Journal für
Gynäkologische Endokrinologie

Gynäkologie · Kontrazeption · Menopause · Reproduktionsmedizin

Die Rolle des Operationsberichtes im Schadensfall

Girardi F

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2009; 3 (1)

(Ausgabe für Österreich), 30-33

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 DOAJ DIRECTORY OF OPEN ACCESS JOURNALS

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. GZ07Z037636M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, 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

Die Rolle des Operationsberichtes im Schadensfall

F. Girardi

Gesetzliche Voraussetzungen

Das Verfassen des Operationsberichtes ist im Krankenanstaltengesetz des zuständigen Bundeslandes geregelt. Beispielhaft wird das Wiener Krankenanstaltengesetz (KAG) 1987 herangezogen. Im Wiener KAG steht unter § 17 Abs. 1 lit. c: „Die Krankenanstalten sind verpflichtet, über Operationen eigene Operationsvorschriften zu führen und der Krankengeschichte beizulegen."

Weitere Vorschriften über den Inhalt der Operationsprotokolle, den Zeitpunkt der Abfassung derselben und zur Frage, ob es eines eigenen Anästhesieprotokolls bedarf oder ein solches Teil des Operationsprotokolls ist, finden sich nicht im Gesetz. Wohl aber heißt es dann unter § 7 Abs. 1: „Die Führung der Krankengeschichte obliegt hinsichtlich der Aufzeichnungen dem für die ärztliche Behandlung verantwortlichen Arzt."

Die Praxis hat daraus abgeleitet, dass die Krankengeschichte von jenem zur selbständigen Berufsausübung befugten Krankenhausarzt zu verfassen und zu unterzeichnen ist, der für die Behandlung des Patienten zuständig und verantwortlich war. In jedem Fall hat aber der Leiter der zuständigen Fachabteilung oder des Instituts, an dem die Behandlung erfolgt ist, die Krankengeschichte mit zu unterzeichnen.

Für das Operationsprotokoll gilt der zweite Teil der oben genannten Bestimmung, nach welcher jener Arzt verantwortlich und zuständig für die Abfassung ist, der für die Ausführung der Operation verantwortlich war. Es ist dies der Operateur oder, falls es sich um die Operation eines Arztes in Ausbildung zum Facharzt handelt, die unter Aufsicht eines Facharztes vorgenommen wurde, der diese Aufsicht durchführende Arzt.

Diese Fragen stehen praktisch außer Streit, obwohl sie zum Teil nicht im Gesetz ausdrücklich geregelt sind. Hinsichtlich der übrigen, mit der Abfassung und Verwertung der Operationsprotokolle verbundenen Fragen geben Schrifttum und Rechtsprechung in Österreich bei fast gleicher Rechtslage in Deutschland Auskunft.

Die nachfolgenden Punkte wurden mit juristischer Beratung durch den em. Rechtsanwalt Prof. Dr. Alfred Haslinger zusammengestellt.

Es ist sowohl in Österreich als auch in Deutschland einhellige Rechtsprechung, dass in der Krankengeschichte auch eine kurze Aufzeichnung über die Tatsache der erfolgten Aufklärung, die Operationseinwilligung des Patienten und der Vermerk aufzunehmen ist, warum diese nicht eingeholt worden ist (z. B. wegen Bewusstlosigkeit des Patienten oder Unaufschiebbarkeit des operativen Eingriffes), sowie ob eine solche Verfügung vorliegt, auf welche Bedacht genommen wurde.

Es heißt nämlich im Wiener KAG unter § 17 Abs. 1 lit. e: „Bei der Führung der Krankengeschichte sind Verfügungen des Patienten, durch die dieser für den Fall des Verlustes der Handlungsfähigkeit das Unterbleiben bestimmter Behandlungsmethoden wünscht, zu dokumentieren, um darauf bei allfälligen künftigen medizinischen Entscheidungen Bedacht nehmen zu können."

Sollte nur eine eingeschränkte Einwilligung gegeben werden, ist diese zu dokumentieren und zu beachten. Dazu ein Beispiel: Wenn der Patient Zeuge Jehovas ist und erklärt, in jede Behandlung einzuwilligen mit der Einschränkung, dass weder Fremdblut noch Eigenblut für die ärztliche Behandlung herangezogen werden darf, das sich vorübergehend außerhalb seines Körpers befunden hat, ist das zu respektieren. Ist der Operateur der Meinung, dass er ohne Fremdblut und außerhalb des Körpers gelagertes Eigenblut des Patienten wahrscheinlich nicht auskommen wird, dann ist er berechtigt (und verpflichtet), den Eingriff überhaupt abzulehnen, wenn er nicht durch einen Eingriff ersetzt werden kann, der einerseits die Anwendung der Blutgabe nicht erfordert oder andererseits doch zum therapeutischen Erfolg führt. Allerdings ist all das in der Krankengeschichte zu dokumentieren.

Erfolgt der operative Eingriff ohne Einwilligung des Patienten oder gegen seinen erklärten Willen (wenn auch im Interesse seiner Gesundheit), so ist der Operateur nicht nur nach § 110 Strafgesetzbuch strafbar, sondern es entfällt auch die Leistungspflicht seiner Haftpflichtversicherung, die nur bei erlaubten Eingriffen, auch wenn diese schuldhaft erfolgt sind, wirksam ist.

Nirgends gibt es eine Vorschrift, wo für den Abschluss der Krankengeschichte und daher auch des Operationsprotokolls eine bestimmte Frist vorgesehen wird. Es ist aber auch ein ungeschriebenes Gesetz, dass sowohl die Abfassung des Operationsprotokolls als auch der Krankengeschichte unverzüglich zu erfolgen hat, das heißt also ohne unnötigen Aufschub. Aus der deutschen Rechtsprechung sind Fälle bekannt, wo die Abfassung des Operationsberichtes in einem Fall zwei Jahre nach dem Eingriff, im anderen Fall erst drei Jahre nach dem Eingriff erfolgte. In beiden Fällen haben die zuständigen Gerichte diesen Operationsberichten jegliche Beweiskraft aberkannt, weil nach so langer Zeit die Sicherheit für die Richtigkeit keineswegs gegeben erscheint.

Ansonsten ist erfahrungsgemäß eine formal richtig ausgestellte Krankengeschichte und auch ein richtiges Operationsprotokoll sowie ein richtiges Anästhesieprotokoll zwar nicht als öffentliche Urkunde geltend, ihr kommt aber doch die Beweiskraft einer solchen zu. Das heißt also, es wird jede Eintragung in der Krankengeschichte und auch im Operationsprotokoll als richtig angenommen, bis der Beweis des Gegenteils erbracht ist. Umgekehrt wiederum gilt, dass ein Vorgang nicht erfolgt ist, wenn er in der Krankengeschichte nicht ausdrücklich festgehalten wurde. Es geht hier aber nicht um die tägliche Verrichtung beim Patienten, sondern um bestimmte therapeutische und diagnostische Eingriffe, deren Tatsache und Ergebnis in der Krankengeschichte festzuhalten ist. Die Rechtsprechung ist sogar so weit gegangen und bleibt jetzt offenbar

For personal use only. Not to be reproduced without permission of Krause & Pachernegg GmbH.

dabei, dass bei fehlenden Angaben in der Krankengeschichte oder unrichtigen (auch irrtümlichen) Eintragungen in derselben der Krankenhausträger die Beweislast hat, dass sein Personal ordnungsgemäß gearbeitet hat. Kann dieser Beweis nicht erbracht werden, weil man entweder nicht mehr feststellen kann, wer diesen Eingriff gemacht hat oder weil er in einem Dokument nicht festgehalten ist, dann hat der Krankenhausrechtsträger Schadenersatz zu leisten, ohne dass es eines Schuldensnachweises bedarf.

Ein Krankenhausbediensteter, der vorsätzlich eine falsche Eintragung in die Krankengeschichte vornimmt, um sein eigenes Fehlverhalten oder den Fehler eines anderen zu decken, wird wegen Betruges unter Anklage gestellt werden und auch verurteilt, wie sich in einem entsprechenden Fall gezeigt hat.

Im Wiener Krankenanstaltengesetz findet sich außerdem unter § 17 Abs. 2: „Krankengeschichten und stationär aufgenommene Patienten und Operationsniederschriften sind bei ihrem Abschluss vom behandelnden Arzt, der für den Inhalt verantwortlich ist, und vom Abteilungsleiter zu unterfertigen."

Dieser Absatz wird im Krankenanstaltengesetz der einzelnen Bundesländer unterschiedlich ausgewiesen. In der Tabelle 1 ist ersichtlich, in welchen Bundesländern der Operateur und der Primar verpflichtet sind, das Operationsprotokoll zu unterschreiben, und in welchen Bundesländern nur der Operateur unterschreiben muss. Im Tiroler KAG sind keine Angaben vermerkt.

Die folgenden Beispiele zeigen, welchen Einfluss unklar verfasste Operationsberichte auf den Ausgang von Prozessen bzw. Schiedsstellenverhandlungen genommen haben.

Tabelle 1: Unterschiedliche gesetzliche Regelungen in den KAGs der Bundesländer, wer den Operationsbericht zu unterzeichnen hat.

Niederösterreich	Operateur
Burgenland	Operateur
Oberösterreich	Operateur
Wien	Operateur und Primar
Salzburg	Operateur und Primar
Vorarlberg	Operateur und Primar
Steiermark	Operateur und Primar
Kärnten	Operateur und Primar
Tirol	keine Regelung

Fallbericht 1

Operationsbericht

Indikation: TU abdominis
Operation: Exstirpatio uteri et adnex. bil. per Pfannenstiellaparotomie
Fecit: Dr. X, Dr. Y, Dr. Z
Narkose: OA Dr. XX
Instr.: Sr. Gabi
Befund: Pfannenstiellaparotomie, nach Eröffnung des Abdomens zeigt sich ein etwa orangengroßes solides Fibroadenom des li. Ovars. Der Uterus klein myomatös vergrößert, die linke Adnexe unauffällig.
Es wird in allen Phasen und in typischer Weise eine abdominelle Hysterektomie unter Mitnahme beider Adnexe durchgeführt. Schichtweiser Bauchdeckenverschluss nach Einlegen einer Drainage. Hautklammerung. Insgesamt komplikationsloser Verlauf.
Dkt. Dr. X i. A. (Unterschrift unleserlich; nicht der Operateur)

Kommentar

Im Fall 1 war als Erstes die Beurteilung der linken Adnexe missverständlich: In einem Absatz wird ein Fibroadenom des linken Ovars beschrieben und in der nächsten Zeile dieses als völlig unauffällig dokumentiert.

In der weiteren Folge wurde in diesem Fall auswärts eine während des stationären Aufenthaltes unerkannt gebliebene Blasenläsion diagnostiziert, die in der weiteren Folge zu einer Blasen-Scheidenfistel führte, die operativ korrigiert werden musste.

Die Patientin wendete sich an die Schiedsstelle und verlangte einen Schadensersatz für die nicht erkannte Komplikation. Bei der Schiedsstellenverhandlung wurde der klagenden Partei ein Schadensersatz zugebilligt. In der Begründung hieß es: „Der Operateur war nicht in der Lage, die geforderte Sorgfaltspflicht zu belegen". Aus der widersprüchlichen Verfassung des Operationsberichtes ist nicht nachvollziehbar, wie Gebärmutter und die Adnexe chirurgisch entfernt worden waren. Die Verfassung des Operationsberichtes wurde als „schlampig" beurteilt. Dazu kommt, dass die gutachterliche Beurteilung die Formulierung „in allen Phasen Hysterektomie in typischer Weise" kritisch hinterfragte, da es eine Vielfalt von Operationstechniken zur Entfernung der Gebärmutter gibt. Außerdem stellte der Gutachter fest, dass bei dem beschriebenen völlig unauffälligen und übersichtlichen Situs eine Verletzung der Harnblase hätte bemerkt werden müssen. Schließlich hätte der Operateur die Blasenläsion durch die intraoperative Beurteilung des Harnes erkennen können. Spätestens nach Verschluss des Abdomens wäre die Qualität des Harnes zu dokumentieren gewesen.

Fallbericht 2

Operationsbericht

Diagnosen: Vesikovaginale Fistel bei Zustand nach abdomineller Hysterektomie
Operation: Präoperativ wurde durch Auffüllen der Blase eine Fistel am Scheidenende verifiziert. Es wird nun gemeinsam mit dem Urologen die Operation durchgeführt.
Eröffnen des Abdomens im Bereiche der alten Pfannenstielnarbe. Einige Adhäsionen werden gelöst. Präparation der Blase und Präparation des Scheidenstumpfes. Eine weitere Abpräparation der Scheide vom Blasenboden ist nicht möglich, daher Eröffnen der Harnblase und transvesikales weiteres Vorgehen. Sondieren des Fistelganges und Einlegen eines dünnen Katheters. Die Ureteren-Ostien befinden sich 2 cm distal des Fistelganges. Jetzt kann die Blase von der Scheide abpräpariert werden. Der Fistelgang in der Scheide wird ebenfalls reseziert. Die Scheide wird einschichtig mit Einzelknopfnähten verschlossen. Interponieren eines kleinen Fettlappens und 2-schichtiger Verschluss der Blase. Einlegen

eines suprapubischen DKs. Weiterer Verschluss der Harnblase.
Dichtigkeitsprobe durch Auffüllen mit verdünnter Betaisodonalösung. Eine leake Stelle wird übernäht. Spülung. Einlegen eines Robinsondrains in den Douglas. Schichtweiser Verschluss der Bauchdecke.
Diktiert: Dr. X (Gynäkologe)

Kommentar

Im Fall 2 kam es nach dem im Operationsbericht geschilderten Eingriff zu einer neuerlichen vesikovaginalen Fistel, weshalb sich die Patientin an die Schiedsstelle wandte.

Aufgrund der gutachterlichen Beurteilung wurde der Patientin ein Schadensersatz zugestanden, da folgende Punkte des Operationsberichtes beanstandet wurden:

- Es ist während der gesamten Operation nicht klar, wer von den beiden Operateuren welche Operationsschritte gesetzt hat und wer die Verantwortung getragen hat.
- Es wurde die Beschaffenheit der Adhäsionen nicht beschrieben und es ist nicht nachvollziehbar, wie die Adhäsionen gelöst wurden.
- Der entfernte Fistelgang wurde nicht histologisch untersucht. Der Operationsakt des Interponierens eines Fettlappens wurde nicht ausreichend klar beschrieben (der Operationsbericht wurde offensichtlich nicht durchgelesen, sonst wäre der Tippfehler aufgefallen).

Der Patientin wurde ein Schadensersatz zugesprochen. Grundlage der Begründung war der nicht nachvollziehbare Op-Bericht. Die Kommission folgte in allen Punkten der kritischen Beurteilung des Gutachters.

Fallbericht 3

Operationsbericht

Fecit: Prof. NN, Prof. NN, Dr. NN
Instr.: Sr. Gabi
Narkose: Dr. X
Anhaken der Portio mit Hilfe von 3 Kugelzangen, Circumcision, Abschieben der Blase nach cranial, Abschieben der Vaginalwand nach lateral. Anschließend wird versucht, den Douglas zu eröffnen. Palpatorisch hat sich schon der Verdacht auf eine Douglasverlötung geäußert, dieses ist somit bestätigt. Es wird nunmehr versucht, den Uterus nach Eröffnen der Plica vesicouterina digital zu umtasten und somit digital von über oben kommend den Douglas zu entfalten. Nach digital/rektaler Kontrolle wird an der Uterushinterwand versucht, den Douglas zu eröffnen. Dieses gelingt nicht, jedoch wird das Ligamentum sacrouterinum beidseits über krumme Klemmen abgesetzt, die Uterina beidseits dechampiert, durchtrennt. Anschließend der Uterus median gespalten und nachdem somit mehr Platz geschaffen wird, das Peritoneum im Douglas dargestellt. Setzen des Uterus über zwei krumme Klemmen. Klemmenersatz. Die somit entstandene Schürfblutung, Adhäsiolyse Uterushinterwand, Douglas, wird jetzt teilweise koaguliert. Anschließend mit einem Tachocombvlies gedeckt. Nochmalige digitale/rektale Kontrolle o. B. Beide Ovarien komplett unauffällig, beide Tuben komplett unauffällig, kein Hinweis auf tiefsitzende Endometrioseherde. Anschließend Einbindungsnähte der Parametrienstümpfe und der Adnexstümpfe in die Scheidenwand. Verschluss des Peritoneums, primärer Scheidenverschluss.
Keine nennenswerte Blutung, Streifentamponade

Op-Bericht der Revisionsoperation

Prof. XX, Prof. YY, Dr. Z
Narkose: Prof. NN
Eröffnen des Abdomens. Mediane Unterbauchlaparotomie. Es finden sich Massen von Blut im gesamten Abdomen. Wie schon vom Ultraschall her beschrieben auch der ganze Oberbauch massiv mit Blut durchtränkt. Es wird begonnen, das Abdomen zu spülen und Blut abzusaugen. Nach einer gewissen Zeit ist es möglich, auf den Unterbauch Einsicht zu nehmen. Es zeigt sich eine deutliche Blutung, und zwar retroperitoneal links und im Bereich des Scheidenstumpfes, wobei der Scheidenstumpf nicht erkennbar ist, da Blase und Rektum zum Teil miteinander vernäht sind, zum Teil durch Endometriose verbacken sind. Es wird nun versucht, durch Dechampierung der Ligamenta rotunda links und rechts retroperitoneal den Scheidenstumpf aufzusuchen. Dies gelingt nur mühsam. Anschließend Fassen des Scheidenstumpfes mit Sekandklemmen. Abschieben der Blase im vorderen Scheidenbereich. Richtung Rektum hin zeigt sich eine großflächige Wundfläche, wobei das Peritoneum im Bereich des Rektums an vielen Stellen fehlt. Zusätzlich zahlreiche Blutungen in diesem Bereich. Es wird versucht, einzeln zu umstechen, das gelingt auch größtenteils. Anschließend Übergehen auf den Retroperitonealraum links, deutliche Blutungen, besonders im Bereich der Parametrien, die an die Scheidenhaut links angrenzen. Deshalb Aufsuchen des Ureters links, dies gelingt in dem blutig durchtränkten Gewebe nur sehr schwer. Verfolgen des Ureters Richtung Uretertunnel. Es werden zahlreiche Umstechungen durchgeführt, die noch keine komplette Blutstillung erreichen. Deshalb wird der Entschluss zur Ligatur der Arteria iliaca interna gefasst. Diese wird mit zwei Fäden der Stärke 0 doppelt ligiert. Daraufhin deutliches Nachlassen der Blutung im Scheidenstumpfbereich. Der Bereich zwischen Rektum und Scheidenhinterwand wird neuerlich umstochen. Zusätzlich nun Einlage von einem großen und zwei kleinen Tachocomb und einem Tabotamp in diesem Bereich. Es zeigt sich nun keinerlei Hinweis mehr auf Blutungsquellen. Exakte Spülung des Abdomens, bei der neuerlich große Mengen Blut auch aus dem Oberbauch sichtbar werden. Nach zahlreichen Spülungen wird das Spülwasser jedoch hell und keine frischen Blutungen sind nachweisbar. Im Bereich der Wundfläche, im Bereich des Scheidenstumpfes, der wieder neu vernäht wird, wird eine Sigmadeckung durchgeführt. Exakte Positionierung des Darmes und des Netzes. Einlegen eines Bauchdrains. Bauchdeckenverschluss mit Maxonschlinge, Klammern. Es zeigt sich am Ende der Operation noch deutlich blutig tingierte Spülflüssigkeit im Drain, was nicht verwunderlich ist, da große Mengen Spülflüssigkeit verwendet wurden. Intraoperativ erhält die Patientin 5 Blutkonserven und beim Verschluss der Bauchdecke scheint die Blutgerinnung etwas beeinträchtigt zu sein! Deshalb er-

hält die Patientin am Ende der Operation auch ein Thrombozytenkonzentrat. Patientin verlässt in gutem Allgemeinzustand den Operationssaal. Hämatokritkontrolle kurzfristig vorgesehen. Präparate ad Histo. Adnexektomie links war nicht zu umgehen aufgrund der Endometriose und der Verwachsungen mit dem Rektum und der seitlichen Beckenwand.

Kommentar

Im Fall 3 wurde der klagenden Partei vom Gericht ein Schadensersatz zugestanden, u. a. auch wegen der unklar verfassten Operationsberichte:

Im ersten Op-Bericht ist nicht vermerkt,

- ob vor der Operation die Blase entleert worden war oder ob bei liegendem Dauerkatheter operiert wurde.
- Die Narkoseuntersuchung wurde gemacht, aber nicht am Anfang des Op-Berichtes diktiert.
- Der Op-Bericht wurde nicht oder nicht sorgfältig durchgelesen, sonst wäre das unverständliche „Setzen" des Uterus aufgefallen und korrigiert worden.
- Die Einschätzung des intraoperativen Blutverlustes war offensichtlich unkritisch gewesen; das postoperative Blutbild weist eine erhebliche Blutungsanämie auf: BB-Kontrolle: Ery 1,9 Mio; Hb 6,2 g %; Hk 24,1 %.

Aufgrund der Anämie und des postoperativen sonographischen Befundes (freie Flüssigkeit im Abdomen) wurde die Patientin notfallsmäßig revidiert. Der Op-Bericht weist Unklarheiten auf, die vom Gutachter aufgezeigt wurden:

- Die rechte Tube wurde entfernt, aber es fehlt die Beschreibung der rechten Adnexe. Dieser Operationsakt ist im Operationsbericht nicht vermerkt und es stellte sich die Frage nach der Indikation.
- Der Katheterharn wurde weder vor noch während der Operationen beschrieben. Auch nach Beendigung der Revisionsoperation fehlt die Beurteilung der Harnqualität.

Die Patientin erlitt drei Tage nach den beiden Operationen eine Harnstauungsniere rechts. Aufgrund der Operationsberichte war nicht zu klären, ob dieser Umstand bei der ersten Operation oder bei der Revisionsoperation eingetreten ist.

Das Gericht gab der klagenden Partei Recht und begründete das Urteil unter anderem damit, dass die Op-Berichte nicht ausreichend nachvollziehbar ausgeführt waren und die beklagten Ärzte nicht beweisen konnten, dass sie in allen Phasen der Operationen der geforderten Sorgfaltspflicht nachgekommen waren.

Anregungen

1. Operationsbericht durchlesen, ausbessern und vidieren.
2. Operationssitus unter besonderer Berücksichtigung allfälliger Pathologie beschreiben.
3. Bei der Beschreibung des Operationsverlaufes auf Nachvollziehbarkeit achten und allfällige Komplikationen wie Blutungen, Organverletzungen beschreiben.
4. Nicht korrekt funktionierende Instrumente anführen. Das gilt besonders für stromführende Instrumente.
5. Änderungen der geplanten Operation gegenüber der vereinbarten Vorgangsweise beschreiben und begründen.
6. Beschreibung der Nachbarorgane vor Bauchdeckenverschluss (Darm, Harnleiter, Harnqualität).

Korrespondenzadresse:
Prim. Univ.-Prof. Dr. Frank Girardi
Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe
Landesklinikum Thermenregion Baden
A-2500 Baden, Wimmergasse 19
E-Mail: frank.girardi@meduni-graz.at;
frank.girardi@baden.lknoe.at

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**