BG Kliniken

Empfehlungen der AG Ethik der BG Kliniken aus Anlass der Corona-Pandemie zur Notwendigkeit und zu den Grenzen einer Triage bezüglich der intensivmedizinischen Behandlung bei einer Ressourcenverknappung

Für die grundsätzliche medizinisch ethische Betrachtung dieses Problems und die daraus folgenden praktischen Konsequenzen liegen Stellungnahmen verschiedener in- und ausländischer medizinischer Fachgesellschaften vor. In der ersten Phase der Pandemie wurde dabei im Bereich der BG Kliniken eine Orientierung an den Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (1) empfohlen, da diese insbesondere auch in Anbetracht der in dieser Phase herrschenden zeitlichen Dynamik der Pandemie einerseits früher verfügbar waren als entsprechende deutsche Empfehlungen, andererseits aber auch gegenüber diesen den Vorteil konkreterer Handlungsanleitungen für die Entscheider vor Ort aufwiesen und daher eine höhere Sicherheit in dieser kritischen Situation vermittelten.

Nachdem im Frühsommer 2020 die Fallzahlen von COVID-19-Erkrankungen gesunken waren und der Druck auf die Intensivbetten nachgelassen hatte, ergab sich die Möglichkeit, diese im Bereich der BG Kliniken ergangenen Empfehlungen noch einmal einer kritischen Re-Evalua-tion zu unterziehen und Modifikationen vorzunehmen. Dazu wurde eine Arbeitsgruppe innerhalb der AG Ethik der BG Kliniken gebildet, welche sich im Rahmen einer Videokonferenz am 27.05.2020 ausführlich mit diesem Thema befasst hat. Dabei wurde besprochen, dass zukünftig die klinisch-ethischen Empfehlungen zu „Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19 Pandemie“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und der kooperierenden Fachgesellschaften (2) in der Version 2.0 vom 16.04.2020 als Handlungsanleitung im Bereich der BG Kliniken gelten sollten. Wesentliche Argumente waren die bessere Passgenauigkeit der DIVI-Empfehlungen für die spezifischen deutschen Verhältnisse, auch im Hinblick auf die Stellungnahmen des Deutschen Ethikrates (3) und der Bundesärztekammer (4) zu dieser Thematik, und die höhere Rechtssicherheit für die Handelnden beim Befolgen einer von den maßgeblichen inländischen Fachgesellschaften herausgegebenen Leitlinie. Allerdings wurde von allen Arbeitsgruppenmitgliedern die Notwendigkeit gesehen, in einem Begleittext Erläuterungen und Konkretisierungen zu einzelnen Punkten der DIVI-Empfehlungen zu liefern. Dies soll nun im Folgenden vorgenommen werden.

1 Prüfung von Verlegungsoptionen

Bevor eine Triageentscheidung getroffen wird, müssen insbesondere alle Möglichkeiten der Verlegung von intensivpflichtigen Patienten[1] in andere Kliniken geprüft und ausgeschlossen worden sein. Aktuell dient hierzu während der Corona-Pandemie insbesondere das DIVI-Intensivregister (www.intensivregister.de). Gemäß „Verordnung zur Aufrechterhaltung und Sicherung intensivmedizinischer Krankenhauskapazitäten“ des BMG vom 08.04.2020 sind alle Krankenhaus-Standorte in Deutschland, die Intensivbetten zur Akutbehandlung in Deutschland betreiben, zur Meldung ihrer Kapazitäten an das Register verpflichtet, so dass dadurch ein guter Überblick gewonnen werden kann. Bei vergleichbaren Situationen ist zu prüfen, inwiefern hier entsprechende Register erstellt werden.

2 Prüfung der medizinischen Indikation

Eigentlich generell, aber besonders in Phasen der Ressourcenknappheit ist eine kritische Prüfung der medizinischen Indikation für eine Intensivbehandlung zwingend notwendig.

Die DIVI-Empfehlungen nennen eine Reihe von Indikatoren für eine schlechte Erfolgsaussicht intensivmedizinischer Maßnahmen. Bei gänzlich fehlender realistischer Erfolgsaussicht einer intensivmedizinischen Behandlung und damit fehlender medizinischer Indikation darf eine solche Behandlung nicht eingeleitet werden.

„Eine Intensivtherapie ist nicht indiziert, wenn
- der Sterbeprozess unaufhaltsam begonnen hat,
- die Therapie als medizinisch aussichlos eingeschätzt wird, weil keine Besserung oder Stabilisierung erwartet wird oder
- ein Überleben an den dauerhaften Aufenthalt auf der Intensivstation gebunden wäre.“

Ist eine medizinische Indikation gegeben, so ist darüber hinaus zu prüfen, inwiefern eine intensivmedizinische Behandlung auch dem Patientenwillen entspricht.

1 Es ist im Dokument versucht worden, so weit als möglich, neutrale Formulierungen zu verwenden. Ist hier keine Form gefunden worden, so ist bei der Verwendung von männlichen Formen selbstverständlich immer auch die weibliche mit umfasst.

Die DIVI-Empfehlung führt dazu aus: „Patienten, die eine Intensivtherapie ablehnen, werden nicht intensivmedizinisch behandelt. Dies kann auf der Grundlage des aktuellen, vorausverfügten (z. B. in einer Patientenverfügung), früher mündlich geäußerten oder mutmaßlichen Willens erfolgen. Der Wille kann vom Patienten selbst oder durch seinen rechtlichen Stellvertreter zur Geltung gebracht werden."

In den BG Kliniken ist darüber hinaus das Instrument der ethischen Fallbesprechung eingeführt, um den mutmaßlichen Patientenwillen zu ermitteln.

Liegt keine Indikation für eine Intensivmedizinische Behandlung vor oder widerspricht diese dem Patientenwillen, so ist bei Bedarf eine palliativmedizinische Behandlung zu gewährleisten.

3 Entscheidungen über Therapiezieländerung bei laufender intensivmedizinischer Behandlung (Re-Evaluation)

Analog zum oben Gesagten gilt der Grundsatz, dass für jeden Patienten eine regelmäßige kritische Re-Evaluation der Indikation für die Fortführung der intensivmedizinischen Behandlung erfolgen muss. Insbesondere in Phasen der Ressourcenknappheit für intensivmedizinisch behandelte Patienten kommt der Re-Evaluation besondere Bedeutung zu. Bei Aussichtslosigkeit einer (weiteren) intensivmedizinischen Behandlung muss von dem erfahrenen ärztlich und intensivmedizinisch tätigen Personal über eine Therapiezieländerung entschieden werden. Das kann die Verlegung des Patienten von der Intensivstation und Einleitung einer adäquaten palliativen Therapie zur Folge haben.

4 Priorisierungsentscheidungen

Besteht ein Missverhältnis zwischen der Anzahl der Patienten mit Indikation zur intensivmedizinischen Behandlung und der Anzahl der zur Verfügung stehenden Intensivbetten, ist eine Priorisierungsentscheidung notwendig.

Dabei sind drei Triage-Konstellationen zu unterscheiden:
(1) Ex-ante-Triage: vor dem Beginn einer bestimmten Behandlungsmaßnahme stehen mehr Patienten bereit, als Ressourcen vorhanden sind, zum Beispiel: in der Notaufnahme werden zwei Patienten untersucht und ein dritter Patient ist im Rettungswagen auf dem Weg kurz vor der Einfahrt in das Krankenhausgelände, alle drei Patienten sind beatmungspflichtig, nur noch ein Beatmungsplatz ist jedoch frei.

(2) Ex-Post-Triage: eine bestimmte Behandlungsmaßnahme läuft und nun geht es um die Frage, ob die Maßnahme zugunsten eines anderen Patienten beendet wird, zum Beispiel: ein Patient wird beatmet, hat aber eine im Vergleich zu einem neu ankommenden Patienten schlechtere Prognose.

(3) Präventive Triage: schließlich könnte man erwägen, ob eine bestimmte und medizinisch indizierte Behandlungsmaßnahme bei einem Patienten mit sehr geringer Aussicht auf Heilung oder Stabilisierung zu unterlassen ist, wenn dadurch letzte freie Ressourcen für Patienten mit deutlich besserer Prognose nicht mehr zur Verfügung stünden, zum Beispiel: ein Patient soll beatmet werden, obwohl dies medizinisch gerade noch so indiziert erscheint und er eine sehr schlechte Prognose hat, und dafür würde das letzte freie Beatmungsgerät genutzt werden müssen.

Rechtlich ergibt sich das folgende Fazit bei einer Priorisierungsnotwendigkeit: Eine Zuteilung von Behandlungsmöglichkeiten in der Situation einer Ex-ante-Triage ist strafrechtlich gerechtfertigt, wenn sie anhand des Maßstabs der Dringlichkeit erfolgt. Bei gleicher Dringlichkeit können ethisch zulässige Entscheidungen ergänzend aus der Erfolgswahrscheinlichkeit oder dem Zufallsprinzip folgen, ohne dass dies noch strafrechtlich determiniert wäre. Das vorrangige Abstellen auf die Erfolgswahrscheinlichkeit (ohne Beachten der Dringlichkeit) ist dagegen mit strafrechtlichen Risiken behaftet, weil sie das für die rechtfertigende Pflichtenkollision notwendige Erfordernis der Gleichwertigkeit der widerstreitenden Pflichten nicht hinreichend berücksichtigt.

Die Beendigung / Wegnahme einer begonnenen Behandlungsoption anlässlich einer Ex-post-Triage-Entscheidung ist strafrechtlich nicht durch eine Pflichtenkollision gerechtfertigt und auch nicht entschuldigt. Es droht damit eine Strafbarkeit wegen eines Tötungsdeliktes, auch wenn die Unmöglichkeit der Ex-post-Triage zu schwerwiegenden Folgen wie dem Versterben beider Patienten führt.[2] Änderungen der Therapiezielrichtung wie das Beenden der Beatmung bemessen sich vielmehr nach den allgemeinen Grundsätzen des Behandlungsabbruchs (früher sog. passive Sterbehilfe), d. h. es kommt entscheidend auf den Patientenwillen (zu sterben) und / oder das Entfallen der medizinischen Indikation an.[3]

Ein Vorenthalten von medizinisch indizierten Behandlungsoptionen für den Fall eines möglichen Eintreffens eines aussichtsreicheren Patienten („präventive Triage") ist nicht gerechtfertigt oder entschuldigt.

2 Vgl. dazu auch folgendes Beispiel dem beatmeten 90-jährigen schwer an COVID erkrankten Patienten mit Vorerkrankungen darf das Beatmungsgerät nicht zugunsten des 30-jährigen Familienvaters weggenommen werden (Rau, in: Schmidt, COVID-19, Rechtsfragen zur Corona-Krise, 1. Aufl. 2020, § 18 Straf- und Strafprozessrecht Rn. 41).

3 Fateh-Moghadam / Gutmann, Gleichheit vor der Triage, in: Verfassungsblog vom 30.4.2020, erhältlich unter: https://verfassungsblog.de/gleichheit-vor-der-triage/ (6.6.2020).

Das DIVI weist auf diese rechtliche Situation hin, erläutert aber: „Aus Gerechtigkeitserwägungen sollten bei der Priorisierung alle intensivpflichtigen Patienten gleichermaßen berücksichtigt werden. In Deutschland mag dies bei der Beendigung intensivmedizinischer Maßnahmen im Kontext der Priorisierung an rechtliche Grenzen stoßen (vgl. die Ad-hoc-Stellungnahme des Deutschen Ethikrats zur Corona-Krise). Solche Entscheidungen müssen, da es zum aktuellen Zeitpunkt keine spezifischen rechtlichen Regelungen gibt, von den Akteuren vor Ort verantwortet werden."

Für die BG-Klinken heißt dies, dass das medizinische Personal in bestimmten Situationen, was die Frage der Ex-Post-Triage angeht, vor dem ethischen Dilemma steht, dass die rechtliche Situation mit dem ethischen Prinzip der Gerechtigkeit kollidiert. Die von der DIVI empfohlene Einbeziehung aller intensivpflichtigen Patienten in die Priorisierungsentscheidung aus Gerechtigkeitsgründen (d. h. auch der Patienten, die bereits intensivmedizinisch behandelt werden) würde in diesen Situationen zu einer Ex-Post-Triage führen. Die geltende rechtliche Bewertung, wonach eine Ex-Post-Triage im Sinne der obigen Beschreibung strafrechtlich sanktioniert ist, muss aber akzeptiert werden. Es ist umso wichtiger, sich aller Möglichkeiten bewusst zu sein, die hier zu einer angemessenen Lösung in dem bestehenden rechtlichen Rahmen führen können. Dazu gehört, dass die Frage der Fortsetzung einer bereits begonnenen Behandlung nach ihrer Dauer und Intensität einer laufenden objektiv kritischen Überprüfung zu unterziehen ist Veränderungen in der bereits begonnenen Therapie dürfen nur in Betracht gezogen werden, wenn eine Schädigung des Patienten, die dadurch bedingt sein könnte, unwahrscheinlich ist. Solche Entscheidungen dürfen nur an verantwortlicher Stelle durch erfahrenes ärztliches und intensivmedizinisches Personal getroffen werden, um eine umfassend abgewogene Entscheidung sicher zu stellen. Von zentraler Bedeutung ist hierbei eine tägliche Überprüfung der Indikation und eine klare Dokumentation der Entscheidung.

Auf dieser Basis sollen im Folgenden exemplarisch zwei prinzipiell denkbare Situationen dargestellt werden.

Situation 1:
Es steht noch genau ein freies Intensivbett zur Verfügung. Es gibt keinerlei Optionen für die Verlegung eines Patienten in eine andere Klinik. In der Notfallaufnahme werden 2 Patienten nahezu zeitgleich mit folgender Konstellation eingeliefert:

Patient 1: 84-jähriger Patient, seit 3 Tagen hohes Fieber und Husten, zuvor schon einige Tage schlapp gefühlt. Am Aufnahmetag Bewusstseinstrübung. In der Notfallaufnahme trotz Sauerstofftherapie O_2-Sättigung konstant unter 90 %. Im Labor Leukozytose, CRP leicht erhöht, Kreatinin bei 3,5 mg /dl, D-Dimere erhöht. An Komorbiditäten art. Hypertonie, KHK, Diabetes mellitus, Polyarthrose vorbekannt. CFS vor der akuten Erkrankung bei 5. Es liegt keine Patientenverfügung vor. Patient lebt in Altersheim, in welchem in der letzten Woche mehrere COVID-19-Fälle aufgetreten sind, daher Klassifikation als „wahrscheinlich COVID-19". PCR-Ergebnis steht aus.

Patient 2: 75-jähriger Patient, Z. n. Hirninfarkt mit residueller Hemiparese links vor 6 Monaten, ursächlich Vorhofflimmern, ist antikoaguliert. Anamnestisch zu Hause „gekrampft", Schaum vor dem Mund, unwillkürlicher Urinabgang, Zungenbiss, Bewusstlosigkeit, motorische Entäußerungen. Vom Notarzt Midazolam injiziert. Motorische Entäußerungen haben sistiert, Pat. hat jedoch Bewusstsein nicht wiedererlangt. Auf dem Transport erneute motorische Entäußerungen. Erneut Midazolam. Da ohne Effekt: Levetiracetam i. v. Bei Eintreffen in der Notfallaufnahme weiter bewusstlos, intermitt. „Zuckungen" des linken Armes, in der BGA respirator. Globalinsuffizienz. Pat. kommt von zu Hause, ist in den ADL selbständig. Patientenverfügung liegt nicht vor. Diagnose „therapierefraktärer Status epilepticus mit respiratorischer Insuffizienz", auf dem Boden einer strukturellen Epilepsie nach Hirninfarkt (alter Defekt im CCT).

Auf der Intensivstation liegt beim „kritischsten Patienten" folgende Konstellation vor (Patient 3): Patient 70 Jahre alt, bestätigte COVID 19-Erkrankung, beatmet, Nierenersatztherapie bei akutem Nierenversagen (Ausscheidung ‹50 ml), seit 2 Wochen in intensivmedizinischer Behandlung. Zustand hat sich stabilisiert. Im Labor leichte Leukozytose und CRP-Erhöhung, D-Dimere erhöht, aber im Verlauf rückläufig. Mit Ausnahme einer gut eingestellten art. Hypertonie keine relevanten Vorerkrankungen. War vor dem Krankenhausaufenthalt aktiv und fit, hat regelmäßig Sport getrieben. Patientenverfügung liegt nicht vor.

Priorisierungsentscheidung: Unter den Voraussetzungen, dass bei allen aktuell auf der Intensivstation behandelten Patienten weiterhin eine medizinische Indikation für die Intensivtherapie vorliegt, und dass es bei keinem dieser Patienten vertretbar ist, die Therapie zu deeskalieren, da es wahrscheinlich ist, dass dem Patienten durch eine solche Therapieänderung ein gesundheitlicher Schaden entsteht, darf Pat. 3 nicht mit in die Priorisierungsentscheidung einbezogen werden. Es würde sich ansonsten bei ihm um eine rechtlich nicht zulässige Ex-Post-Triage handeln. Nur wenn ein gesundheitlicher Schaden unter Berücksichtigung aller Umstände unwahrscheinlich wäre, beispielsweise weil der Arzt davon ausgehen durfte, dass der Patient nach der Trennung von der Beatmung eigenständig weiteratmet und überlebt, dürfte bei Patient 3 eine Therapiedeeskalation veranlasst werden. Die Priorisierungsentscheidung findet daher hier ex-ante ausschließlich zwischen Patient 1 und Patient 2 statt.

Bei gleicher Dringlichkeit der Intensivbehandlung von Patient 1 und 2 erhält Patient 1 aufgrund der geringeren klinischen Erfolgsaussichten (Multimorbidität, CFS-Score 5, höheres Lebensalter bei COVID-19-Erkrankung) im Vergleich zu Patient 2 keine intensivmedizinische Therapie, sondern wird palliativ weiterbehandelt. Der Status epilepticus bei Patient 2 ist eine prinzipiell reversible Erkrankung unter adäquater Therapie (in diesem Fall Intubation, Beatmung und Barbituratnarkose) und voraussichtlich nach wenigen Tagen nicht mehr intensivpflichtig.

Situation 2:
Es stehen keine Intensivbetten mehr zur Verfügung, es gibt auch keine Option zur Verlegung von Patienten in andere Kliniken. In die Notfallaufnahme wird ein Patient mit folgender Konstellation eingeliefert (Patient 1): Patient 70 Jahre alt, bestätigte COVID 19-Erkrankung seit 4 Tagen, zunächst bei relativ geringer Symptomatik zu Hause in Quarantäne, seit dem Aufnahmetag plötzliche Verschlechterung mit ausgeprägter Atemnot, in der BGA respirator. Globalinsuffizienz. Kreatinin mit 2,0 mg/dl etwas erhöht. Mit Ausnahme einer gut eingestellten art. Hypertonie keine relevanten Vorerkrankungen. War vor dem Krankenhausaufenthalt aktiv und fit, hat regelmäßig Sport getrieben. Patientenverfügung liegt nicht vor.

Auf der Intensivstation liegt beim „kritischsten Patienten“ folgende Konstellation vor (Patient 2): Patient ebenfalls 70 Jahre alt, vor 3 Wochen schweres Schädel-Hirn-Trauma bei Sturz von der Leiter im häuslichen Umfeld. Im MRT multiple Einblutungen in beide Großhirnhemisphären sowie im Hirnstamm. Bilaterale Kraniektomie wg. Hirndruckerhöhung. Hirnstammreflexe partiell erhalten. Keine Reaktion auf Schmerzreize, keine Kommunikation möglich auch nach Beendigung der Sedierung. Tracheotomiert, beatmet (CPAP). Zustand hat sich insgesamt stabilisiert. Komplikativ aktuell nosokomiale Pneumonie, wird antibiotisch behandelt, darunter Infektwerte rückläufig. An Vorerkrankungen sind eine arterielle Hypertonie und ein Diabetes mellitus Typ II bekannt. War vor dem Unfall in den ADL selbständig. Patientenverfügung liegt nicht vor.

Priorisierungsentscheidung: Unter den Voraussetzungen, dass bei allen aktuell auf der Intensivstation behandelten Patienten weiterhin eine medizinische Indikation für die Intensivtherapie vorliegt, und dass es bei keinem dieser Patienten vertretbar ist, die Therapie zu deeskalieren, da es wahrscheinlich ist, dass dem Patienten durch eine solche Therapieänderung ein gesundheitlicher Schaden entsteht, ist eine Priorisierungsentscheidung zwischen den beiden Patienten nicht statthaft. Es würde sich ansonsten um eine rechtlich nicht zulässige Ex-Post-Triage handeln. Dies gilt trotz des Umstandes, dass die klinischen Erfolgsaussichten bei Patient 2 (Schweres SHT mit prognostisch ungünstiger Hirnstammbeteiligung) im Vergleich zu Patient 1 deutlich schlechter sind und Patient 1 eine höhere Wahrscheinlichkeit hat, die akute Erkrankung nach intensivmedizinischer Behandlung zu überleben bzw. mit möglichst geringen Folgen zu überstehen. Nur wenn ein gesundheitlicher Schaden unter Berücksichtigung aller Umstände unwahrscheinlich wäre, dürfte bei Patient 2 eine Therapiedeeskalation veranlasst werden.

5 Entscheidungsgrundlage

Um entsprechende Priorisierungsentscheidungen auf einer breiten Grundlage von Informationen treffen zu können, wird empfohlen, spätestens bei der Erstvorstellung zu einer stationären Aufnahme von Patienten mit dem Potential, im weiteren Verlauf intensivmedizinisch behandelt werden zu müssen, folgende Punkte zu eruieren:

- Liegt eine Patientenverfügung vor?
- Liegt eine Vorsorgevollmacht oder Betreuung vor?
- Sind Kontaktdaten von Angehörigen vorhanden?

Kann jetzt bereits für den Fall einer klinischen Verschlechterung der Patientenwille, die Einstellung zu Intensivmedizinischen Therapien eruiert werden?
Es erscheint sinnvoll, sich an den Inhalten des für die Intensivstationen etablierten Dokumentationsbogens zur Therapiebegrenzung zu orientieren.

- Sind alle Komorbiditäten detailliert erfasst?
- Wurde die “clinical frailty scale” erhoben?
- Unterstützung von Behandlungsteams

Es wird empfohlen, insbesondere für die Behandlungsteams, die in die psychisch extrem belastenden Triageentscheidungen eingebunden sind, die Möglichkeit einer psychologischen oder seelsorgerlichen Betreuung zu schaffen (Bekanntmachung entsprechender Telefonnummern/Adressen, niedrigschwellige Terminvergabe usw.).

Zu prüfen ist, inwiefern die Möglichkeit besteht, überregionale Verteilungsnetzwerke für COVID-Patienten zu etablieren, so dass in einer akuten Situation eine Verlegung beschleunigt werden kann.

6 Referenzen

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2020). Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit. 2. aktualisierte Version vom 24.03.2020

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA), Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN), Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin (DGNI), Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) (2020). Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie (Version 2): Klinisch-ethische Empfehlungen, Stand: 17.04.2020

Deutscher Ethikrat (2020) Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise – Ad-hoc-Empfehlung, Stand: 27.03.2020

Bundesärztekammer (2020). Orientierungshilfe der Bundesärztekammer zur Allokation medizinischer Ressourcen am Beispiel der SARS-CoV-2-Pandemie im Falle eines Kapazitätsmangels, Stand 05.05.2020

Zhou F. et. al. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet 2020 Mar 11. pii: S0140-6736(20)30566-3

Palsherm (2020) Triage und COVID-19, GesundheitsRecht (GesR), 2020 (Heft 9), S. 545–551

Verantwortlich: AG Ethik der BG Kliniken
Ansprechpartner: Stabstelle Ethik der BG Kliniken – Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung gGmbH
Stand: 14.12.2020

© BG Kliniken 2020 / nur zum internen Gebrauch / Druckversionen unterliegen nicht dem Änderungsdienst!