

Eine «neue» Form von Kindsmisshandlung: Die Verweigerung von schulmedizinischen Therapien durch die Eltern

Ulrich Lips, Zürich

Zusammenfassung

Es gehört zu den Rechten und Pflichten von Eltern, die Gesundheit ihres Kindes bestmöglich zu gewährleisten. In diesem Sinne erteilen sie das Einverständnis zur Durchführung von medizinischen Untersuchungen, Eingriffen und Massnahmen. Sie sind dabei aber nicht frei (wie man es als volljähriger und mündiger Patient bei Entscheidungen über seine eigene Gesundheit ist), sondern sie müssen sich am Wohl des Kindes orientieren, das als bestmögliche Gesundheit und Lebensqualität angenommen werden kann.

Die allermeisten Eltern erfüllen diese Pflicht untadelig. Sehr selten nur entscheiden sich Eltern gegen von der Schulmedizin empfohlene, erfolgversprechende Therapien. Dann ist es die Pflicht der Ärztin/des Arztes, mit Fachwissen, Empathie, geschickter Gesprächsführung und Überzeugungskraft auf die Eltern einzuwirken und so als Anwalt des Kindes dessen Gesundheit zu gewährleisten. Lassen sich Eltern nicht überzeugen, sind ÄrztInnen vom Gesetz her berechtigt – und bei erheblicher Gesundheitsgefährdung moralisch verpflichtet –, die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde zu involvieren.

Situationen von verweigerter schulmedizinischer Therapie sind in den letzten Jahren häufiger geworden. Im Artikel werden an Hand von Beispielen Problemkreise und mögliche Vorgehensweisen aufgezeigt.

Einleitung

Es ist vom Gesetzgeber vorgesehen, dass Eltern für ihre nicht urteilsfähigen Kinder über die Durchführung medizinischer Untersuchungen, Massnahmen und Eingriffe entscheiden. Dabei geht der Gesetzgeber davon aus, dass die Eltern im (angenommenen) Sinn und Interesse des Kindes handeln und sein Bestes, nämlich das bestmögliche Wohl des Kindes anstreben. Es wird angenommen, dass sich Eltern, wie bei gesundheitlichen Problemen, die sie selbst betreffen, bei diesem Entscheidungsprozess von medizinischen Fachpersonen beraten lassen.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nehmen Eltern ihre diesbezügliche Verantwortung adäquat wahr. Zusammen mit Arzt/Ärztin bestimmen sie den einzuschlagenden medizinischen Weg für ihr Kind. Dieser Prozess wird «shared decision making»¹ genannt und unterscheidet sich fundamental vom früher üblichen paternalistischen System, in dem der Arzt weitgehend bestimmte, wie vorzugehen ist. Das Kind wird in den Entscheidungsprozess mit einbezogen, soweit es dazu in der Lage ist und dies für sein Wohl angemessen erscheint.

Selten kommt es vor, dass Eltern anerkannte schulmedizinische Therapien bei klar diagnostizierten Krankheiten ihres Kindes ablehnen. Dieses Verhalten fällt unter die Kindsmisshandlungskategorie «Vernachlässigung» und ist somit keine wirklich neue Form der Kindsmisshandlung. Die Zahl dieser Situationen hat in den letzten Jahren aber stark zugenommen. An einer grossen Kinderklinik hat man heute mit einem bis zwei schwerwiegenden Fällen dieser Art zu tun, noch vor 10 Jahren war es ein Fall in mehreren Jahren. Publierte Zahlen dazu gibt es nicht.

Beispiele

In der Praxis kommen solche Situationen häufig vor. Am bekanntesten ist wohl die Impfverweigerung, aber auch das verfrühte Absetzen oder gar nicht Anwenden verordneter Medikamente (z.B. Antibiotika) ist häufig. Ob das Kindeswohl dabei wirklich gefährdet ist, muss im Einzelfall beurteilt werden. Nur die eindeutige und beweisbare Gefährdung des Kindeswohls bietet die Grundlage für die Einschaltung der Behörden (KESB). Im Falle von schwerer atopischer Dermatitis, die nicht bessert, weil die Eltern keine cortisonhaltigen Präparate anwenden wollen, ist beispielsweise diese Kindeswohlgefährdung, im Sinne einer beeinträchtigten Lebensqualität, gegeben (Juckreiz, Schlafstörung, soziale Ausgrenzung, Gedeihstörung etc.) und die Einschaltung der KESB als ultima ratio möglich – immer unter der Voraussetzung, dass die Eltern gut informiert wurden und eine Alternativtherapie

nicht existiert oder sich als nicht wirksam erwiesen hat.

Die Spitze des Eisbergs stellen Situationen dar, in denen Kinder sterben, weil ihre Eltern schulmedizinische Therapien ablehnen. Vier konkrete Beispiele aus den letzten wenigen Jahren mögen dies illustrieren:

Olivia

Die 2008 geborene Olivia erkrankte im März 2010 an Leukämie. In der Folge wurde sie im Kinderspital A chemotherapeutisch behandelt. Die Eltern brachen die Behandlung nach 9 Monaten ab. Die Kinderschutzgruppe des Kinderspitals A erstattete bei der Vormundschaftsbehörde der Wohngemeinde von Olivia eine Gefährdungsmeldung. Diese Laienbehörde ergriff keine weiteren Massnahmen, da sie dem Argument der Mutter von Olivia, von Beruf Ärztin, Glauben schenkte, die sagte, das aktuelle Blutbild von Olivia (vom Dorfarzt angefertigt) sei normal und deshalb brauche es keine Therapie mehr. Ende 2010 erlitt Olivia ein Rezidiv, worauf sich die Eltern ans Kinderspital B wandten. Dort wurde dringendst eine Therapie empfohlen. Diese lehnten die Eltern ab, weshalb die Kinderschutzgruppe des Kinderspitals B ihrerseits eine Gefährdungsmeldung bei der früher bereits involvierten Vormundschaftsbehörde erstattete. Diese beschloss wiederum, keine Massnahmen zu treffen. Gegen diesen Entscheid rekurrierte die Kinderschutzgruppe des Kinderspitals B bei der vorgesetzten Stelle der Vormundschaftsbehörde. Ein zeitraubender Rechtshandel ging los, da die Kinderschutzgruppe des Kinderspitals B als nicht rekursberechtigt bezeichnet wurde. Nach 6 Monaten stellte die nochmals vorgesetzte Instanz fest, dass der Rekurs sehr wohl rechtens sei und verfolgt werden müsse. Inzwischen versuchte die Kinderklinik immer wieder, noch während des laufenden Rechtsstreites, die Eltern zu erreichen, was nicht gelang. Diese hatten nämlich Olivia, der es sehr schlecht ging, in verschiedene alternativ-medizinische Kliniken in Süddeutschland gebracht. Von einer dieser Kliniken wurde Olivia schliesslich notfallmässig und in extremis in die regionale Universitäts-Kinderklinik eingewiesen und von dort wiederum in die Kinderklinik B, wo Olivia nach wenigen Tagen an einer Pilzsepsis verstarb. Im zusammenfassenden Bericht der obersten juristischen Instanz des Wohnsitzkantons von Olivia wurde sowohl das Fehlverhalten verschiedener Stellen als auch die gegebene Berechtigung der Ärzte zur Wahrung der Interessen des Kindes festgehalten.

Der lakonische Schlusssatz des fast 100-seitigen juristischen Berichtes lautet: «Nachdem das kleine Kind verstorben ist, sind sowohl das Berufungsverfahren als auch das Massnahmeverfahren gegenstandslos geworden.»

Mbongo

Szenario 1

Mbongo ist ein 5-jähriger, schwarzhäutiger Knabe, dessen Eltern aus der Republik Kongo stammen. Die Familie ist seit 6 Monaten in der Schweiz. Bei Mbongo ist eine compound-Hämoglobinopathie bekannt, d.h. er ist doppelt heterozygot für Sichelzellanämie und Beta-Thalassämie.

Mbongo wird von den Eltern vorgestellt, weil er seit einiger Zeit vermehrt müde und schlapp ist und kaum mehr herumgehen mag. Die Untersuchung ergibt neben dem beschriebenen Zustand von Adynamie sehr blasse Schleimhäute und ein 2/6-Systolikum, aber keine Organomegalien. Das Hämoglobin beträgt 28 g/l, das MCV 20 fl.

Die vorgeschlagene EC-Transfusion wird von den Eltern abgelehnt, da sie Zeugen Jehovas sind. Mehrere Aufklärungsgespräche, auch mit Dolmetscher und Vertretern der Zeugen Jehovas ändern nichts am Entscheid der Eltern.

Die Ärzte erstatten eine Gefährdungsmeldung an die zuständige Behörde und beantragen die Einschränkung der elterlichen Sorge bezüglich der hämatologischen Problematik und den behördlich angeordneten Aufenthalt des Knaben in der Kinderklinik für die Dauer der EC-Transfusion. Die Eltern werden über dieses Vorgehen informiert. Noch gleichentags hört die Behörde die Eltern an und entscheidet im Sinne der Ärzte. Die Eltern bringen Mbongo ins Spital, die Transfusion wird durchgeführt und Mbongo wird beschwerdefrei entlassen. Das Hämoglobin beträgt 90 g/l.

Szenario 2

Mbongo wird von der Ambulanz in die Notfallstation der Kinderklinik gebracht. Nachdem er schon einige Tage erkältet war, aber doch immer noch die Schule besuchte, war er am Morgen in der Schule «wie weg» gewesen, ganz blass und atmete sehr mühsam. Die Lehrperson alarmierte sofort die Ambulanz. Auf der Notfallstation ist Mbongo schwer dyspnoisch, die Sauerstoffsättigung beträgt bei Luftatmung 75%. Er ist somnolent und hat 39,8 Grad Fieber. Die Lungenauskultation ergibt rechtsseitig Rasselgeräusche, der Klopfeschall über der ganzen rechten Lunge ist gedämpft. Das Röntgenbild zeigt eine

ausgedehnte Pleuropneumonie rechts, das Hb 43 g/l, Lc 35,6 G/l, CRP 234 mg/l.

Nach Abnahme einer Blutkultur wird sofort mit der intravenösen Gabe von Antibiotika begonnen, Blut zur Testung abgenommen und Sauerstoff über eine Maske zugeführt. Die Eltern sind an der Arbeit und telefonisch nicht erreichbar. Nach Eintreffen des Blutes wird dieses transfundiert. Gleichzeitig mit den Eltern, die einige Stunden später erreichbar sind, wird die Behörde darüber informiert, dass bei Mbongo ohne Einwilligung seiner Rechtsvertreter ein medizinischer Eingriff vorgenommen werden musste, um sein Leben zu retten.

Levin

Der 12-jährige Levin ist an einer akuten lymphatischen Leukämie erkrankt und zwar an einer Form, die in seinem Alter und in der aktuellen Konstellation eine Heilungschance von über 90% hat. Die Eltern sind geschieden, der Vater von Levin lebt mit einer neuen Familie zusammen, Levin wohnt bei der Mutter, die das Sorgerecht hat. Für die Eröffnung der Diagnose und die Erklärung der nun anstehenden Therapie werden beide Eltern eingeladen. Beide sind mit der vorgeschlagenen Therapie einverstanden und unterzeichnen das Studienprotokoll. Die Therapie beginnt und verläuft sehr gut, ohne wesentliche Nebenwirkungen. Levin kommt rasch in Remission. Der Kontakt mit dem Knaben und seiner Mutter ist freundlich-problemlos. Nach 4 Monaten fragt die Mutter, ob die einen Chemotherapieblock beendende intrathekale Zytostatikagabe nicht weggelassen werden könne. Einen fassbaren Grund für diese Idee kann sie nicht angeben, sie findet die Lumbalpunktion «einfach so invasiv». Das Ärzteteam gibt dem Begehren nach. Kurz danach sagt die Mutter, sie wolle den nächsten Chemotherapieblock einige Wochen verschieben, da sie mit Levin in die USA reisen wolle. Sie sei zur Überzeugung gelangt, die Leukämie sei der Ausdruck eines seelischen Geschehens, für dessen Heilung ihr eine Spezialistin in den USA empfohlen worden sei. Wiederum macht das Team mit, mit der Auflage, nach der Rückkehr aus den USA Levin sofort vorzustellen.

Das geschieht auch: Levin hat ein Rezidiv und die Ärzte müssen den Knaben und seine Eltern darüber informieren, dass die Heilungschance nun deutlich tiefer geworden ist, aber immer noch etwa 80% beträgt. Daraufhin lehnt die Mutter jede weitere Therapie ab. Allein nach seiner Meinung befragt, stimmt Levin dieser Haltung zu. Der Vater von Levin

möchte unbedingt, dass der Knabe weiter behandelt wird.

Da die Aussichten auf Heilung nach wie vor gross sind, macht die Kinderschutzgruppe der Klinik eine Gefährdungsmeldung an die zuständige Behörde. Diese, eine Laienbehörde in einer Kleinstadt, fühlt sich nicht berechtigt, ins Recht der sorgeberechtigten Mutter einzugreifen. Die Kinderschutzgruppe empfiehlt dem Vater, notfallmässig das Sorgerecht für Levin zu beantragen (worauf grosse Chancen bestünden), er kann sich aber dafür nicht entschliessen. Levin stirbt in der Klinik. In der Todesanzeige wird geschrieben: «Er ist seinen Weg gegangen.»

Manuel

Manuel ist der Sohn portugiesischer Eltern. Zwei Wochen nach der Geburt wurde er wegen Apathie und Erbrechen notfallmässig hospitalisiert und man erkannte, dass der Grund eine Salzverlustkrise bei adrenogenitalem Syndrom war (21-Hydroxylasemangel). Die Therapie mit einem Mineralo- und einem Glucocorticoid wurde eingeleitet, worauf es Manuel schlagartig besser ging. Die Eltern wurden über das Management bei Fieber, Infekten, körperlicher Belastung, Stress etc. instruiert und in regelmässigen Kontrollen zeigte sich, dass sie kompetent und zuverlässig waren. Die Kontrollen fanden deshalb nur noch alle 3 Monate statt.

Als Manuel 4 Jahre alt war, wurde das Behandlungsteam informiert, dass Manuel in einer anderen Kinderklinik verstorben war. Die Eltern hatten in den Ferien in Portugal die Therapie abgesetzt, «da es Manuel ja so gut ging». Auf der Rückreise im Auto von Portugal dekomensierte die Stoffwechselsituation, worauf die Eltern in die nächste Kinderklinik fuhren – zu spät.

Obwohl vom Gesetz her absolut klar geregelt ist, wie in Fällen vorzugehen ist, in denen Eltern die Gesundheit ihrer Kinder in grober Weise missachten, zeigen die Beispiele in bedrückender Weise, dass Theorie und Praxis oft weit auseinander klaffen.

Problemkreise

1. Mangelnde Aufklärung durch die Ärzte

Ärzte sind fast immer der Meinung, sie hätten ihre Patienten resp. deren Eltern/Rechtsvertreter adäquat aufgeklärt. Dabei lassen sie ausser Acht, dass die Regel gilt: «Gedacht heisst nicht immer gesagt, gesagt heisst nicht immer richtig gehört, gehört heisst nicht im-

mer richtig verstanden, verstanden heisst nicht immer einverstanden, einverstanden heisst nicht immer angewendet, angewendet heisst noch lange nicht beibehalten»². Ich habe Eltern erlebt, die nach mehreren Chemotherapieblöcken gesagt haben, man habe ihnen gar nie richtig erklärt, dass ihr Kind eine Leukämie habe. Das klingt unglaublich, zeigt aber, wie wahr die obige Regel ist. Dass Eltern eine das Kind belastende Therapie hinterfragen, wenn sie nicht wirklich verstehen, worum es geht, ist ihnen nicht anzulasten – im Gegenteil! Und wer hat nicht schon selber daran gedacht, ein Medikament abzusetzen, da das Befinden jetzt ja wieder gut sei?

2. Verhaltensmotivation der Eltern

Die Gründe, weshalb sich Eltern gegen eine schulmedizinische Therapie für ihr Kind aussprechen, sind vielfältig und oft im Rahmen unseres Weltbildes nicht wirklich verstehbar. Allen Verhaltensmotivationen gemeinsam ist, dass Eltern ihre Kinder lieben, um ihr Wohl besorgt sind und sie nicht mit böser Absicht schädigen wollen. Das macht es umso schwieriger, ihr Verhalten zu verstehen.

Klar begründet ist das Verhalten der Eltern, wenn religiöse oder ethnische Normen Ihnen es so vorschreiben. Von Fall zu Fall muss allerdings sichergestellt werden, dass hochrangige Exponenten der jeweiligen Glaubens- oder Volksgemeinschaft ein derart absolutes Verbot stützen. Man ist gelegentlich überrascht, dass Eltern Vorschriften sehr rigide verstehen und glauben einhalten zu müssen, während übergeordnete Koryphäen einen gewissen Spielraum oft erlauben. Es lohnt sich Eltern aufzufordern, hochrangige Vertrauenspersonen («Gurus») an ein Gespräch mitzunehmen. Nicht selten findet sich danach eine Lösung, zu der die Eltern stehen können und die sie entlastet.

In den meisten Fällen lehnen Eltern schulmedizinische Therapien aber aus Gründen ab, die nicht nachvollziehbar sind und nicht auf bekannten religiösen oder ethnischen Normen basieren. Diese Art der Haltung bezeichnet man landläufig oft als «esoterisch». Bei Wikipedia wird dieses Wort folgendermassen umschrieben: «Etwas Irrationales, Rätselhaftes bis Nebulöses, das nur von Eingeweihten zu verstehen ist und dessen praktischer Nutzen eher theoretischer Natur ist». Diese Umschreibung widerspiegelt das Gefühl, das man im Kontakt mit solchen Eltern hat, sehr gut: Jedes Argument führt ins Leere, nichts ist

wirklich fassbar, Diskussionen sind endlos und bleiben ohne konkretes Resultat.

3. «Feilschen»

Eine Mal-Compliance beginnt oft damit, dass Eltern eine Therapie ihres Kindes an sich mitmachen, einzelne Teile davon aber weglassen oder verschieben möchten. Objektiv medizinisch gesehen sind solche kleine Modifikationen oft unproblematisch; manchmal müssen Therapien ja auch wegen Infekten oder Zytopenien abgeändert werden. Wenn der Wunsch aber von den Eltern kommt, muss das hellhörig machen und es lohnt sich, dann nochmals mit beiden Elternteilen sorgfältig das Gesamtkonzept zu besprechen und den Grund, weshalb eine Modifikation gewünscht wird, zu hinterfragen. Oft habe ich erlebt, dass Teams im Moment der manifesten Mal-Compliance sich daran erinnern haben, dass schon früher nicht nachvollziehbare Veränderungswünsche geäussert wurden, die man nicht genügend ernst genommen und hinterfragt hat. Man wird sich dann – zu spät – bewusst, dass es «schon lange gegärt» hat und man die Tragweite davon nicht erkannt hat.

4. Rechtsunsicherheiten

Situationen wie die oben beschriebenen sind für Juristen und Behörden höchst ungewöhnlich und sie fühlen sich dabei sehr unsicher: Ein Rückgriff auf bereits Erlebtes, einschlägige Urteile oder Lehrbücher sind kaum möglich. Eingriffe in die elterliche Autonomie sind an sich immer heikel und müssen gut abgestützt sein. Wenn sich Juristen auf eine Fremdmeinung (die der Ärzte) abstützen müssen und sich nicht selber ein Urteil bilden können, zögern sie – was durchaus verständlich ist, für das Kind aber oft deletäre Folgen hat. Auch die Ausflucht, nicht zuständig zu sein, liegt nahe. So geht Zeit verloren, die Krankheit schreitet voran und oft ist es dann zu spät.

5. Punktuelle Eingriffe versus lang dauernde Therapien

Es ist viel einfacher und macht mehr Sinn, für einen kurz dauernden Eingriff, nach dem die Gesundheit des Kindes längerfristig wiederhergestellt ist, eine behördliche Verfügung zu erhalten. Wenn eine Therapie, wie z. B. eine Chemotherapie oder eine Nierentransplantation, Jahre dauert und höchste Aufmerksamkeit und Kooperation der Eltern erfordert, muss sehr sorgfältig abgewogen werden, was mit der Einschaltung der Behörden erreicht werden soll. Um dem Kind bei strikter Weige-

rung der Eltern eine mehrere Jahre dauernde Therapie zukommen zu lassen, müsste es wohl fremdplatziert werden, ein Eingriff, der seinerseits mit dem Kindeswohl kaum vereinbar ist.

6. Urteilsfähigkeit des Kindes?

Kinder sind zwar im Sinne des Gesetzes unmündig, aber nicht grundsätzlich urteilsunfähig. Die Urteilsfähigkeit eines Individuums ist nicht absolut und bemisst sich nicht am Alter, sondern bezieht sich grundsätzlich nur auf die vorliegende Problemstellung. Ein banales Beispiel mag das illustrieren: Wenn die Mutter ihre 4-jährige Tochter Sara fragt, ob sie heute das blaue oder das rote T-Shirt anziehen möchte, ist Sara für diese Fragestellung wohl urteilsfähig: Sie versteht, worum es geht. Das ist das eine Element der Urteilsfähigkeit: Das Individuum muss kognitiv in der Lage sein, das Problem zu verstehen. Das zweite Element besteht darin, dass die betroffene Person die Auswirkungen ihres Entscheides beurteilen kann. Ein zweijähriges Kind zu fragen, ob es geimpft werden will, macht keinen Sinn. Es versteht zwar, dass Impfen schmerzt, und lehnt die Impfung deshalb ab, aber es kann nicht abschätzen, welche Folgen das Fehlen der entsprechenden Immunität haben kann. Das dritte Element ist die Fähigkeit zur unbefussten Meinungsbildung. Und hier liegt bei Kindern und Jugendlichen das Hauptproblem: Der 12-jährige Levin aus dem obigen Beispiel erfüllt wohl die ersten beiden Elemente der Urteilsfähigkeit; es ist aber in höchstem Mass fraglich, ob er sich wirklich gegen die Meinung seiner Mutter, also unbeeinflusst, entscheiden kann.

Umgang mit Situationen von Therapieverweigerung

Für das Handling solcher Situationen empfiehlt es sich, die folgenden Punkte zu beachten:

1. Die Diagnose muss so präzise wie möglich gestellt werden, denn nur so ist eine prognostische Aussage möglich.
2. Es muss sichergestellt und gut dokumentiert sein, dass die Aufklärung beider Eltern mehrfach und adäquat erfolgt ist.
3. Es müssen immer beide Eltern involviert werden (gilt auch für geschiedene und nicht verheiratete Paare).
4. Der Hauptfokus im Kontakt mit den Eltern liegt auf dem Verstehen ihrer Haltung, nicht auf deren Bekämpfung.
5. Eltern sollen ermuntert werden, die Autoritäts- und/oder Vertrauenspersonen, die

Ihre Haltung prägen, zu Gesprächen mitzunehmen.

6. Vor der Konfrontation mit den Eltern muss das Behandlungsteam – inkl. aller potentiell involvierter Spezialisten – eine einheitliche Haltung erarbeiten. Das braucht oft lange Zeit und gelingt manchmal nur, wenn Externe zugezogen werden (ethische Fallkonferenz o.ä.). Wenn das Team in Gegenwart der Eltern oder der Behörden Uneinigkeit zeigt, ist die Situation verloren.
7. Allenfalls ist die Klinikdirektion einzubeziehen/zu informieren.
8. Die anonyme Konsultation mit Behörden (KESB, Staatsanwaltschaft u.a.) kann hilfreich sein.
9. Das Behandlungsteam muss regelmässig über den Stand der Dinge informiert werden.
10. Nach Abschluss eines Falles braucht es immer ein Debriefing der Gruppe. Einzelne, besonders exponierte Personen benötigen unter Umständen eine Einzelsupervision oder gar eine kurzdauernde Traume- oder Psychotherapie.

Schlussfolgerung

Wenn eine etablierte, Erfolg versprechende Therapie von Eltern verweigert wird, liegt möglicherweise eine Gefährdung des Kindeswohles vor. Medizinische Teams müssen dann ohne Verzögerung die Situation prüfen und alles unternehmen, um diese Kindeswohlgefährdung abzuwenden. Wenn wiederholte Gespräche mit den Eltern keinen Konsens ergeben, muss die Einschaltung der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde erwogen werden. Der Wille des urteilsfähigen Kindes ist immer zu berücksichtigen.

Literatur

- 1) Streuli, J.C. und Bergsträsser E., Shared Decision Making in der Pädiatrie. Paediatrica, 2015. 26(4)
- 2) Konrad Lorenz, österreichischer Verhaltensforscher (1903 – 1989)

Korrespondenzadresse

ulrich.lips@bluewin.ch

Der Autor hat keine finanzielle Unterstützung und keine anderen Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.