

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Konzept einer
klinisch-andrologischen und
psychotherapeutisch-systemischen
Kooperation bei Patienten/Klienten
mit erektiler Dysfunktion**

Dunzinger M, Pfeffer M

Journal für Urologie und

*Urogynäkologie 2001; 8 (3) (Ausgabe
für Österreich), 22-26*

Homepage:

www.kup.at/urologie

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

Indexed in Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie

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

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

KONZEPT EINER KLINISCH-ANDROLOGISCHEN UND PSYCHOTHERAPEUTISCH-SYSTEMISCHEN KOOPERATION BEI PATIENTEN / KLIENTEN MIT EREKTI- LER DYSFUNKTION

Summary

In spite of the so far unsatisfying break of the taboo "erectile dysfunction" sexuality becomes more and more important in our society. The contrast can be clearly noticed by comparing relationships in every day life where sexuality is hardly present and the outer and media world which are both filled with sexual stimulants. The fact that erectile dysfunction can either be organic and / or psychological and the problem is not seen in this connection an intensive cooperation between "school medicine" and psychotherapy has become

very important. The essential concept is based on the fact that organic dysfunction cannot be separated from conscious processes. Medical diagnostic and therapy will only be successful if erectile dysfunction is taken as complex and partnership and sexuality of the patient is also considered. From the psychotherapists' point of view symptoms of any kind can be seen and dealt with as human communication behaviour. The plans for a well balanced cooperation between "school medicine" and psychotherapy are introduced and discussed in the following article.

pie)-G(gynäkologie). Einer der Schwerpunkte ist die Diagnose und Therapie von Patienten / Klienten mit erektiler Dysfunktion (ED). Daten über die Prävalenz der ED beziehen sich alle auf die bekannteste Studie, nämlich die Massachusetts Male Aging Study, die zwischen 1987 und 1989 in 11 zufällig ausgewählten Städten in Massachusetts durchgeführt wurde. Über einen Fragebogen wurden 1709 Männer aus der Allgemeinbevölkerung im Alter zwischen 40 und 70 Jahren über ihre erektile Funktion befragt. Die Response-Rate dieser Studie war mit 75 % sehr hoch. 52 % der befragten Männer gaben eine erektile Dysfunktion in unterschiedlicher Intensität an. In Österreich schätzt man die Anzahl der davon betroffenen Männer mit 600.000 bis 800.000 ein. Da es bekanntlich sowohl psychische wie auch organische Ursachen für erektile Dysfunktion gibt, war die Hauptmotivation dieser Praxismgemeinschaft die gleichwertige Zuwendung von Schulmedizin und Psychotherapie für die Betroffenen. Die Gleichwertigkeit dieser Struktur erklärt sich aus der Tatsache, daß Lust und Sexualität ihren Anfang im Kopf haben und sich deshalb organische Funktionen nicht davon trennen lassen.

Der Schulmedizin stehen heute zahlreiche Therapieoptionen der ED zur Verfügung. Auch die Psychotherapie hat bei sexuellen Funktionsstörungen adäquate Behandlungsmöglichkeiten anzubieten. U.P.G. versucht den Patienten / Klienten eine nicht nur medizinisch-organische, sondern auch eine psychotherapeutische Betrachtungsweise zur Verfügung

ZUSAMMENFASSUNG

Trotz bislang unbefriedigender Enttabuisierung des Themas „erektile Dysfunktion“ (ED) erlangt Sexualität zunehmende Bedeutung in unserer Gesellschaft. Der Kontrast besteht im entsexualisierten Beziehungsalltag und der mit Sexualreizen vollgestopften Außen- und Medienwelt. Die Tatsache, daß die ED einerseits organisch und / oder psychisch begründet sein kann, aber die Fokussierung des Problems meist nicht im Zusammenhang gesehen wird, veranlaßt zu einer intensiven Kooperation von Schulmedizin und Psychotherapie. Es handelt sich dabei um ein Konzept, dessen Grundgedanke ein Faktum ist, nämlich, daß sich organische Funktionsstörungen von kognitiven Prozessen nicht trennen lassen.

Schulmedizinische Diagnostik und Therapie wird nur dann von bleibendem Erfolg besetzt sein, wenn die ED in ihrer ganzen Komplexität wahrgenommen wird, indem die Beziehung und die Sexualität des Betroffenen miteinbezogen werden. Symptome – welcher Art auch immer – können aus psychotherapeutischer Sicht als zwischenmenschliches Kommunikationsverhalten betrachtet und behandelt werden. Das Konzept einer gleichwertigen Kooperation zwischen Schulmedizin und Psychotherapie wird im folgenden vorgestellt und diskutiert.

EINLEITUNG

Seit März 2000 besteht in Linz eine Praxismgemeinschaft namens U.P.G.: U(rologie)-P(sychothera-

zu stellen und durch eine Verknüpfung beider Faktoren Möglichkeiten für Problemlösungskonzepte zu entwickeln. Das bedeutet in weiterer Folge, daß das Risiko vermindert wird, einseitige Betrachtungsweisen psychischer oder organischer Ursachen herzustellen.

Ziel dieses Kooperationsmodelles ist ebenfalls, auf der Expertenebene im Austausch zu bleiben, das heißt durch regelmäßige Fallbesprechungen, um hier den Therapieerfolg zu gewährleisten. Diese Besprechungsstruktur ist dem Patienten / Klienten bekannt.

PATIENTEN / KLIENTEN UND METHODEN

Die medizinisch-therapeutischen Möglichkeiten der letzten Jahre haben uns gezwungen, die ausgedehnte Diagnostik der ED neu zu überdenken. Die Diskrepanz, über diese Thematik zu berichten, entsteht somit durch die Tatsache, daß einerseits Diagnostik rational und praxisorientiert durchgeführt werden sollte, andererseits aber der Überblick über die vielfältigen diagnostischen Möglichkeiten nicht verloren gehen sollte [1]. Das National Institut of Health hat in seiner Konsensuskonferenz über ED eine subtile Diagnostik gefordert, diese sei aber jeweils patientenangepaßt und unter Berücksichtigung der Therapievorstellungen des Patienten durchzuführen [2].

Aus psychotherapeutisch-systemischer Sicht erzeugt der Begriff der Sexualität an sich mehr Probleme als Lösungen,

weil man davon ausgehen könnte, daß wir alle wissen, was wir meinen, doch gleichzeitig stellt sich die Frage, welche Bedeutung Sexualität für den Einzelnen hat und was der Betroffene und seine Umwelt tatsächlich darunter verstehen [3]. Aus einer systemisch-konstruktivistischen Perspektive scheint es sinnvoll zu sein, Symptome welcher Art auch immer als ein bestimmtes zwischenmenschliches Kommunikationsverhalten zu betrachten. Das sexuelle Geschehen ist so gesehen ein Dialog zweier (oder mehrerer) autonomer Lebewesen. Sexuelle Probleme können als Kommunikationsprobleme verstanden, analysiert und behandelt werden. Eine zentrale therapeutische Idee ist es, Symptome als Beziehungsinterventionen und Problemlösungsversuche zu verstehen. Des weiteren sind Symptome nicht als Defizite, sondern als Fähigkeit und Leistung des Klienten zu bewerten [4]. Diese Sichtweisen gewinnen noch mehr an Bedeutung, wenn sich im medizinisch-diagnostischen Prozedere herausstellt, daß keine organische Ursachen vorliegen.

Aus einem sinnvollen 3 Stufen-Schema der ED-Diagnostik, nämlich nichtinvasive, semiinvasive, und invasive Diagnostik, gelingt es, den Großteil der Patienten durch die 1. Stufe – nichtinvasive Diagnostik – abzuklären [5]. Ausreichend Zeit für eine ausführliche Allgemeinanamnese und intensive Sexualanamnese stellt die Basis jeglicher Diagnostik dar [6]. Eine Hilfestellung für den Patienten, aber auch für den Mediziner, bietet der International Index of Erectile Function (IIEF), ein international standardisierter, 15 Punkte umfassender Fragebo-

gen [7]. Erektile Dysfunktion ist in seiner Thematik sicherlich nicht in einem 5-Minutengespräch sinnvoll zu explorieren. Nur wenn man dem Patienten einen entsprechenden Zeitrahmen zur Verfügung stellt, kann es gut gelingen, Vertrauen herzustellen, in letztendlich intimste Bereiche des Patienten vorzudringen und damit ein komplexeres Verständnis im jeweiligen Einzelfall zu erlangen. Hier muß darauf hingewiesen werden, daß das der Zeitpunkt ist, an dem als Androloge hypothetisch zu differenzieren ist, ob die tatsächliche Grundproblematik eine organische ist, bzw. welche weiteren diagnostischen Schritte einzuleiten sind. Im folgenden Prozedere ist es notwendig, diese Hypothese durch eine genaue körperliche Untersuchung, inklusive sonographischer Diagnostik und Laboruntersuchungen, zu bekräftigen oder auch zu falsifizieren. Auch der Diabetiker und der herzkranke Patient beschreiben in diesem Zusammenhang ihre Beziehungsdynamik als „Teufelskreislauf“ und bestätigen somit, daß körperliche Funktion und seelische Zufriedenheit miteinander verbunden sind. Ein Ergebnis der ausführlichen Diagnose kann auch das Ablehnen einer medizinischen Therapie sein. Dies muß der Fall sein, wenn entsprechende Risikopatienten wie Diabetiker, Hypertoniker und herzkranken Patienten nicht adäquat schulmedizinisch-therapeutisch einstellbar sind, oder andernfalls sich während der Exploration herausstellt, daß aufgrund der medizinischen Vorgeschichte und /oder persönlichen Problemstellung die Ursache nicht organisch bedingt ist. Diese Entscheidung ist unabdingbar, um dem Patienten dra-

matische Nebenwirkungen durch die Therapie, sowie ein mögliches Therapieversagen zu ersparen. Hieraus ergibt sich oftmals die Indikation einer psychotherapeutischen Empfehlung bzw. Überweisung.

Die zweite Stufe der Diagnostik – die semiinvasive Diagnostik – beinhaltet: SKAT (Schwellkörperautoinjektionstherapie) Austestung, Rigi-Scan, Doppler-Duplexsonographie, Corpus Cavernosum-EMG und neurophysiologische Untersuchungen. Mit der SKAT-Austestung steht eine einfache Methode für eine globale Diagnostik zur Verfügung. Dadurch läßt sich eine erste Aussage über die arterielle penile Versorgung, den Zustand der cavernösen Muskelzellen, den venösen Abfluß und die autonommotorische neurogene Versorgung erlangen. Das weltweit meist verwendete Präparat ist das Prostaglandin E1 mit bekanntlich niedrigem Priapismusrisiko, jedoch mit 7,2 % relevanter Schmerzrate nach intracavernöser Injektion. Die sonographischen Möglichkeiten stellen in der Hand des geübten Andrologen eine wesentliche Bereicherung in der Diagnostik dar. Allerdings erlangt die Frage nach der therapeutischen Konsequenz zunehmend an Bedeutung, wenn man die diagnostische Übereinstimmung in 90 % im Vergleich SKAT-Test und farbcodierte Duplexsonographie berücksichtigt.

Nur ein äußerst geringer Anteil von ca. 10 % der Patienten bedarf einer invasiven Diagnostik, der Stufe 3. Die hierbei entsprechenden Methoden wie dynamische Infusionscavernosometrie und Infusionscavernosographie, die

selektive Pharmakophalloarteriographie haben nur äußerst begrenzte Indikationen, nachdem die penile rekonstruktive Gefäßchirurgie aufgrund enttäuschender therapeutischer Ergebnisse fast völlig verlassen wurde.

Vorwiegend finden sich Patienten mit ED in der urologischen / andrologischen Praxis ein, aber auch umgekehrt kommt es vor, daß Klienten aus der therapeutischen Praxis zur notwendigen schulmedizinischen Exploration überwiesen werden. Im typischen Verlauf eines Erstgesprächs stellt sich heraus, daß sich der Patient / Klient trotz schulmedizinischer Absage einer organischen Ursache in Ambivalenz befindet – ambivalent darüber, daß er trotz Ausschluß einer organischen Ursache dennoch sein Denken an eine organische Kausalität beibehalten möchte, um auf dieser Ebene eine ausreichende Erklärung für seine Problematik zu finden, die ihm ermöglicht, einer seelischen Konfrontation aus dem Wege zu gehen. Um den Patienten aus dieser passiven Haltung herauszuholen, ist es im psychotherapeutischen Gespräch einerseits wichtig, den Problemkontext durch gezielte Fragestellung zu definieren, und ihn durch Fragen nach seinen Vermutungen in Zusammenhang mit seiner Lebenssituation in eine aktive Haltung zu bringen. Im gesamten psychotherapeutischen Prozeß ist es wichtig, dem Klienten in seinem Bezugsrahmen, in seiner Bedeutungsgebung und in seiner Krankheitstheorie zu begegnen. Die systemtherapeutische Haltung im Setting geht von der Prämisse aus, daß das Symptom das persönliche Selbst zwischen der intellektuellen, emotionalen und

der körperlichen Ebene ausbalanciert. Das bedeutet konkret, daß ED als Regulation und Unterstützung für die Balance der Autonomie einerseits und andererseits für die Abgrenzung gegenüber der Umwelt (Partnerin) sorgt. In weiterer Folge ist es wichtig, dem Patienten im Gespräch zu vermitteln, daß die ED nicht als Defizit oder Versagen zu verstehen ist, sondern vielmehr als Fähigkeit und Leistung, also als Kompetenz und eigene Ressource zu deuten ist. Gelingt diese Fokusverschiebung, kann der Klient bisherige Denkmuster aufgeben und andere Zusammenhänge im Sinne einer Problemlösungskonstruktion entwickeln [8]. Psychotherapeutisch kann man davon ausgehen, daß das Symptom nichts anderes als eine massive Beziehungsintervention ist. Wofür dieses Symptom auf der Beziehungsebene sorgt, ist im gemeinsamen Dialog mit dem Klienten / Patienten zu erforschen, um in weiterer Folge Problemlösungsoptionen zu entwickeln [9]. Gleichermäßen ist es wichtig, dem Patienten neutral zu begegnen. Um das zu gewährleisten, ist es notwendig, daß der Psychotherapeut seiner eigenen Bedeutungsgebung, seinen Hypothesen über Beziehung, Sexualität und seiner gesamten Biographie unvoreingenommen gegenüber steht.

ERGEBNISSE / FALLBEISPIEL

Um dieses Konzept praktisch vorzustellen, wird anschließend ein typisches Fallbeispiel angeführt. Herr K., 49 Jahre alt, kommt mit der Diagnose Prostatakarzinom in die urologische / andro-

logische Praxis. Im Erstgespräch über genannte Diagnose und konsekutive Therapieoptionen fällt auf, daß sich Herr K. in einer äußerst instabilen psychischen Verfassung befindet. Diese Instabilität erklärt sich aus der erfahrenen Diagnose des Prostatakarzinoms, vor dem Hintergrund einer ausgedehnten familiären Krebsgeschichte des Patienten und aus seiner zu diesem Zeitpunkt beginnenden neuen Beziehung. Die Belastung wird für Herrn K. durch die zu erwartende erektile Dysfunktion nach geplanter radikaler Prostatektomie verstärkt. In dieser außergewöhnlichen Belastungssituation wird der Patient noch vor Beginn der medizinischen Therapie erstmals an die Psychotherapeutin überwiesen. Der psychotherapeutische Auftrag lautet im Erstgespräch, den Patienten präoperativ emotional zu stabilisieren, zweitens den medizinischen Eingriff und dessen Beziehungsauswirkungen zu begleiten. Vor dem stationären Aufenthalt entscheidet sich der Klient innerhalb dreier Gespräche für eine positive Perspektive, d.h. gesund zu werden und durch ein offenes, eindeutiges Kommunikationsverhalten in seiner Beziehung zu bleiben.

Im Rahmen des stationären Aufenthaltes wird Herr K. schulmedizinisch durch eine radikale Prostatektomie versorgt. Postoperativ wird der Patient umgehend psychotherapeutisch weiterbegleitet, wobei im Vordergrund die aktuelle Beziehung und die erektile Dysfunktion stehen. Im psychotherapeutischen Prozeß beginnt die Sexualität und die nun bestehende ED auf der Beziehungsebene an Bedeutung zu gewinnen. Durch die bereits präopera-

tive offene Kommunikation und die vorsichtige Annäherungsphase gegenüber der Partnerin steht diese dem Problem sehr verständnisvoll gegenüber und dem Patienten unterstützend zur Seite. Das Paar findet so einen entsprechenden Zugang zu einer schulmedizinisch-therapeutischen Intervention. In einem ausführlichen Arzt-Patientengespräch wird nun versucht, die optimale Therapie für die ED zu finden. Als primärer Behandlungsansatz wird die orale Therapie mit Viagra gewählt [10]. Mit dem Wissen, daß dieser Therapieansatz nach radikaler Prostatektomie oftmals nicht den gewünschten therapeutischen Erfolg nach sich zieht, wird dieser Schritt mit der Begründung gesetzt, daß Herr K. im weiteren Verlauf nach Therapieversagen einer deutlich invasiveren Behandlung durch die Schwellkörperinjektionstherapie zugänglich wird [11]. Der Patient wurde über den vermutlich ausbleibenden Erfolg der oralen Therapie informiert, und findet nun seine Zufriedenheit durch die intracavernöse Injektionstherapie. Mit dieser schulmedizinischen Lösung geht es im zukünftigen psychotherapeutischen Verlauf darum, die Sexualität und damit die Partnerschaft zu stabilisieren.

DISKUSSION

Die Schulmedizin kann heute Standards in der Diagnostik und in der Therapie der erektilen Dysfunktion anbieten. Für eine rationale Diagnostik ist derzeit folgendes obligat zu fordern: ausführliche Allgemein- und Sexualanamnese, körperliche

Untersuchung, psychologische Exploration und Laboruntersuchungen. Mit der anschließenden medikamentösen Austestung, z. B. peroral mit Sildenafil, intracavernös mit SKAT oder auch durch die intraurethrale Applikation vasoaktiver Substanzen, setzt sich dann die Diagnostik fort. Der letztgenannte diagnostische Schritt leitet zu einer entsprechenden Therapie über. Ein Therapieerfolg wird nur dann möglich sein, wenn der Patient die entsprechende Therapie in seiner eigenen Sexualität umsetzen kann. Viagra, Schwellkörperinjektionstherapien wie auch alle anderen Formen der ED-Therapien haben gewiß alle ihre Berechtigung, sind aber jede für sich individuell einzusetzen. Ein Therapieversagen ist mit Sicherheit prolongiert, wenn die Basis, nämlich funktionierende Sexualität und ein verständnisvoller Sexualpartner nicht gegeben sind. Klassisches Beispiel dafür ist der radikal prostatektomierte Patient mit seiner konsekutiv aufgetretenen ED, dessen Frau sich in der Menopause befindet, und für die wiederum die ED zu einer Entlastung wird. Hierbei geht es um jene Problemstellungen, mit denen der schulmedizinisch tätige Urologe und Androloge immer wieder konfrontiert wird. Es liegt nahe, daß mit einer ausschließlich schulmedizinischen Therapie die tatsächliche Problemlösung für den individuellen Patienten nicht zu finden ist.

Bezugnehmend auf das zuletzt angeführte Beispiel sei noch einmal eine weitere psychotherapeutische, systemtheoretische Prämisse definiert: Sexualität ist Beziehung – Beziehung ist Kommunikation – Kommunikation ist Se-

OA Dr. med. Michael Dunzinger

Geboren 1962 in Linz. Studium der Humanmedizin an der Universität Wien. 1989 Promotion zum Dr. med. Nach Ausbildung zum praktischen Arzt im KH der Barmherzigen Schwestern Linz Ausbildung zum Facharzt für Urologie. Seit 1994 intensives Studium der Andrologie inklusive Aufbau eines andrologischen Labors mit Schwerpunkt „Männliche Fertilitätsstörungen und andrologische Reproduktionsmedizin inkl. Mikrochirurgie“. 1995 Leitung der andrologischen Ambulanz. 1996 Facharzt für Urologie, 1998 Oberarzt an der Urologischen Abteilung des Krankenhauses der Barmherzigen Schwestern Linz. Seit 1998 stellvertretender Vorsitzender des Arbeitskreises für Andrologie und sexuelle Funktionsstörungen der Österreichischen Gesellschaft für Urologie.



Korrespondenzadresse:

Dr. M. Dunzinger, M. Pfeffer,
Praxisgemeinschaft U.P.G.,
A-4020 Linz, Landstraße 76/3
E-Mail: m.dunzinger@upg.at

xualität. Bei diesem betroffenen Paar wird deutlich, daß aufgrund der Problematik unterschiedliche Bedürfnisse vorliegen. Für den Mann ist seine ED ein Problem, für die Frau ist sie eine Lösung. Grundsätzlich können sexuelle Störungen als Nebenschauplätze für andere Konflikte verstanden werden, und dennoch gleichzeitig direkten therapeutischen Interventionen zugänglich sein. Im therapeutischen Setting geht es darum, die Verstrickung beider Partner aufzulösen und „Neugierde“ herzustellen, sowie eine

Alltagskommunikationskultur zu finden, in der ein besseres wechselseitiges Verständnis möglich wird [12]. Es ist also notwendig, unterschiedliche Sichtweisen über Sexualität, Beziehung und Kommunikation auf eine gemeinsame Ebene zu transformieren.

In der Kooperation von Schulmedizin und Psychotherapie geht es darum, die Paardynamik in Balance zu bringen, damit gemeinsame Beziehungsperspektiven für die Patienten / Klienten entwickelt werden können.

Literatur:

1. Dunzinger M. Diagnostik der erektilen Dysfunktion. WMW 2000; 150: 8–10.
2. NIH Consensus development panel. Impotence. JAMA 1993; 270: 83–90.
3. Retzer A, Simon FB. Therapeutische Schnittmuster – ein Projekt. Sexualtherapie. In: Familiendynamik. Klett-Cotta, Stuttgart, 1998; 421–3.
4. Pfeffer M. Die andere Seite des Problems: Systemische Lösungen bei sexuellen Funktionsstörungen. WMW 2000; 150: 21–3.
5. Hauck EW, Schroeder-Printzen I, Weidner W. Rationelle Diagnostik der erektilen Dysfunktion. Urologe A 1998; 37: 495–502.
6. Hartmann U. Psychologische Diagnostik und Sexualanamnese. In: Stief CG, Hartmann U, Höfner K, Jonas U (Hrsg). Erektile Dysfunktion. Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1997; 105–15.
7. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. Urology 1997; 49: 822–30.
8. Maturana HR, Varela F. Baum der Erkenntnis, die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens. Scherz-Verlag, Bern-München-Wien, 1987.
9. Simon FB. Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie. Carl Auer-Verlag, Heidelberg, 1995.
10. Goldstein I, Lue TF, Padam-Nathan H, Rosen RC, Steers WD, Wicker PA. Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction. N Engl J Med 1998; 338: 1397–404.
11. Bähren W, Stief CG. Intrakavernöse Pharmakontestung – SKAT-Test. In: Bähren W, Altwein JE (Hrsg). Impotenz. Thieme, Stuttgart-New York, 1988.
12. von Sydow K. Sexualität und/oder Bindung: Ein Forschungsüberblick zur sexuellen Entwicklung in langfristigen Partnerschaften. In: Familiendynamik. Klett-Cotta, Stuttgart, 1998; 392–3.

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](#)