

Mitteilungen

Stellungnahme der „Zentralen Ethikkommission“ bei der Bundesärztekammer „Zum Schutz nicht-einwilligungsfähiger Personen in der medizinischen Forschung“

Präambel

Medizinische Forschung soll bei der Vermeidung, dem Erkennen und der Behandlung von Erkrankungen helfen. Bessere Vorbeugung und Diagnose, bessere Arzneimittel und Behandlungsmethoden können nur auf dem Weg kontrollierter Erfahrungswissenschaft gefunden werden. In der letzten Phase der Entwicklung müssen neue Methoden der Diagnostik und Therapie in der Klinik mit Patienten erprobt werden. Das Forschungsvorhaben ist in schriftlicher Form stets der zuständigen Ethikkommission zur Beurteilung vorzulegen.

Der Patient beteiligt sich freiwillig an solchen Untersuchungen. Nach einer umfassenden Aufklärung, besonders auch über mögliche Risiken, hat er die Wahl der Ablehnung oder der Einwilligung; er kann seine Einwilligung jederzeit ohne Nachteile zurückziehen.

Es gibt jedoch Personen, die aus unterschiedlichen Gründen zu einer solchen Einwilligung nicht fähig sind: Kinder, Bewußtseinsgestörte und Bewußtlose. Von einer Einbeziehung dieser Personen in die klinische Forschung wird denn auch, wenn irgend möglich, abgesehen.

Unterläßt man klinische Forschungsuntersuchungen mit diesen Personen allerdings ausnahmslos, dann verzichtet man bewußt auf Fortschritte in der Erkennung und Behandlung ihrer Krankheit. Eine solche Unterlassung ist moralisch nicht vertretbar. Beispielsweise lassen sich manche Behandlungsformen bei leukämiekranken Kindern eben nur an diesen Kindern erforschen. Auch bei einer Reihe weiterer schwerwiegender und bisher nicht ausreichend behandelbarer Krankheiten (zum Beispiel Demenz, Schlaganfall, Bewußtlosigkeit nach Unfall) besteht der dringende Bedarf, die Behandlung durch Forschung zu verbessern. Zu diesen Krankheiten

zählt nicht geistige Behinderung, insofern sie als Ausdruck einer besonderen Lebensform verstanden wird.

Personen, die ihren Willen noch nicht oder nicht mehr selbst äußern können, bedürfen eines besonderen Schutzes durch den Arzt und die Gesellschaft. Dies wird zu Recht in verschiedenen internationalen Erklärungen betont (Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki 1964, in der revidierten Fassung von Hongkong 1989 [„Biomedizinische Forschung am Menschen“]; Erklärung von Hongkong 1989 [Dauerkoma – Persistent Vegetative State –]; Entschließung von Stockholm 1994 [Menschenrechte]).

Insbesondere die historische Erfahrung mit verbrecherischen Forschungen an nicht-einwilligungsfähigen Personen in Deutschland macht es notwendig und verständlich, ethische und rechtliche Grenzen der medizinischen Forschung mit diesen Personen klar festzulegen und besondere Schutzvorkehrungen zu treffen.

Das Ziel der im folgenden vorgeschlagenen Grundsätze ist es, den unabdingbaren Mindestschutz der nicht-einwilligungsfähigen Personen zu benennen. Die Grundsätze können allerdings nicht abschließend jeden Einzelfall erfassen. Sie lassen strengere spezialgesetzliche Bestimmungen unberührt.

I. Die ethischen und rechtlichen Probleme

Verschiedene Arten von Forschung mit nicht-einwilligungsfähigen Personen sind mit unterschiedlichen ethischen und rechtlichen Problemen verbunden:

1. Anerkannt ist, daß Heilversuche, bei denen die Behandlung im Einzelfall ärztlich indiziert ist und deren Besonderheit lediglich darin besteht, daß eine noch nicht etablierte Therapie ange-

wandt wird, nicht nur grundsätzlich durchgeführt werden dürfen, sondern unter Umständen sogar im unmittelbaren Interesse des nicht-einwilligungsfähigen Patienten geboten sind.

Unsicher ist dagegen, unter welchen Voraussetzungen eine weitergehende Forschung bei nicht-einwilligungsfähigen Personen zulässig ist.

2. Bestimmte Forschungen können den beteiligten Patienten jedenfalls im weiteren Verlauf ihrer Krankheit oder bei einem späteren Wiederauftreten der Krankheit nützen. Auch bei kontrollierten Therapiestudien kann für alle in die Therapiestudie Einbezogenen ein zumindest mittelbarer Nutzen vorliegen.

Derartige Forschung liegt jedenfalls auch im objektiven Interesse der in die Forschung Einbezogenen. Allerdings ist die Forschungsmaßnahme nicht ausschließlich und konkret auf ihre Interessen ausgerichtet, so daß die Einbeziehung nicht-einwilligungsfähiger Personen in derartige Forschungsmaßnahmen besondere Schutzkriterien erfordert.

3. Ein besonderes ethisches Dilemma tritt bei Forschungen auf, durch die voraussichtlich nicht der Betroffene selbst, immerhin aber andere Personen, die sich in der gleichen Altersgruppe befinden oder von der gleichen Krankheit oder Störung betroffen sind, von den gewonnenen Erkenntnissen Nutzen haben. Hier steht auf der einen Seite das Verbot, eine Person ohne ihre Einwilligung einer Maßnahme zugunsten anderer zu unterziehen, die nicht auch ihrem eigenen Interesse dient („Instrumentalisierungsverbot“). Auf der anderen Seite steht die ethische Überzeugung, einer Person geringfügige Risiken zumuten zu dürfen, wenn anderen damit eine große Hilfe erwiesen werden kann.

Zwar kann niemand – sei er einwilligungsfähig oder nicht – zur Hilfestellung für eine Gruppe zukünftiger Patienten durch Teilnahme an einer wissenschaftlichen Untersuchung verpflichtet werden, selbst wenn der Nutzen für diese Patienten erheblich und die Risiken für ihn selbst minimal sind. Jedoch erscheint eine Einbeziehung nicht-einwilligungsfähiger Personen in eine solche Untersuchung dann vertretbar, wenn – abgesehen von der Einhaltung weiterer Schutzkriterien – der gesetzliche Vertreter aus der Kenntnis der vertretenen Person (insbesondere ihrer früheren Lebenshaltung und -auffassung oder expliziter früherer Aussagen) ausreichende Anhaltspunkte hat, um auf ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Untersuchung schließen zu können, und umgekehrt keine widerstrebenden Willensäußerungen des Betroffenen selbst vorliegen. ▷

4. Ethisch nicht zu rechtfertigen ist die „ausschließlich“ fremdnützige Forschung bei nicht-einwilligungsfähigen Personen.

II. Die rechtliche Ausgangslage

In Deutschland ist bisher weitgehend ungeklärt, inwieweit medizinische Forschung mit nicht-einwilligungsfähigen Personen in den genannten Gruppen 2 und 3 zulässig ist. Gesetzliche Regelungen finden sich lediglich in einigen Spezialgesetzen: So sind die Zulässigkeit der klinischen Erprobung von Arzneimitteln in den §§ 40–42 des Arzneimittelgesetzes und die Zulässigkeit der klinischen Prüfung von Medizinprodukten in den §§ 17–19 des Medizinproduktegesetzes geregelt. Umstritten ist, inwieweit diese gesetzlichen Regelungen auf die von ihnen nicht unmittelbar erfaßten Bereiche anwendbar sind.

In anderen europäischen Ländern sind Forschungen mit nicht-einwilligungsfähigen Personen im Rahmen der nationalen Gesetzgebungen und der Deklarationen des Weltärztebundes zulässig. Die jetzt vom Ministerrat des Europarates angenommene „Konvention über Menschenrechte und Biomedizin“ läßt auch fremdnützige Forschungen zu, die bei minimalem Risiko geeignet sind, anderen Personen der gleichen durch Alter, Krankheit oder Störung geprägten Gruppe einen bedeutenden Nutzen zu bringen. Allerdings bleibt es den Staaten unbenommen, einen über die Bestimmungen der Konvention hinausgehenden Schutz zu gewähren.

III. Der Schutz der nicht-einwilligungsfähigen Person

Die nicht-einwilligungsfähige Person benötigt den besonderen Schutz ihrer individuellen Rechte. Aus diesem Grund ist Forschung mit nicht-einwilligungsfähigen Personen in den genannten Fallgruppen 2 und 3 nur dann zu rechtfertigen wenn

- das Forschungsprojekt nicht auch an einwilligungsfähigen Personen durchgeführt werden kann,
- das Forschungsprojekt wesentliche Aufschlüsse zur Erkennung, Aufklärung, Vermeidung oder Behandlung einer Krankheit erwarten läßt,
- das Forschungsprojekt im Verhältnis zum erwarteten Nutzen vertretbare Risiken erwarten läßt,
- der gesetzliche Vertreter eine wirksame Einwilligung in die Maßnahme erteilt hat, wobei vorausgesetzt ist, daß er

aus der Kenntnis der vertretenen Person ausreichende Anhaltspunkte hat, um auf ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Untersuchung schließen zu können,

- ein ablehnendes Verhalten des Betroffenen selbst nicht vorliegt,
- die zuständige Ethikkommission das Forschungsvorhaben zustimmend beurteilt hat.

In der Fallgruppe 3 ist zusätzlich erforderlich:

- daß das Forschungsprojekt allenfalls minimale Risiken¹⁾ oder Belästigungen erwarten läßt.

IV. Die nicht-einwilligungsfähige Person

Die Nichteinwilligungsfähigkeit ist weder eine allgemeine noch eine dauerhafte persönliche Eigenschaft. Sie kann

¹⁾ Der Begriff des „minimalen Risikos“ ist nur schwierig zu bestimmen, kann aber durch die Unterscheidung von Risikostufen und durch eine Liste von Beispielen konkretisiert werden. Dazu können auch die medizinischen Fachverbände und die Ethikkommissionen beitragen.

In jedem Fall ist zwischen objektivierbarem Risiko und subjektiver Belastung bzw. Beschwerden zu unterscheiden (z. B. birgt eine Magnetresonanztomographie keine objektivierbaren Risiken, kann aber sehr wohl zu einer subjektiven Belastung werden, die zum Abbruch der Untersuchung führt). Insbesondere hinsichtlich subjektiver Beschwerden gibt es eine große individuelle Variation und große Unterschiede zwischen den Gruppen. Von einem „minimalen“ Risiko kann nach Auffassung der Kommission gesprochen werden, wenn z. B. Körperflüssigkeit oder Gewebe in geringen Mengen im Rahmen von ohnehin notwendigen diagnostischen Maßnahmen oder Operationen gewonnen wird und deshalb kein zusätzliches Risiko für den Patienten beinhaltet. Auch bestimmte körperliche Untersuchungen (z. B. Sonographie, transkutane Gewebemessungen etc.) sowie bestimmte psychologische Untersuchungen (z. B. Fragebogen-Interviews, Tests, Verhaltensbeobachtungen) fallen in diese Gruppe.

²⁾ Zur Feststellung der Einwilligungsfähigkeit hat der Arzt jeweils im Einzelfall zu prüfen, ob die Person fähig ist,

- einen bestimmten Sachverhalt zu verstehen: dies gilt insbesondere im Hinblick auf das Ziel des Vorhabens, Verfahren, Beeinträchtigungen, Risiken und Alternativen,
- diese Information in angemessener Weise zu verarbeiten,
- sie nachvollziehbar und nicht durch Krankheit oder geistige Unreife verzerrt zu bewerten,
- auf dieser Grundlage von Verständnis, Verarbeitung und Bewertung den eigenen Willen zu bilden und zu äußern.

Sind diese Fähigkeiten bei der Person nicht festzustellen, muß von fehlender Einwilligungsfähigkeit ausgegangen werden.

vielmehr nur in bezug auf einen konkreten Sachverhalt festgestellt werden. Nicht-einwilligungsfähig ist, wer etwa infolge von Minderjährigkeit oder Krankheit jeweils im konkreten Einzelfall außerstande ist, alle für die Einwilligung maßgeblichen Umstände zu erfassen, diese sodann zu verarbeiten und zu bewerten und darauf aufbauend eine Entscheidung zu treffen²⁾. Hierbei müssen verschiedene Gruppen von nicht-einwilligungsfähigen Personen unterschieden werden:

- Erwachsene, die zeitweilig nicht-einwilligungsfähig sind (z. B. Patienten nach Polytrauma, Schädel-Hirn-Trauma, Schlaganfall, in traumatischem oder septischem Schock, mit Delir),
- Erwachsene, die dauerhaft nicht-einwilligungsfähig sind (z. B. Patienten mit progredienter Demenz, apallischem Syndrom),
- Kinder entsprechend dem Stand ihrer Einsichtsfähigkeit.

V. Ersatz der persönlichen Einwilligung

Anstelle der nicht zur Einwilligung fähigen Person kann der gesetzliche Vertreter im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen die Einwilligung erklären. Bei Minderjährigen sind dies die Eltern bzw. der Vormund oder Pfleger, bei Erwachsenen ist es der Betreuer. In bestimmten Fällen ist zusätzlich die Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht erforderlich (beispielsweise nach § 1904 BGB).

Unter Umständen kann die mutmaßliche Einwilligung rechtfertigend wirken. Sie kommt allerdings nur bei Notfällen in Betracht, wenn die Entscheidung eines gesetzlichen Vertreters nicht rechtzeitig eingeholt werden kann und das Interesse des Patienten bei objektiver Betrachtung unmittelbar durch die Maßnahme gefördert wird.

Dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten wird am ehesten dann Rechnung getragen, wenn seine Willensbekundungen, die er zu einem Zeitpunkt abgegeben hat, zu dem er noch einwilligungsfähig war (etwa in Form sog. Patientenverfügungen), in besonderem Maße Berücksichtigung finden.

Zentrale Kommission
zur Wahrung ethischer Grundsätze
in der Medizin und ihren Grenzgebieten
(Zentrale Ethikkommission)
bei der Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Straße 1
50931 Köln

Mitteilungen

„Inanspruchnahme ziviler Ärzte durch die Bundeswehr“

Für die Behandlung von Notfällen bei Soldaten und anderen Bundeswehr-Angehörigen oder im Rahmen des Überweisungsverfahrens durch Bundeswehrärzte ist mit Wirkung vom 1. Januar 1997 an das Abkommen zwischen Bundesärztekammer, Hartmannbund, NAV-Virchowbund, Marburger Bund und dem Bundesministerium der Verteidigung neu gefaßt worden. Dabei sind für die Abrechnung neue GOÄ-Sätze gültig, die sonstigen Rahmenbedingungen des Abkommens hinsichtlich Kostenübernahmeerklärung, Überweisungsverfahren, Verordnungen und Abrechnungen sind unverändert gegenüber dem seit 1990 gültigen Abkommen.

Wegen des sehr umständlichen Verfahrensganges kann die Veröffentlichung der Vereinbarung, obwohl seit 1. 1. 1997 gültig, erst jetzt erfolgen. Für die in der Zwischenzeit nach diesem Abkommen erbrachten und berechneten Leistungen ist grundsätzlich eine Nachberechnung

Tabelle

Zur raschen Orientierung und evtl. „zum Ausschneiden“ haben wir nachfolgend die alten und neuen Vergütungssätze gegenübergestellt:

Bereich	Art der Leistung	alte Vereinbarung (von 1991)	neu (ab 1. 1. 1997)
ambulant und belegärztlich	ärztliche Leistung	1,3	1,7
	A, E, O	1,1	1,1
	437 u. M	1,1	1,0
stationär-	ärztliche Leistung	2,0	2,2
wahlärztlich	A, E, O	1,4	1,4
	437 u. M	1,4	1,12

möglich. Wegen des damit verbundenen hohen Verwaltungsaufwandes empfiehlt die Bundesärztekammer betroffenen Ärzten jedoch, soweit es sich nur um kleinere Beträge handelt, auf die Nachberechnung zu verzichten. Gleichartig wird die Bundeswehr auch in den Fällen verfahren, in denen nach den neuen Sätzen ein niedrigeres Honorar als nach der

alten Vereinbarung resultiert. (Letzteres kann jedoch wegen der positiv zu vermerkenden deutlichen Erhöhung bei ärztlichen Leistungen und der Neutralität bei Leistungen der Abschnitte A, E und O nur dann resultieren, wenn ein hoher Liquidationsanteil an Leistungen nach Nr. 437 GOÄ und/oder Leistungen des Abschnittes M der GOÄ vorlag.)

Bekanntmachungen

Zwischen der Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium der Verteidigung, Bonn, und dem Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e.V. –, Bonn-Bad Godesberg, dem NAV-Virchowbund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V., Köln, dem Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärzte Deutschlands e.V. –, Köln, letztere im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern –, Köln, handelnd, wird folgende Vereinbarung über die Inanspruchnahme ziviler Ärzte außerhalb des der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 75 Abs. 2 SGB V übertragenen Sicherstellungsauftrages¹⁾ geschlossen:

§ 1

Allgemeines

(1) Diese Vereinbarung regelt die Vergütung ärztlicher Leistungen, die von niedergelassenen Ärzten und Kranken-

¹⁾ Unter den Sicherstellungsauftrag fallen ambulante Untersuchungen und Behandlungen von Soldaten der Bundeswehr im Rahmen der Heilfürsorge, belegärztliche Behandlungen im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen, Untersuchungen von Wehrpflichtigen im Rahmen des Musterungsverfahrens, Untersuchungen zur Vorbereitung von Personalentscheidungen sowie betriebs- und fürsorgeärztliche Untersuchungen.

hausärzten für Dienststellen der Bundeswehr außerhalb der Vorschriften des § 75 Abs. 3 SGB V erbracht werden. Dies sind folgende, im ambulanten Bereich anfallende ärztliche Leistungen:

1. konsiliarische und auswärtige Untersuchungen und Behandlungen von Zivilpersonen, die in Bundeswehrkrankenhäusern im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen stationär behandelt werden, durch Fachärzte,

2. Untersuchungen und Behandlungen im Rahmen der Heilbehandlung von Soldaten fremder Staaten und ggf. deren

Familienangehörigen, soweit die Bundeswehr vertraglich zur Kostenübernahme verpflichtet ist,

3. Leistungen der Vertragsärzte der Bundeswehr, soweit sie nach Einzelleistungen abgefunden werden,

4. ärztliche Leistungen, die nicht Gegenstand der kassenärztlichen Versorgung sind und von den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht sichergestellt werden können.

(2) Die Vereinbarung gilt auch für Untersuchungen und Behandlungen von Soldaten der BesGr A8 und höher bei

Inanspruchnahme der Wahlleistung „wahlärztliche Leistungen“ im Rahmen der stationären Behandlung in zivilen Krankenanstalten.

§ 2

Behandlungsberechtigung

(1) Zur ambulanten Untersuchung/Behandlung im Rahmen dieser Vereinbarung sind alle Ärzte berechtigt, die durch die Annahme der Kostenübernahmeerklärung der Bundeswehr diese Vereinbarung als für sich verbindlich anerkennen.

(2) Zur stationären Behandlung sind liquidationsberechtigte Krankenhausärzte im Rahmen der Wahlleistung „wahlärztliche Leistungen“ in Höhe der Vergütung nach § 6 Abs. 3 zu Lasten der Bundeswehr behandlungsberechtigt.

§ 3

Überweisungsverfahren

(1) Die Überweisung im Rahmen dieser Vereinbarung erfolgt durch Ärzte der Bundeswehr mit dem Sanitätsvordruck „Kostenübernahmeerklärung“ (San/Bw/0218). Bei ambulanten Untersuchungen/Behandlungen wird die Kostenübernahmeerklärung für den Arzt, bei stationärer Behandlung für das Krankenhaus ausgestellt. Bei Untersuchungen/Behandlungen nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 kann die Kostenübernahmeerklärung bei plötzlichen schweren Erkrankungen und Unglücksfällen innerhalb eines Monats nachgereicht werden.

(2) Die Kostenübernahmeerklärung gilt vom Ausstellungsdatum bis zum Ende des laufenden Kalendervierteljahres. Eine abweichende Gültigkeitsdauer ist zulässig und in der Kostenübernahmeerklärung zu vermerken. Erstreckt sich eine Untersuchung/Behandlung über das laufende Kalendervierteljahr hinaus, bedarf es stets für jedes weitere begonnene Kalendervierteljahr der Ausstellung einer neuen Kostenübernahmeerklärung; sie ist von dem in Anspruch genommenen Arzt bei dem überweisenden Arzt der Bundeswehr anzufordern.

(3) Eine Weiterüberweisung durch in Anspruch genommene Ärzte an andere Ärzte zur Mituntersuchung/Mitbehandlung bedarf der vorherigen Zustimmung des zuständigen Arztes der Bundeswehr, der ggf. eine weitere Kostenübernahmeerklärung ausstellt.

§ 4

Überweisungsauftrag

(1) Der in Anspruch genommene Arzt ist an den Überweisungsauftrag des Arztes der Bundeswehr gebunden. Beabsichtigt der Arzt, darüber hinaus notwendige diagnostische oder therapeuti-

sche Leistungen zu erbringen, veranlaßt er unter Rückgabe der Kostenübernahmeerklärung bei dem zuständigen Arzt der Bundeswehr die Ausstellung einer neuen entsprechend erweiterten Kostenübernahmeerklärung. Bei Notfallbehandlungen hat der Arzt seine Tätigkeit auf die im Rahmen der Akutversorgung notwendigen Leistungen zu beschränken.

(2) Nach Abschluß der Untersuchung/Behandlung sendet der in Anspruch genommene Arzt die zweite Ausfertigung der Kostenübernahmeerklärung mit der erbetenen schriftlichen Äußerung an den überweisenden Arzt der Bundeswehr zurück.

§ 5

Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln sowie Hilfsmitteln

(1) Arznei- und Verbandmittel dürfen – ausgenommen in den Fällen nach Absatz 2 – grundsätzlich nur von einem Arzt der Bundeswehr verordnet werden. Wird in den Behandlungsfällen nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 und 2 eine Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln erforderlich, gibt der in Anspruch genommene Arzt dem überweisenden Arzt der Bundeswehr auf der Rückseite der zweiten Ausfertigung der Kostenübernahmeerklärung eine entsprechende Verordnungsempfehlung.

(2) Ist in Notfällen eine sofortige Verordnung und Beschaffung eines Arznei-/Verbandmittels erforderlich und ein Arzt der Bundeswehr nicht oder nicht rechtzeitig erreichbar, kann der in Anspruch genommene Arzt das sofort benötigte Arznei-/Verbandmittel auf eigenem Rezeptvordruck verordnen. Hierbei sind jedoch deutlich Name, Vorname, Personenkennziffer, Dienststelle/Truppenteil und Standort des Patienten sowie der Vermerk „Notfall“ auf dem Rezeptvordruck einzutragen.

(3) Heil- und Hilfsmittel dürfen nur von einem Arzt der Bundeswehr verordnet und mit dem hierfür vorgesehenen Bestellschein beschafft werden. Der in Anspruch genommene Arzt ist deshalb lediglich berechtigt, dem überweisenden Arzt der Bundeswehr auf der Rückseite der zweiten Ausfertigung der Kostenübernahmeerklärung eine Verordnungsempfehlung zu geben. Verordnungsvordrucke dürfen hierfür nicht verwendet werden.

§ 6

Vergütung

(1) Die ärztlichen Leistungen werden nach der seit 1. Januar 1996 gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 18. Dezember 1995 (BGBl I. vom

23. 12. 1995, S. 1861) in der jeweils geltenden Fassung vergütet.

(2) Bei ambulanten Untersuchungen, Begutachtungen und Behandlungen nach § 1 Abs. 1 sowie bei stationärer belegärztlicher Behandlung des Personalkreises nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen werden für

- die ärztlichen Leistungen die 1,7-fachen,
- die Leistungen nach den Abschnitten A, E und O die 1,1-fachen,
- die Leistungen nach dem Abschnitt M die 1,0-fachen Gebührensätze des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ gezahlt.

(3) Bei stationärer Behandlung werden bei Inanspruchnahme der Wahlleistung „wahlärztliche Leistungen“

- die ärztlichen Leistungen mit dem 2,2-fachen,
- die Leistungen nach den Abschnitten A, E und O mit dem 1,4-fachen,
- die Leistungen nach dem Abschnitt M mit dem 1,12-fachen der Gebührensätze des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ vergütet.

§ 7

Abrechnung

(1) Der Arzt stellt seine Leistungen aufgeschlüsselt auf eigenem Rechnungsvordruck der für seinen Niederlassungsort zuständigen Wehrbereichsverwaltung in Rechnung. Der Rechnung ist die Kostenübernahmeerklärung beizufügen. Der Arzt darf von den Patienten Zahlungen weder fordern noch annehmen.

(2) Bei der Abrechnung der stationären ärztlichen Leistungen nach § 2 Abs. 2 beziehen sich die Krankenhausärzte auf die auf das Krankenhaus ausgestellte Kostenübernahmeerklärung.

§ 8

Regelung von Streitigkeiten

Bei Streitigkeiten, die sich aus dieser Vereinbarung ergeben, ist zunächst eine gütliche Einigung mit den Partnern dieser Vereinbarung anzustreben. Der Rechtsweg vor den ordentlichen Gerichten bleibt unberührt.

§ 9

Inkrafttreten, Übergangsvorschrift und Kündigung

(1) Diese Vereinbarung tritt ab 1. 1. 1997 an die Stelle der Vereinbarung vom 1. 1. 1990.

(2) Diese Vereinbarung kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden.

Köln/Bonn, den 2. Januar 1997 □

Mitteilungen

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

AID-Fax-Informationsdienst: Achtung Lebensgefahr! Pillenversand via Internet

Vor dem unkontrollierten Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln im „Netz der Netze“ warnt die AkdÄ in einer Pressemitteilung. Hochpotente Arzneimittel, bei deren unsachgemäßer Anwendung für Patienten schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wie zum Beispiel Isotretinoin, Propranolol, Phenytoin und anabole Steroide, können unter Umgehung einer ärztlichen Verordnung problemlos über Internet bestellt werden. An die Politiker aller Parteien richtet sich der Appell, gerade im Interesse der jungen Menschen, verstärkt über die Risiken der „Internet-Pillen“ aufzuklären und international verbindliche Absprachen für ein Verbot des Medikamentenhandels im Internet zu suchen (Dokument-Nr. 1017).

Weiterhin informieren wir Sie über die Substitution von Opiatabhängigen mit Codein und Dihydrocodein (Dokument-Nr. 2017). Mit dem Dokument-Nr. 5010 erhalten Sie eine bewertende Übersicht über die neuen Arzneimittel des Jahres 1996.

Wie bisher können diese und alle weiteren Dokumente als Fax im Rahmen des Fax-on-demand-, das Inhaltsverzeichnis mit einer detaillierten Bedienungsanleitung als Fax-polling-Dokument unter den Telefon/Fax-Nr. 02 21/40 04-5 10 und 5 11 abgerufen werden.

Wie Sie sich den **regelmäßigen Bezug** der neuerscheinenden AkdÄ-Publikationen **„Therapieempfehlungen“** und **„Arzneiverordnung in der Praxis“ (AVP)** sichern können, erfahren Sie auf der 3. Umschlagseite dieses Ärzteblattes. □

Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien

Neu: Verzeichnis der Referenzinstitutionen,
Referenz-Laboratorien, Sollwert-Laboratorien, Ringversuchsleiter

Nach den „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien“ erfolgt in regelmäßigen Abständen die Neubenenennung beziehungsweise Bestätigung der Referenzinstitutionen, der Referenzlaboratorien, der Sollwertlaboratorien und der Ringversuchsleiter. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in

der Sitzung am 14. März 1997 entsprechend die Neufassung der Anlage 3, 4 a, 4 b und 5 der „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien“ beschlossen. Die neue Fassung der entsprechenden Verzeichnisse kann bei der Bundesärztekammer (Dez. III) angefordert werden.

Film-/Videokatalog

Der Film-/Videokatalog der Bundesärztekammer enthält 400 geprüfte Fortbildungsfilme unter anderem zu den Hauptthemen: Vorsorge-, Sozial- und Arbeitsmedizin, Notfallmedizin, Medizinische Technik, Physiologie, Immunologie und Virologie, Pathologie, Pharmakologie, Blut, Herz und Kreislauf, Lunge, Magen-Darm, Leber, Stoffwechsel, Innere Sekretion, Harn- und Geschlechtsorgane, Nervensystem, Psychiatrie, Haut, Hals-Nase-Ohren, Geburtshilfe und Gynäkologie, Kinderheilkunde, Radiologie und Nuklearmedizin, Anästhesie.

Der Katalog ist gegen eine Schutzgebühr von 20 DM erhältlich bei der Bundesärztekammer, Herbert-Lewin-Straße 1, 50931 Köln. Überweisung bitte auf das Konto der Deutschen Apotheker- und Ärztebank e. G. Köln, Nr. 000 1107739 (BLZ 370 606 15).

Bitte Verrechnungsscheck oder Überweisungsdurchschlag beilegen.

3. Fortbildungskongreß der Landesärztekammer Brandenburg

18. bis 21. September 1997

Veranstaltungsort:

Holiday Inn, Frankfurt/Oder

Auszüge aus dem Programm:

Donnerstag, 18. September
14 bis 18 Uhr

Symposium „Medizinische und wirtschaftliche Aspekte der Östrogen-Substitution und Osteoporose-Prophylaxe“

Moderation: Priv.-Doz. Dr. med. habil. Werner Mendling

Donnerstag, 18. September
14 bis 18 Uhr

Symposium „Therapie der koronaren Herzkrankheit“

Moderation: Dr. med. Harm Ohlmeier

Samstag, 20. September
8.30 bis 12 Uhr

Symposium „Prävention von Kinderunfällen“

Moderation: Dr. med. Gabriele Ellsäßer, Dr. med. Udo Wolter

Samstag, 20. September
10 bis 16 Uhr

Symposium „Fortschritte in der klinischen Pathologie“

Moderation: Prof. Dr. med. Jochen Kunz

Angebote Kurse:

Fachkurseseminar, Rettungsdienst, Sonographie-Grundkurs und -Aufbaukurs, Interdisziplinärer Doppler-Duplex-Sonographie-Grundkurs, CW-Doppler-Duplex-Sonographie-Aufbaukurs, Dopplerechokardiographie-Grundkurs, EEG-Einführungseminar, Langzeit-EKG, EKG, Langzeit-RR, Lungenfunktionskurs, Refresherkurs Chirotherapie, Gesprächstraining für Arzthelferinnen, Physikalische Therapie (Kurs IV Elektrotherapie), Seminar gynäkologische Infektionen mit Mikroskopierkurs, Umweltmedizin

Auskunft:

Landesärztekammer Brandenburg,
Dreifertstraße 12, 03044 Cottbus, Tel
03 55/78 01 00, Fax 7 70 10 36

Schriftliche Anmeldung:

Landesärztekammer Brandenburg,
Referat Fortbildung, Postfach 1 01 43 45,
03014 Cottbus □