

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Pöltner G

Fragen der Patientenaufklärung

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2002; 20 (2)
(Ausgabe für Schweiz), 24-24*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2002; 20 (2)
(Ausgabe für Österreich), 24-28*

Homepage:

www.kup.at/speculum

**Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche**

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Fragen der Patienten- aufklärung

G. Pöltner

1. Wandel des Arzt-Patienten- Verhältnisses – Paternalismus und Patientenautonomie

Die Aufklärung des Patienten hat zwar immer zu den Aufgaben des behandelnden Arztes gehört, ihr Stellenwert ist jedoch in den letzten Jahren erheblich gestiegen. Die Ursachen dafür liegen u. a. im Wandel des Arzt-Patienten-Verhältnisses vom sog. „Paternalismus“ hin zur verstärkten Beachtung der Patientenautonomie und in der Tendenz zur Verrechtlichung der Medizin. Mangelhafte Aufklärung läßt sich vor Gericht erfolgreicher einklagen als ärztliche Kunstfehler – ein Umstand, der in letzter Konsequenz zu einer Defensivmedizin führt, in der die Vermeidung des Belangbaren vor dem Tun des medizinisch Sinnvollen rangiert.

Unter Paternalismus wird für gewöhnlich ein Handeln verstanden, „das sich ohne und gegebenenfalls auch gegen die Einwilligung des Kranken an dessen bestem Interesse orientiert“ [1, S. 201]. Das Fürsorge-Ethos wurde (historisch gesehen) zunächst in Analogie zum Vater-Kind-Verhältnis verstanden. So wie sich ein guter Vater um das Wohl seiner Kinder sorgt, so sorgt sich der Arzt um das Wohl seiner Patienten. Diese Haltung kann sich auf die Erfahrungstatsache berufen, daß sich das geäußerte und das wahre Interesse eines Menschen oft nicht deckt, und der Patient manchmal vor sich selbst in Schutz genommen werden muß. Sie steht allerdings vor der Schwierigkeit, wie man das für den Patienten Beste wissen kann, und in der Gefahr, die Grenze zwischen echter Fürsorge und Patientenmanipulation zu verwischen, und den kranken Mit-Menschen als Behandlungsobjekt zu betrachten. Im Zuge der Auflösung pa-

triarchalischer Gesellschaftsstrukturen und der zunehmenden Privatisierung und Individualisierung vieler Lebensbereiche wird die Fürsorge als Bevormundung verstanden und mit Hinweis auf die Autonomie des Patienten abgelehnt.

Dem genuinen Wortsinn nach bedeutet „Autonomie“ sittliche Selbstbestimmung. Autonom handelt, wer nach bestem Wissen und Gewissen handelt. In der öffentlichen Debatte macht sich allerdings manchmal eine individualistische Umdeutung breit, welche die Autonomie des Patienten mit dem Anspruch auf Wunscherfüllung verwechselt. Solch eine Umdeutung hat mißliche Folgen, die im wohlverstandenen Interesse keiner der Beteiligten liegen können [1]. Der Anspruch auf Selbstbestimmung des einen schlägt um in die Fremdbestimmung des anderen. Ärzteschaft und Pflegepersonal würden zu Ausführungsorganen von Patientenwünschen [2]. „Autonome“ Wünsche werden zum Deckmantel für ein Anspruchsdenken und lassen die Frage nach der Sinnhaftigkeit des medizinisch Machbaren nicht aufkommen. „Das Autonomieprinzip gerät selten mit den Interessen von Medizinern in Konflikt, solange sich die Bedürfnisse der Patienten mit den Angeboten der Medizin decken. Neue therapeutische Angebote finden immer auch Interessensgruppen. Im Zuge der Individualisierung der Lebensauffassungen rechtfertigt man fast alle neuen Angebote mit dem Argument, daß man diese Verfahren . . . den interessierten Menschen nicht vorenthalten dürfe, zumal ja niemand genötigt werde, sie in Anspruch zu nehmen“ [3, S. 217].

Das Problem der Patientenautonomie liegt zum einen in der Freiwilligkeit und Selbstständigkeit der Patientenentscheidung und zum anderen in der Nichtanwendbarkeit im Falle notwendig werdender stellvertretender Entscheidung.

Freiwillig und selbstständig handelt der Patient, wenn er aufgrund entsprechender Aufklärung eine wohlüberlegte und gewissenhafte Entscheidung trifft. Voraussetzung dafür ist, daß er das Gesagte verstanden, die absehbaren Folgen und Risiken in die Überlegung einbezogen, die Information verarbeitet und bewertet hat. Zur Selbstständigkeit einer Entscheidung gehört die Freiheit von psychischem Zwang sowie die Fähigkeit, sich manipulierender Beeinflussung widersetzen zu können.

Stellvertretende Entscheidungen sind nicht nur bei Ungeborenen, Unmündigen, Nicht-Einwilligungsfähigen, sondern auch dort erforderlich, wo Patienten sich überfordert fühlen, für sich entscheiden zu sollen. Das Beharren auf der Selbstbestimmung als einem unhintergehbaren Grundsatz wäre gegebenenfalls eine Mißachtung der Schwäche, des Nicht-Könnens oder Nicht-Wollens des Patienten. Nicht immer ist das Entscheiden-müssen für den Patienten das Beste.

Recht verstanden, lassen sich das im Fürsorge-Ethos wurzelnde Prinzip des Patientenwohls (*salus aegroti suprema lex*) und das Prinzip der Patientenautonomie (*voluntas aegroti suprema lex*) nicht gegeneinander ausspielen. Fürsorge und Respektierung recht verstandener Autonomie bilden keinen Gegensatz, sondern ergänzen einander.

2. Patientenaufklärung

2.1 Die Situation von Not und Hilfe

Beim Arzt-Patienten-Verhältnis handelt es sich um eine ganz bestimmte Form eines mitmenschlichen Verhältnisses, das durch die Situation von Not und Hilfe charakterisiert ist. Diese Situation ruft zu entsprechendem Handeln auf und umreißt dessen Ziele. Das ärztliche und pflegerische wie auch das nicht-ärztliche therapeutische Handeln entspringt dieser Situation und bleibt trotz aller Technisierung der modernen Medizin an sie zurückgebunden. Das ärztliche Ethos ist von seinem sachlichen Ursprung her ein Ethos der Fürsorge. Dementsprechend ist das Arzt-Patienten-Verhältnis ein Vertrauensverhältnis mit Erwartungshaltungen, die sich aus der unterschiedlichen Rolle von Arzt und Patient ergeben. Indem der Patient auf eine seiner Notsituation entsprechende Hilfe baut, vertraut er (1) auf sachliche Kompetenz, und (2) auf mitmenschliche Kompetenz, d. h. daß ihm als krankem Mit-Menschen geholfen wird. Sachlichkeit und Mitmenschlichkeit sind zu unterscheiden, aber nicht zu trennen, und je nach Situation verschieden gewichtet. Erst wenn jemand beide Kompetenzen in sich vereinigt, sprechen wir von einem guten Arzt. Umgekehrt muß der Arzt darauf vertrauen können, daß der Patient das Seine zur Verbesserung der eigenen Lage beiträgt und sich an die ärztlichen Ratschläge hält.

Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist von Gleichrangigkeit und Ungleichheit bestimmt. Es herrscht Gleichrangigkeit, weil Arzt und Patient einander als Mitmenschen gegenüberstehen. Wegen des vielfach bedingten Abhängigkeitsverhältnisses, der Hilfsbedürftigkeit und Schwäche herrscht jedoch gleichzeitig Ungleichheit. In den allermeisten Situationen stehen einander der Experte und der medizinische Laie gegenüber.

2.2 Existentielle Entscheidungshilfe als Ziel der Patientenaufklärung

Die Verpflichtung zur Patientenaufklärung ergibt sich aus dem Umstand, daß es in der Medizin nicht um Krankheiten, sondern in erster Linie um Kranke geht, und der Patient nicht ein Objekt, sondern ein Subjekt, ein zur Freiheit befähigtes Wesen und demnach Partner in der Arzt-Patienten-Beziehung ist. Da das ärztliche Handeln in die leiblich-seelische Integrität des Patienten eingreift, ist es grundsätzlich an die *Zustimmung* des Betroffenen gebunden. Zustimmung aber setzt das Wissen um die eigene Situation und somit entsprechende *Aufklärung* voraus. Der Patient muß wissen, worauf er sich einläßt, und er muß die Tragweite seiner Entscheidung ermessen können. In diesem allgemeinen Sinn ist Aufklärung *Selbstbestimmungsaufklärung*. Ihr dienen die je nach Schwerpunktsetzung verschiedenen Aufklärungsformen.

Für die Zustimmung zu einem ärztlichen Eingriff ist eine hinreichende Einsichtsfähigkeit des Patienten erforderlich. Sie ist wirksam, wenn (a) hinreichende Information und (b) hinreichende, mit innerer Freiheit verbundene Urteilsfähigkeit vorliegt. Hinreichende Einsichtsfähigkeit ist nicht mit Geschäftsfähigkeit identisch. Ein Patient kann nicht geschäftsfähig sein und dennoch eine hinreichende natürliche Urteilsfähigkeit besitzen (z. B. Zustimmung von Minderjährigen zu einer Heilbehandlung).

Sinn und Zweck einer Patientenaufklärung besteht in Rat und Hilfe bei Entscheidungen, welche so oder so die gesamte Lebenspraxis des Patienten betreffen. Ihre Aufgabe entspricht den beiden Dimensionen, unter denen ärztliches Handeln jeweils zu beurteilen ist, der sachlich-pragmatischen und der moralischen Dimension. In der einen geht es um die Differenz von richtig/falsch (zweckmäßig/unzweckmäßig),

in der anderen um die Differenz von gut/verwerflich. Der Arzt muß einerseits die richtigen Mittel anzuwenden wissen und andererseits sein Handeln sittlich verantworten können. Die eigentliche Aufgabe einer Patientenaufklärung liegt in einer *existentiellen Entscheidungshilfe* für den Patienten. Von daher verbietet sich ein Rückzug auf bloße *Sachinformation*. Diese kann immer nur einen *Teil* ärztlicher Aufklärung bilden.

2.3 Inhalt und Umfang des Aufklärungsgesprächs

Formen der Aufklärung

Für das Aufklärungsgespräch zwischen Arzt und Patient gilt zunächst einmal all das, was für jedes Gespräch gilt – Wille zur gemeinsamen Wahrheitsfindung, Aufrichtigkeit, aufeinander hören können, Wohlwollen, Wahrhaftigkeit, die Fähigkeit, zwischen dem Gesagten und dem Gemeinten, d.i. dem, was der Partner zu verstehen geben will, unterscheiden zu können. Es sind dies Grundhaltungen, ohne die kein Gespräch gelingen kann, und die sinngemäß auch für Arzt und Patient gelten. Ebenso ist die allgemeine Regel zu berücksichtigen: Das rechte Wort zur rechten Zeit am rechten Ort.

Die Sachinformation betrifft die medizinischen Fakten: das Ergebnis der Diagnose, die Prognose, die Therapie, zuweilen die Prävention und auch die Rehabilitation. Das Grundanliegen betrifft wohl die Erstellung einer *individuellen Prognose*. Dieses Problem ist zwar nicht auf die moderne Medizin beschränkt, tritt aber in ihr verstärkt auf angesichts der in ihr dominierenden statistischen Auswertung von Krankheiten. Weiters sind die Therapiemöglichkeiten bzw. die Therapiealternativen mit ihren Vorteilen und Nachteilen, die Folgen und Nebenwirkungen einer Therapie, aber auch die Folgen ihrer Unterlassung zu erörtern (*therapeutische Aufklärung*). Die Aufklärungspflicht wird umso dringlicher bei einer Therapie mit experimentellem Charakter oder gar einem Humanexperiment. Der Patient soll nicht nur wissen, worauf er sich einläßt, sondern die Aufklärung soll auch seine Kooperationsbereitschaft, das Einhalten der Therapievor schläge ansprechen und auf mögliche Selbstschädigungen aufmerksam machen (*Sicherungsaufklärung*). Sodann sind die im Hinblick auf die konkret vorliegende Situation des Patienten bestehenden Risiken

zu besprechen (*Risikoaufklärung*). Bei der Aufklärung über seltene, wenn auch krankheitsspezifische Risiken ist die Gefahr zu berücksichtigen, daß der Patient aus Angst das Gefahrenrisiko falsch beurteilt und den indizierten Eingriff verweigert. Eine *präventive Aufklärung* wird gegebenenfalls früh erfolgen, um dem Patienten Gelegenheit zu geben, sich rechtzeitig auf den zu erwartenden Krankheitsausbruch einzustellen.

Ärztliche Schweigepflicht – Grenzen der Aufklärung

Der Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patient entspricht die ärztliche Schweigepflicht. Sie eröffnet jenen Schonraum, der es erlaubt, sich auszusprechen und jene Hilfe zu suchen, die andernfalls unterbliebe. Eine Ausnahme von der Pflicht zur Verschwiegenheit besteht nur, wenn es um die Verletzung oder Gefährdung von Rechten Dritter, aber auch um die Abwendung von Selbstschädigung des Patienten, um die Kollision zwischen dem Schutz des Individuums und dem der Gesellschaft geht. Mit Rücksicht auf die Zumutbarkeit und die Fähigkeit des Patienten, das zu Sagende zu ertragen, kann es möglicherweise die *ethische Pflicht zur Unterlassung* von Mitteilungen geben, wenn diese im konkreten Fall zum Schaden des Patienten und nicht zu seinem Wohle sind (sog. *therapeutisches Privileg*). Das therapeutische Privileg wird wegen seiner Mißbrauchsanfälligkeit unterschiedlich beurteilt. Im Hinblick auf die Selbstbestimmung des Patienten sollte es nur den Ausnahmefall bilden und nicht zum Vorwand für unterlassene Aufklärung dienen.

Ähnliche Probleme wirft die Ehrlichkeit auf, keine oder noch keine zureichende Prognose zu besitzen oder über eine Diagnose (z. B. im Fall einer tödlichen Erkrankung) unsicher zu sein. Wo eine ernsthafte Vermutung, jedoch keine Sicherheit hinsichtlich der Diagnose besteht, kann eine Beschränkung auf unvollständige Information geboten sein, wenn der Arzt begründeterweise annehmen kann, sein Patient könne die Wahrheit zur gegebenen Stunde (noch) nicht verkraften. Daß es hier auf ein sensibles Beurteilsvermögen für das im Augenblick Mögliche ankommt, versteht sich von selbst. Ist ein Gespräch faktisch unmöglich (z. B. in akuter Notsituation), soll dieses entweder nachgeholt oder mit den Stellvertretern des Patienten geführt werden.

2.4 Art und Weise des Gesprächs

Ganzheitliche Orientierung

Eine wirksame Entscheidungshilfe wird sich an einem umfassenden Verständnis von Gesundsein bzw. Kranksein orientieren, Krankheit nicht nur als Funktionsstörung oder Funktionsausfall betrachten, sondern in ihr vor allem eine Existenzform sehen – sind doch dem Kranken gewisse Möglichkeiten seines Welt-Bezugs, der Gestaltung seines Miteinanderseins zeitweilig oder auf immer entzogen. Deshalb steht im ärztlichen Gespräch immer auch der Welt-Bezug des Patienten zur Debatte, weshalb es in diesem Gespräch nie bloß um eine naturwissenschaftlich-technische Organbehandlung gehen kann. „Das Gespräch ist Heilfaktor, weil es die Existenz des Menschen miteinbezieht. Der Arzt kann wohl Organe behandeln; niemals kann er sich mit einem Organ besprechen. Die Sprache richtet sich immer an den Menschen in seiner Ganzheit“ [4]. Das Erspüren und das Eingehen auf die Gestimmtheit des Patienten und damit auf die Art seines Welt-Bezugs bildet – so gesehen – einen wichtigen Teil des Arzt-Patienten-Dialoges auch dort, wo es zunächst bloß um „organische Befunde“ geht.

Patientenaufklärung als gemeinsames Gespräch

Patientenaufklärung stellt an den Arzt hohe Anforderungen, denen er unter den Bedingungen ärztlichen Alltags (Zeitknappheit) in vollem Umfang oft nicht nachkommen können wird – was nicht hindert, sich der gestellten Aufgabe bewußt zu bleiben. Von den Hemmnissen ärztlichen Alltags zu unterscheiden ist das *Ausweichen* oder die *Flucht*, die sich unter dem Deckmantel einer überzogen interpretierten Patientenautonomie versteckt.

Wahrheitsgemäße Aufklärung

Ärztliche Aufklärung soll *wahrheitsgemäß* erfolgen – auch und gerade wenn es sich um eine schwere oder gar unheilbare Krankheit handelt. Wahrheitsgemäße Aufklärung wird schrittweise, verständnisvoll, einfühlsam und rücksichtsvoll mit dem Ziel erfolgen, daß der Kranke sich selbst die Wahrheit sagen und sich selbst annehmen kann. Sie wird die Situation des Patienten – das Ausmaß und die Schwere seiner Erkrankung, seine emotionale und soziale Lage –, sein Wissen-Wollen und Verstehen-Können

berücksichtigen. Sie wird erspüren, wieviel von der Diagnose und Prognose zum vorliegenden Zeitpunkt dem Kranken gesagt werden soll bzw. darf, was ihm also unter den gegebenen Umständen zumutbar ist und was er ertragen kann. Die Behutsamkeit der Aufklärung wird der Ernsthaftigkeit der Erkrankung sowie der eventuell bestehenden Unsicherheit der Prognose entsprechen. Je eindeutiger die Fakten zu interpretieren sind und je sicherer die Aussicht auf eine erfolgreiche Therapie ist, desto ausführlicher wird man sprechen können. Umgekehrt wird man unnötig Besorgniserregendes verschweigen können. Eine Nachricht muß verarbeitet und in ihren lebenspraktischen Folgen bedacht werden.

Die unverzichtbare Vertrauensbasis des Arzt-Patienten-Bezugs wird gleichermaßen durch eine extrem paternalistische Haltung wie durch eine extrem an Patientenautonomie orientierte Haltung zerstört. Im einen Fall unterbleibt die Aufklärung in wohlgemeinter Schonung, im anderen Fall wird sie zur Schonungslosigkeit. Eine *Unterlassung* verhindert nicht, daß der Patient auf andere Weise von der Schwere seiner Erkrankung erfährt. Außerdem verletzt sie die ärztliche Pflicht zur Aufrichtigkeit gegenüber dem Patienten. *Schonungslose Totalaufklärung* im Sinne bloßer Sachinformation hingegen verwechselt den Respekt vor der Autonomie des Patienten mit der Entpflichtung von der eigenen Verantwortung für ihn. In beiden Fällen wird der Patient letztlich allein gelassen. Es geht darum, *mit* dem Patienten – nicht bloß für ihn und über ihn – zu entscheiden.

Zuhören können

Der Arzt wird zwischen sachlicher Information und existentieller Entscheidungshilfe eine Balance herstellen müssen, was ohne Kenntnis der Lebensgeschichte und des persönlichen Ethos des Patienten nur schwer zu erreichen sein wird. Er wird vor allem die *Kunst des Zuhörens* besitzen und sich um eine dem Patienten *verstehbare Sprache* bemühen müssen. Aus dem Recht des Patienten auf Information folgt nicht deren ungefragte Erteilung durch den Arzt, weil an die schädigenden Auswirkungen einer nicht erbetenen und nicht mehr rückgängig zu machenden Aufklärung zu denken ist.

Interpretationsbedürftigkeit des Gesagten

In besonderem Maße ist beim Aufklärungsgespräch der Umstand zu berücksich-

tigen, daß menschliches Wahrnehmen immer ein verstehendes Wahrnehmen ist. Wir nehmen immer dieses oder jenes *als etwas* wahr. Auch wo wir überhaupt nichts verstehen, hören wir keine Schallwellen, sondern eben etwas für uns völlig Unverständliches. Alles menschliche Wahrnehmen bewegt sich in einem Horizont vielfältigster Erfahrungen. Das gilt auch für das Gespräch zwischen Arzt und Patient, das in vielen Fällen zu einem *Gesprächsweg* wird werden müssen. Was der Patient *hört*, ist von seinem Erwartungs- bzw. Befürchtungshorizont mitbestimmt. Der Patient kann etwas anderes hören, als der Arzt zu verstehen geben will – er überhört, hört nicht hin, kann jetzt nicht hören, Gehörtes und Gemeintes fallen auseinander. Umgekehrt sind auch die Fragen und Wünsche des Patienten interpretationsbedürftig. Das Gesprochene muß nicht immer das Gesagte, d.h. dasjenige sein, was der Patient bewußt oder unbewußt zu verstehen geben und was er dann gefragt werden will. Hier besteht die Gefahr, den Patienten in falscher Weise beim Wort zu nehmen, weil dieser gar nicht verstanden hat, worauf es ankommt. Schon aus diesen verstehenstechnischen und nicht erst aus rechtlichen Gründen hat die *Dokumentation* der Aufklärung ihren unverzichtbaren Platz.

Schriftlichkeit

Die Verwendung *schriftlicher Aufklärungsbögen* ist ethisch gesehen keineswegs problemlos. Sie steht im Zeichen einer juristischen Absicherung gegen eventuelle Klagebegehren, bleibt jedoch ein formalistischer Akt. Aufklärungsbögen können das Verstehensproblem nicht lösen, weil Formulare keinen Ersatz für das mündliche Gespräch bilden können. Das Leisten einer Unterschrift bezeugt für sich genommen keineswegs das zureichende Verständnis des Unterschriebenen.

Behandlungswünsche

Eine besondere Schwierigkeit bereiten unkonventionelle oder medizinisch nicht indizierte Behandlungswünsche oder solche Wünsche, die im Grunde dem individuellen Ethos des Patienten widerstreiten, auf medizinisch Aussichtsloses gerichtet sind, oder solche, die selbstschädigendem Verhalten entspringen. Zu beachten ist der Unterschied zwischen der Ablehnung von etwas medizinisch Indiziertem und der Forderung nach etwas medizinisch Nicht-Indi-

ziertem. Wenn selbstschädigendes Verhalten wirklich Ausfluß einer Gewissensentscheidung ist, besteht dessen Respektierung darin, den Betroffenen an seinem Vorhaben nicht zu hindern.

Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung liegt in der Fähigkeit, die Mitte einzuhalten zwischen Erregung unnötiger Angst, ja Hoffnungslosigkeit, und falscher Hochstimmung. Ziel der Patientenaufklärung ist das für den Patienten Beste. Die jeweils neu zu bewältigende Schwierigkeit der Ermittlung dieses Besten besteht darin, daß keiner der Gesprächspartner einfach hin im wissenden Besitz sein kann. Der Arzt nicht, weil er unter den Bedingungen der modernen Medizin weder der einzig Behandelnde ist noch auch die Lebensgeschichte seines Patienten genau genug kennt, um einen Rat geben zu können. Die These, es ist der Patient, weil doch er am besten wissen muß, was für ihn gut sei, hat auf den ersten Blick viel für sich. Doch läßt das Phänomen der Selbsttäuschung und der existentiellen Verirrung Zweifel an ihrer unumstrittenen Geltung aufkommen. Ist es nicht eher so, daß das *für den Patienten Beste* – von den Fällen der Entscheidungsunfähigkeit einmal abgesehen – im *gemeinsamen Gespräch* allererst *erfragt* werden muß und also Arzt und Patient, jeder auf seine Weise und im Rahmen seiner Möglichkeiten, sich gemeinsam auf den Weg begeben müssen? Wenn das richtig gesehen ist, bedürfte nicht nur der Kranke der Hilfe des Gesunden, sondern der Kranke könnte sogar in solch einem Gespräch umgekehrt zur Hilfe für den Gesunden werden.

LITERATUR:

1. Wolff HP. Arzt und Patient. In: Sass HM (Hg.). Medizin und Ethik. Reclam, Stuttgart, 1989: 184–211.
2. Dichgans J. Der Arzt und die Wahrheit am Krankenbett. Zur Aufklärung von Kranken und Sterbenden. In: Honnefelder L, Rager G (Hg.). Ärztliches Urteilen und Handeln. Insel, Frankfurt-Leipzig, 1994; 193–213.
3. Eibach U. Vom Paternalismus zur Autonomie des Patienten? Medizinische Ethik im Spannungsfeld zwischen einer Ethik der Fürsorge und einer Ethik der Autonomie. Zeitschrift für medizinische Ethik 1997; 43: 215–31.
4. Condrau G. Medizinische Psychologie. Kindler, München, 1975; 75.
5. Pöltner G. Grundkurs Medizin-Ethik. Facultas, Wien 2002 (UTB 2177).

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ **Bestellung kostenloses e-Journal-Abo**

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ **Bilddatenbank**

☒ **Artikeldatenbank**

☒ **Fallberichte**

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung