

JOURNAL FÜR HYPERTONIE

LEHOFER M, KRIECHBAUM N
Lebensstilmodifikation

*Journal für Hypertonie - Austrian Journal of Hypertension 2000;
4 (Sonderheft 3A), 13-18*

Homepage:

www.kup.at/hypertonie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

ZEITSCHRIFT FÜR HOCHDRUCKERKRANKUNGEN

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals für Hypertonie und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals für Hypertonie. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal

Journal für Hypertonie

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

LEBENSSTILMODIFIKATION

Lifestyle modification

Summary

Research on lifestyles is engaged with various elements of manner of living. Therefrom one can identify typical characteristics of lifestyles. Concerning health there are not specific, but non-specific mixed lifestyle-types. Barriers are the lifescript, projections, personal totalitarism, and delegation of responsibility for the own life.

Questions of changing personal lifestyles are answered by different models of health psychol-

ogy: the Health-Belief-Model, the Theory of Reasoned Action, the Protection-Motivation-Theory, the Theory of Self-efficacy, and as an integrative model the social-cognitive process-model of health oriented action. The promotion of lifestyle-modification is possible by persuasion or by change of behaviour guided stimuli. Change of behaviour needs intention.

Psychotherapeutical methods used in this field derive from cognitive-behavioural therapy.

ZUSAMMENFASSUNG

Lebensstilforschung beschäftigt sich mit den verschiedenen Elementen individueller Lebensgestaltung. Dies erlaubt auch Typisierungen. In bezug auf die Gesundheitsgewohnheiten gibt es kaum den gesund bzw. den ungesund lebenden Menschen, vielmehr Mischtypen in bezug auf den Lebensstil. Lebensstilmodifikationen sind gewöhnlich eher schwierig realisierbar: Als Barrieren erweisen sich das Lebensskript, Projektionen, Totalitätsansprüche und Delegation der Verantwortung für das eigene Leben. Die Frage, auf welche Weise wir uns ändern, wird von verschiedenen Modellen der Gesundheitspsychologie beantwortet: Das Modell der gesundheitlichen Überzeugung, die Theorie zur Handlungsveranlassung, das Modell der Gesunderhaltungsmotivation, die Theorie der Selbstwirksamkeitserwartung und, als

integrative Theorie, das sozial-kognitive Prozeßmodell gesundheitlichen Handelns. Die Förderung der Lebensstilmodifikation ist durch Überredung und Veränderung verhaltenslenkender Anreize möglich. Letztlich ist der Wille zur Verhaltensänderung notwendig. Therapeutisch werden Methoden aus der kognitiven Verhaltenstheorie eingesetzt.

EINLEITUNG

Was ist „Lebensstil“?

Die verschiedenen Elemente individueller Lebensgestaltung, wie Konsumgewohnheiten, Wertorientierungen, Ess- und Trinkgewohnheiten, körperliche Aktivität und Freizeitgewohnheiten, werden in der sozialwissenschaftlichen Literatur als Lebensstil bezeichnet [1]. Man konnte zeigen, daß die verschiedenen Elemente, die den Lebensstil einer Person ausmachen, systematische Zu-

sammenhänge aufweisen, also gewissermaßen als Syndrom auftreten [2]. Dies ermöglicht natürlich bis zu einem gewissen Umfang Typisierungen [1]. In bezug auf den Lebensstil wurden vor allem der aktive und der passive Typus postuliert. Der sogenannte passive Lebensstil (mit „typisch oral fixiertem“ Verhalten wie Rauchen, Alkoholismus, wahllosem Essen, Medikamenteneinnahme, wahlloser Einnahme optisch-akustischer Bildschirminformation) ist auf die Gesundheit bezogen riskanter und birgt weniger Möglichkeiten der Modifikation. Die wichtigsten gesundheitsbezogenen Verhaltenselemente sind Nikotin- und Alkoholeinnahme, körperliches Training und Gewichtskontrolle. In entsprechenden Studien zeigte sich, daß es nicht die beiden Typen des gesund und des ungesund lebenden Menschen gibt, sondern, daß z. B. bei nicht manuell arbeitenden Männern und bei Frauen eine ungesunde Verhaltensweise wie das Trinken alkoholischer Getränke positiv korreliert mit dem körperlichen Training, das eine Person absolviert [2]. Bei den meisten Menschen mischen sich also „gesunde“ und „ungesunde“ Lebensstilanteile.

Warum wollen/sollen wir uns ändern?

Mit dem eigenen Leben unzufrieden zu sein, gehört seit jeher zum Menschen. Teilweise wird dies subjektiv mit dem Verhalten der Mitmenschen begründet, zum Teil auch mit dem eigenen Lebensstil in Beziehung gesetzt. Nicht selten ist es auch der Rat eines Arztes mit dem Hinweis einer Gesundheitsgefährdung, der zur Lebensstiländerung motivieren soll. Auch

konkrete Leidenszustände sind imstande, bei den Betroffenen Lebensstilmodifikationen zu bewirken.

Zur Veränderung gehört immer Ambivalenz. Wir wünschen uns zutiefst, es möge alles so bleiben, wie es ist, und gleichzeitig, es möge sich sehr vieles ändern. Hier konkurrieren der Wunsch nach Beharrung und Sicherheit und der Wunsch nach Freiheit. Daher kommt es meist nicht spontan zu Veränderungen, sondern häufig auf der Grundlage eines Leidensdruckes, sozialen Druckes und/oder Suggestion. Das Leiden muß dem betroffenen Menschen nicht (vollständig) bewußt sein.

Lebensstilmodifikation [3] hat nicht selten auch mit Selbstverwirklichung zu tun. Was ist Selbstverwirklichung? Es bezeichnet die Tendenz des Menschen, seiner selbst zu entsprechen, in seinem Erleben und Verhalten, also seinem Wesen zu entsprechen. Dieses Wesen ist zweifellos in der Dialektik des Individuums und des Kollektivs, des Egoismus und des Altruismus verstehbar. Wir sind nicht selbstverwirklicht, wenn wir das tiefe Empfinden haben, „nicht richtig zu leben“. Dann wollen wir unseren Lebensstil ändern.

Vom medizinischen Standpunkt aus ist Lebensstilmodifikation schließlich nicht selten eine präventive bzw. kurative Notwendigkeit.

Warum verändern wir uns nicht?

Unsere Veränderungsmöglichkeiten werden maßgeblich von unserem Lebenskript bestimmt.

Dies wird von psychotherapeutischen Theorien postuliert. Das sogenannte Lebenskript ist so etwas wie eine unterbewußte, stets wirksame Philosophie des Menschen, die von seinem frühen Lebensgefühl in der Kindheit herührt. Die Lebenskripten hängen sehr häufig mit frühen Botschaften eines oder beider Elternteile zusammen. Wenn diese Botschaft beispielsweise heißt: „Männer bzw. Frauen sind unverlässlich“, dann kann daraus ein Lebensstil resultieren, der ein gewisses Bindungsverhalten aufweist, weitgehend unabhängig von der Erlebens- und Verhaltensweise des jeweiligen Partners. Wenn dieses Bindungsverhalten also zum Unglück des Betroffenen führt, also für ihn selbst und folglich für die Umgebung destruktiv ist, und dieser Lebensstil vom Betroffenen selbst nicht verändert werden kann, obwohl er die Destruktivität seines Verhaltens einsieht, dann kann ein hochwirksames, aber unbewußtes Lebenskript die Ursache sein.

Gegen die drohende, notwendige Veränderung kann man diverse **Abwehrstile** postulieren.

a) Das „Ja, aber“-Spiel der Transaktionsanalyse funktioniert in der Art, daß die eigenen Ängste vor der Veränderung nicht eingestanden, sondern auf äußere Gründe in der Umgebung zurückgeführt werden [3]. – Weil du so bist, wie du bist, weil du so denkst, erlebst, darum kann ich mich nicht ändern.

b) Viele Menschen haben den Drang, sich völlig verändern zu wollen. Sie finden nichts an sich selbst in Ordnung und möchten alles anders haben. Dies führt

natürlich dazu, daß die Möglichkeit sich zu verändern sehr unwahrscheinlich wird. Wenn der Mensch nicht von seiner bestehenden Identität ausgeht, von den bestehenden Ressourcen, woher soll er denn die Kraft für die Veränderung beziehen? Die Selbstakzeptanz ist eine notwendige Voraussetzung für die Möglichkeit von Wandlung.

c) Vielen Menschen fällt es leichter, Verantwortung für andere zu übernehmen, als Verantwortung für sich selbst. Sie fühlen sich verantwortlich für den Ausgang von Ereignissen, deren Ausgang sie nicht in der Hand haben, absurderweise übernehmen sie sogar die Verantwortung für Emotionen anderer, z. B. für das emotionale Wohlfühl ihrer Partner. Jene Verantwortlichkeiten, die sehr wohl authentisch zu übernehmen wären, z. B. die Selbstverantwortlichkeit für den eigenen Lebensstil, werden auf diese Weise vermieden. Dies ist wohl das Ergebnis ungünstig verlaufender Erziehung, die statt die Selbstverantwortlichkeit, und damit die Kompetenz zur eigenen Veränderung, zu stärken auf vordergründige Anpassung aus ist.

AUF WELCHE WEISE ÄNDERN WIR UNS? – THEORIEN ZUM GESUNDHEITSVERHALTEN

Die wichtigsten aus der psychologischen Lerntheorie und der Verhaltenstheorie entstandenen Modelle stammen aus den 1970ern. Die Entwicklung relevanter Theorien in diesem Bereich scheint derzeit eher zu stagnieren [4]. Im folgenden werden

wichtige gesundheitspsychologische Theorien zur Lebensstilmodifikation erörtert.

Modell der gesundheitlichen Überzeugung

Das Health-Belief-Model [5] nimmt an, daß menschliches Verhalten rational bestimmt ist. Das Modell nennt Faktoren, die die Bereitschaft eines Menschen, sein Verhalten präventiv bzw. kurativ zu ändern, beeinflussen. Die wichtigsten Faktoren sind die subjektive Vulnerabilität und der erlebte Schweregrad von Symptomen. Eine weitere wichtige Rolle bei der Verhaltensmodifikation gesundheitsbezogener Lebensstilmfaktoren spielen die Kenntnis einer Maßnahme, die Kosten-Nutzen-Analyse und andere Barrieren, die trotz Einsicht Änderungen verhindern.

Theorie der Handlungsveranlassung

Die „Theory of Reasoned Action“ [6] versucht die Bildung von Vorsätzen zu erklären. Nach dieser Theorie kommt es zur Vorsatzbildung durch die gefühlsmäßige Bewertung einer Handlung (d. h. durch die Einstellung gegenüber dem zur Frage stehenden Verhalten) und durch die subjektive Norm, d. h. dem verallgemeinerten sozialen Erwartungsdruck. Kognitionen stehen bei diesem Modell im Mittelpunkt der Überlegungen. Verhaltensänderungen bedürfen Einstellungsänderungen, und diese Änderungen von Kognitionen. Die Grundkomponenten dieser Theorie lauten in der Reihenfolge: Kognitionen, Einstellungen, Intentionen, Verhalten.

Modell der Gesunderhaltungsmotivation

Die „Protection-Motivation-Theory“ [7] erklärt die Motivation für gesundheitsbezogene Lebensstiländerung durch folgende Komponenten: (a) das wahrgenommene Ausmaß der Gefährdung der Gesundheit, (b) die wahrgenommene eigene Vulnerabilität, (c) die wahrgenommene Wirksamkeit einer Gegenmaßnahme und (d) die Selbstwirksamkeitserwartung. Auch diese Theorie befaßt sich in erster Linie mit der Entwicklung der Intention, und nicht mit der Umsetzung, der konkreten Verhaltensänderung. Diese wird von Heckhausen [8] Volition genannt. Eine notwendige Voraussetzung für die Verhaltensänderung ist die Möglichkeit, die Selbstkonzeption zu ändern. Soll beispielsweise das Eßverhalten einer Person verändert werden, muß vorerst das Selbstkonzept der Person über die Bildung eines neuen Modells (z. B. „Ich bin schlank und schön“) von sich selbst verändert werden. In der Werbepsychologie wird damit schon lange gearbeitet.

Theorie der Selbstwirksamkeitserwartung

Die „Theory of Self-efficacy“ [9] geht davon aus, daß eine Lebensstilmodifikation nicht nur die entsprechende Intention, die motivationale Komponente, benötigt; die Person muß sich diese Änderung auch zutrauen. Es ist nicht genug, zu wissen, daß Rauchen der Gesundheit schadet; um das Rauchen einzustellen muß man sich auch die dazu nötige Disziplin zutrauen.

Das sozial-kognitive Prozeßmodell gesundheitlichen Handelns

Dieses Modell entstand unter Integration der bisherigen bewährten Modelle [10]. Am Anfang steht der motivationale Prozeß, die Intentionsbildung. Über allen Theorien bleiben drei wichtige Konstrukte zu diesem Thema bestehen: Die (a) wahrgenommene Verwundbarkeit (Vulnerabilität), der (b) wahrgenommene Schweregrad und die (c) erwartete Handlungswirksamkeit [11]. Zusätzliche wissenschaftlich geprüfte relevante Faktoren sind die (d) Bedrohung, (e) Kompetenzerwartungen und (f) wahrgenommene soziale Erwartungen.

Unter der (a) Verwundbarkeit ist eine Situations-Ergebnis-Erwartung zu verstehen („Wenn ich weiter rauche, bekomme ich wahrscheinlich Krebs“). Der (b) Schweregrad ist gesundheitspsychologisch eine Ergebnis-Folge-Erwartung (z. B. „Wenn ich mich mit dem HIV-Virus infiziere, bekomme ich AIDS“). Die erwartete (c) Handlungswirksamkeit ist als Handlungs-Ergebnis-Erwartung definiert (z. B. „Wenn ich regelmäßig jogge, kann ich das Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen verhindern“). Die (d) Bedrohung eines Menschen vor einem Krankheitsfall ist ein weiterer wesentlicher Faktor (z. B. „Ich fürchte mich davor, an der Hochdruckkrankheit zu erkranken und später dann durch einen Schlaganfall gelähmt zu sein“). Die (e) Kompetenzerwartung geht mit einer Vorstellung der Selbstwirksamkeit einher, nämlich, daß ich imstande bin, ein bestimmtes Ergebnis zu erreichen. Es geht also um Person-Handlungs-Erwartungen (z. B. „Ich werde es sicher-

lich durchhalten, viermal pro Woche laufen zu gehen“). Die sozialen Erwartungen (f) der Umwelt bedingen natürlich auch die eigene Motivation zur Lebensstilmodifikation mit. Dabei spielen soziale Modelle (z. B. „Die anderen haben auch das Rauchen aufgegeben“) und der Erwartungsdruck (z. B. „Meine Freundin hat gesagt, sie verläßt mich, wenn ich nicht mit der Trinkerei aufhöre“) eine Rolle.

Der volitionale Prozeß bezieht sich auf die Realisierung gesundheitsbezogenen Handelns. In der präaktionalen Phase (d. i. die Phase vor der Handlung selbst) wird ein Handlungsplan geschmiedet. Hier kommt wie bei der ursprünglichen Intentionsbildung der Kompetenzerwartung ein großer Stellenwert zu. In der Handlungsphase selbst muß es zu einer ständigen Handlungsausführungskontrolle kommen, die den Prozeß der Handlung ständig schützt, und zwar sowohl die Handlung selbst, als auch die Vorsätze, die zur Handlung führen. Die Handlung wird aber nicht nur kognitiv beeinflusst, sondern hängt auch noch von situativen Gegebenheiten und von anderen Ressourcen einer Person ab. Eine besondere Bedeutung kommt hier dem sozialen Rückhalt zu. Ein wichtiger Faktor ist auch die Fähigkeit sich anzustrengen und durchzuhalten. Eine übliche Methode das Durchhaltevermögen zu stärken ist die „öffentliche Willenskundgebung“ („Ich heiße ... und bin Alkoholiker“, beginnt jeder Teilnehmer sein Statement bei den Anonymen Alkoholikern). Schließlich spielt die Fähigkeit zum Belohnungsaufschub eine Rolle in der Handlungsphase.

In der postaktionalen Phase, die nach der Handlung kommt, findet schließlich eine Handlungsbewertung statt.

WIE KANN MAN LEBENSSTIL-MODIFIKATION FÖRDERN?

Viele Ärzte und Angehörige, auch Freunde von ungesund lebenden, sich selbst schädigenden Menschen fragen sich häufig, was sie tun können, ihre Patienten etc. zu überreden, ihren Lebensstil zu ändern. Ohne den Willen zur Verhaltensänderung durch den Betroffenen selbst geht gar nichts. Damit dieser Wille überhaupt entstehen kann, gilt es Informationen zur Verfügung zu stellen.

Im öffentlichen Raum gibt es im wesentlichen zwei Strategien: Zum einen die (a) Überredung (Informations- und Werbekampagnen) und zweitens die (b) Veränderung verhaltenslenkender Anreize [12].

(a) Überredung, zum Beispiel bei einem Werbespot, muß folgende Stufen durchlaufen, und keine auslassen: Aufmerksamkeit, Verstehen, Akzeptanz, Beibehalten, Handeln [13]. Die niedrige Korrelation des Behaltens einer Botschaft und der Überredungskraft führte zum Modell der kognitiven Reaktion: Nach diesem Modell kommt den eigenen Gedanken, während man über die Botschaft nachdenkt, eben der kognitiven Reaktion, entscheidender Einfluß in bezug auf die Motivation zur Verhaltensmodifikation zu [14]. Manchmal sind Menschen aber nicht willens, sich ernsthaft mit einer Information auseinanderzusetzen. Dann spielen andere

Aspekte eine Rolle, ob sie eine Information annehmen oder nicht: Dabei spielen die Glaubwürdigkeit der Informationsquelle oder die Länge der Mitteilung und ähnliches eine entscheidende Rolle. Man nennt dies die „heuristische Verarbeitung“ [15].

(b) Verhaltenslenkende Anreize sind Strategien bei denen versucht wird, die unerwünschten Verhaltensweisen in gewisser Weise unattraktiv zu gestalten. Ein typisches Beispiel ist der Versuch, möglichst wenig Räume zum Rauchen zu gestatten (Nicht-raucherflüge etc.), sowie die Preisgestaltung bei Rauchwaren zur Abschreckung werden lassen.

Therapeutisch werden hauptsächlich Therapieverfahren eingesetzt, die aus dem Bereich der Verhaltenstherapie bzw. aus dem Bereich der kognitiven Therapie stammen. An Therapieansätzen sind das klassische Konditionieren, wie z. B. die Aversionstherapie von Alkoholismus mit Antabus, das operante Konditionieren, beispielsweise Belohnungstraining oder Verhaltensverträge, wie man sie mit eßgestörten Patienten abschließt, zu nennen. Emanzipativere Ansätze sind das Selbst-Management-Training, das Fertigkeitentraining und das kognitive Umstrukturieren, bei dem man lernt, negative Gedanken innerlich zu wiederlegen.

Literatur:

1. Eder A. Gesundheitsverhalten als Lebensstil. Originalarbeiten Studien Forschungsberichte – Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz, Wien, 1991; 1: 179–82.
2. Lüdke H. Expressive Ungleichheit. Zur Soziologie der Lebensstile. Leske und Budrich, Opladen, 1989.

**Univ.-Doz. Dr. med. univ.,
Dr. phil. Michael Lehofer**

DDr. Michael Lehofer, geboren 1956, studierte von 1976 bis 1988 Medizin in Graz und Psychologie in Salzburg. Er ist Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, klinischer und Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut, habilitiert für Psychiatrie an der Universität Graz, Vorstand der 1. allgemeinpsychiatrischen Abteilung der Sigmund Freud-Klinik Graz und ärztlicher Leiter der Drogenberatungsstelle der Landes Steiermark.

Korrespondenzadresse:

*Univ.-Doz. DDr. Michael Lehofer
Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz
A-8053 Graz, Wagner Jauregg Platz 1
E-mail: michael.lehofer@kfunigraz.ac.at*



3. Seifert A. Sich verändern heißt: Zurückkehren zum Ursprung. Psychologie Heute 2000; 4: 20–7.

4. Twisselmann W. Psychologische Prävention, Gesundheitspsychologie und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Kommission für Prävention der Förderung Schweizer Psychologinnen und Psychologen, Bern, 1992: Juni 1992: 25–8.

5. Rosenstock IM. The Health Belief Model and preventive health behaviour. Health education monogram 1974; 2: 13–23.

6. Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention, and behaviour: an introduction to theory and research. Addison-Wesley, Reading, MA, 1975.

7. Rogers RW. A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. J Psychol 1975; 91: 93–114.

8. Heckhausen H. Perspektiven einer Psychologie des Wollens. In: Heckhausen (Hrsg). Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften. Springer, Berlin, 1987; 121–42.

9. Badura B. Soziale Unterstützung und chronische Erkrankung. Suhrkamp, Frankfurt, 1981; 1–25.

10. Schwarzer R. Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Hogrefe, Göttingen, Toronto, Zürich, 1992; 65–76.

11. Weinstein ND. The precaution adoption process. Health Psychol 1988; 7: 355–86.

12. Stroebe W, Stroebe MS. Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Verlag Dietmar Klotz, Frankfurt, 1998; 60–90.

13. McGuire WJ. Attitudes and attitudes change. In: Lindzey G, Aronson E (eds). Handbook of social psychology. Vol 2, 3rd ed. Random House, New York, 1985; 233–346.

14. Chaiken S. Heuristic versus systematic information processing and the use of source versus message cues in persuasion. J Personality Soc Psychol 1989; 39: 725–66.

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