

Die ärztliche Aufklärung

Ein Service der

Wienke & Becker – Köln®

Rechtsanwälte

Rechtsanwalt Olaf Walter

Bonner Straße 323

50968 Köln

Tel. 0221/3765-30

Fax: 0221/3765-312

OWalter@Kanzlei-WBK.de

www.Kanzlei-WBK.de

Die ärztliche Aufklärung

Insbesondere Aufklärung über Arzneimittel und Aufklärung im Wege von Patienteninformationssystemen

I. Einleitung

Die Pflicht des Arztes, den Patienten über die Diagnose, den Verlauf und die Therapie einer bestimmten Erkrankung aufzuklären, wurzelt in der verfassungsrechtlich verbrieften Patientenautonomie. In Artikel 1 Abs. 1 und Artikel 2 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 des Grundgesetzes sind die Verfassungsprinzipien, die zur Achtung und zum Schutz der Würde und der Freiheit des Menschen und seines Rechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit verpflichten. Die Rechtsprechung verwirklicht diese Grundsätze, indem sie die Wirksamkeit der Einwilligung von einer pflichtgemäßen und sämtlichen Anforderungen genügenden Aufklärung abhängig macht. Spezialgesetzlich ist diese Aufklärungspflicht bislang noch nicht in eine Rechtsnorm gegossen worden. Lediglich das Kastrationsgesetz, das Arzneimittelgesetz, das Transfusionsgesetz und das Transplantationsgesetz bieten spezielle Vorschriften zur Einwilligung und Aufklärung. Eine allgemeine Klausel ist darüber hinaus in § 8 der Musterberufsordnung für Ärzte enthalten.

Im Übrigen ergibt sich die Pflicht zur Aufklärung aus dem Behandlungsvertrag, nach welchem der Arzt den Patienten als selbst verantwortlichen Partner im Respekt vor dessen persönlichen Rechten annehmen soll, um ihm Rat und Hilfe zu geben.

Die Arten der Aufklärung lassen sich im einzelnen unterteilen in die therapeutische Aufklärung (Sicherungsaufklärung), die Selbstbestimmungsaufklärung, welche sich wiederum in die Diagnoseaufklärung, Verlaufsaufklärung und die Risikoaufklärung unterteilt.

II. Die Aufklärungsformen im einzelnen

1. Therapeutische Aufklärung (Sicherungsaufklärung)

Die therapeutische Aufklärung bzw. Sicherungsaufklärung bezeichnet die Pflicht des Arztes, den Patienten auf bestimmte Maßnahmen zur Sicherung des Heilungserfolges (BGH NJW 1987, 705) hinzuweisen. Als Beispiele seien hier Hinweise genannt, die eine schonende Lebensweise, eine Diät oder Enthaltensamkeit beinhalten. Zumeist setzt die therapeutische Sicherungsaufklärung erst nach Vornahme eines bestimmten Eingriffs ein und dient dem Zweck, den Patienten zu einem therapiegerechten Verhalten im Interesse des Heilungserfolgs zu veranlassen. Die Pflicht zur therapeutischen Aufklärung ist insbesondere in den Fällen dringlich einzustufen, in denen der Kranke sich einem gebotenen diagnostischen oder therapeutischen Eingriff nicht unterziehen will. Hier hat der Arzt nach der Auffassung des BGH (BGH VersR 1954, 98 f.) alles nach der Sachlage Gebotene zu unternehmen, damit der Patient seine Weigerung aufgibt und seine Einwilligung zu notwendigen ärztlichen Eingriffen erteilt. Ändert dies an der ernsthaften Weigerung des

Patienten nichts, so hat der Arzt selbstverständlich die Auffassung des Patienten zu respektieren.

Die Verletzung der Pflicht zur therapeutischen Sicherungsaufklärung wird als Behandlungsfehler eingestuft. Hierbei hat der Patient, wie bei jedem anderen Behandlungsfehler auch, grundsätzlich den Beweis der Ursächlichkeit der unterlassenen Aufklärung für den erlittenen Schaden zu führen. Ist das Versäumnis bei der Beratung bzw. Aufklärung als grob einzustufen, so greifen auch hier die von der Judikatur entwickelten Grundsätze der Beweislastumkehr mit der Folge, dass sich der Arzt durch einen entsprechenden Nachweis von der antizipierten Annahme eines groben Behandlungsfehlers entlasten muss.

Inhaltlich muss die therapeutische Sicherungsaufklärung so gestaltet sein, dass der Patient durch Schutz- und Warnhinweise zur Mitwirkung an der Heilung und der Vermeidung möglicher Selbstgefährdung veranlasst wird. So muss der Arzt den Patienten über die Notwendigkeit einer Behandlung, die bei der Nachsorge zu beachtenden Gegebenheiten sowie über die Medikamentierung und die durch den vorliegenden Krankheitszustand gebotene Lebensweise unterrichten.

Dazu gehören auch Hinweise darauf, welche Gefahren entstehen, wenn der Patient die erforderlichen Maßnahmen oder Anordnungen nicht befolgt. Letzteres gilt jedoch nur in den Fällen, in denen sich der Patient erkennbar weigert, die angeratenen Maßnahmen auch wirklich zu beachten.

Verlässt etwa ein Patient auf eigenen Wunsch nach einer Herzkatheter-Untersuchung trotz möglicherweise auftretender Komplikationen die Klinik, ohne die angeratene stationäre Nachbeobachtung wahrzunehmen, so muss sowohl der Patient als auch dessen Hausarzt über die Gefahr etwaiger Komplikationen unterrichtet werden (BGH NJW 1981, 2513).

Aktuelle Problematik:

Sicherungsaufklärung bei Medikation

Verschreibt oder verabreicht der behandelnde Arzt seinem Patienten ein Medikament, so wird der Mediziner hierdurch verpflichtet, den Patienten über Dosis, Unverträglichkeit und Nebenfolgen des Präparats ins Bild zu setzen. Je gefährlicher das Medikament ist, desto weiter reichen die ärztlichen Instruktionspflichten. Als weitere Pflichten können aus der Verordnung eines gefährlichen Medikaments die Sicherstellung geeigneter Maßnahmen, erforderlichenfalls eine ärztliche Überwachung, durch welche eine schonende Applikation sichergestellt wird, resultieren.

Untersuchungen zur Regelmäßigkeit verordneter Medikamente bei stationären Patienten zeigten, dass zahlreichen Kranken die Bereitschaft fehlt, ärztlichen Maßnahmen zu folgen (Laufs, NJW 1981, 1289). Insofern werden vom Arzt beim therapeutischen Zusammenwirken mit dem Patienten verständliche und nachhaltige Hinweise auf die Applikation der Medikamente verlangt.

Die Tatsache, dass jeder Medikamentenpackung ein Beipackzettel beigelegt ist, vermag die therapeutische Aufklärung durch den Arzt entfallen zu lassen. Erst recht vermag ein pflichtiger Hinweis des Arztes gegenüber seinen Patienten nicht, ihn von der Aufklärung über mögliche Risiken und Nebenwirkungen des Präparats zu entbinden. Häufig reicht das Lesen des Beipackzettels durch den Kranken nicht aus, da der Patient sowohl im Interesse seines Selbstbestimmungsrechts wie auch seines gesundheitlichen Wohls auf ergänzende mündliche Aufschlüsse durch den behandelnden Arzt angewiesen bleibt. Die Lebenserfahrung zeigt hierbei, dass die Arzneimittelproduzenten pflichtgemäß sämtliche auch nur im entferntesten denkbaren Nebenwirkungen in den Beipackzettel aufgenommen haben, so dass viele Patienten durch die teilweise erheblichen Nebenwirkungen und Komplikationen von der Einnahme des Medikaments abgehalten werden. An dieser Stelle bedarf es erläuternder Ergänzungen des behandelnden Arztes, um so die notwendige Medikation sicherzustellen.

Im Zusammenhang mit der Medikations-Aufklärung verletzt der Arzt beispielsweise seine Sorgfalts- und Aufklärungspflicht, wenn er es unterlässt, seinen Patienten auf mögliche Gefahren hinzuweisen, die sich aus der Benutzung eines Kraftwagens bei gleichzeitiger Einnahme eines bestimmten Medikaments ergeben

können. Zur Aufklärung gehört mithin der Hinweis auf die verminderte Fahrtüchtigkeit infolge einer bestimmten Medikation (vgl. BGH NJW 1995, 1609). Ebenso muss eine Belehrung über solche Risiken, die Kontaktpersonen eines unter Lebendviren geimpften Säuglings erwachsen, sowie über Vorsichtsmaßnahmen, die zur Vermeidung einer Ansteckung getroffen werden können, erfolgen (BGH NJW 1994, 3012).

In den Bereich der Sicherungsaufklärung gehören auch die Informationen über die Diagnose. Diagnostische Aufschlüsse schuldet der Arzt seinem Patienten etwa dann, wenn es gilt, diesen nicht zur Infektionsquelle zum Nachteil Angehöriger oder anderer Dritter werden zu lassen (BGH NJW 1994, 3012).

Allgemein gilt, dass der Umfang der Instruktionspflicht bei der therapeutischen Aufk

als unbedeutend ansähe. Entscheidend ist somit, was für einen verständigen Menschen zu wissen nötig und zumutbar ist, so dass er fundiert über die Vornahme einer Operation entscheiden kann.

Der Arzt wird regelmäßig dazu tendieren, zwischen der medizinischen Indikation und der Entscheidung eines einsichtigen Patienten keinen wesentlichen Unterschied zu sehen; demgegenüber betont die Rechtswissenschaft die Selbstverantwortung des Kranken und in der Folge die Bedeutsamkeit der Aufklärung bei jedem Eingriff. Allerdings darf hierbei nicht unberücksichtigt bleiben, dass bei einem bedrohlichen Krankheitsbild und einer vorgeschlagenen komplexen Therapie der Patient darauf angewiesen ist, vom Arzt intellektuell und psychologisch zu dem aus medizinischer Sicht richtigen Entschluss geführt zu werden.

Der Kern der Selbstbestimmungsaufklärung wird der Risikoaufklärung zugerechnet. Hinzu treten die Diagnose- und Verlaufsaufklärung, wobei die verschiedenen Arten der Aufklärung durchaus fließend ineinander übergehen. Denkbar ist etwa, dass der Patient schon vor einem Eingriff therapeutische Informationen erhält, um überhaupt entscheiden zu können, ob er bestimmte Lasten, die sich an den Eingriff anschließen, überhaupt auf sich nehmen will.

a) Diagnoseaufklärung

Die Diagnoseaufklärung beinhaltet regelmäßig die Information des Patienten über einen medizinischen Befund. Der Patient muss erfahren, dass er krank ist und an welcher Krankheit er leidet. In Fällen einer schweren Erkrankung und in Fausterprognose???? ist es nicht immer notwendig, dass der Arzt die Diagnose voll eröffnet. Dies gilt auch dann, wenn eine Kontraindikation nicht vorliegt. Vielmehr empfiehlt sich in solchen Fällen die Nichtaufklärung zu Gunsten des Patienten. Denkbar sind solche Fälle insbesondere bei Krebsleiden oder für tödliche, nicht mehr behandelbare Krankheiten. Die volle Mitteilung der Diagnose erweist sich aber in solchen Fällen als geboten, in denen der Patient nur bei Kenntnis der Diagnose eine Therapie antritt. Auch ernsthafte Fragen des Erkrankten, etwa zur familiären oder beruflichen Vorsorge, können den Arzt zu diagnostischen Auskünften verpflichten.

Mit unsicheren, nicht erwiesenen oder unbestätigten Verdachtsdiagnosen darf der Arzt den Patienten grundsätzlich nicht beschweren. Dementsprechend hat der BGH entschieden, dass Verdachtsdiagnosen in den Krankenunterlagen der Einsicht des Patienten entzogen sein müssen (BGH NJW 1983, 328). So ist eine Diagnoseaufklärung jedenfalls dann unzulässig, wenn für den mitgeteilten Befund keine hinreichende tatsächliche Grundlage besteht, er für den Laien auf eine schwere Erkrankung schließen lässt und der Patient in psychischer Hinsicht zu Überreaktionen neigt (OLG Köln, MedR 1988, 184 – Veränderung im Hirnbereich).

b) Verlaufsaufklärung

Die Verlaufsaufklärung soll den Patienten über die Art, den Umfang und die Durchführung des beabsichtigten Eingriffs unterrichten. Der Arzt muss den Patienten darüber informieren, was mit ihm geschehen soll und wie seine Krankheit voraussichtlich verlaufen wird, wenn er dem Eingriff nicht zustimmt. Nach gefestigter Judikatur soll der Arzt das Wesen des Eingriffs im Großen und Ganzen erläutern.

Zur Verlaufsaufklärung gehört auch die Information über sichere Eingriffsfolgen, also beispielsweise über Operationsnarben oder die Unfruchtbarkeit als Folge einer Gebärmutterentfernung. Auch über den zu erwartenden Zustand nach einer Operation ist der Patient zu unterrichten. Das gilt nicht nur für die Beseitigung der Krankheitsphänomene, sondern auch für voraussehbare Nebenfolgen. Zwar sind viele dieser Folgen so selbstverständlich, dass der Arzt auf einen eigenen Hinweis verzichten können (eine Lücke im Gebiss nach einer Zahnextraktion). Andererseits können jedoch auch sichere Folgen eintreten, an die der Patient nicht denkt. Insofern ist entscheidend, mit welchen Vorstellungen des Patienten der Arzt rechnen darf.

Zur Verlaufsaufklärung gehören auch Informationen über den Grad der Erfolgschancen, die Erfolgssicherheit bzw. die Versagerquote bei einem Eingriff.

Kann der Verzicht auf eine Operation eine durchaus sinnvolle Alternative sein, so hat der Arzt den

Operationsentschluss in gesteigertem Maße dem Patienten anheim zu stellen. In einem solchen Fall wird eine Information „im Großen und Ganzen“ nicht genügen. Handelt es sich bei der beabsichtigten Operation um einen Eingriff, der mit einer erheblichen Gefahr des Misserfolgs und schweren Komplikationen und Leiden beim Fehlschlag der Operation verbunden ist, dann bedarf es einer detaillierten, für den medizinischen Laien verständlichen Darlegung des Für und Wider, um sicher zu gehen, dass sich der Patient keinerlei Illusionen hingibt (BGH NJW 1981, 1319).

c) Risikoaufklärung

Durch die Risikoaufklärung soll der Patient über die Gefahren eines ärztlichen Eingriffs, insbesondere über mögliche dauernde oder vorübergehende Nebenfolgen, die sich auch bei Anwendung der gebotenen Sorgfalt und bei fehlerfreier Durchführung der Operation nicht mit Gewissheit ausschließen lassen, informiert werden. Hinsichtlich des Umfangs genügt es, wenn dem Kranken ein allgemeines Bild von Schwere und Richtung des konkreten Risikospektrums dargelegt wird. Die Gefahren brauchen nicht medizinisch exakt und nicht in allen denkbaren Erscheinungsformen dargelegt zu werden. Dabei ist jedoch zu beachten, dass über solche Risiken, die mit der Eigenart des vorgesehenen Eingriffs spezifisch verbunden sind, unabhängig von der jeweiligen Komplikationsrate aufgeklärt werden muss (Untypische???? Risiken). Bei anderen Risiken richtet sich die Notwendigkeit der Aufklärung nach der Höhe der Komplikationsrate (Atypische Risiken). Belasten seltene Risiken im Falle ihrer Verwirklichung das Leben des Patienten besonders schwer, so hat der Arzt auch über diese trotz ihrer Seltenheit aufzuklären (BGH NJW 2000, 1784 f.). Besteht die Gefahr, dass ein Fehlschlag der Operation den Zustand des Patienten statt ihn zu verbessern, erheblich verschlechtert, so muss der Arzt stets auf das Risiko des Misserfolgs hinweisen. Dabei entbindet auch die absolute Indikation einer bestimmten Operation nicht von dieser Pflicht; dies gilt auch dann, wenn bei einer Nichtbehandlung gleichartige Risiken bestehen.

Existiert eine Behandlungsmethode, die konkret eine echte Alternative mit gleichwertigen Chancen, aber andersartigen Risiken darstellt, so ist der Arzt verpflichtet, über diese Behandlungsalternative aufzuklären (z.B. Intubationsnarkose statt Periduralanästhesie). Über Behandlungsalternativen hat der Arzt insbesondere dann aufzuklären, wenn sich das Risiko durch die Wahl besserer Behandlungsbedingungen signifikant kleiner halten lässt. Auch wenn die Wahl der Behandlungsmethode zwar primär Sache des Arztes ist, soll er nicht von sich aus dem Patienten einen eigenen, selbstverantwortlichen Entschluss bei der Entscheidung zwischen mehreren therapeutischen Wegen abnehmen. Ohne ausdrückliche Nachfrage des Patienten braucht der Arzt jedoch nicht darauf hinzuweisen, dass die medizinischen Gegebenheiten beispielsweise im kommunalen Krankenhaus schlechter sind, als diejenigen einer Universitätsklinik oder dass mangels optimaler Ausstattung nicht die modernsten Methoden zum Einsatz kommen könnten (BGH NJW 1988, 763). Anderes gilt nur dann, wenn neue Verfahren sich weitgehend durchgesetzt haben und dem Patienten entscheidende Vorteile eröffnen würden (vgl. BGH a.a.O.).

Andere Maßstäbe sind bei der Aufklärung über diagnostische Eingriffe anzulegen, welche keinen eigenen therapeutischen Wert haben. Hier hat der Arzt dem Patienten selbst entfernt liegende Komplikationsmöglichkeiten in angemessener Weise darzutun. Strenge Anforderungen gelten auch für kosmetische Operationen.

III. Art und Weise der Aufklärung

Die Aufklärungspflicht trifft grundsätzlich den behandelnden Arzt, da sie einen wesentlichen Teil des Gesprächs zwischen Arzt und Patient bildet und somit zur Heilbehandlung gehört. Sollte der behandelnde Arzt die Aufklärung nicht selber durchführen, so hat er die Information des Patienten durch einen Kollegen so zu organisieren, dass sie voll gewährleistet bleibt und sich gegebenenfalls zu vergewissern, dass hinreichend aufgeklärt worden ist. Keinesfalls kann die Aufklärung auf nachgeordnetes nichtärztliches Personal delegiert werden. Denkbar ist es allenfalls, dass der behandelnde Chefarzt die Aufklärung im Rahmen einer zulässigen Delegation auf einen Assistenzarzt überträgt.

Die Verantwortung des Arztes beschränkt sich dabei grundsätzlich auf sein eigenes Fachgebiet. Dabei darf er sich grundsätzlich darauf verlassen, dass der Patient die nötigen Informationen für das andere

Fachgebiet von dem Kollegen erhalten hat. So hat der Chirurg über das Risiko der Operation einschließlich etwaiger Lagerungsschäden, der Anästhesist hingegen über das Narkoserisiko und der Strahlentherapeut über das Risiko der Bestrahlung aufzuklären. Zu beachten ist hierbei jedoch, dass sich der aufklärungspflichtige Arzt nicht darauf verlassen kann, dass etwa der einweisende Hausarzt oder vorbehandelnde Kollege dem Patienten die erforderlichen Informationen vermittelt hat. Hierfür bliebe der eigentlich aufklärungspflichtige Arzt beweisbelastet (BGH NJW 1994, 2414).

Der Adressat der Aufklärung soll grundsätzlich derjenige sei, der die Einwilligung in den Eingriff zu geben hat. Regelmäßig wird dies der erkrankte Patient selbst sein; bei Minderjährigen oder einwilligungsunfähigen Kranken hat die Aufklärung dem gesetzlichen Vertreter gegenüber zu erfolgen (Eltern, Vormund, Pfleger, Betreuer). Nach § 1904 BGB bedarf die Einwilligung des Betreuers bei ärztlichen Eingriffen, die die Gefahr des Todes oder einer schweren gesundheitlichen Schädigung mit sich bringen, der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts. Dabei wird sich das Vormundschaftsgericht vor seiner Entscheidung in der Regel durch den behandelnden Arzt über die Vor- und Nachteile des geplanten Eingriffs unterrichten lassen.

Bei entscheidungsunfähigen Minderjährigen müssen prinzipiell beide Elternteile dem Eingriff zustimmen. Allerdings besteht die Möglichkeit, dass der eine Elternteil den anderen ermächtigt, für ihn mit zu entscheiden; dann braucht der Arzt nur den jeweils ermächtigten Elternteil aufzuklären.

Der Zeitpunkt, zu dem die Aufklärung erfolgen soll, hängt jeweils von der Schwierigkeit und dem Umfang des geplanten Eingriffs ab. Grundsätzlich darf das Aufklärungsgespräch nicht zur Unzeit erfolgen und den Patienten nicht unter Entscheidungsdruck setzen. So hat eine erste Aufklärung über die Risiken des Eingriffs bereits bei der Festlegung des OP-Termins zu erfolgen (BGH MedR 1992, 277). Prinzipiell darf die Aufklärung nicht später als am Tage vor dem Eingriff erfolgen. Bei schweren oder problematischen Operationen können sogar mehrere Unterredungen notwendig sein, bei denen der Entschluss in einem Prozess gemeinsamen Bemühens heranreifen kann.

Organisatorische Schwierigkeiten eines Klinikbetriebes können niemals eine zu späte Aufklärung (Aufklärung vor der OP-Schleuse) rechtfertigen.

Vorgenannte Grundsätze gelten auch für die diagnostische Eingriffe. Es genügt somit nicht, die erforderlichen Informationen im Untersuchungsraum oder vor dessen Tür mit dem Hinweis, ohne den diagnostischen Eingriff könne die für den nächsten Tage geplante Operation nicht erfolgen (BGH NJW 1995, 2410-Myelographie).

Form der Aufklärung – Aufklärungsformulare und Patienteninformationssysteme

Die heute vielfach anzutreffende Verwendung von Aufklärungsformularen ist zwar auch von der Rechtssprechung des Bundesgerichtshofs als ergänzende Maßnahme anerkannt; jedoch hat sich in vielen Einzelfällen immer wieder gezeigt, dass erhebliche Zweifel entstehen können, ob der Patient das Merkblatt tatsächlich gelesen und – was viel wichtiger ist – ob er es auch tatsächlich verstanden hat. Ferner verleitet die Verwendung von Aufklärungsformularen regelmäßig dazu, das Aufklärungsgespräch selbst zu verkürzen oder weniger ernst zu nehmen. Außerdem müssen Merkblätter schematisch angelegt bleiben, ohne auf individuelle Eigenarten einzelner Patienten eingehen zu können. Der Arzt kann sich schließlich zu keinem Zeitpunkt auf fehlerhafte Aufklärungsmedien berufen, um damit seiner Aufklärungsobliegenheit zu entgehen. Die Patienten-Aufklärung bleibt immer allein Sache des jeweils behandelnden Arztes, so dass etwaige Fehler in hinzugezogenen Aufklärungs- und Darstellungsmedien nicht zur Enthftung des Arztes führen.

Es hat sich daher gezeigt, dass im Zuge der fortschreitenden Technik für eine nachhaltige Information der Patienten über die bevorstehenden Eingriffe andere Medien hinzugezogen werden müssen, die auch unter Ausnutzung optischer Möglichkeiten einen erheblich größeren Lerneffekt und damit eine größere Compliance und damit automatisch höhere Rechtssicherheit vermitteln. Ein gutes Beispiel hierfür bilden interaktive Patienten-Informationssysteme, die mittels Computeranimation medizinische Informationen an Patienten individuell vermitteln. Über die schriftliche Dokumentation des Aufklärungsgesprächs hinaus, die auch im Rahmen dieser multimedialen Patientenaufklärung gewährleistet ist, werden die notwendigen

Informationen optisch aufbereitet, so dass die Patienten sowohl in Bezug auf die administrativen Notwendigkeiten als auch die operativen Voraussetzungen und Risiken umfänglich, zeitgerecht und verständlich aufgeklärt werden.

Durch dieses System ist mittels der optischen Verstärkung ein sehr viel größeres Maß an Rechtssicherheit sowohl auf Seiten der Patienten als auch auf Seiten der behandelnden Ärzte gewährleistet. Der Informationstransfer nimmt einen erheblich größeren Umfang als bisher ein, so dass auch die Patientenzufriedenheit steigt und die notwendige Compliance gewährleistet ist. Die behandelnden Ärzte können darauf vertrauen, dass die Patienten auf Grundlage der multimedialen Aufklärung bereits mit einem großen Erkenntnisvorsprung in das persönliche Aufklärungsgespräch gehen, so dass die Patienten auch in der Lage sein werden, sehr viel mehr als bisher konkretere und Einzelfall bezogene Fragen zu stellen. Die damit einhergehende größere Patientenzufriedenheit wird gleichermaßen den gewachsenen Ansprüchen der modernen Informationsgesellschaft gerecht.

(C) 2004 - Alle Rechte vorbehalten

[Diese Seite drucken](#)