

# Probleme einer Palliativbetreuung am Lebensende

**D**er ca. 60 Jahre alte Herr A. wird in der Hals-Nasen-Ohren- (HNO-)Klinik eines österreichischen Landeskrankenhauses wegen Schluckstörungen untersucht. Er ist Frühpensionist und im Alltagsleben selbstständig; aus der Anamnese ist eine Alkoholkrankheit bekannt. Seine nächsten Angehörigen sind seine Mutter, ein Bruder und seine Lebensgefährtin.

Die Diagnostik ergibt ein ausgedehntes Hypopharynxkarzinom mit lokaler Metastasierung. Der Patient zeigt nach der Tracheostomaversorgung weiterhin Schluckunfähigkeit mit rapidem körperlichen Verfall. Er wird immobil und muss parenteral ernährt werden. Die vorliegenden Laborbefunde zeigen katastrophale Werte bei einer deutlichen Entzündungssituation. Die Leberzirrhose ist dekompensiert; hinzu kommen schwere, kaum beherrschbare Blutbild- und Gerinnungsprobleme sowie chronische Schmerzen.

Bei der Fallbesprechung (HNO mit Onkologe und Strahlentherapeut) wird jegliche Intervention bezüglich einer Operation bzw. Chemotherapie natürlich verworfen und eine Palliativbestrahlung bei gebessertem Allgemeinzustand erwogen. Das Legen einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie- (PEG-)Sonde ist aufgrund von Ösophagus- und Magenvarizen, Ascites sowie der Gerinnungssituation nicht möglich. Auch das chirurgische Legen einer Ernährungsfistel wird als zu riskant eingestuft.

In dieser Situation wird der Patient in die Geriatrie des Krankenhauses verlegt.

Die Ärzte der geriatrischen Abteilung schätzen die Situation als Aufgabe für eine Palliativversorgung ein. Die Überlebensprognose des Patienten wird als kurz angesehen; das Betreuungsziel wird diskutiert. Dem steht jedoch die subjektive Wirklichkeit der Angehörigen entgegen. Die Auf-

klärungssituation war im Vorfeld bedauerlicherweise „suboptimal“. Die Angehörigen gehen davon aus, dass der Patient nun endlich zum „Regenerieren“ auf eine internistisch ausgelegte Station kommt. Sie sehen in einer möglichen Bestrahlung einen kurativen Ansatz und möchten, dass alles Menschen-Mögliche getan wird.

Der Zustand des Patienten ist ernst. Zwar ist die Entzündung beherrscht, aber die Leberfunktion und das Blutbild werden schlechter. Die Kommunikation mit Herrn A. verläuft nonverbal durch Kopfbewegungen (ja, nein). Einige Worte kann er auch aufschreiben. Was weiß der Patient, was will er? Schlussendlich muss auch bei ihm ein Realitätsmanko festgestellt werden. Er sieht die Option der Heilung und spricht davon, er „werde wieder Auto fahren“.

Im Verlauf der Betreuung und durch regelmäßige Gespräche mit den Angehörigen (die Mutter wird für den Patienten immer wichtiger) und dem Patienten selbst scheint die Akzeptanz einer „Palliative-care-Situation“ zu wachsen. Dem Patienten und seinen Angehörigen wird eine Weiterbetreuung im Pflegeheimbereich der Geriatrie angeboten. Als Reaktion darauf macht Herr A. mit Schnüren einen kleinen Galgenstrick.

Er äußert klar den Wunsch, nach Hause zu kommen. Auf die Frage der betreuenden Ärzte: „Sie spüren, dass Ihr Leben zu Ende geht und möchten daheim sterben?“ nickt er und macht mit dem Zeigefinger eine Bewegung nach oben und ein Kreuz auf der Brust. Der behandelnde Arzt muss versprechen dafür zu sorgen, dass Herr A. nach Hause kommt. Einen geistlichen Beistand wünscht er nicht.

Der Wunsch stößt aber auf Widerstand vonseiten der Angehörigen. Sie fragen nach, was mit der geplanten Bestrahlung werden soll, wie die Ernäh-

rung funktionieren soll: „Wir können ihn nicht betreuen.“ Das Team der Geriatrie diskutiert die Sachlage in wiederholten Gesprächen. Nach einigen weiteren Problemen wird ein Portsystem gelegt. Infolge von Entzündung und Blutung im Portsystem wird ein Ausbau des Systems notwendig. Es kommt zu fortschreitender Verschlechterung des Allgemeinzustands: *Die Zeit wird knapp*.

Es wird eine Hauskrankenpflege organisiert und der Hausarzt informiert. Mit den verunsicherten Angehörigen spricht der Herr Primarius ein *Machtwort*. („Morgen ist Entlassung“). Als Maßnahmen sind nur noch eine analgetische Therapie, s.c.-Infusionsgabe und minimale Breikost vorgesehen.

Drei Tage nach der Entlassung verstirbt der Patient zu Hause (wahrscheinlich an einer Ösophagusvarizenblutung). Nach Aussage des Hausarztes war die Lebensqualität in den letzten Tagen

relativ gut und die notwendige Symptomkontrolle gegeben.

Für die behandelnden Ärzte ist unverkennbar, dass die suffiziente Betreuung solcher Patienten und ihrer Angehörigen eigentlich nur im Team zu bewältigen ist. In Palliativsituationen ist zudem der Faktor Zeit (Abschiednahme, Realisieren der Endlichkeit, Beherrschung der existenziellen Verzweiflung) oft entscheidend. Optimale Betreuung ist eine Illusion. Es drängen sich den Ärzten aber Fragen auf: Was sollen sie in einer solchen Situation noch tun? Wer ist hier berechtigt, zu bestimmen, was getan werden sollte? Wer wird hier behandelt? Immer im Sinne eines Patienten zu entscheiden, ist wohl unmöglich. Welche Entscheidungen, die getroffen werden müssen, sind annehmbar?

**Interessenkonflikt:** Keine Angaben

Ethik Med 2005 · 17:311–312  
DOI 10.1007/s00481-005-0406-6  
Online publiziert: 9. November 2005  
© Springer Medizin Verlag 2005

Peter Fasching · Geriatriezentrum Baumgarten, Wien

## Kommentar I

**A**us Sicht eines klinisch tätigen Arztes erscheint die geschilderte Patientengeschichte hinsichtlich der medizinischen Behandlungsführung weitgehend klar. Der Patient dürfte von seinem biologischen „Vitalstatus“ deutlich älter erscheinen, als es sein Alter von etwa 60 Jahren vermuten lässt. In der Anamnese wird von einer Alkoholkrankheit berichtet, die anscheinend zu einer fortgeschrittenen Leberzirrhose mit Ösophagus- und Magenvarizen sowie Aszites und eingeschränkter Gerinnung geführt haben dürfte. Über die kognitive und emotionale Situation wird in der vorliegen-

den Schilderung nur wenig berichtet. Gerade bei Patienten mit langjähriger Alkoholanamnese und deutlich reduzierter Leberfunktion ist mit kognitiven Leistungseinbußen und depressiver Verstimmung zu rechnen (z. B. Korsakow-Syndrom oder hepatische Enzephalopathie).

An einer geriatrischen Abteilung wäre es nahe liegend, dass bei Aufnahme eines Patienten ein multidimensionales interdisziplinäres „assessment“ durchgeführt wird. Entweder ist diese Erhebung unterblieben, da bei dem Patienten in erster Linie die onkologisch-palliative Komponente im Vordergrund stand, oder die Befunde wurden in der Fallschilderung nicht berichtet, da sie für nichtrelevant geachtet wurden.

Herr Prim. Univ. Doz. Dr. Peter Fasching ist Abteilungsvorstand der 3. Internen Abteilung des Geriatriezentrums Baumgarten.

Weiters erscheint die Sozialsituation nicht völlig klar. In Absatz 1 wird berichtet, dass „seine nächsten Angehörigen seine Mutter, ein Bruder und seine Lebensgefährtin“ seien. Wo der Patient zuletzt gewohnt hat bzw. in welche soziale Umgebung er entlassen wurde, wird nicht konkret beschrieben. (Siehe vorletzter Absatz „3 Tage nach der Entlassung verstirbt der Patient zu Hause“.)

Hinsichtlich der geplanten und durchgeführten medizinischen Maßnahmen sind keine weiteren Alternativen aufzuzeigen, da die klinische Situation des Patienten eine Durchführung alternativer Behandlungsmaßnahmen zur Therapie der onkologischen Grundkrankheit oder auch zur Ernährung nicht zuließ.

Inwieweit eine Aufklärung konkret erfolgte, dass eine kurative Therapieoption nicht gegeben ist und man sich daher einer palliativen Betreuungsstrategie zuwendet, ist ebenfalls nicht klar erkennbar.

Auch wenn es prinzipiell begrüßenswert erscheint, dass sich der „behandelnde Arzt“ dem schwer erkrankten Patienten am Lebensende zuwendet, ist aus meiner Sicht nicht zwingend geboten, dass „der behandelnde Arzt versprechen muss, dafür zu sorgen, dass der Patient nach Hause kommt“. Da Herr A. nicht autonom zu Hause lebt, ist meiner Meinung nach eine „Art des Einverständnisses der Angehörigen zu suchen“. Der Wunsch des Patienten stößt aber „auf Widerstand vonseiten der Angehörigen“. Es ist nicht ersichtlich, ob alle Angehörigen bzw. welche Angehörigen Widerstand geboten haben, und auch nicht konkretisiert, was aus deren Sicht dagegen sprach. „Wir können ihn nicht betreuen“, erscheint eine zu kurz greifende Erklärung. Laut Schilderung „diskutiert das Team der Geriatrie die Sachlage in wiederholten Gesprächen“. Meiner Meinung nach wäre es besser gewesen, die Sachlage in wiederholten Gesprächen mit den Angehörigen zu diskutieren, um die Gründe des Widerstands zu eruieren und ggf. mögliche Lösungen dafür zu erarbeiten. Zu denken wäre dabei an die Anbahnung einer ambulanten Hospizbetreuung mit psychologischer Begleitung der Angehörigen, auch „wenn die Zeit knapp wird“.

Ein „Machtwort“ des Chefarztes beseitigt nicht emotionelle und praktische Hindernisse, sogar wenn eine Hauskrankenpflege organisiert und der Hausarzt informiert ist.

Wir wissen letztlich nicht, wie der Patient zu Hause verstorben ist, wie er selbst das Sterben und wie seine Angehörigen das Sterben erlebt haben. Es gibt kein versöhnliches Ende in diesem Sinne, dass sich die Angehörigen beim behandelnden Arzt oder beim Chefarzt bedankt hätten, den Tod von Herrn A. zu Hause gestaltet zu haben. Vielleicht blieben Verbitterung, Enttäuschung sowie das Gefühl der Überforderung und des Versagens zurück. Vielleicht hat der Patient in seiner letzten Stunde diese Dissonanz und Spannung wahrgenommen. Wir wissen es nicht. Vielleicht hat Herr A. aber auch friedliche und schöne Stunden am Ende seines Lebens im Kreise seiner Lieben erlebt.

Ich würde dennoch nicht in meiner Rolle als Chefarzt „ein Machtwort“ sprechen und den Angehörigen ohne ihre Zustimmung „einen sterbenden Patienten“ nach Hause schicken. Im Zweifelsfall würde ich trachten, bei anhaltender Ablehnung durch die Angehörigen an der Pflegestation der Abteilung ein „würdevolles“ Sterben unter Einbeziehung der Angehörigen zu ermöglichen.

Schließlich ist auch bei konkreter Willensbildung des Patienten die Haltung der betroffenen Angehörigen zu respektieren. Eine „moralische Zwangsbeglückung“ („ihr müsst doch eurem Angehörigen den letzten Wunsch erfüllen“) ist nicht geboten und garantiert auch keinen für alle Seiten befriedigenden Ausgang der zu lösenden Situation.

### **Korrespondierender Autor**

**Prim. Univ. Doz. Dr. Peter Fasching**

Geriatrizentrum Baumgarten,  
Hütteldorfer Straße 188, 1140 Wien  
E-Mail: peter.fasching@wienkav.at

**Interessenkonflikt:** Keine Angaben

## Kommentar II

**E**in medizinethischer Kommentar zu einer schriftlich vorliegenden Patientengeschichte wird in erster Linie versuchen herauszuarbeiten, welche guten Gründe für die eine oder die andere Vorgehensweise sprechen. Dies setzt voraus, dass die unterschiedlichen Optionen bereits hinreichend deutlich sind. Der erste Schritt, um die vorliegende Geschichte zu kommentieren, wird also darin bestehen, diese unterschiedlichen Optionen herauszuarbeiten. Aber um wessen Handlungsoptionen handelt es sich?

Betrachtet man die literarische Form der Erzählung etwas genauer, so ist deutlich, dass die ersten drei Absätze die Vorgeschichte vor der Verlegung in die Geriatrie erzählen. Die folgenden Absätze spielen in der Geriatrie. Von dem Versterben des Patienten hören wir vermittelt über die Aussagen des Hausarztes; der Berichterstatter hat selbst keine unmittelbare Erfahrung davon. Die formulierten ethischen Fragen stellen sich also den geriatrisch behandelnden Ärzten (und nicht etwa dem Patienten selbst). Diese sind nun konfrontiert mit einem Patienten, der nur unzureichend die Tatsache seines bevorstehenden Todes akzeptiert hat, sowie mit Angehörigen, die, so zumindest der Eindruck, überhaupt nicht ausreichend aufgeklärt sind. Dieses Versäumnis wird dem „Vorfeld“ angelastet.

Die Erzählperspektive ist insgesamt stark von einer Position zwischen dem Patienten und seinen Angehörigen geprägt. Der Erzähler hat Sympathien mit dem *behandelnden Arzt*, der sich dem *Patienten* gegenüber darauf einlässt, ihm das Versprechen zu geben, dafür zu sorgen, dass der Patient nach Hause kommt. (Auf welche Eindrücke und Erfahrungen mit dem Patienten gründet sich dabei das „müssen“?) Man kann, von diesen Hinweisen ausgehend, also annehmen, dass es der *behandelnde Arzt* ist, der zwischen dem Patienten und seinen Angehörigen steht, und den die Fra-

ge umtreibt, ob der eingeschlagene Weg tatsächlich ethisch zu rechtfertigen ist.

Wenn wir die Ereignisse aus dieser Perspektive betrachten, stellen wir noch fest, dass der *behandelnde Arzt* gegenüber dem *Herrn Primarius* ambivalent zu sein scheint. Der Ausdruck steht im österreichischen Deutsch für den Chefarzt; dieser tritt hier mit Autorität auf, um den aus dem Versprechen, dem raschen Zerfall des Patienten und der Weigerung der *Angehörigen* entstandenen gordischen Knoten zu lösen. Kraft dieser Autorität des *Herrn Primarius* gelingt es dem *behandelnden Arzt* zwar, sein Versprechen einzulösen. Dies scheint aber um den Preis zu geschehen, dass die *Angehörigen* durch Autorität gleichsam „gezwungen“ werden zur Kooperation, statt dass sie sich per Einsicht dazu entschließen, den *Patienten* einen voraussichtlich kurzen Zeitraum zu Hause zu pflegen und ihm damit einen Wunsch zu erfüllen. Dies scheint der kritisch-distanzierten Haltung des *behandelnden Arztes* bzw. des *Berichterstatters* gegenüber dem *Herrn Primarius* zugehörig zu liegen.

Das Dilemma ergibt sich also aus dem Umstand, dass der *behandelnde Arzt* (zumindest aus Sicht des Erzählers) sich in einem Geflecht von Verpflichtungen und Loyalitäten gegenüber dem Patienten, den Angehörigen und dem Vorgesetzten sieht. Die Frage „Wer wird hier behandelt?“ deutet genau in diese Richtung: Aus Sicht des behandelnden Arztes, der zwischen dem Patienten, den Angehörigen und seiner Leitung steht, stellt sich die ethische Frage, ob er lediglich dem Wohl des Patienten verpflichtet ist, oder ob er nicht genauso eine ethische Verpflichtung hat, Schaden von den Angehörigen abzuwenden. Die in der Fallgeschichte angesprochene Zeitknappheit bezieht sich offenbar auf dieses Problem. Wenn wir uns vorstellen, dass die Angehörigen sehr rasch die Situation in ihrer Bedeutung verstanden hät-

ten, sich selbst aktiv um die Hauskrankenpflege gekümmert hätten usw., so wäre die Zeit wohl nicht knapp gewesen (zumindest nicht hinsichtlich des hier anstehenden Problems).

### **Welche unterschiedlichen Optionen hätte es also vor diesem Hintergrund gegeben?**

Die erste mögliche Option wird in dem Text beschrieben. Sie lautet, dass die Angehörigen quasi durch ein „Machtwort“ gezwungen werden, den Patienten bei sich zu Hause aufzunehmen und ihn zu pflegen. Dabei bleibt zweifelhaft, ob sie den Patienten angemessen medizinisch betreut sehen.

Die zweite Option hätte stärker durch Kommunikation und Aufklärung auch bei den Angehörigen auf Akzeptanz und Einsicht hinwirken können. Eventuell wäre es sinnvoll gewesen, einen psychologischen Beratungsdienst o. Ä. hinzuzuziehen, der den Angehörigen eine Auseinandersetzung mit der aktuellen Situation ermöglicht hätte. Sofern eine Nachuntersuchung möglich wäre, sollte die psychische Situation der Angehörigen nach einer solchen Vorgehensweise im Mittelpunkt stehen. Sind diese überrumpelt worden? Hat dies zu Traumatisierungen geführt? Wie gut konnten sie mit der häuslichen Situation der Pflege eines vergleichsweise doch überraschend schnell sterbenden Angehörigen umgehen? Welche Auswirkungen hatte dies auf das Verhältnis zwischen dem Sterbenden und seinen pflegenden Angehörigen in dieser Zeit? Welche Möglichkeiten der Nachbetreuung wurden den Angehörigen angeboten?

Die dritte Option bestand in der Weiterbetreuung im Pflegeheimbereich der Geriatrie. Diese Option wird mit dem Hinweis auf den Patientenwillen ausgeschlossen. Wir können dem Text hier nur entnehmen, dass die Einstellung gegenüber dieser Option bei dem Patienten negativ ist (der „kleine Galgenstrick“). Wieso der Patient gegenüber dieser Möglichkeit aber so negativ ist, oder was der „Galgenstrick“ letztlich bedeuten soll („das ist so schrecklich, da könnt ihr mich gleich erhängen“ oder „dann bring ich mich um“ – der Phantasie sind hier keine Grenzen gesetzt) bleibt im Dunkeln. Diese Option hätte allerdings eine stationäre Betreuung ermöglicht und die Angehörigen entlastet.

Mit den Optionen zwei und drei lenkt man den Blick von dem Respekt vor der Autonomie des Patienten (kantisch gesprochen: der Willkürfreiheit des Einzelnen) hinüber zu der Verpflichtung, Schaden zu vermeiden. Dazu könnte man sich beispielsweise auf die deutsche (Muster-)Berufsordnung berufen, auf § 1, Satz 2, der bestimmt: „...Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten...“. Dabei hat man die Gesundheit der Angehörigen im Blick, mit dem Ziel, Traumatisierung oder Überforderung zu vermeiden. (Der Vollständigkeit halber ist anzumerken, dass diese Forderung wohl kaum als „vollkommene“, d. h. keine Ausnahme duldende Pflicht zu interpretieren ist, da dies eine unendliche Aufgabe wäre.)

Geht man also von den Handlungsoptionen eins und zwei aus, mit denen die Kooperation der Angehörigen erreicht werden könnte, so wird verständlich, dass der eingeschlagene Weg nicht der bestmögliche war. Dies ist zumindest dann der Fall, wenn man als Maßstab akzeptiert, dass die maximale Einsicht und die freie Zustimmung zu einem vorgeschlagenen Weg besser sind als eine durch Autorität erzwungene Vorgehensweise. Zwar wird einerseits angedeutet, dass auch bei den Angehörigen die Akzeptanz gegenüber dem bevorstehenden Sterbeprozess wächst, andererseits wird aber von „Widerstand“ berichtet, der sich hauptsächlich von einer Hoffnung auf Heilung zu speisen scheint. Dieser „Widerstand“ wird durch ein „Machtwort“ überwunden.

Die aufgrund des „Widerstands“ der Angehörigen ausgeschlossene Option zwei wäre der Option eins wohl vorzuziehen gewesen. Diese intuitive Einsicht scheint auch den Berichterstatter bewogen zu haben, seine moralischen Bedenken zu formulieren. Es müsste aber sehr viel mehr über die Angehörigen und ihre Situation bekannt sein, um die Motive für ihren Widerstand zu verstehen. Warum hatten sie beständig den Eindruck, dass nicht alles medizinisch Mögliche getan wurde? Wurden sie in der Zwischenzeit tatsächlich hinreichend aufgeklärt und über die Schwere der Erkrankung ihres Angehörigen informiert? Können sie den Tod noch nicht akzeptieren? Fühlen sie sich von der Aufgabe, eine unbekannte Zeit lang einen Sterbenden zu pflegen, überfordert?

Eine der Fragen in diesem Fall lautet, ob sich für die eingeschlagene Vorgehensweise ethische Argumente finden lassen. Diese Frage lässt sich nur annähernd beantworten, wenn wir einige Antworten auf die genannten Fragen hätten. Würde sich der „Widerstand“ nicht aus einer unzutreffenden Hoffnung aufgrund mangelnder Aufklärung speisen, sondern aus dem Wunsch, die vorhandene Situation zu verleugnen, so könnte ein „autoritäres“ Auftreten unter Umständen gerechtfertigt sein, wenn dies tatsächlich dazu beitragen könnte, die Beteiligten wieder handlungsfähig zu machen. Allerdings muss man mit den zugrunde gelegten Hypothesen stets vorsichtig verfahren und sich im Allgemeinen an der Hypothese orientieren, für die die meisten Gründe sprechen.

Dem Berichterstatter ist Recht zu geben, dass eine „optimale Betreuung“ nur unter idealen Bedingungen verwirklicht werden kann („eine Illusion ist“), und dass eine angemessene Betreuung sterbender Patienten und ihrer Angehörigen eigentlich nur im Team zu bewältigen ist. Gleichwohl kommt es in jedem einzelnen Fall auf die mögliche Annäherung an ein Ideal an. Eine solche Annäherung ist gerade durch die Initiierung von Teamprozessen und gemeinsamen Lernprozessen zu erreichen. Aus organisationsethischer Perspektive kommt es daher nicht nur darauf an, danach zu fragen „Was hätte ich besser tun können?“, sondern vor allem auch darauf, danach zu fragen „Wie können *wir* die organisatorischen Abläufe so flexibel gestalten, dass wir künftig in solchen Situationen mehr Optionen haben?“ In dem beschriebenen Fall sollte daher überlegt werden, ob durch strukturelle, d. h. organisatorische Veränderungen nicht vergleichbare Situationen besser bewältigt werden könnten. Die einfachste Möglichkeit besteht darin, ein Diskussionsforum für solche Fälle zu schaffen, in denen ethisch und medizinisch mögliche unterschiedliche Handlungsoptionen analysiert sowie argumentativ gegeneinander abgewogen werden.

## Korrespondierender Autor

**Dr. phil. Uwe Fahr**

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin,  
Universität, Glückstraße 10, 91054 Erlangen  
E-Mail: Uwe.Fahr@ethik.med.uni-erlangen.de

**Interessenkonflikt:** Keine Angaben

**EthikinderMedizin.springer.de**

**Kongressanmeldung nur noch online**

**Nutzen Sie EthikinderMedizin.springer.de, um Ihre Veranstaltungen in den Springer Fachzeitschriften Medizin/Psychologie und dem dazugehörigen Online-Angebot kostenlos anzukündigen. Bitte beachten Sie, dass wir nur noch Ankündigungen berücksichtigen werden, die uns online erreichen.**

Und so geht's:

- Klicken Sie auf [EthikinderMedizin.springer.de](http://EthikinderMedizin.springer.de) den Button „Kongresse“ an
- Wählen Sie dort „Kongresskalender“ „Anmelden“
- Geben Sie nun Ihre Veranstaltung in die Eingabemaske ein
- Wählen Sie die Zeitschriften aus, in denen Ihre Ankündigung erscheinen soll
- Schicken Sie das ausgefüllte Formular online an die Verlagsredaktion

In den Print-Ausgaben unserer Zeitschriften bieten wir unseren Leser anschließend in der Rubrik „Termine“ eine Auswahl aktueller Veranstaltungen. Eine erheblich umfangreichere Auflistung steht online zur Verfügung. Die Redaktion behält sich eine Auswahl von Ankündigungen vor.

Für Veranstaltungshinweise in Form von Anzeigen können Sie sich jederzeit an unsere Anzeigenabteilung wenden ([anzeigen@springer-sbm.com](mailto:anzeigen@springer-sbm.com)).

**Wir freuen uns auf Ihre Ankündigungen!**

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Redaktion  
Fachzeitschriften Medizin/Psychologie

**EthikinderMedizin.springer.de**