Bewertungsverfahrens zu prüfen, ob unvermeidbare Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit des Naturhaushalts oder des Landschaftsbildes als erheblich oder nachhaltig eingestuft werden müssen.

Dabei ist im Einzelnen wie folgt vorzugehen:

- Innerhalb der vom Straßenkörper überlagerten Fläche (versiegelte Fläche einschließlich Bänke, Mittelstreifen und Böschungen) ist grundsätzlich von einer Erheblichkeit und Nachhaltigkeit der Beeinträchtigungen auszugehen (vgl. Nummern 3.1.1.5.1 und 3.2.1.5.1 des Gutachtermodells).
- Außerhalb der vom Straßenkörper überlagerten Fläche ist – abweichend vom Gutachtermodell – zu prüfen, ob und in welchem Umfang die von der Straße ausgehenden Wirkungen zu erheblichen oder nachhaltigen Beeinträchtigungen führen können. Die im Gutachtermodell festgelegten Wirkzonen (auch die visuellen Wirkzonen des Landschaftsbildes) sind dabei als „Suchräume“ heranzuziehen.

Eine immissionsmindernde Wirkung vorhandener oder geplanter Schutzanlagen (z.B. Lärmschutzwände, Gehölzpflanzungen) ist in die Prüfung der Erheblichkeit und Nachhaltigkeit von Beeinträchtigungen grundsätzlich einzubeziehen und ggfs. durch Modifikation des Beeinträchtigungsfaktors F (vgl. Nummer 3.1.1.5.4 des Gutachtermodells) zu berücksichtigen.

Ob und wie sich die Minderung der Schadstoffkonzentration auf den Beeinträchtigungsfaktor auswirkt, bedarf der einzelfallbezogenen Festlegung. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass der Beeinträchtigungsfaktor nicht nur schadstoffbedingte Wirkungen, sondern darüber hinaus z.B. auch Trennwirkungen beinhaltet und dass Lärmschutzwände insoweit auch eingriffsverstärkende Wirkungen entfalten können. Ebenso können Gehölzpflanzungen geringer Tiefe unter Umständen im Nahbereich der Straße zu Schadstoffanreicherungen führen.

Anhaltswerte zur Minderung der Schadstoffkonzentration in Abhängigkeit von der Höhe einer Lärmschutzwand oder der Tiefe einer Gehölzpflanzung geben die Tabellen 1 und 2. Bei Einschnitten und Wällen ist unter Berücksichtigung des Einzelfalles entsprechend zu verfahren.

²⁾ Schriftenreihe Straßenbau und Straßenverkehrstechnik des BMV, Heft 668, 1994

Tabelle 1

Höhe der Lärmschutzwand [m]	Minderung der Schadstoffkonzentration ³⁾ [%]
3	30
4	60
5	70
6	80

Tabelle 2

Tiefe der Gehölzpflanzung [m]	Minderung der Schadstoffkonzentration ³⁾ [%]
6 bis 10	30
mehr als 10	60

Die Prüfung der Erheblichkeit oder Nachhaltigkeit von Beeinträchtigungen erfolgt in verbalargumentativer Form im Rahmen der Grundleistungen des HIV⁴⁾, indem die straßenbedingten Wirkungen mit den Ausprägungen der betroffenen biotischen und abiotischen Funktionen sowie der Funktionen des Landschaftsbildes vor dem Hintergrund bestehender naturschutzfachlicher Ziele verknüpft werden. Abgrenzungshinweise dazu geben verschiedene Forschungsberichte⁵⁾.

Die Prüftiefe richtet sich nach den jeweiligen örtlichen Verhältnissen; sie kann in Abhängigkeit von der Intensität der straßenbedingten Wirkungen sowie der Empfindlichkeit und Bedeutung der betroffenen Biotoptypen und des Landschaftsbildes variieren. Im Ergebnis kommt es immer auf die Plausibilität und Nachvollziehbarkeit der jeweils begründeten Annahme an.

Beispiel: Befinden sich außerhalb der vom Straßenkörper überlagerten Fläche intensiv genutzte Ackerflächen, so wird die Prüfung der Erheblichkeit und Nachhaltigkeit von Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit des Naturhaushalts in der Regel dazu führen, dass für derartige Flächen ein Kompensationserfordernis nicht besteht (geringe Bedeutung der Flächen für die Leistungsfähigkeit des Naturhaushalts, geringe Empfindlichkeit gegenüber straßenbedingten Wirkungen).

Derartige Flächen werden allerdings dann zu Kompensationsmaßnahmen führen, wenn nach Lage des Einzelfalles die Erheblichkeit oder Nachhaltigkeit von Beeinträchtigungen schlüssig dargelegt werden kann (z. B. im Rahmen der Beurteilung faunistischer Funktionsbeziehungen oder bei der Betroffenheit von abiotischen Wert- und Funktionselementen besonderer Bedeutung).

Nach Abschluss der Ermittlung von Art und Umfang der erheblichen oder nachhaltigen Beeinträchtigungen ist die Anwendung des Gutachtermodells fortzusetzen; dabei sind der Festlegung von Ausgleichs- und Ersatzmaßnahmen ausschließlich die unvermeidbaren erheblichen oder nachhaltigen Beeinträchtigungen zugrunde zu legen.

4.3 Begründung der Kompensationsmaßnahmen

Funktion, Lage und Umfang der Kompensationsmaßnahmen sind unter Beachtung von Art, Umfang und Intensität der Beeinträchtigungen vorrangig verbalargumentativ darzulegen. Die Herleitung des Kompensationsumfangs nach den formalisierten Wertzuordnungen des Gutachtermodells (vgl. Nummern 3.1.1.6 und 3.1.2.6 sowie Nummern 3.2.1.6 und 3.2.2.6 des Gutachtermodells) darf nicht losgelöst hiervon erfolgen.

Die verbalargumentative Herleitung ist die wesentliche Begründung der Eignung und Erforderlichkeit der Kompensationsmaßnahmen, welche ihrerseits Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Grundflächen sind. In begründeten Zweifelsfällen hat das Ergebnis der verbalargumentativen Bewertung Vorrang vor dem Ergebnis der formalisierten Wertzuordnungen.

Soweit sich für bestimmte Funktionsbeeinträchtigungen (z. B. Inanspruchnahme von Einzelgehölzen, Grundwasserveränderungen, Beeinträchtigungen von Biotopkomplexen) der Kompensationsumfang nicht über einen flächenbezogenen Ansatz mit Hilfe des Gutachtermodells ermitteln lässt, sind die Ergebnisse der verbalargumentativen Herleitung in der Eingriffs-Ausgleichs-Bilanz gesondert auszuweisen.

Werden Straßenböschungen auf ökologisch geringwertigen Flächen angelegt, sind Kompensationsmaßnahmen hierfür außerhalb des Straßenkörpers nicht mehr erforderlich; derartige Böschungen gelten durch ihre Bepflanzung als in sich selbst ausgeglichen.

Straßenbedingte Eingriffe haben Auswirkungen auf Grundflächen, die gleichzeitig mehrere Funktionen des Naturhaushalts und des Landschaftsbildes erfüllen können. Deshalb sind nach Art, Lage und Umfang auch Kompensationsmaßnahmen anzustreben, die eine Mehrfachfunktionalität von Flächen gewährleisten. Das Gutachtermodell berücksichtigt diesen Grundsatz bereits bei der Zusammenführung der Teilergebnisse für die biotischen und abiotischen Funktionen innerhalb des Naturhaushalts sowie für die Funktionen des Naturhaushalts und des Landschaftsbildes (vgl. Nummern 3.1.3 und 3.3 des Gutachtermodells). Es ist darüber hinaus immer zu prüfen, ob und inwieweit eine geplante Kompensationsmaßnahme die Überlagerung der Funktionen zulässt. Dies gilt insbesondere für Beeinträchtigungen von Biotopkomplexen (vgl. Nummer 3.1.1.6.2 des Gutachtermodells).

Der Standort von Kompensationsmaßnahmen ist so zu wählen, dass die an sie gestellten Einzel- und mehrfachfunktionalen Anforderungen erfüllt werden können. Daraus folgt:

- Ausgleichsmaßnahmen sind in einem engen räumlichen Zusammenhang zum Ort des Eingriffs und zu den beeinträchtigten Funktionen zu verwirklichen.
- Ausgleichsmaßnahmen für beeinträchtigte Funktionen des Naturhaushalts sollen dabei außerhalb der vom Straßenbauvorhaben erheblich oder nachhaltig beeinträchtigten Bereiche liegen. Abweichungen sind möglich bzw. geboten, wenn
 - spezielle standörtliche Bedingungen dies erfordern,
 - Schutzmaßnahmen an der Straße (z. B. Lärmschutzanlagen, Schutzpflanzungen) trotz der Straßennähe die notwendigen Entwicklungsbedingungen gewährleisten,
 - eine Entsiegelung bisheriger Verkehrsflächen vorgenommen wird,
 - derartige Maßnahmen dem Ausgleich für beeinträchtigte Zonen, die in der Belastungszone bestehender Straßen liegen, dienen (d. h. bei bestandsorientiertem Ausbau),
 - derartige Maßnahmen in Pufferzonen zu besonders schutzwürdigen Bereichen liegen.

³⁾ vgl. Merkblatt über Luftverunreinigungen an Straßen - Teil: Straßen ohne oder mit lockerer Randbebauung, Ausgabe 1992 - MLuS-92, Kap. 5 (ARS Nummer 30/1992 des BMV, VtBl. 1992, S. 503)

⁴⁾ Handbuch für Verträge über Leistungen der Ingenieure und Landschaftsarchitekten im Straßen- und Brückenbau (HIV-StB) Vertrieb: Forschungsgesellschaft für Straßen- und Verkehrswesen, Köln

⁵⁾ Richtwerte für Kompensationsmaßnahmen beim Bundesfernstraßenbau, Schriftenreihe Straßenbau und Straßenverkehrstechnik des BMV, Heft 714, 1996

- Ersatzmaßnahmen sind in dem vom Eingriff betroffenen Landschaftsraum durchzuführen; dies bedeutet, dass trotz des gelockerten funktionalen und räumlichen Zusammenhangs ein räumlicher Bezug zwischen Ersatzmaßnahme und Ort des Eingriffs nicht völlig aufgegeben werden kann. Landschaftsraum ist der Raum, der in der Gesamtheit seiner belebten und unbelebten Bestandteile einschließlich ihrer Wechselwirkungen eine landschaftsökologische Einheit mit typischen Standortverhältnissen bildet.
- Flächen, die sich im Eigentum der öffentlichen Hand befinden, sind - soweit geeignet - vorrangig für Kompensationsmaßnahmen heranzuziehen.
- Kompensationsmaßnahmen sind unter Berücksichtigung der räumlich-funktionalen Beziehungen zu ihrer Umgebung zu planen; eine isolierte Lage sollte vermieden werden.
- Soweit die Anforderungen an die Kompensation aller im Einzelnen beeinträchtigten Funktionen dies zulassen, können Kompensationsmaßnahmen in einem räumlich konzentrierten Maßnahmenkonzept - unter Beachtung naturschutzfachlicher Ziele - zusammenfassend geplant werden. Der Umfang eines solchen Maßnahmenkonzeptes leitet sich dabei ausschließlich aus dem Eingriff ab.

- 5 Inkrafttreten, Geltungsdauer, Übergangsregelung**
Dieser Erlass tritt mit sofortiger Wirkung in Kraft. Seine Geltungsdauer ist auf fünf Jahre begrenzt. Die Regelungen gelten nicht für Vorhaben, bei denen der Untersuchungsrahmen zwischen Straßenbau- und Landschaftsbehörden zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens dieses Erlasses bereits abgestimmt wurde.

Anlage 1

Tabelle 1: Anwendungsbereich Gutachtermodell/Vereinfachtes Bewertungsverfahren (Naturhaushalt)

Nummer	Art des Vorhabens	Art des Verfahrens
1	- Neubau - Ausbau mit neuen oder wesentlich veränderten Wirkzonen: Dies sind sowohl Ausbaumaßnahmen mit größeren Neubauabschnitten als auch alle Ausbaumaßnahmen mit seitlicher Abweichung vom vorhandenen Verlauf von mehr als 10 m.*)	Gutachtermodell
2	Ausbau innerhalb vorhandener Wirkzonen: Dies sind alle Ausbaumaßnahmen mit seitlicher Abweichung vom vorhandenen Verlauf von nicht mehr als 10 m (z.B. 6-streifiger Ausbau)	Vereinfachtes Bewertungsverfahren

*) Sofern es die örtlichen Verhältnisse zulassen, kann bei Ausbaumaßnahmen mit seitlicher Abweichung vom vorhandenen Verlauf von mehr als 10 m (z.B. asymmetrischer BAB-Ausbau) im Einzelfall das vereinfachte Bewertungsverfahren angewendet werden.

Tabelle 2: Anwendungsbereich Gutachtermodell/Vereinfachtes Bewertungsverfahren (Landschaftsbild)

Nummer	Art des Vorhabens	Art des Verfahrens
1	2-bahniger Neubau	Gutachtermodell
2	- 2-streifiger Neubau - Ausbau	Vereinfachtes Bewertungsverfahren

Vereinfachtes Bewertungsverfahren „Naturhaushalt“

Das vereinfachte Bewertungsverfahren „Naturhaushalt“ findet Anwendung bei allen Ausbauvorhaben innerhalb vorhandener Wirkzonen (s. a. Anlage 1); dies setzt voraus, dass die ausbaubedingte seitliche Abweichung vom vorhandenen Verlauf in der Regel nicht mehr als 10 m beträgt. Für die Herleitung des Mindestumfangs der Kompensationsflächen lassen sich folgende Anwendungsfälle unterscheiden:

- Ausbauvorhaben, die - abgesehen von der direkten Beeinträchtigung durch den Straßenkörper - nur eine geringfügig nachteilige Veränderung der Leistungsfähigkeit des Naturhaushalts innerhalb vorhandener Wirkzonen verursachen. Dies sind Maßnahmen, bei denen der Ausbau zu einer Neuklassifikation und damit verbundenen Erhöhung des Verkehrsaufkommens gemäß Abb. 3.1.1-7 des Gutachtermodells führt (z.B. 6-streifiger Ausbau mit Änderung der DTV-Belastungsklasse).

Die Änderung der Beeinträchtigungsintensität innerhalb der vorhandenen Wirkzonen wird durch die Differenz der Beeinträchtigungsfaktoren nach und vor dem Ausbau ausgedrückt. Sie hat den konstanten Wert $F = 0,1$ bzw. $0,2$ (vgl. Abb. 3.1.1-7 des Gutachtermodells) und ist Ausgangspunkt für die Prüfung evtl. ausbaubedingter erheblicher und nachhaltiger Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit des Naturhaushalts innerhalb der Wirkzonen. Wegen des konstanten Wertes F in allen Wirkzonen ist eine Abgrenzung dieser Zonen untereinander nicht mehr erforderlich.

- Ausbauvorhaben, die - abgesehen von der direkten Beeinträchtigung durch den Straßenkörper - keine nennenswert nachteilige Veränderung der Leistungsfähigkeit des Naturhaushalts innerhalb vorhandener Wirkzonen hervorrufen. Dies sind Maßnahmen, bei denen die DTV-Belastungsklasse gemäß Abb. 3.1.1-7 des Gutachtermodells trotz Ausbau unverändert bleibt (z.B. 6-streifiger Ausbau ohne Änderung der DTV-Belastungsklasse).

Bei den o.g. Vorhaben, denen gemeinsam ist, dass der Ausbau auf bereits ökologisch vorbelasteten Flächen erfolgt - d.h. der tatsächliche Biotopwert ist geringer als der Wert aus Abb. 3.1.1-6 des Gutachtermodells - ergibt sich der Mindestflächenumfang der Kompensationsmaßnahme eines beeinträchtigten Biototyps vereinfacht aus der Beziehung:

$$K = B \times F \times T$$

Dabei bedeutet:

K: Erforderlicher Mindestumfang der Flächengröße der Kompensationsmaßnahme (ha, m²)

B: Flächengröße des beeinträchtigten Biototyps (ha, m²)

F: Beeinträchtigungsfaktor:

Baukörper (einschl. Böschungen): $F = 1,0$

Wirkzonen:

$F = 0,1$ bzw. $0,2$

(Ausbau mit Änderung der DTV-Belastungsklasse)

$F = 0$

(Ausbau ohne Änderung der DTV-Belastungsklasse)

T: Zeitfaktor:

Entwicklungszeit < 30 Jahre: $T = 1,0$

Entwicklungszeit 30 - 100 Jahre: $T = 2,0$

Entwicklungszeit > 100 Jahre: $T = 3,0$

Daraus folgt:

- Für den Bereich der vom Straßenkörper überlagerten Fläche erhält man die Gesamtkompensationsfläche als Summe der mit dem jeweiligen Zeitfaktor und dem Beeinträchtigungsfaktor $F = 1,0$ multiplizierten biotopbezogenen Eingriffsflächen; die Ausführungen gemäß Nummer 4.3 Abs. 4 dieses Erlasses bleiben unberührt.

- Für den Bereich der Wirkzonen (nur bei Ausbauvorhaben mit Änderung der DTV-Belastungsklasse) erhält man die Gesamtkompensationsfläche als Summe der mit dem jeweiligen Zeitfaktor und dem Beeinträchtigungsfaktor $F = 0,1$ bzw. $0,2$ multiplizierten biotopbezogenen Eingriffsflächen, soweit diese durch die ausbaubedingte zusätzliche Beeinträchtigungsintensität erheblich oder nachhaltig beeinträchtigt sind. Bei Ausbauvorhaben ohne Änderung der Belastungsklasse entfällt dieser Kompensationsanteil ($F = 0$).

Bei der Ermittlung eventueller zusätzlicher Kompensationsmaßnahmen für die Beeinträchtigung abiotischer Landschaftsfaktoren ist entsprechend dem Gutachtermodell zu verfahren (vgl. Nummer 3.1.2.6 des Gutachtermodells); dabei sind die vorstehenden Hinweise zur Bewertung der Erheblichkeit und Nachhaltigkeit von Beeinträchtigungen zu berücksichtigen.

Anlage 3

Vereinfachtes Bewertungsverfahren „Landschaftsbild“

Das vereinfachte Bewertungsverfahren „Landschaftsbild“ findet Anwendung bei zweistreifigen Neubau- und allen Ausbauvorhaben (s. a. Anlage 1).

Die vereinfachte Vorgehensweise besteht im Wesentlichen in einem Verzicht auf die rechnerische Herleitung des Erheblichkeitsfaktors (vgl. Nummer 3.2.1.5.5 des Gutachtermodells) und der zusätzlichen Erholungsbelastung (vgl. Nummer 3.2.2.6 des Gutachtermodells). Die Bewertung erfolgt durch eine verbale Beschreibung von Eingriff und Kompensation unter Verwendung nachstehender vereinfachter formalisierter Wertzuordnungen. Diese dienen der Herleitung des Mindestumfangs der Kompensationsflächen für das Landschaftsbild. Die Flächenangaben werden vor allem für die Ermittlung der Gesamtkompensation Naturhaushalt/Landschaftsbild (vgl. Nummer 3.3 des Gutachtermodells) benötigt.

Bei der Herleitung des Mindestumfangs der Kompensationsflächen lassen sich folgende Anwendungsfälle unterscheiden:

- Zweistreifiger Neubau und Ausbau mit deutlich wahrnehmbarer Veränderung des räumlichen Erscheinungsbildes innerhalb der visuellen Wirkzonen (z. B. größere Hanganschnitte, größere Aufschüttungen oder sonstige deutliche Reliefveränderungen):

Diese Vorhaben sind dadurch gekennzeichnet, dass entweder neue visuelle Wirkzonen entstehen oder vorhandene visuelle Wirkzonen wesentlich verändert werden.

Der Kompensationsflächenumfang wird entsprechend dem Gutachtermodell ermittelt (vgl. Nummer 3.2.1.6.1 des Gutachtermodells). Der Erheblichkeitsfaktor „e“ ist dabei in Abhängigkeit von der landschaftsästhetischen Wirkung des Eingriffs festzulegen, wobei folgende Werte als Anhalt dienen können:

- wenig empfindliche Landschaft: $e = 0,3$
- empfindliche Landschaft: $e = 0,5$
- sehr empfindliche Landschaft: $e = 0,7 - 0,8$

Zwischenwerte sind zulässig.

Ein eventueller Flächenzuschlag für die Eignung der Landschaft für die naturbezogene Erholung (vgl. Nummer 3.2.2 des Gutachtermodells) ist verbal zu begründen und durch eine entsprechende Erhöhung des Erheblichkeitsfaktors zu berücksichtigen.

- Ausbau ohne deutlich wahrnehmbare Veränderung des räumlichen Erscheinungsbildes innerhalb der visuellen Wirkzonen:

Bei diesen Maßnahmen werden bestehende visuelle Wirkzonen nicht wesentlich verändert und sind daher zu vernachlässigen.

Im Bereich der **Straßenzone I** (vgl. Nummer 3.2.1.5.6 des Gutachtermodells) erfolgt eine Kompensation für die Flächen dieser Zone - wie beim Gutachtermodell - im Verhältnis 1 : 1.

Im Bereich der **Straßenzone II** ist der Kompensationsflächenumfang mit 30 % dieser Fläche anzusetzen.

Ein Flächenzuschlag für „naturbezogene Erholung“ kommt wegen der fehlenden visuellen Wirkzonen nicht in Betracht.

Bei beiden Anwendungsfällen ist bezüglich der Abgrenzung zwischen Ausgleichs- und Ersatzmaßnahmen entsprechend dem Gutachtermodell zu verfahren (vgl. Nummern 3.2.1.6.3 und 3.2.2.6 des Gutachtermodells), wobei im Bereich der visuellen Wirkzonen als Abgrenzungskriterium an Stelle des ästhetischen Eigenwertes vereinfachend der Erheblichkeitsfaktor heranzuziehen ist.

- MBl. NRW. 1999 S. 365.

Einzelpreis dieser Nummer 7,95 DM
zuzügl. Porto- und Versandkosten

Bestellungen, Anfragen usw. sind an den A. Bagel Verlag zu richten. Anschrift und Telefonnummer wie folgt für

Abonnementsbestellungen: Grafenberger Allee 100, Fax (0211) 9682/229, Tel. (0211) 9682/238 (8.00–12.30 Uhr), 40237 Düsseldorf
Bezugspreis halbjährlich 98,- DM (Kalenderhalbjahr). Jahresbezug 196,- DM (Kalenderjahr), zahlbar im voraus. Abbestellungen für Kalenderhalbjahresbezug müssen bis zum 30. 4. bzw. 31. 10., für Kalenderjahresbezug bis zum 31. 10. eines jeden Jahres beim A. Bagel Verlag vorliegen.
Reklamationen über nicht erfolgte Lieferungen aus dem Abonnement werden nur innerhalb einer Frist von vier Wochen nach Erscheinen anerkannt.

In den Bezugs- und Einzelpreisen ist keine Umsatzsteuer i. S. d. § 14 UStG enthalten.

Einzelbestellungen: Grafenberger Allee 100, Tel. (0211) 9682/241, 40237 Düsseldorf

Von Vorabesendungen des Rechnungsbetrages – in welcher Form auch immer – bitten wir abzusehen. Die Lieferungen erfolgen nur aufgrund schriftlicher Bestellung gegen Rechnung. Es wird dringend empfohlen, Nachbestellungen des Ministerialblattes für das Land Nordrhein-Westfalen möglichst innerhalb eines Vierteljahres nach Erscheinen der jeweiligen Nummer beim A. Bagel Verlag vorzunehmen, um späteren Lieferschwierigkeiten vorzubeugen. Wenn nicht innerhalb von vier Wochen eine Lieferung erfolgt, gilt die Nummer als vergriffen. Eine besondere Benachrichtigung ergeht nicht.

Herausgeber: Landesregierung Nordrhein-Westfalen, Haroldstraße 5, 40213 Düsseldorf
Herstellung und Vertrieb im Namen und für Rechnung des Herausgebers: A. Bagel Verlag, Grafenberger Allee 100, 40237 Düsseldorf
Druck: TSB Tiefdruck Schwann-Bagel, Düsseldorf und Mönchengladbach
ISSN 0177-3569