

SPECULUM

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

Beller FK

Informed Consent: Patientenaufklärung oder Patientenberatung?

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2000; 18 (1)
(Ausgabe für Schweiz), 6-6*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2000; 18 (1)
(Ausgabe für Österreich), 6-11*

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



Informed Consent: Patientenaufklärung oder Patientenberatung?

F. K. Beller

„Wenn wir nicht in der Lage sind, uns über unsere eigenen Motive ins Klare zu kommen, dann werden wir unsere persönliche Einstellung im Namen des medizinischen Fortschrittes nicht nur unseren Patienten, sondern auch unserer Gesellschaft aufdrängen“. Stotland and Stotland, Ob Gyn Survey 1998; 58: 2.

Obwohl nahezu zur gleichen Zeit entwickelt, unterscheiden sich die deutsche „Patientenaufklärung“ und der amerikanische „Informed Consent“ nicht nur durch den Inhalt, sondern durch das zugrundeliegende Prinzip. Während der Consent auf dem Recht des Menschen zur Selbstbestimmung beruht, ist die „Patientenaufklärung“ eine juristische Konstruktion zum Schutz des Arztes. Diese Form der Aufklärung scheint in der modernen Entwicklung zu einer Dienstleistungsgesellschaft überholt zu sein. Setzt man anstelle der „Aufklärung“ eine „Zustimmung des informierten Patienten“ nach einem „Beratungsgespräch“, werden sich viele Probleme der ärztlichen „Aufklärung“ erübrigen. Dazu gehört aber, daß der Arzt den Patientenwillen in seine Überlegung mit aufnimmt, den Patienten als gleichberechtigt ansieht und damit die Patronisierung des Patienten aufgibt.

Einleitung

Die Aufklärung des Patienten geht auf Hippokrates zurück, der aber bereits das forderte, was bis zur Mitte dieses Jahrhunderts Grundlage für das ärztliche Gespräch war, nämlich die barmherzige Lüge [1]. In

den USA hat Benjamin Rush (1745–1813), der großen Einfluß auf die medizinische Ethik hatte, gefordert, den Patienten zwar zu informieren, aber ihn über sein Schicksal zu belügen, wenn das notwendig werden sollte [2]. Bekannt ist Goethes Beschreibung im „West-Östlichen Divan“:

*Wofür ich Allah höchstlich danke?
Daß er Leiden und Wissen getrennt.
Verzweifeln müßte jeder Kranke
Das Übel kennend, wie der Arzt es kennt.*

Und wir wissen heute, daß diese Auffassung heutigen Ansprüchen nicht mehr genügt. Ohne Zweifel hat die barmherzige Lüge eine sachgemäße Information des Patienten verhindert und diente nicht selten der Bequemlichkeit des Arztes, dem damit Auseinandersetzungen erspart wurden. Die „Lüge“ ist mit der goldenen Regel der Ethik, nämlich der Selbstbestimmung des Menschen, nur in Ausnahmefällen vereinbar und sollte keinen Platz mehr in den Gedanken einer zukunftsorientierten Dienstleistungsgesellschaft haben.

Die Entwicklung der „Aufklärung des Patienten“

In Deutschland hat sich die Aufklärungspflicht und Einwilligung des Patienten 1894 entwickelt. Im RG-Urteil vom 19.6.1936 (RGZ 151,349,352) wurden erstmals grundlegende Festlegungen über die Unversehrtheit des menschlichen Körpers aufgeführt. Der jetzt pensionierte und vormals langjährige vorsitzende Richter des Senats für ärztliche Haftpflichtfragen in Celle hat immer wieder darauf hingewiesen, daß sich nach diesem Gesetz der Chirurg von einem Messerstecher nur durch die Aufklärung unterscheidet. Im weiteren Verlauf wurde in Deutschland im sogenannten Elektroschock-Urteil (BGH vom 10.7.1954) auf die Persönlichkeit des Patienten und seine körperliche Unversehrtheit hingewiesen. Die verfassungsrechtliche Fundierung der ärztlichen Aufklärungspflicht erfolgte dann aber erst 1958/59 (BGHZ 29,46 und 29,176) [3]. Während in der amerikanischen Entwicklung ein Zusammenhang mit den Nürnberger Gesetzen diesen Verlauf beeinflusst hat, ist dies für die deutsche Entwicklung weniger erkennbar.

Wie wenig das Grundrecht der Autonomie in Deutschland beachtet wurde, mag die Tatsache belegen, daß in den Hörsälen

der Universitäts-Frauenkliniken Frauen noch in den 70er Jahren in Narkose ohne Zustimmung von Medizinstudenten im Rahmen eines Kurses untersucht wurden. Aber es ist erstaunlich, daß auch im angloamerikanischen Raum die Lehren der Nürnberger Gesetze Folgen hatten und eingreifende Forschungen am Menschen gebrandmarkt wurden. Es sei nur an die Syphilis-Experimente an Schwarzen in amerikanischen Gefängnissen erinnert.

Zivil- gegen Strafprozeß

In Deutschland gewann die ärztliche Aufklärung im breiteren Rahmen erst in den 80er Jahren an Bedeutung, als die amerikanische Prozeßlawine auf Deutschland übergriff. Daraus läßt sich ableiten, daß die Schutzfunktion gegen derartige Prozesse das Motiv für eine „Aufklärung“ bildet. Dabei wird häufig übersehen, daß es sich um Schadensprozesse im Zivilrecht handelt, die fast bis dato so gut wie unbekannt waren. Zwar kann jeder noch so geringe Sorgfaltspflichtsverstoß zur Bestrafung wegen fahrlässiger Körperverletzung und fahrlässiger Tötung führen [4]. Gefürchtet war aber der Strafprozeß, bei dem ein schwerer Verstoß gegen die Sorgfaltspflicht mit Todesfolge angeklagt wurde. Als Beispiel sei die vertauschte Blutkonserve angeführt. Es sind dies die Fälle, die nicht selten den Verlust der persönlichen Existenz zur Folge gehabt haben.

Im Zivilprozeß wird ein grober Fehler des Arztes festgestellt, der einen Schaden bei einem Patienten verursacht hat, was nicht notwendigerweise einen Verstoß gegen die Ehre darstellt. Aus der Sicht des Patienten ist es nicht einzusehen, daß ihm zuzumuten ist, einen Fehler ohne materielle Entschädigung hinzunehmen. Dieser Einschätzung von einigen Gutachtern stehen andere entgegen, die es als Ehrenpflicht ansehen, einen Kollegen im Sinne einer ärztlichen Verpflichtung unter allen Umständen reinzuwaschen.

Während das Strafrecht einen Beweis mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit verlangt, reicht im Zivilprozeß eine einfache Wahrscheinlichkeit aus (mit einem für das praktische Leben brauchbaren Grad von Gewissheit, der Zweifeln Schweigen gebietet [4]).

Nach 1980 stellte der Bundesgerichtshof zunehmend höhere Forderungen an die

sogenannte Aufklärung, ein Wort, das dem Arzt im Grunde schwer eingänglich ist. Der Bruchpunkt zwischen Juristen und Arzt ist die Tatsache, daß es einen „mündigen Bürger“ in medizinischer Hinsicht nicht geben kann, es sei denn der Patient sei selber Arzt, und selbst dann ist dieser Begriff noch fragwürdig. Die Juristen verlangen vom Arzt eine Abwägung der Interessen, der er infolge mangels juristischer Denkvorstellungen nicht gewachsen ist und den die Juristen selbst nicht erfüllen können. Man frage einmal Juristen, was sie an Aufklärung verlangen, wenn sie selbst schwerkranke Patienten sind. Die meisten verlassen sich dann doch lieber auf das Vertrauen. Das scheint mir die Ursache für den „Aufklärungskrieg“ zu sein, der zwischen Medizinern und Juristen tobt, während der Patient, um den es geht, gar nicht gefragt wird und der dennoch finanziellen Nutzen daraus trägt, den wiederum eine vierte Partei bezahlt.

Man kann schon die Wortwahl für die falsche Entwicklung verantwortlich machen. Glücklicherweise hat man mittlerweile auf den unsinnigen Begriff des „Kunstfehlers“ verzichtet, der auf Grund der Überschätzung der eigenen Möglichkeiten entstanden war. Noch in den 60er Jahren war es üblich, von der Kunst des Operierens zu sprechen. Der Begriff „Aufklärung“ war jedoch nicht viel besser: Der Patient ist der unmündige Bürger, der „aufgeklärt“ werden muß, und derjenige, der ihn aufklärt, ist der Arzt, der ihn bis dato patronisiert hat. Im Deutschen hat dieses Wort grundsätzlich eine herabwürdigende Bedeutung, klärt man doch Schüler oder Untergebene auf, während der Untergebene den Vorgesetzten „informiert“.

Mißverständnis zwischen Arzt und Jurist

„Die Justiz hat den früheren Freiraum innerhalb der individuellen Beziehung zwischen Arzt und Patient in immer stärkerem Maße eingeengt“ [5], ist eine vielgehörte Klage, wobei man nur zu gerne vergißt, daß der Freiraum sich auf den Arzt, aber nicht auf den Patienten bezog.

In dem endlosen Hin und Her zwischen Bundesgerichtshof und Ärzten, was aufgeklärt werden soll, was zu häufig und was zu wenig ist, schottete sich der Arzt verständlicherweise mehr und mehr ab. Was er offensichtlich nicht verstanden hat, ist, daß

sein bester Schutz in einer sorgfältigen Protokollierung besteht, sonst wären nicht so viele Prozesse wegen mangelhafter Aufklärung verloren worden. Ich habe an anderer Stelle darauf hingewiesen, daß vermutlich mehr als 50 % der Prozesse wegen ungenügender Protokollierung verloren wurden [6]. Zwar sollte nach einem Urteil des BGH aus dem Beweis der vorausgegangenen Aufklärung keine unbillige und übertriebene Anforderung gestellt werden dürfen. Der Aufklärungsfehler dürfe nicht zu einem Instrument der Geldbeschaffung werden [5]. Genau das aber entwickelte sich, und die Aufklärung wurde mehr und mehr zu einem Selbstschutz für den Arzt umfunktioniert.

Dabei halfen Juristen. Weissauer inaugurierte die Stufenaufklärung durch Vorlagen, in denen der Patient lesen konnte, was ihm der Arzt nicht erzählt hatte. Darin war außer der Unterschrift des Patienten nur noch wenig einzutragen. Mir erscheint bis heute nicht klar, wer diese Aufklärung vornimmt, der Arzt oder ein untergeordneter Arzt. Der Bundesgerichtshof hat sich mehrfach gegen das Formularwesen gewendet. Das konnte aber den Siegeszug der Formblätter nicht verhindern. Wenn mittlerweile Juristen um die besseren Formblätter streiten, ist das für Ärzte makaber [7, 8] und zeigt, daß diese Denkrichtung sich *ad absurdum* geführt hat.

In Deutschland basierte die Aufklärung nicht auf der Autonomie des Patienten, also dem Recht auf körperliche Unversehrtheit, die in Art. 2, Abs 2 S1 GG verankert ist. Erst später hat der Bundesgerichtshof auf die Berücksichtigung der Patientenautonomie besonders hingewiesen: „Die Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten ist ein wesentlicher Teil des ärztlichen Aufgabenbereiches“.

Die patronistische Verhaltensweise einer derartigen Aufklärung sehen die Versicherungsgesellschaften übrigens ganz genau so. Ich zitiere aus einer Stellungnahme eines Bearbeiters einer Versicherungsgesellschaft: „... der beim Gutachter (auch in anderen Gutachten schon gelesene) Vorwurf, daß patronistisch die Rechte des Patienten übergangen worden seien, liegt völlig neben der Sache. Der Aufklärung ist den Anforderungen der Rechtsprechung Rechnung getragen worden. ...“ [9].

Die „Aufklärung“ in den Aufklärungsbögen verlangt die schriftliche Zustimmung

auf einen medizinischen, meist invasiven Eingriff, der vom Arzt bereits von vorneherein festgelegt ist. Zwar weist Ulsenheimer auf die besondere Bedeutung der sogenannten Risikoaufklärung hin [10], schränkt diese Feststellung dann aber durch den Satz ein: „Der Gynäkologe ist zwar nicht gehalten, der Patientin „ungefragt“ (*Anführungszeichen vom Verf.*) zu erläutern, welche Behandlungsmethoden in Betracht kommen und was gegen die eine oder andere Vorgehensweise spricht.“ Ausnahmen läßt er nur zu, wenn wissenschaftliche Kontroversen über Alternativen bestehen oder diese dem wissenschaftlichen Standard nicht entsprechen. Er fährt dann fort, daß „unterschiedliche Methoden nur dann aufzuführen sind, wenn es sich um gewichtige Unterschiede handelt.“ „Eine nur geringfügig niedrigere Komplikationsrate einer anderen Behandlungsmethode begründet keine Verpflichtung des Arztes, auf diese hinzuweisen“, und er bezieht sich auf ein Urteil des Bundesgerichtshofes.

Damit entfallen aber Diskussionen über den Begriff, der erst in den letzten Jahren Bedeutung gewonnen hat, nämlich den der Lebensqualität. Man darf daraus entnehmen, daß der Arzt z. B. die Patientin nicht auf den Unterschied zwischen einer laparoskopischen Operation gegenüber einer Laparatomie hinzuweisen braucht, weil bei ersterer die Komplikationsrate sich nicht „gewichtig“ unterscheidet. Nicht berücksichtigt wird dagegen, daß nicht nur der Krankenhausaufenthalt, sondern auch die Schmerzdauer wesentlich kürzer ist. Ein anderes Beispiel ist die Behandlung des Zervixkarzinoms des FIGO-Stadiums 1. Ob eine Patientin operiert oder bestrahlt wird, hängt fast ausschließlich davon ab, wer der Erstbehandler ist, ein Gynäkologe oder ein Radiologe. Sind die 5-Jahres-Heilungsergebnisse nahezu identisch, unterscheiden sich jedoch die Komplikationen in Früh- und Spätprobleme. Das wird der Patientin aber meist nicht mitgeteilt.

Wenn in den Aufklärungsbögen der Eintrag darauf beschränkt wird, daß nur eine Operationsart angekreuzt ist, spricht das dafür, daß der Arzt und Operateur gar nicht verstanden hat, was Weissauer mit der Stufenaufklärung eigentlich erreichen wollte. Dies ist besonders gefährlich, weil Ulsenheimer darauf hinweist, daß ohne die Stufenaufklärung der Arzt gefährdet ist [5]. Vor allem besteht die Gefahr, daß durch diese Aufklärung die menschliche Zuwen-

dung durch eine bürokratische Komponente ersetzt wird (was ich Weissauer nicht unterstelle), insbesondere dann, wenn der Patient in nur einer Sitzung gezwungen wird, das Formblatt zu lesen und zu unterschreiben. Dabei wird nicht berücksichtigt, daß der Patient

- in seiner Angst oft gar nicht zuhört,
- die Begriffe verwechselt,
- nicht versteht, was besprochen wird, er aber nicht zu fragen wagt,
- das Gespräch verdrängt, was dazu führt, daß er sich an nichts erinnert.

Eine zweite Besprechung, wie sie in den USA mittlerweile zwingend verlangt wird, wird aber nicht dokumentiert, wobei von einer „second opinion“ gar nicht erst zu sprechen ist. Sie wird in Deutschland immer noch als Mißtrauensvotum gegen den Arzt angesehen.

Die Diskussion um den Wunschkaiserschnitt [11, 12] zeigt, worin der Mangel der „Aufklärung“ besteht, nämlich in einer selbstherrlichen Entscheidung um des Prinzips willen. Auffällig ist, daß außerdeutsche Autoren sehr viel „aufgeklärter“ diskutieren [12, 13]. Es ist Husslein zu verdanken, daß die Diskussion aus dem Verborgenen nun offen geführt wird, denn der Wunschkaiserschnitt wird ja bereits vielfach durchgeführt und nicht darüber gesprochen [14]. Wie will man von Aufklärung sprechen, wenn der Wunsch der Patientin den Vorstellungen des Arztes diametral entgegensteht? Das Problem läßt sich nur durch eine gemeinsame Entscheidung lösen.

Die angloamerikanischen Vorstellungen

Interessant ist, daß in England nur ein „Consent“, aber nicht ein „Informed consent“ gefordert wird [15]. Der „Informed Consent“ beruht auf dem Respekt vor der Autonomie des Patienten. Damit wird insbesondere das Recht einer Person respektiert, über seine körperliche Integrität selbst zu entscheiden [16].

In den USA wird eine Gesetzesentscheidung aus dem Jahre 1914 herangezogen, die nach einem deutschen Arzt v. Schloendorff zitiert worden ist: „Jedem erwachsenen Menschen mit gesunden Sinnen steht das Recht der Entscheidung über seinen eigenen Körper zu“ [7]. Zugrunde lag der Ent-

scheidung der Fall einer Patientin, die einer vaginalen Untersuchung zugestimmt hatte und nach einer Myomentfernung wieder aufwachte. Bis dahin galt in den USA das „Commonwealth Battered Law“, der Schutz gegen den tätlichen Angriff [17], der gedanklich nicht so weit von den „Messerstecher“-Gedanken der Deutschen Justiz entfernt war.

In manchen Arbeiten ist aufgeführt, daß es die Nürnberger Gesetze waren, die die Änderung vom „Consent“ zum „Informed Consent“ bewirkten [17]. Auf jeden Fall wurde erst im Jahre 1960 ein Arzt verurteilt, weil er eine Patientin nicht über etwaige Komplikationen aufgeklärt hatte [2]. Und noch später, im Jahre 1964 legte die American Medical Association (AMA) in einer Conference on Health Education die Grundlagen für den „Informed Consent“ der schließlich als Folge der „Education“ des Patienten zur „Bull der American Hospital Association“ [18] führte, die heute noch gültig ist. Education muß in diesem Sinne nicht mit „Erziehung“, sondern mit „Information“ übersetzt werden.

Im Laufe der Jahre wurden Ärzte selten wegen Mangel an Aufklärung verurteilt. Es gilt allerdings mittlerweile die Regel, daß in weitestem Sinne informiert werden muß. Man nennt das den „Prepared Consent“, der sich aus der Freude der Amerikaner an Wortspielen ableitet [19].

Prepared Consent

P = Procedure	Erklärung des Eingriffes
R = Reason	Erklärung der Indikation
E = Expectation	Beurteilung hinsichtlich einer Verbesserung des Zustandes durch den Eingriff
P = Preferences	Berücksichtigung der Wünsche des Patienten (z. B. einer Narkoseform oder einer Operationsart)
A = Alternatives	Besprechung anderer Möglichkeiten der Therapie
R = Risks	Besprechung von Gefahren und Komplikationen aller aufgezeigten Verfahren
E = Expenses	Informationen über die direkten und indirekten Kosten
D = Decision	Entscheidung aus dem Konsens zwischen Arzt und Patient

Es braucht nicht weiter dargelegt zu werden, daß diese Form der Information die deutsche Aufklärung bei weitem übersteigt. Das gilt vor allem auch im Hinblick auf die Dokumentation (daß diese handschriftlich erfolgt, muß wohl als eine Strafe für einen eventuellen, gegnerischen Rechtsanwalt verstanden werden, der sich durch die Akte quälen muß).

Obwohl diese Form der Information sehr positiv klingt, hat sich gezeigt, daß sie sich aber auch gegen die Interessen des Patienten richten kann. Das ist dann der Fall, wenn der Arzt den Patienten in seiner Entscheidung alleine läßt.

Vorschläge

Die Ethikkommission der FIGO verlangt beim „Informed Consent“ mehr Informationen, als diejenigen, die in Deutschland üblich sind. Aber auch deutsche Autoren fordern diese Erweiterung [20]. Dazu gehören:

- Persönliche Entscheidung für eine gegebene Möglichkeit nach Erklärung anderer Verfahren
- Vorteilsabwägung der bevorzugten Methode gegenüber anderen Methoden
- Risikoabwägung – *nihil ni nocere* – gegenüber mehreren Methoden einschließlich des Nichtstuns
- Erfolgsbeurteilung aller Methoden
- Information über Kosten und Rekonvaleszenzdauer
- Zweitsitzung

Keiner dieser Punkte ist bisher in einem Aufklärungsgespräch vorgesehen. Nachdem ein Verlag sich bemüht, das System in den USA einzuführen und dafür die Mitarbeit amerikanischer Ärzte erlangt hat, wird sich zeigen, wie unterschiedlich die Systeme sind. Ich halte es aber für möglich, daß auf diesem Umweg, nämlich einer Rückübersetzung, das zukunftsweisende amerikanische System in Deutschland Eingang finden wird.

Der Vorschlag, auf die „Aufklärung“ mehr Zeit zu verwenden, ist nicht überraschend, denn in der Regel kommt es nur dann zu einem Prozeß, wenn die Arzt-Patienten-Beziehung gestört ist oder gar nie bestanden hat. Wenn nun auch der Bundesgerichtshof in zunehmendem Maße die Berücksichtigung der Autonomie des Patienten

fordert, kostet das nicht nur mehr Zeit, sondern kann vor allem ein Umdenken, den Aufbruch zum mündigen Patienten, einleiten [13].

Zweifellos wird man die Juristen überraschen, wenn man das unheilschwangere Wort „Aufklärung“ durch den Begriff „Präoperative Beratung“ ersetzt. Die obigen Punkte lassen sich im Rahmen einer Check-Liste zu Grunde legen. Eine zweite Besprechung könnte kurz sein und dem Patienten die Möglichkeit geben, Unklarheiten vorzutragen. Am Ende würde dann stehen: „Ich stimme dem Eingriff in Übereinstimmung mit meinem Arzt, nach einer verständlichen Beratung zu. Unterschrift von Arzt und Patient.“ Ein derartiges Vorgehen würde die Zweistufen-Aufklärung nicht obsolet machen, und die Formblätter können als Grundlage zu einer Zweistufen-Beratung verwendet werden. Die zweite Sitzung ermöglicht es, die Probleme, die sich bei jeder Beratung ergeben, zu vermindern.

Wenn in Deutschland der Begriff der Selbstbestimmung des Menschen Eingang in das ärztliche Denken findet, ist der Ersatz von Begriffen keine Haarspalterei, sondern das Beratungsmodell wird Prozesse dramatisch vermindern und die Richter werden ihre Vorstellung hinsichtlich des mündigen Bürgers modifizieren. Peter Husslein hat in diesem Zusammenhang den Wiener Moralthologen Virth zitiert [13]: „Der Arzt ist kompetent für die Diagnose und die Behandlung, die Patientin ist kompetent für ihr Wertesystem und verantwortlich für ihre Lebensgestaltung.“ Damit hat sich eigentlich die „Aufklärung“ erübrigt, und der Patient wird zum Partner des Arztes.

LITERATUR

1. Heinemann W. Hippokrates decorum. Harvard Clinical Press, Cambridge MA; 1989.
2. Lurvey LD et al. Informed Consent. A review. Primary Care Update. Obstet Gyn 1996; 192.
3. Franz K, Hansen KJ. Aufklärungspflicht aus ärztlicher und juristischer Sicht. Marseille-Verlag, München; 1998.
4. Ulsenheimer K. Schriftliche Mitteilung.
5. Ulsenheimer K. Aufklärungspflicht und Einverständniserklärung zur Behandlung. Chirurg 1996; 35: 74.
6. Beller FK. Rechtliche Aspekte in der Geburtshilfe. In Rath W (Hrsg.). Fortschritte in der medikamentösen Geburtsleitung. 2. Auflage. HUF Verlag, Mühlheim; 1997.

7. Schlund GH. Aufklärung vor einer Geburt. Gyn Praxis 1997; 21: 447.
8. Weissauer W. Aufklärung vor einer Geburt. Gyn Praxis 1997; 21: 454.
9. Brief: Versicherungsverband für Gemeinden und Gemeindeverbänden, Köln; 1993.
10. Ulsenheimer K. Hilfe oder Hemmschuh? Geburtsh Frauenheil 1995; 55: M110.
11. Huch A. Sektio auf Wunsch. Gyn Praxis 1999; 23: 227.
12. Husslein P. Aufbruch zum Umgang mit mündigen Patienten. Speculum 1999; 17: 4.
13. Husslein P. Sektio auf Wunsch. Gyn Praxis 1999; 23: 226.
14. Ulsenheimer K. Sektio auf Wunsch. Gyn Praxis 1999; 23: 231.
15. Clements RV et al. The gynecologist as defendant and expert witness. In: Shaw RW, Soutter WP, Stanton St (eds.). Gynecology 2nd ed. Churchill Livingstone, New York; 1997.
16. AMA Conference on Health Information. Bill of Rights 1964, zit. nach Peipert.
17. Peipert JF. Patient education and informed consent. In: Nicholson D, Sweeny J (eds.). Ambulatory Gynecology. 2nd ed. Lippincott, Philadelphia; 1995.
18. Joint Commission on Accreditation of Hospitals, Chicago JCAH, 1995; 57.
19. Gambrone JC, Reiter RC. Quality assessment and impairment. In: Berek JS, Adaski EY, Hillard PA (eds.). Novaks Gynecology. 12th ed. Williams and Wilkinson, Baltimore; 1996.
20. FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction. Guidelines regarding informed consent. Frauenarzt 1997; 36.
21. Beller FK. Erstaunliche Überlegungen zur Kaiserschnittsfrequenz. Frauenarzt 1997; 38: 1500.
22. Engelhardt P. Die Wahrheit am Krankenbett im geschichtlichen Rückblick. Rundschau Medizin 1996; 14: 85.
23. Roberts DK, Raines E. Informed Consent and Medicolegal Problems. In: Sciarra (ed.). Gynecology and Obstetrics. Vol 1. Lippincott, Philadelphia; 1995.
24. Schloendorff V. Society of New York Hospital 211 NY 125, 1914 zit nach Lurvey.
25. Schmidt-Rode K. Für mehr Aufklärung von Patienten mit Ca. Gynäkologisches Spektrum 1996; 410.
26. Stenchever MA. Too much informed consent? Obstet Gynecol 1991; 77: 631.

**Fritz K. Beller**

Studium in Berlin, Prag und Marburg. Promotion 1949, 1955 Habilitation in Gießen. Fellowships: Max-Planck-Institut für Biophysik, Frankfurt und Hammersmith Hospital, London. 1960 Visiting Professor, New York University, Department of Obstetrics and Gynecology und anschließend Full Professor. 1973 Übernahme der Universitäts-Frauenklinik Münster; nach Emeritierung 1988 William-Keetzel-Chair an der Universität of Iowa. Bioethische Ausbildung im Kennedy Institut für Bioethik, Washington D.C.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Dr. med. h. c. Fritz K. Beller
15031 Punta Rassa Rd, Fort Myers, FL-33908
E-mail: fkbeller@aol.com

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