

Der **Männerarzt**

MÄNNERGEUNDHEIT – WISSEN & INFORMATION

Aktuelles

Der Männerarzt 2008; 4 (2), 23-27



Homepage:

**[www.kup.at/
maennerarzt](http://www.kup.at/maennerarzt)**

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

Krause & Pachernegg GmbH
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz

Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf
Erscheinungsort: 3003 Gablitz



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Depression – eine typische Frauenkrankheit?

So lautet zumindest die allgemeine Meinung unserer Gesellschaft. Denn statistisch gesehen erkranken Frauen 2- bis 3-mal so häufig an einer Depression wie Männer.

Die Lebenszeitprävalenz beträgt bei Männern 5–12 %, bei Frauen dagegen 12–20 % (Abb. 1). Das mittlere Erkrankungsalter liegt für Frauen bei 32, für Männer bei 33 Jahren. Im Jahr 2006 war jeder sechste Mann psychisch erkrankt.

Die WHO geht davon aus, dass bis zum Jahr 2020 die Depression in den industrialisierten Ländern die weltweit führende Krankheitsursache neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen sein wird. Diese höhere „Frauenrate“ muss auf belastungsreiche Lebenslagen von Frauen, eine spezifisch weibliche Empfänglichkeit für soziale Stressfaktoren und eine spezifisch weibliche emotionsbezogene Stressverarbeitung zurückgeführt werden. Bei Männern dagegen kann die geringere Depressionsrate am ehesten mit einer Unterdiagnostizierung erklärt werden. Gründe dafür sind mangelnde Hilfesuche, mänderspezifische Stressverarbeitung und eine einseitige Depressionsdiagnostik.

Stress und Stressbewältigung

Die Depression gilt als die Stresskrankheit des 21. Jahrhunderts. Bei depressiv Erkrankten befindet sich die Stressachse in einem dauerhaften Aktivierungszustand. Im Blut ist ein konsistent höherer Kortisolspiegel nachweisbar. Damit können depressive Episoden als Folge unzureichender Bewältigung von (chronischem) Stress verstanden werden.

Durch soziostrukturelle Verschiebungen im letzten Jahrhundert (zunehmende Teilnahme am Erwerbsleben, Zunahme der Anzahl alleinerziehender Mütter, Überalterung der Gesellschaft) haben sich Stressquellen für Frauen vermehrt.

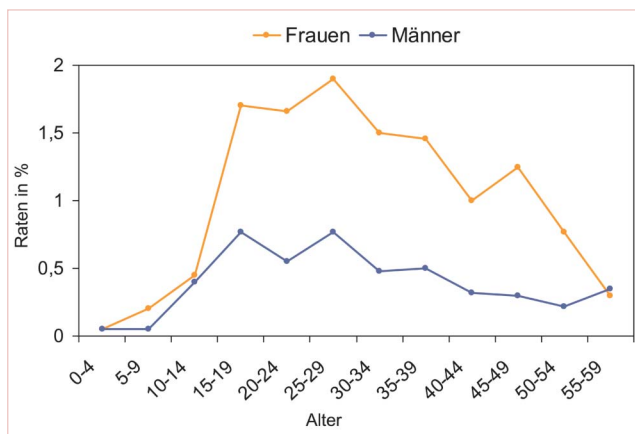


Abbildung 1: Depressionsraten nach Geschlecht und Alter

Zu den psychosozialen Risikofaktoren für Depression bei Männern zählen:

- Niedriger sozioökonomischer Status
- Alleinlebend
- Scheidung/Trennung
- Arbeitslosigkeit
- Berufliche Gratifikationskrisen
- Pensionierung
- Chronische Erkrankungen

Die erfolgreiche Emanzipation der Frauen erweist sich als ein bedeutender Stressfaktor der Männer: Das Depressions- und Suizidrisiko bei Männern, die eine Trennung/Scheidung erleben, steigt im Unterschied zu Frauen um das Mehrfache. Auch diese Tatsache bestätigt, dass die Ehe für Männer deutlich mehr gesundheitsprotektive Effekte hat als für Frauen.

Depression – bei Männern unterdiagnostiziert?

Es liegen Hinweise für eine Unterdiagnostizierung der Depression bei Männern vor. Das wichtigste Argument hierfür ist die Tatsache, dass die statistische Depressionsrate bei Männern zwar nur halb so hoch ist wie die der Frauen, ihre Suizidrate die der Frauen jedoch um das Dreifache übersteigt (Abb. 2).

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes gab es in Deutschland im Jahr 2004 knapp 11.000 Selbstmorde, von denen 74 % von Männern begangen wurden.

Da 40 bis 70 % aller Selbstmorde auf eine Depression zurückgehen, wird die Annahme unterstützt, dass Depressionen bei Männern häufig unerkannt bleiben und nicht behandelt werden. Eine auffallende Risikogruppe sind hierbei die 14- bis 24-jährigen Männer.

Wie ist das zu erklären? Scheinbar schließt das Konstrukt der traditionellen Maskulinität die Erkrankung an einer Depression aus. Die Depression scheint „unmännlich“ zu sein. Statt Hilfe zu suchen, wird die bedrohte Männlichkeit mit destruktiven Strategien kompensiert, wie z. B. Alkoholmissbrauch, Stress, Gewalt, Suizid.

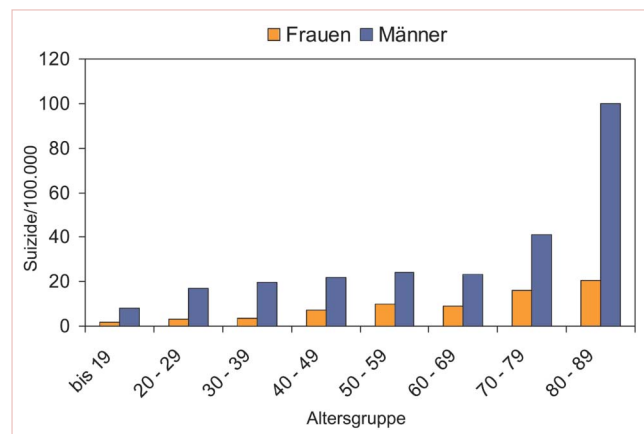


Abbildung 2: Suizide in Deutschland im Jahr 2000 nach Angaben des Statistischen Bundesamtes

Klassische männliche Depressionssymptome scheinen Symptome wie Gereiztheit, Irritabilität, Aggressivität, Ärgerattacken, Risiko- oder Suchtverhalten oder sozialer Rückzug zu sein.

Diese männerspezifische Symptomatik sollte bei der Diagnose und Therapie depressiver Erkrankungen von Männern unbedingt berücksichtigt werden, um eine be-

darfsgerechte und effiziente Versorgung von Männern und Frauen zu gewährleisten.

Dr. Ulrike Daub
Geschäftsfeld Männergesundheit und Urologie
Bayer Vital GmbH

Burnout-Syndrom betrifft weniger Kassenärzte als befürchtet

Hohe Arbeitsbelastung unter steigendem bürokratischen Aufwand ist für Mediziner heutzutage Berufsalltag. Daher überraschen die Ergebnisse einer Studie: Nur bei wenigen Kassenärzten besteht akute Burnout-Gefahr.

Die Mehrzahl der als Kassenärzte niedergelassenen Ärzte führt einen täglichen, kräftezehrenden Kampf zwischen ausufernder Bürokratie und damit verbundenem Zeitdruck bei der Behandlung ihrer Patienten – ein frustrierender Spagat, der selten unter zehn Stunden Einsatz täglich zu bewältigen ist. Obwohl bei 80 % der Vertragsärzte zumindest teilweise Symptome eines Burnouts wie körperliche und emotionale Erschöpfung, häufige Verzweiflung und resignative Tendenzen festzustellen sind, besteht eine akute Gefährdung lediglich bei einem sehr kleinen Teil dieser Mediziner. Dieses Ergebnis brachte die aktuelle Auswertung einer Langzeitstudie der Brendan-Schmittmann-Stiftung des NAV-Virchow-Bundes zutage, in deren Rahmen seit 1996 die Burnout-Gefahr unter 6.000 Vertragsärzten beobachtet wird.

So gut wie jeder Arzt (97 %) leidet unter der steigenden Bürokratiebelastung. Bei einer durchschnittlichen täglichen Arbeitszeit von etwa elf Stunden behandelt gut ein Drittel der Ärzte täglich über 60 Patienten, ohne die nötige Zeit dafür aufwenden zu können, wie 70 % der Befragten angeben. Legt man die durchschnittliche Arbeitszeit und Patientenzahl zugrunde, sollte für jeden Patienten immerhin eine Behandlungsdauer von zwölf Minuten zur Verfügung stehen – tatsächlich bleiben den Ärzten dafür im Schnitt nicht mehr als 7,5 Minuten.

In einer Befragung aus dem Jahr 2007 geben immerhin 70 % der Vertragsärzte an, dass ihnen die Arbeit Spaß mache und der Erfolg sie befriedige. Die tägliche Belastung schlägt sich allerdings darin nieder, dass über 60 % von kompletter Erschöpfung am Ende eines Arbeitstages berichten – ein Wert, der in den letzten zehn Jahren konstant geblieben ist. Von dramatischen Burnout-spezifischen Symptomen wie häufiger Verzweiflung oder Resignation sind bis zu einem Viertel der Befragten betroffen, lediglich 5 % sollen hingegen wirklich Burnout-gefährdet sein.

Dramatischer hingegen zeigt sich die Situation im Klinikbereich: Das Burnout-Risiko von Krankenhausärzten liegt in allgemeinen Kliniken bei über 30 % und in gemeinnützigen Einrichtungen bei 25 %. Zu diesem Ergebnis kam 2007 das Hamburger Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin bei einer Umfrage unter 2.000 Hamburger Klinikärzten. Die hohe Arbeitsbelastung von 50–60 Wochenstunden stellte sich für dieses Ergebnis jedoch als weniger ausschlaggebend heraus gegenüber dem als bedrückend empfundenen hohen Anteil nichtärztlicher Tätigkeiten, der höheren Arbeitsdichte sowie einer Patientenversorgung, die sich zunehmend an den Kosten orientiert. Die Studie ergab außerdem: Besonders hoch ist das Burnout-Risiko bei Oberärzten. Und: Die Burnout-Gefahr hat im Vergleich zu 1997 um 50 % zugenommen, obwohl die wöchentliche Arbeitszeit damals noch bei über 60 Stunden lag.

Quelle: Medical Tribune, Juni 2008.

Dr. Katrin Venth
Geschäftsfeld Männergesundheit und Urologie
Bayer Vital GmbH

Schweigen ist Silber, Reden ist Gold: Machen Sie den ersten Schritt...

Gesprächstipps und aktuelle Abrechnungsmöglichkeiten für Gespräche im Zusammenhang mit erektiler Dysfunktion und Testosteron-Mangel-Syndrom nach GOÄ und EBM 2008 finden Sie in unserem neuen Kommunikationsleitfaden.

Viele Männer hören nicht oder erst spät auf Warnsignale des eigenen Körpers und zögern einen Arztbesuch so lange wie möglich hinaus. Fällt es diesen „Gesundheitsmuffeln“ bereits schwer, sich mit Gesundheitsproblemen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen an den Arzt zu wenden, werden die Hürden ungleich höher, wenn es um „heikle“ Themen wie erektile Dysfunktion oder Testosteronmangel geht. Gerade in diesem sensiblen Bereich kommt es daher auf ein funktionierendes, vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis an.

Wie man als behandelnder Arzt sensible Themen wie Impotenz oder Libidomangel am besten anspricht, darüber gibt ein neuer Kommunikationsleitfaden von Bayer Vital Auskunft. Auf 16 Seiten werden zunächst einige allgemeine Kommunikationstipps gegeben. In weiteren Kapiteln wird auf bestimmte Patientengruppen speziell eingegangen. Sie finden einen Gesprächsleitfaden für Patienten mit Diabetes mellitus, Hypertonie, KHK oder Adipositas. Abschließend gibt es noch einige Hinweise zu Fragen der Abrechnung.

Den Kommunikationsleitfaden „Machen Sie den ersten Schritt. Eine kleine Gesprächshilfe zum Thema Erektile Dysfunktion und Testosteronmangel“ steht für Sie zum Download bereit unter:

[http:](http://www.maennergesundheitscolleg.de/urologie/media/kommunikationsbroschuere_stand_september2008.pdf)

[//www.maennergesundheitscolleg.de/urologie/media/kommunikationsbroschuere_stand_september2008.pdf](http://www.maennergesundheitscolleg.de/urologie/media/kommunikationsbroschuere_stand_september2008.pdf)

oder nutzen Sie den Faxabruf auf der letzten Seite!

Patrick Wachendorf
Geschäftsfeld Männergesundheit und Urologie
Bayer Vital GmbH



Machen Sie
den ersten Schritt.

Eine kleine Gesprächshilfe zum Thema
Erektile Dysfunktion und Testosteron-Mangel.

 **LEVITRA**
(VARDENAFIL HCl)

 **NEBIDO**

 **TESTOGEL**

Medizinische Fachliteratur

für Sie gelesen und kurz zusammengefasst von
Dr. Monika Hermanns, Bayer Vital GmbH

Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muirheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med* 2007; 357: 762–4.

Obwohl die Gesellschaft immer älter wird, ist wenig über das Sexualleben und die sexuelle Funktion älterer Menschen bekannt. Sexualität umfasst Partnerschaft, Akti-

vität, Handlungsweisen und Funktion und ist assoziiert mit Gesundheit. Krankheit kann in erheblichem Maße mit der sexuellen Gesundheit interferieren. Der Markt an Hilfsmitteln und Medikamenten zur Therapie der sexuellen Problemziele ist groß und wächst weiterhin. Sexuelle Probleme sollten als Warnzeichen oder Folge von zugrunde liegenden, schwerwiegenden Erkrankungen wie z. B. Diabetes, Infektionen, Erkrankungen des Urogenitaltraktes oder Malignomerkrankungen aufgefasst werden. Nicht diagnostizierte oder unbehandelte sexuelle Probleme können zu Depressionen oder gesellschaftlichem Rückzug/Isolation führen. Unter Umständen bre-

chen Patienten medikamentöse Therapien wegen Nebenwirkungen auf die Sexualfunktion ab. Umgekehrt kann die Therapie der sexuellen Probleme einen negativen Einfluss auf die allgemeine Gesundheit haben. Noch immer ist die Arzt-Patienten-Kommunikation über die Sexualität dürftig.

Primäre Variable der Studie war die Bestimmung der Prävalenz der sexuellen Aktivität, des Sexualverhaltens und der sexuellen Probleme älterer Menschen. Sekundäre Variable war das Verhältnis von Sexualität und einer Vielfalt gesundheitlicher Bedingungen. Diese Variablen wurden in einer nationalen Zufallsstichprobe an 3005 erwachsenen US-Amerikanern (1550 Frauen, 1455 Männer) im Alter zwischen 57–85 Jahren untersucht. Die gewichtete Antwortquote betrug 75,5 %, die ungewichtete 74,8 %. Die Prävalenz der Sexualität nahm mit zunehmendem Alter ab (57–64 Jahre: 73 %, 65–74 Jahre: 53 %, 75–85 Jahre: 26 %). In allen Altersgruppen war die sexuelle Aktivität der Frauen signifikant niedriger. Circa 50 % der sexuell aktiven Männer und Frauen gaben die Sexualität beeinträchtigende Probleme an. Vorrangige Beschwerden waren bei Frauen: niedriges sexuelles Verlangen (43 %), geringe Scheidenfeuchtigkeit (Lubrikation) (39 %) und Orgasmus-Unvermögen (34 %). Bei Männern stellten Erektionsschwierigkeiten das vorrangigste Problem dar (37 %). 14 % der Männer gaben an, Präparate bzw. Medikamente zur Verbesserung der sexuellen Funktion einzunehmen. Männer und Frauen, die ihren Gesundheitszustand als mangelhaft angaben, waren weniger sexuell aktiv und bei den sexuell aktiven Probanden gaben mehr sexuelle Probleme an. 38 % der Männer und 22 % der Frauen gaben an, nach dem 50. Lebensjahr mit ihrem Arzt über Sexualität gesprochen zu haben.

Schlussfolgerung: Viele ältere Menschen sind sexuell aktiv. Bei älteren Menschen sind sexuelle Probleme häufig, werden aber selten mit dem Arzt besprochen. Sowohl der Kenntnisstand des Arztes zur Sexualität im höheren Lebensalter hinsichtlich Patientenschulung und Beratung als auch die Fähigkeit, klinisch ein hohes Prävalenzspektrum an behandelbaren, mit dem gesundheitlichen Gesamtzustand in Verbindung stehenden sexuellen Problemen zu erkennen, sollten sich verbessern.

Zitzmann M, Nieschlag E. Androgen receptor gene CAG repeat length and body mass index modulate the safety of long-term intramuscular testosterone undecanoate therapy in hypogonadal men. J Clin Endocrinol Metab 2007; 92: 3844–53.

Für die Testosteron-Therapie hypogonadaler Männer ist eine bezüglich Kinetik, Toleranz und Wiederherstellung

der „Androgenität“ zuverlässige Applikationsform vorrangig. Die intramuskuläre Injektion des langwirksamen Testosteronesters Testosteronundecanoat (TU) stellt (Anm. d. Autorin: seit 2004) eine neue Behandlungsmodalität dar. Ziel der Studie war die Untersuchung der Sicherheit von TU hinsichtlich metabolischer und pharmakokinetischer „Störfaktoren“.

Es handelt sich um eine einarmige, offene Anwendungsbeobachtung. Das Minimum von 5 individuellen Untersuchungen war Grundvoraussetzung. Vermeintliche Modulatoren der Sicherheitsparameter waren der Testosteron-Nadir und/oder -Delta, die Gesamt-Testosteron-Konzentration, der Body-Mass-Index (BMI), die Länge der Androgen-Rezeptor- (AR-) Gene, CAG repeat und das Alter. Untersucht wurden 66 hypogonadale Männer (Durchschnittsalter $38 \pm 9,9$ Jahre) einer andrologischen Sprechstunde. „Main Outcome Measures“ waren 515 Datenpunkte, jeder im Verhältnis zur Prostata, Erythropoese, den Lipoproteinen und der Zirkulation (Ruhe-RR, Herzfrequenz), während 118 Behandlungsjahren mit TU 1000 mg in 10- bis 14-wöchentlichen Intervallen.

Die Testosteron-Substitution resultierte in einer signifikanten Abnahme des LDL-Cholesterol-Serumspiegels, des Lipoprotein-Cholesterols, des systolischen und diastolischen Ruheblutdrucks und der Herzfrequenz. Die Erythropoese wurde stimuliert und das HDL-Cholesterol stieg an. Die Parameter waren nach 4 Injektionen gleichbleibend. Bezüglich der Prostata wurden keine Nebenwirkungen beobachtet. Signifikant erhöhte Hämatokrit-Werte über 50 % wurden durch eine verstärkte Androgen-Wirkung (kürzere AR CAG repeats per higher testosterone levels) vorausgesagt. Die unzureichende Androgen-Wirkung (längere AR CAG repeats per lower testosterone levels) verursachte jedoch pathologische Sicherheitsparameter (hoher Blutdruck, ungünstige Lipidprofile). Außerdem repräsentiert ein BMI von ≥ 30 kg/m² einen klinisch relevanten Faktor für das Auftreten aller pathologischen Sicherheitsparameter. Eine Risikokalkulation für adipöse Patienten und nicht lineare pharmakogenetische Modelle zur „Maßschneidung“ der Androgentherapie werden vorgestellt.

Schlussfolgerung: Die Testosteronsubstitution mit TU wird generell gut toleriert. Die Modifikation der Androgenwirkung beruht sowohl auf den AR CAG repeats als auch den Testosteron-Spiegeln. Nebenwirkungen werden hauptsächlich bei adipösen Patienten beobachtet.

Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Mann und Gesundheit

Kongressbericht zum 2. Jahreskongress der DGM am 6. September 2008 in Köln

Am 6. September 2008 fand bereits zum zweiten Mal der Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Mann und Gesundheit (DGM) e. V. im Hotel Park Inn Köln City-West statt.

Nach einer Pressekonferenz und Mitgliederversammlung am Vortag konnte der 1. Vorsitzende Prof. Frank Sommer (Hamburg) ca. 100 Gäste begrüßen, über ein erfolgreiches vergangenes Jahr berichten und drei Projekte für die Verbandsarbeit fokussieren:

- Männergesundheitsbericht
- Männerschicksale
- „U 25“, eine Präventionskonsultation für Männer zwischen dem 15. und 35. Lebensjahr (GKV-Bereich zwischen J1 und GU)

Diese Themen waren auch Inhalt der Vorträge von Herrn Dr. Matthias Stiehler (Dresden, Vorstandsmitglied Geschäftsführung) und des Workshops der Herren Professoren Michael Mathers (Remscheid), Theodor Klotz (Weiden, 2. Vorsitzender der DGM) und Dr. Wolfgang Grebe (Frankenberg, Vorstandsmitglied Kommunikation).

Der Kampf für einen Männergesundheitsbericht wird trotz restriktiver Haltung der Politik im Sinne einer gesundheitspolitischen Gleichberechtigung von der DGM weitergeführt, da insbesondere mänderspezifische Erkrankungen (Burn-out-Syndrom, zunehmend auch De-

pressionen und Gewalt gegen Männer, metabolisches Syndrom) noch mehr in den gesellschaftspolitischen Fokus gehören.

In den Vorträgen gaben Dr. Albert Lichtenthal (Essen) zu „Burnout – männliche Depression – Diagnose und Behandlung“ und Prof. Sailer (Bad Neustadt) zum „Metabolischen Syndrom und Männergesundheit“ Überblicke des derzeitigen Wissensstandes.

Neben dem Workshop „Leitlinien für die medizinische Vorsorge – Was ist sinnvoll, was nicht?“ mit der Erarbeitung eines Orientierungspapiers befassten sich die Teilnehmer im Workshop „Leistungsdiagnostik in der Männergesundheit“ von Prof. Frank Sommer (Hamburg) und Dr. Markus Siepmann (Leipzig) mit Methoden der Messung der kardiokorporalen Kapazität.

Die mänderspezifischen Aspekte einiger wichtiger Infektionskrankheiten brachten die Vorträge von Dr. Andreas Manseck (Ingolstadt): „HPV-Infektion des Mannes – Prävention möglich?“, von Dr. Olaf Degen (Hamburg): „Chlamydieninfektionen“ und von Dr. Christof Mayr (Berlin): „Hepatitisinfektionen“ auf den neuesten Stand.

Zum Thema „Männerschicksale“ sind alle an der Männergesundheit interessierten Personen aufgerufen, uns Fallberichte, Erfahrungen, Einzelschicksale etc. zukommen zu lassen!

Insgesamt wurde der 2. Jahreskongress der DGM von den Teilnehmern sehr gut angenommen und positiv bewertet. Die guten Beiträge und das angenehme Diskussionsklima verpflichten den Vorstand der DGM zur Fortsetzung seiner Arbeit.

Dr. med. Wolfgang Grebe

„Männerschicksale“

Die Deutsche Gesellschaft für Mann und Gesundheit möchte ein öffentlichkeitswirksames Projekt initiieren und benötigt dazu Ihre Hilfe: Angesichts des augenfälligen Widerspruchs zwischen Mortalitätsstatistiken und der weitestgehenden Leugnung von Benachteiligungen von Männern in unserer Gesellschaft möchten wir Männerschicksale sammeln, die Benachteiligungen von Männern phänomenologisch aufzeigen. Der Fokus liegt dabei auf dem Gesundheitsbereich.

Die Leitfragen sind:

- Welchen belastenden Lebenssituationen sind Männer ausgesetzt, die dann auch Auswirkungen auf die Gesundheit haben?
- Welche Ungerechtigkeiten müssen Männer erleben, die dann auch Auswirkungen auf die Gesundheit haben?
- Welche Benachteiligungen sind bei der gesundheitlichen Behandlung von Männern festzustellen?
- Welche Angebote im Gesundheitsbereich gehen an der Lebenswirklichkeit von Männern vorbei?

Wir fordern Sie auf und bitten Sie, sich an unserem Projekt „Männerschicksale“ zu beteiligen. Wichtig ist,

dass diese Fragen nicht allgemein beantwortet, sondern anhand von konkreten Männerschicksalen aufgezeigt werden.

Nehmen Sie sich also bitte ein paar Minuten Zeit und schreiben Sie ein bis zwei Beispiele auf, die Sie in Ihrer Praxis erlebt haben.

Wir wollen diese Beispiele sammeln und dann veröffentlichen.

Senden Sie Ihre Beiträge an:

schicksale@maennergesundheitsbericht.de



Deutsche Gesellschaft für
Mann und Gesundheit e.V.

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](#)