

Journal für

Gynäkologische Endokrinologie

Gynäkologie • Kontrazeption • Menopause • Reproduktionsmedizin

Aufklärungspflicht über die Unumkehrbarkeit einer Sterilisation

Ploier M

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2008; 2 (4)

(Ausgabe für Österreich), 24-27

**Offizielles Organ der Österreichischen
IVF-Gesellschaft**

**Offizielles Organ der Österreichischen
Menopause-Gesellschaft**

Indexed in EMBASE/Scopus/Excerpta Medica

www.kup.at/gynaekologie

Member of the



Homepage:

www.kup.at/gynaekologie

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

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P.b.b. GZ072637636M · Verlagspostamt: 3002 Puchersdorf · Erscheinungsort: 3003 Gablitz

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



Aufklärungspflicht über die Unumkehrbarkeit einer Sterilisation

M. Ploier

■ Sachverhalt

Die Patientin erkundigte sich bei ihrem Gynäkologen über die Möglichkeiten der Unterbindung von weiteren Schwangerschaften. Sie äußerte gegenüber dem Arzt, dass sie die Pille nicht vertrage und nicht mehr schwanger werden wolle. Sie fragte ihn hinsichtlich der sogenannten „Clip-Methode“. Daraufhin wurde ihr von ihrem Arzt erklärt, dass man diese im Krankenhaus als unsichere Methode erachte und diese nicht durchgeführt werde, sondern vielmehr eine Unterbindung des Eileiters. Eine Rückführung nach einem solchen Eingriff sei nur schwer möglich.

Etwa vier Wochen danach wurde die schwangere Patientin dann zur Entbindung in das Krankenhaus eingeliefert. Wegen eines Herztonabfalls und mangelnden Geburtsfortschrittes fiel etwa gegen zehn Uhr die Entscheidung, einen Kaiserschnitt durchzuführen. Davon wurden die Patientin und ihr Ehegatte informiert und darüber aufgeklärt. Der Ehegatte fragte in Anwesenheit der Patientin nach, ob nicht gleichzeitig mit dem Kaiserschnitt auch die Unterbindung vorgenommen werden könne. Der Arzt sagte daraufhin, dass ein solcher Eingriff gründlich überlegt werden müsse und nahezu irreparabel sei. Daraufhin erklärten beide, weitere Kinder nicht mehr haben zu wollen und sich einen solchen definitiven Eingriff schon vorher überlegt zu haben. Sie wollten Zeit und Geld sparen und hätten ohnehin bereits ein Informationsgespräch mit dem anderen anwesenden Arzt geführt, was dieser auch bestätigte. Die Patientin unterfertigte dann ein umfassendes Merkblatt über die Bedeutung und die Methoden der Durchführung sowie die Risiken der Unterbindung. Wenngleich ein Aufklärungsgespräch unter den gegebenen Umständen ohne Zeitdruck nicht möglich war, besprach der Arzt den Eingriff mit der Patientin etwa fünf Minuten, was ausreichte, um die Sterilisationsmethoden aufzuzählen und die Risiken und Nebenwirkungen zu benennen. Er wies sie auch noch einmal darauf hin, dass die Unterbindung eine praktisch nicht rückgängig machbare Operation sei. Die absolut entscheidungsfähige Patientin war mit der Vornahme der Unterbindung einverstanden. Etwa eine dreiviertel Stunde später wurde die Patientin dann in den Operationssaal gebracht und es erfolgte danach der komplikationslose Kaiserschnitt, in dessen Zuge auch die Sterilisation durch Entfernung des äußeren Anteils der Eileiter vorgenommen wurde.

Nachdem die Patientin später wieder einen Kinderwunsch entwickelte, wurde ihr vom operierenden Arzt die IVF-Methode als schonendster Eingriff empfohlen. Die Versuche verliefen jedoch negativ. Eine Rückführungsoperation selbst wäre aber mit noch wesentlich größeren körperlichen Beeinträchtigungen und mit einer geringeren Erfolgsrate verbunden gewesen. Die Patientin wandte im Gerichtsverfahren ein, dass sie nicht darüber aufgeklärt worden sei, dass der Eingriff nicht mehr rückgängig gemacht werden könne, und zudem sei der

Zeitpunkt der Aufklärung (ca. eine dreiviertel Stunde vor der Vornahme des Kaiserschnitts und der dabei auch vorgenommenen Sterilisation) nicht ausreichend gewesen.

Der OGH führte in seiner Entscheidung aus, dass gerade bei medizinisch nicht indizierten Eingriffen, wie der Sterilisation durch Eileiterunterbindung gemeinsam mit einem Kaiserschnitt, die Aufklärung besonders frühzeitig zu erfolgen hat, damit die Patientin eine angemessene Überlegungsfrist hat. Da die Patientin im konkreten Fall bereits über die Risiken und Folgen einer Sterilisation vier Wochen vor dem Eingriff von dem beim Aufklärungsgespräch im Krankenhaus ebenfalls anwesenden Arzt aufgeklärt worden war und bereits bei diesem Gespräch und auch beim Gespräch unmittelbar vor der Behandlung sowohl geäußert hat, dass sie keine weiteren Kinder möchte, als auch dass sie dezidiert darüber aufgeklärt worden ist, dass die Sterilisation unumkehrbar sei, war die Aufklärung im konkreten Fall rechtzeitig.¹

■ Worüber muss ein Arzt aufklären?²

Aus zahlreichen Gesetzesbestimmungen ergibt sich, dass zur sorgfältigen Behandlung eines Patienten eine ordnungsgemäße Aufklärung erforderlich ist. Was darunter genau zu verstehen ist, ergibt sich aus diesen Gesetzesstellen nicht, weshalb zur Beantwortung der Frage, worüber ein Arzt aufklären muss, auf die bisher ergangene Rechtsprechung des OGH zurückzugreifen ist. Daraus kann man folgern, dass der Patient jedenfalls über seinen Krankheitszustand, das Wesen, den Umfang und die Durchführung der ärztlicherseits geplanten Behandlungsschritte, mögliche Behandlungsalternativen sowie sämtliche der Behandlung anhaftenden Komplikationen und Risiken aufzuklären ist.

Im Rahmen der Aufklärung wird zwischen der Sicherungsaufklärung und der Selbstbestimmungsaufklärung unterschieden.

Sicherungsaufklärung (= therapeutische Aufklärung)

Durch die Sicherungsaufklärung soll der Heilerfolg an sich gesichert und der Patient zur Mitwirkung an der Therapie motiviert werden. Im Rahmen der Sicherungsaufklärung muss der Patient daher sowohl über die Krankheit selbst als auch über die mit ihr verbundene Lebensumstellung, wie z. B. das Erfordernis der Einnahme bestimmter Medikamente (erforder-

¹ OGH 22.2.2007, 8 Ob 140/06f.

² Dieser Beitrag ist der erste einer nunmehr erscheinenden Rubrik „Juristische Kommentare zu aktuellen medizinischen Problemstellungen“. In den nächsten Beiträgen wird auf die bisher ergangenen „wrongful birth“-Entscheidungen genau eingegangen.

licher Zeitraum, Dosis), die Einhaltung einer Diät etc. aufgeklärt werden. Dem Patienten muss durch die Aufklärung ein solcher medizinischer Wissensstand vermittelt werden, dass ihm ein therapiegerechtes Verhalten möglich ist. Dazu gehört auch, dass der Patient angeleitet wird, sich selbst auf Beschwerden hin zu beobachten und bei Auftreten von Beschwerden umgehend den behandelnden Arzt zu kontaktieren.³ Der OGH hat dazu ausgesprochen, dass auch die Aufklärung über die Risiken der Unterlassung therapeutischer Maßnahmen zur therapeutischen Aufklärungspflicht gehört⁴ bzw. der Patient auch darüber aufzuklären ist, welche Risiken damit verbunden sind, wenn er sich nicht umgehend behandeln lässt, sondern eine Überstellung in ein weit entferntes Krankenhaus bevorzugt.⁵

Die Selbstbestimmungsaufklärung

Da die Vornahme einer medizinischen Behandlung nur zulässig ist, wenn der Patient seine Einwilligung in den Eingriff erteilt (Ausnahme: unmittelbare Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit des Patienten), muss dem Patienten über den Eingriff ein solches Wissen vermittelt werden, sodass er sich selbstbestimmt – bewusst – für oder gegen den Eingriff entscheiden kann. Der Zweck der Selbstbestimmungsaufklärung liegt somit darin, dem Patienten so umfangreiche Informationen über seinen Gesundheitszustand, die möglichen Behandlungsmethoden und die eventuell vorhandenen Risiken zu geben, dass er sich nach Abwägung aller Für und Wider entweder für die Einwilligung in die Behandlung entschließen kann oder aber dagegen.

Die Stufen der Selbstbestimmungsaufklärung umfassen dabei Informationen über die Diagnose, den Verlauf der Krankheit sowie die Risiken der Behandlung.

Diagnoseaufklärung

Im Rahmen der Diagnoseaufklärung soll der Patient darüber in Kenntnis gesetzt werden, dass er krank ist und an welcher Krankheit er leidet.

Verlaufsaufklärung

Im Rahmen dieser Aufklärungsstufe soll der Patient über die beabsichtigte Therapie (wie läuft diese ab, welchen Umfang hat sie, wie wird sie durchgeführt, wie schwer bzw. dringlich ist sie etc.) informiert werden. Der Patient soll aufgrund der Aufklärung wissen, was warum während der Behandlung mit ihm geschieht. Der Patient muss auch darüber in Kenntnis gesetzt werden, wie die Krankheit verlaufen wird, wenn er sich der vorgeschlagenen Therapie nicht unterziehen sollte. Zur Verlaufsaufklärung gehört auch, dass der Patient auf mögliche

Behandlungsalternativen aufmerksam gemacht wird.⁶ Sollte der behandelnde Arzt diese Behandlungsalternative nicht beherrschen, so hat er den Patienten auch darüber aufzuklären und den Patienten gegebenenfalls an einen anderen Facharzt zu überweisen. Auch auf die sicher eintretenden Eingriffsfolgen wie z. B. Operationsnarben, Unfruchtbarkeit als Folge einer Gebärmutterentfernung etc. sowie postoperative Nebenfolgen ist der Patient unbedingt hinzuweisen. Entscheidend für die Verlaufsaufklärung ist, dass der Patient in die Lage versetzt wird, sämtliche Möglichkeiten gegeneinander abzuwägen und sich dann für eine Behandlungsmethode zu entscheiden, auf die sich seine Einwilligung bezieht und die den am Patienten vorgenommenen Eingriff in die körperliche Integrität rechtfertigt.

Risikoaufklärung

Durch die Risikoaufklärung soll der Patient über alle dauernden oder vorübergehenden Risiken, die auch bei größtmöglicher Sorgfalt und fehlerfreier Durchführung des Eingriffes eintreten können, aufgeklärt werden. Dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten kann nur entsprochen werden, wenn der Patient über die Risiken, die mit der Behandlung verbunden sind, informiert ist, denn nach der Rechtsprechung des OGH kann sich der Patient nur dann für eine Behandlung entscheiden und rechtmäßig in diese einwilligen.⁷

Der Patient ist daher sowohl über Risiken aufzuklären, die mit der Eigenart des Eingriffs spezifisch verbunden sind (sog. typische Risiken), als auch über atypische bzw. seltene Risiken, wenn diese das Leben des Patienten erheblich belasten würden und trotz ihrer Seltenheit für den Eingriff spezifisch, den medizinischen Laien jedoch überraschend sind. Typische Risiken sind beispielsweise eine Infektionserkrankung im Rahmen einer Operation bzw. einer Injektion, Strahlenschäden durch Röntgenbehandlung, eine Hirnschädigung nach einer Herzoperation, Zahnschäden nach einer Bronchioskopie, die Durchtrennung des Ductus choledochus bei der operativen Entfernung der Gallenblase oder auch Lähmungserscheinungen nach einer Bandscheibenoperation.

Die Aufklärungsbedürftigkeit bestimmter Risiken kann sich auch aus den in der Patientensphäre gelegenen Faktoren ergeben, so etwa aus bestimmten körperlichen Merkmalen bzw. aus beruflichen oder sonstigen Sonderinteressen. Ist ein Patient z. B. an Koronararterienverkalkung erkrankt, so muss der Anästhesist den Patienten besonders darauf hinweisen, dass der Risikoschwerpunkt aufgrund dieses Leidens gerade in der Narkose liegen kann. Muss sich z. B. ein Pianist einer Handoperation unterziehen, so ist er aufgrund seines Berufes besonders darüber aufzuklären, dass hier eine Lähmungsgefahr besteht. Unterzieht sich ein Kellner einer Daumenoperation, so muss er besonders auf das Risiko hingewiesen werden, dass mit

³ OGH 2 Ob 673/5, SZ 29/84: Patient muss darüber aufgeklärt werden, wie sich ein Glaukomanfall bei Verwendung von Homatropin äußert und dass er sich umgehend beim Arzt melden muss. Im konkreten Fall wurde diese Aufklärung unterlassen und der Patient verlor einen Teil seiner Sehkraft, da er sich nicht umgehend in ärztliche Behandlung begeben hatte, da er keine Kenntnis über die Folgen hatte.

⁴ OGH 13.3.2000, 10 Ob 24/00b = ASoK 2000, S. 384.

⁵ OGH 18.3.1981, 1 Ob 743/80, JBl 1982, 491.

⁶ OGH 10 Ob 503/93: Mangelnde Aufklärung, wenn der Arzt die Patientin vor einer Knieoperation aufgrund eines Risses des vorderen Kreuzbandes nicht darüber aufklärt, dass vor der Operation auch die Ruhigstellung durch einen Gipsverband erfolgen könnte und so das mit einer Operation verbundene Infektionsrisiko (Patientin erlitt dadurch Komplikationen und Dauerfolgen) vermieden werden könnte.

⁷ OGH 7.2.1989, 1 Ob 713/88.

einem solchen Eingriff ein Sensibilitätsausfall einhergehen kann.

Es gibt keine allgemeinen Richtlinien dafür, ab welchem Häufigkeitsgrad eines Risikos ein Patient darüber aufzuklären ist. Nach der bisherigen Rechtsprechung des OGH kommt es vielmehr auf die Umstände des konkreten Einzelfalls, die gesundheitliche Konstitution des Patienten sowie darauf an, ob die nach der allgemeinen Erfahrung nicht geradezu äußerst selten auftretenden Risiken lebensbedrohend sind bzw. wichtige Körperfunktionen davon betroffen sind oder aber der Eintritt dieser Risiken den Patienten völlig überraschend treffen würde. Erforderlich ist auch, dass sich ein vernünftiger Patient bei Kenntnis der möglichen Risiken gegen die Behandlung entscheiden würde. Eine Aufklärung über mögliche schädliche Folgen ist nur dann nicht erforderlich, wenn die Schäden nur in äußerst seltenen Fällen auftreten und außerdem anzunehmen ist, dass sich der Patient trotz Kenntnis der betreffenden Risiken für die Behandlung entscheiden würde.

Bei der Beurteilung, ob ein Patient über ein Risiko aufgeklärt werden muss, kann sich der behandelnde Arzt an folgenden Kriterien orientieren:

- Handelt es sich um ein nicht geradezu ganz seltenes Risiko?
- Ist dieses Risiko lebensbedrohend oder sind wichtige Körperfunktionen betroffen?
- Schwere der möglichen Komplikation
- Gewicht des Risikos in Hinblick auf die zukünftige Lebensführung des Patienten
- Vorübergehende Beeinträchtigung oder bleibende Beeinträchtigung des Patienten
- Gesundheitliche Entwicklung bei Unterbleiben des Eingriffs

■ Intensität und Zeitpunkt der Aufklärung

Aus der Vielzahl an Entscheidungen des OGH ergibt sich, dass die Aufklärung umso umfassender sein muss, je weniger dringlich der Eingriff ist. Ist der Eingriff hingegen äußerst dringlich, so muss nur ein Minimalmaß an Aufklärung gewahrt bleiben.⁸

Fehlende medizinische Indikation

Bei Eingriffen ohne echte medizinische Indikation, wie z. B. kosmetische Operationen, werden an die ärztliche Aufklärung die höchsten Anforderungen gestellt. Begründet wird dies damit, dass bei solchen Eingriffen ohne echte medizinische Indikation meist keine Heilung vonnöten ist, für die unter Umständen gewisse Risiken in Kauf genommen werden würden. Der Patient soll ausreichend Zeit zum Nachdenken über alle Für und Wider, insbesondere über alle Risiken und ein mögliches Misslingen des Eingriffs haben. Hier hat die Aufklärung mehrere Wochen, zumindest jedoch Tage vor der Operation stattzufinden. Die Aufklärung geht hier so weit, dass z. B. bei einer Vergrößerung/Verkleinerung der Brust nicht nur darüber aufgeklärt werden muss, dass sich Narben bilden können, sondern auch, wo und in welcher Größe sich die zu erwartenden Narben bilden werden.

Relative medizinische Indikation

Relativ indizierte Eingriffe verlangen ebenfalls einen hohen Aufklärungsstandard. Sie sollen dem Patienten alle Konsequenzen, die mit der Behandlung verbunden sind, verdeutlichen und dadurch die Möglichkeit eröffnen, sich entweder dafür zu entscheiden, mit der Krankheit weiterzuleben, oder aber für die Behandlung und die damit verbundenen Risiken in Kauf zu nehmen. Zum Zeitpunkt hat der OGH dazu Folgendes ausgesprochen:⁹

Absolute medizinische Indikation

Bei absoluter Indikation vertritt der OGH die Ansicht, dass der Patient lediglich ein Bild darüber bekommen soll, wie schwer der benötigte Eingriff ist.¹⁰ Begründet wird dieser gelockerte Aufklärungsumfang damit, dass ein Patient bei Vorliegen einer so erheblichen Gesundheitsstörung normalerweise bereit ist, ein gewisses Maß an Risiken auf sich zu nehmen, um eine Heilung bzw. Besserung herbeiführen zu können. Zum Zeitpunkt der Aufklärung hat der OGH in einer Entscheidung dazu ausgesprochen, dass die Aufklärung am Vorabend vor einer Operation der Aorta bei einem Patienten, bei dem die Gefahr einer neuerlichen lebensbedrohlichen Ruptur der krankhaft erweiterten Aorta bestanden hatte, ausreichend ist und dadurch keine durch den Zeitpunkt der Aufklärung bedingte psychische Zwangslage besteht. Demgegenüber ist bei einer Bypass-Operation die erst am Vortag erfolgte Aufklärung über die Risiken einer solchen Operation in Hinblick auf die mit dem Eingriff verbundenen schweren psychischen Belastungen des Patienten nicht rechtzeitig.¹¹

Vitale medizinische Indikation

Bei Eingriffen mit **vitaler Indikation** sind die Anforderungen an den Aufklärungsumfang stark herabgesetzt, da das Leben des Patienten unmittelbar bedroht ist und der Arzt annehmen darf, dass der Patient sein Leben retten möchte. Deshalb kann in gewissen Fällen, wenn z. B. umgehend eine Operation erforderlich ist, die Aufklärung sogar ganz unterbleiben.

■ Wer muss wie die Aufklärung vornehmen?

Gerade bei der Arbeitsteilung in Krankenanstalten stellt sich die Frage, wer von den behandelnden Ärzten für die Aufklärung verantwortlich ist. Es gilt hier der **Grundsatz der stufenweisen Aufklärung**. Das bedeutet, dass grundsätzlich jeder Arzt für die Aufklärung in seinem Fachbereich verantwortlich ist. Derjenige Arzt, der eine medizinische Maßnahme setzt, muss sich daher davor unbedingt vergewissern, ob der Patient darüber aufgeklärt worden ist. Die Letztverantwortung liegt hier jedenfalls bei demjenigen Arzt, der die Operation oder Therapie durchführt. Denn er muss sichergehen, dass der Patient einen Gesamtüberblick über die einzelnen Behandlungsschritte bekommen hat. Sofern die Aufklärung von einem in Ausbildung befindlichen Arzt vorgenommen wird, muss sich der jeweilige

⁸ U. a. OGH 1 Ob 2318/96f; 8 Ob 535/89; 2 Ob 124/98v.

⁹ OGH 10 Ob 137/98i.

¹⁰ OGH SZ 63/152.

¹¹ AHRs 5400/101.

behandelnde Facharzt persönlich davon überzeugen, dass die Aufklärung stattgefunden hat und dem Patienten die Risiken klar sind.

Jede Aufklärung hat durch ein persönliches Gespräch stattzufinden. Die normalerweise verwendeten Aufklärungsbögen dürfen daher immer nur unterstützend verwendet werden und können niemals das persönliche Gespräch mit den jeweiligen behandelnden Ärzten ersetzen.¹² Das Aufklärungsformular alleine liefert noch keinen Beweis dafür, dass der Patient dieses auch gelesen und den Inhalt verstanden hat. Es ist daher für Beweis Zwecke auch irrelevant, ob der Patient den pauschalen Hinweis unterschrieben hat, dass er die Möglichkeit hatte, Fragen zu stellen.¹³

Ich empfehle daher, dass die vorhandenen Aufklärungsbögen dem Patienten vor dem Aufklärungsgespräch ausgehändigt werden, damit dieser sich den Bogen bereits vor dem Gespräch durchlesen und im Gespräch ergänzende Fragen stellen kann. Wichtig ist, dass auf dem Aufklärungsbogen vermerkt wird, dass ein persönliches Gespräch geführt wurde, wann dieses stattgefunden hat und was dabei besprochen wurde. Im Fall eines nachfolgenden möglichen Rechtsstreites ist es zum Beweis dafür, dass 1.) ein persönliches Aufklärungsgespräch tatsächlich stattgefunden hat und der Patient 2.) über die Risiken tatsächlich aufgeklärt worden ist und 3.) Zusatzfragen gestellt und beantwortet wurden, erforderlich, dass eine Dokumentation über das Aufklärungsgespräch erfolgt. Der Beweis ist bereits

leichter zu führen, wenn zumindest auf dem Aufklärungsbogen handschriftliche Vermerke der aufklärenden Ärzte bei den jeweiligen erklärungsbedürftigen Risiken sowie der Vermerk der gestellten Fragen und aber der Vermerk, dass der Patient ausdrücklich keine Fragen mehr hatte, enthalten sind.

■ Zusammenfassung

Damit ein Patient in eine medizinische Behandlung einwilligen kann, ist es erforderlich, dass er über seine Erkrankung, den Verlauf dieser Krankheit, die damit verbundene Lebensumstellung, die Art der Therapie, die unmittelbaren Folgen der Therapie, die Dringlichkeit und Schwere der Behandlung, Behandlungsalternativen sowie die mit der Behandlung verbundenen Risiken aufgeklärt wird. Bei der Beurteilung, über welche Risiken aufzuklären ist, können sich die behandelnden Ärzte daran orientieren, ob es sich um ein nicht ganz seltenes Risiko handelt, ob dieses Risiko lebensbedrohend ist oder wichtige Körperfunktionen betrifft, wie schwer die mögliche Komplikation wiegt, welches Gewicht das Risiko in Hinblick auf die zukünftige Lebensführung des Patienten hat, ob es sich um eine vorübergehende Beeinträchtigung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung handelt und wie die gesundheitliche Entwicklung des Patienten bei Unterbleiben des Eingriffs weitergehen wird.

Korrespondenzadresse:

Dr. Monika Ploier

*p. A. CMS Reich-Rohrwig Hainz Rechtsanwälte GmbH
A-1010 Wien, Ebendorferstraße 3*

E-Mail: monika.ploier@cms-rrh.com

¹² OGH 4 Ob 509/95.

¹³ U. a. OGH 28.2.2001, 7 Ob 233/00s.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

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](#)