

Thesenpapier 5.0

Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 **- Spezifische Prävention als Grundlage der** **„Stabilen Kontrolle“ der SARS-CoV-2-Epidemie -**

Autorengruppe

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

Universität Köln, ehem. Stellv. Vorsitzender des Sachverständigenrates Gesundheit

Hedwig François-Kettner

Pflegemanagerin und Beraterin, ehem. Vorsitzende des Aktionsbündnis
Patientensicherheit, Berlin

Dr. med. Matthias Gruhl

Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen und für Allgemeinmedizin
Staatsrat a.D., Bremen

Prof. Dr. jur. Dieter Hart

Institut für Informations-, Gesundheits- und Medizinrecht, Universität Bremen

Franz Knieps

Jurist und Vorstand eines Krankenkassenverbands, Berlin

Prof. Dr. rer. pol. Philip Manow

Universität Bremen, SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik

Prof. Dr. phil. Holger Pfaff

Universität Köln, Zentrum für Versorgungsforschung, ehem. Vorsitzender des
Expertenbeirats des Innovationsfonds

Prof. Dr. med. Klaus Püschel

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Rechtsmedizin

Prof. Dr. rer.nat. Gerd Glaeske

Universität Bremen, SOCIUM Public Health, ehem. Mitglied im Sachverständigenrat
Gesundheit

Thesenpapier Version 5.00

Köln, Berlin, Bremen, Hamburg

25. Oktober, 12:00h

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
1. Einleitung	3
2. Prävention als Grundlage einer „stabilen Kontrolle“ der SARS-CoV-2-Pandemie	4
2.1. Bisherige Vorschläge zur spezifischen Prävention	5
2.1.1. „Präventive Schulungsteams“	5
2.1.2. Krisen-Interventionsteams	6
2.1.3. Pflegerische Notfalldienste	6
2.1.4. Test-Teams	7
2.2. Weitere notwendige spezifische Präventionsmaßnahmen	8
2.2.1. Testungen:	8
2.2.2. Spezielle Regelungen für Krankenhäuser	9
2.2.3. Qualifizierte Maskenpflicht	10
2.2.4. Vermeidung von gefährdenden Kontakten	10
2.3.5. Reservierte Öffnungszeiten	10
2.3.6. Meidung des ÖPNV	11
2.3.7. Unterstützungsdienste reaktivieren	11
2.3.8. Angebote für Jugendliche, Studierende und Schülerinnen und Schüler	11
2.2.9. Schutz bei psychosozialen und körperlichen Belastungen	11
2.2.10. Bedeutung der Prävention lokal betonen und verankern	12
3. Spezifische Prävention als staatliche Schutzpflicht?	13
3.1. Staatliche Schutzpflichten in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes	13
3.2. Staatliche Schutzpflichten zu einer spezifischen Prävention in der Corona-Pandemie	16
Literatur	19
Thesenpapiere	19
Autoren	20

1. Einleitung

Die Epidemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 hat eine große Dynamik erreicht. Die hohen Zahlen neu gemeldeter Infektionen und vor allem der langsam, aber deutlich ansteigende Anteil positiver Testergebnisse auf jetzt über 2,5% (im Ausland längst zweistellig) weisen darauf hin, dass die Epidemie in der Bevölkerung eine weite Ausbreitung gefunden hat. Wegen der asymptomatischen Übertragung ist es unwahrscheinlich, dass man diese Dynamik durch die klassischen Mittel wie Kontaktbeschränkung und Nachverfolgung einfangen kann – bereits seit dem ersten Thesenpapier Anfang April hat die Autorengruppe mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass die allgemeinen Präventionsmaßnahmen *immer* mit spezifischen Maßnahmen kombiniert werden müssen. Diese Maßnahmen haben sich

- auf die verletzlichen Bevölkerungsgruppen und
- auf (besonders berufliche) Risikosituationen

zu konzentrieren.

Leider ist die vergangene Sommerpause, in der die Epidemie einen vergleichsweise moderaten Verlauf zeigte, nicht dazu genutzt worden, eine gesellschaftliche Debatte über die Gestaltung einer solchen Herangehensweise zu führen. Hier wären, so wie die Autorengruppe es in der gerade veröffentlichten ad hoc-Stellungnahme¹ (SN) zum Ausdruck gebracht hat, die politischen Führungen aufgerufen gewesen, statt eines immer weiter perpetuierten Bedrohungsszenarios mit einem positiv konnotierten Diskussionsprozess zu beginnen. Eine solche Vorgehensweise ist in der Risikoforschung und Krisenkommunikation ohne Alternative, insbesondere ist auf Sanktionsdrohungen und Ausgrenzungen zu verzichten. Mitbürger und Mitbürgerinnen, die schlichtweg Fragen aufwerfen, mit Verschwörungstheoretikern gleichzusetzen, führt lediglich zu einer gesellschaftlichen Polarisierung, die sich auch in der Mediennutzung bemerkbar macht, stellt aber keineswegs einen lösungsorientierten Ansatz dar.

Es gibt noch einen zweiten zentralen Punkt, der in der Sommerpause bedauerlicherweise nicht angesprochen wurde, nämlich die Entwicklung einer adäquaten Teststrategie. Die ziellose Ausweitung des Stichprobenumfangs kann nicht zufriedenstellen. Ursprünglich hatte die Autorengruppe daher geplant, in diesem 5. Thesenpapier den Bogen von der aktuellen Beurteilung der epidemiologischen Situation über die Schilderung der Anforderungen an eine sinnvolle Teststrategie und die Vertiefung des Konzeptes der

¹ Die vorangehenden Thesenpapiere (abgekürzt als Tp1.0 bis 4.1) und die ad hoc-Stellungnahme sind im Anhang mit Quellen aufgeführt.

Spezifischen Prävention bis zu einer Erweiterung der politikwissenschaftlichen und die Risikokommunikation betreffenden Perspektiven zu schlagen. Wegen des großen Interesses an der Frage der Spezifischen Prävention haben wir uns jedoch entschlossen, den Schwerpunkt zunächst auf dieses Thema zu setzen. Zusätzlich wird das neue Thesenpapier um einen fokussierten juristischen Teil ergänzt, der der Frage nachgeht, inwieweit aus dem Grundsatz der körperlichen Unversehrtheit eine staatliche Verpflichtung abzuleiten ist, den hinsichtlich ihres Krankheits- und Mortalitätsrisiko besonders von der Epidemie betroffenen Bevölkerungsgruppen ein solches, zielgruppenorientiertes Angebot zu machen. Die anderen thematischen Schwerpunkte werden weiterbearbeitet und ggfls. in einem 6. Thesenpapier zusammenfassend dargestellt.

2. Prävention als Grundlage einer „stabilen Kontrolle“ der SARS-CoV-2-Pandemie

Erneut und sehr nachdrücklich weist die Autorengruppe darauf hin, dass die Zahl der Infektionen, die im Augenblick die öffentliche Debatte beherrscht, nicht gleichzusetzen ist mit der Krankheitsschwere der Epidemie. Viele Infektionen verlaufen bekanntlich unbemerkt oder nur mit einer leichten Beeinträchtigung. Die Dramatik der Epidemie begründet sich erst durch die schweren Krankheitsverläufe beziehungsweise Todesfälle. Unverändert betrifft dies vorwiegend ältere, hochbetagte sowie vorgeschädigte/ranke Menschen.

Dies gilt umso mehr, als nach einer Phase geringer Infektionszahlen und anschließend vorrangig Infektionen von jüngeren Personen in den letzten 2 Wochen ein Ansteigen des Durchschnittsalters sowie erneute punktuelle Ausbrüche in Pflegeheimen zu konstatieren sind. Ebenfalls steigt die Hospitalisierung von älteren COVID-19 Patienten wieder leicht an.

Die aktuelle Debatte über Restriktionen und Schutzmaßnahmen konzentriert sich allerdings auf die Gesamtbevölkerung mit Schwerpunkt jüngerer oder mobiler Personen. Grundgedanke ist dabei, die Infektionsketten zu unterbrechen und so die Gesamtbevölkerung zu schützen. Es ist fraglich, ob dies gelingt. Deshalb gilt es, vorrangig die Bevölkerungsgruppe zu betrachten, die bei einer steigenden Infektionszahl das größte Krankheitsrisiko trägt (z.B. multimorbide und immungeschwächte ältere Personen), um präventiv einen Einbruch der Infektion in diese Alters- und Krankheitsgruppe zu verhindern. Die im Frühjahr praktizierten Präventionsmaßnahmen der Segregation und Isolation sind dabei zu Gunsten intelligenter Vorfeldmaßnahmen zu ersetzen bzw. auf jeweils aktuelle Gegebenheiten zeitlich streng zu beschränken.

Es wird anerkannt, dass viele oder zumindest einige der im folgenden vorgeschlagenen Maßnahmen bereits beispielgebend, aber leider nur punktuell realisiert sind. Auch die einschlägigen Richtlinien des RKIs bleiben hinter diesen Vorschlägen größtenteils zurück und sind anzugleichen.

2.1. Bisherige Vorschläge zur spezifischen Prävention

Im Thesenpapier 3.0 hatte die Autorengruppe vier präventive Maßnahmen für Altenpflegeeinrichtungen vorgeschlagen, die unverändert gelten und notwendig sind:

2.1.1. „Präventive Schulungsteams“

Kein Ausbruchsgeschehen gleicht dem anderen. Aber es gibt bestimmte Regeln und Maßnahmen, die unabhängig vom jeweiligen akuten Geschehen in jeder Altenpflegeeinrichtung eingeübt sein sollten. Das könnten beispielhaft sein:

- ein Krisenstab ist vorbereitet und einsetzbar,
- alle benötigten Kontaktdaten sind aktuell verfügbar,
- eine räumliche Trennung zwischen infizierten und nicht infizierten Bewohnerinnen und Bewohnern ist herstellbar,
- Pflegeabläufe für die Pflege infizierter BewohnerInnen sind strukturiert,
- Pflegeteams können gezielt eingesetzt werden,
- Routine-Abläufe sind strukturiert,
- Verschärfte Hygieneregeln sind entwickelt.

Um solche Strukturen vorbereiten und organisieren zu können, bedarf es fachkundiger Beratung und gezielten Trainings. Ähnlich wie Notfall- beziehungsweise Katastrophenschutzübungen in Krankenhäusern regelmäßig angesetzt werden, sind solche Situationen in allen Altenpflegeeinrichtungen für ein mögliches akutes Infektionsgeschehen durchzuspielen: vom Auftreten eines Einzelfalls bis hin zur Evakuierung der Bewohnerinnen und Bewohner. Zur Unterstützung der Heime und zur praktischen Vorbereitung, Durchführung und Evaluation werden sogenannte präventive Schulungsteams gebildet, bestehend aus dem Träger der Einrichtung, den Gesundheitsämtern, der kassenärztlichen Vereinigung/Ärzeschaft sowie pflegerischer, psychologischer, infektiologischer und epidemiologischer Expertise. Solche präventiven Schulungsteams sollten abhängig von der Zahl der Einrichtungen in jedem

Verantwortungsbereich eines Gesundheitsamtes vorhanden sein und entsprechende Übungen mit den Einrichtungen verabreden, bzw. durchgeführt haben.

2.1.2. Krisen-Interventionsteams

Bei Verdacht oder Erkrankung an einer Corona-Infektion muss der Betreiber einer Langzeitpflegeeinrichtung umgehend reagieren und in Absprache mit dem zuständigen Gesundheitsamt die notwendigen Maßnahmen schnell und umfassend ergreifen. Oft breiten sich die Infektionserkrankungen in Einrichtungen schnell aus und stellen diese vor große Herausforderungen. Die Gesundheitsämter, die für die eigentlichen Maßnahmen/Anordnungen verantwortlich sind, bedürfen insbesondere bei epidemischen Lagen einer fachlichen und personellen Verstärkung durch spezielle Krisen-Interventionsteams. Das Interventionsteam wird auf Anforderung der Gesundheitsämter aktiviert und stellt seine Fachkompetenz zur Verfügung. Aufgaben sind:

- Prozessbegleitung während und nach dem Ausbruchsgeschehen
- notwendige, aus der Beratung resultierende Maßnahmen gemäß Anordnung des Gesundheitsamtes umzusetzen und
- gegebenenfalls eine medizinische Inaugenscheinnahme der Bewohner durchzuführen, falls dies hausärztlich nicht gelingt.

Diese Teams bestehen aus mindestens drei Pflegefachpersonen und einer ärztlichen Kraft und werden durch Hygienefachpersonen unterstützt. Sie sind jederzeit (24/7) innerhalb von 2 Stunden einsatzbereit. Sie werden vorab im Management solcher Krisen intensiv geschult. Die notwendigen Schutzausrüstungen, Kontaktlisten, Testmöglichkeiten sowie die sonstigen technischen Ausstattungen stehen abrufbereit jederzeit zur Verfügung.

2.1.3. Pflegerische Notfalldienste

Infektiologische Situationen stellen einerseits für das Personal in Altenpflegeeinrichtungen eine erhöhte Belastung dar. Andererseits fallen durch Erkrankungen oder Quarantäneanordnungen zum Teil größere Personaleinheiten aus. Ähnliche Szenarien werden auch in der ambulanten häuslichen Pflege beschrieben. Das verbliebene Personal ist aufgrund des Arbeitsdrucks kaum in der Lage, die notwendigen hygienischen Vorsichtsmaßnahmen fach- und sachgerecht einzuhalten. Damit vergrößert sich die Gefahr einer nicht mehr zu kontrollierenden Ausbruchssituation in der jeweiligen Einrichtung. Von daher ist es geboten, in solchen Situationen schnell insbesondere

pflegerisches Personal der entsprechenden Einrichtung oder in die jeweilige Häuslichkeit zuzuführen. Da dies erfahrungsgemäß aufgrund des allgemeinen Mangels von Pflegepersonal nicht in den ambulanten Pflegediensten beziehungsweise Heimen zur Verfügung steht, ist rechtzeitig vorab ein Pflegenotdienst aus einrichtungsfern tätigen oder anderweitig vorhandenen Pflegekräften zu bilden (Pflegekräfte im medizinischen Dienst, Pflegekräfte in der Verwaltung, zur Zeit nicht im Berufsleben befindliche oder beurlaubte Pflegekräfte, berentete Pflegekräfte). Diese sind für entsprechende Notfall- bzw. Kurzeiteinsätze zu schulen, und ihre Rufbereitschaft ist attraktiv zu vergüten. Die eigentliche Notfalltätigkeit kann durch die Einrichtungen beziehungsweise die ambulanten Pflegedienste direkt bezahlt werden.

2.1.4. Test-Teams

Beim Auftreten von COVID-19 in einer Altenpflegeeinrichtung ist die Testung aller Bewohnerinnen und Bewohner sowie des Personals (gegebenenfalls mehrfach) inzwischen weitgehend etabliert, obwohl dies noch nicht der aktuellen Richtlinie des RKIs entspricht. Nur so ist es jedoch möglich, sich schnell einen Überblick über die infektiologische Lage aller Bewohnerinnen und Bewohner und des Personals zu verschaffen und entsprechende Segregationen von infizierten und nicht infizierten Bewohnerinnen und Bewohnern beziehungsweise Personal durchzuführen. Darüber hinaus haben mehrere Länder auch ohne eine nachgewiesene COVID-19 Infektion prophylaktische PCR-Testungen für Bewohnerinnen und Bewohner sowie Personal in Altenpflegeheimen in den letzten Wochen in unterschiedlichem Ausmaß eingeführt bzw. erproben diese. Ziel ist es, das Auftreten von SARS-CoV-2-Infektionen im Pflegeheim so weit wie möglich auszuschließen („cordon sanitaire durch Testungen“). Dazu werden verschiedene Testregimes etabliert, die durch geschulte Testteams wie folgt umgesetzt werden: a) (zumindest) einmalige Testung aller Heimbewohnern und Beschäftigten, um eine vorhandene Infektion auszuschließen b) kontinuierliche Testungen aller Personen, die die Einrichtung von außen betreten:

- zweimal wöchentliche (Selbst –) Testung des gesamten Stammpersonals sowie aller sonstigen Fachpersonen, die temporär berufsbedingt Kontakt zu den Bewohnerinnen und Bewohnern haben (Schulung zur Selbstabnahme durch die Testteams);
- zweimal wöchentliche Testung der von den Bewohnerinnen und Bewohnern definierten Besucherinnen und Besucher;
- zweimal wöchentliche Testung der Bewohnerinnen und Bewohner, falls sie die Einrichtung zeitweise verlassen wollen.

Zwar kann über dieses Testregime (wg. des diagnostischen Fensters) nicht vollständig ausgeschlossen werden, dass SARS-CoV-2-Infektionen „eingeschleppt“ werden, aber die Sicherheit ist relativ hoch, dass bisher nicht betroffene Einrichtungen geschützt werden. Ein wichtiger zusätzlicher Effekt besteht darin, dass durch eine solche Testung die zum Teil nicht vertretbare soziale Isolation der Bewohnerinnen und Bewohner gemindert werden kann: Angehörige können - bei konstant negativen Tests - ihre Angehörigen uneingeschränkt besuchen und Bewohnerinnen und Bewohner können, soweit sie mobil sind, die Einrichtung in von früher gewohnter Weise wieder verlassen.“

2.2. Weitere notwendige spezifische Präventionsmaßnahmen

Diese Präventionsmaßnahmen wurden im Juni formuliert und sind unverändert gültig, wenn auch das Testregime im Folgenden neu aufgegriffen wird:

Neben der konsequenten Einhaltung der Hände- und Grundhygiene und der – soweit machbar und aus humanen Gründen vertretbar - Abstandsregelungen sollten zusätzliche Präventionsmaßnahmen insbesondere für Krankenhäuser, Einrichtungen der Altenpflege und Eingliederungshilfe, aber auch z.T. für gefährdete Personen außerhalb dieser Institutionen umgesetzt werden. Generelle oder auf extreme Ausnahmen beschränkte Besuchsverbote in Krankenhäusern und Altenpflegeheimen widersprechen den humanitären Grundsätzen. Die Besuchsregelungen sind nicht den einzelnen Betreibern zu überlassen, sondern staatlicherseits verbindlich zu regeln. Als Beispiel kann auf die Besuchsregelung für Krankenhäuser aus Berlin verwiesen werden². Auf die Maskenpflicht wird in einem gesonderten Abschnitt hingewiesen.

2.2.1. Testungen:

Die zurzeit im Gesetzgebungsverfahren befindliche Rechtsverordnung zur Testanwendung ermöglicht eine Testung der Risikogruppen auch ohne erkennbare Symptome.

Künftig sind uneingeschränkt bei allen PatientInnen, KlientInnen und BewohnerInnen von Krankenhäusern, Einrichtungen der Altenpflege sowie Eingliederungshilfe Eingangs- und Ausgangsuntersuchungen vor der Aufnahme beziehungsweise der Entlassung

² <https://www.berlin.de/corona/massnahmen/verordnung/krankenhaus-covid-19-verordnung-1004314.php>
(letzter Aufruf am 23.10.2020)

vorzunehmen. Bis zum Vorliegen der Testergebnisse sind Infektionsschutzmaßnahmen vorzusehen, die bei der Behandlung und Betreuung von infizierten Personen üblich sind. Die einschlägige RKI-Richtlinie, die von einer Beobachtung der BewohnerInnen/KlientInnen/PatientInnen ausgeht beziehungsweise eine zweiwöchige Quarantäne vorschlägt, ist entsprechend zu ändern.

In diesen Einrichtungen erfolgt der Eintrag einer Infektion jedoch häufig auch durch Personal, Besucher oder sonstigen Personen, die aus dienstlichen oder anderen Gründen die Einrichtung betreten. Das Personal, soweit nicht im Krankenhaus tätig (s.u.) sollte deshalb in regelmäßigen Abständen (circa zweimal in der Woche) getestet werden, Besucherinnen oder sonstige Personen vor jedem Betreten der Einrichtung, es sei denn, sie kommen regelmäßig (dann erneut zweimal pro Woche). Schnelltests sollen im Wesentlichen für diese Gruppe genutzt werden.

2.2.2. Spezielle Regelungen für Krankenhäuser

Von den Krankenhausplanungsbehörden der Länder ist nach Beratung mit den Landeskrankenhausgesellschaften zu entscheiden, welche Krankenhäuser alleinig für die Behandlung von COVID-19 PatientInnen zuständig sind. Diese Konzentration erleichtert Schutzmaßnahmen, stärkt die Behandlungskompetenz und spart Ressourcen. Leider ist dies bisher nicht in allen Ländern verbindlich erfolgt. Bei diesen COVID-19-Häusern wird das Personal nach der oben genannten Regel zweimal wöchentlich getestet, soweit es Umgang mit COVID 19 - PatientInnen hat. In Non-COVID- Häusern erfolgt ebenso eine regelmäßige Testung, soweit das Personal PatientInnen behandelt, die durch eine Infektion hochgefährdet (z.B. immunsuppressiv) sind, wobei die genauen Testabstände aufgrund des spezifischen PatientInnenspektrums im jeweiligen Krankenhaus festgelegt wird. Dies dient sowohl dem Schutz des Personals, aber vorrangig dem der besonders gefährdeten PatientInnen.

Auch Personal, das augenscheinlich keinen Umgang mit entsprechenden Patienten hat (zum Beispiel in der Psychiatrie), sollte sich regelmäßigen Testungen unterziehen. Schließlich könnten sie durch den Kontakt mit Außenstehenden oder KollegInnen infiziert werden.

COVID-19 Krankenhäuser sind verpflichtet, eine durchgreifende und konsequente Team - Trennung für das Personal zu organisieren, einschließlich der Zugangswege, der Umkleiden, der Aufenthaltsbereiche (Cafeteria) versetzter Schichtzeiten etc. Gleiches gilt auch bei Auftreten einer Infektion oder bei Teams, die mit hochgefährdeten PatientInnen arbeiten. Auf COVID 19 - Stationen ist zu überlegen, ob die Schichtzeiten verlängert

werden können (unter Einbehaltung der Wochenarbeitszeit), um das Bezugssystem auf weniger Menschen pro Tag zu konzentrieren.

2.2.3. Qualifizierte Maskenpflicht

Jedliches Personal, BesucherInnen oder sonstige Personen, die die Krankenhäuser, Praxen und Einrichtungen der Altenpflege sowie Eingliederungshilfe betreten, haben verpflichtend Schutzmasken der Klasse FFP2 dauerhaft während ihres Aufenthaltes zu tragen und entsprechend geltender Maßnahmen die Masken zu handhaben. Dies begründet sich durch die höhere Schutzfunktion insbesondere für die vulnerablen Personen im Vergleich zu den sonstigen Mund-Nasen-Bedeckungen. Die Finanzierung erfolgt durch die Kranken-/Pflegekassen bzw. durch staatliche Stellen der Eingliederungshilfe.

Soweit ältere und/oder kranke Menschen außerhalb von Institutionen wohnen und den Kontakt zu ihrer Umgebung wahrnehmen, erhalten sie ebenfalls kostenlose FFP2-Masken über die Arztpraxen und öffentliche Stellen, um bei ihren Alltagskontakten ein hohes Schutzniveau realisieren zu können.

Die Bundesregierung wird bis 2021 1,4 Mrd. FFP2 Masken eingelagert haben. Ebenso haben die Länder und KVen große Reserven aufgebaut. Es ist besser, diese aktuell einzusetzen und später zu ersetzen, als diese in Lagern zu verwalten.

2.2.4. Vermeidung von gefährdenden Kontakten

Personen mit SARS-CoV-2 - typischen Krankheitssymptomen (jegliches Alters) werden ausschließlich zu Hause durch Fahrdienste der KVen getestet und behandelt und nicht gezwungen, den ÖPNV, Arztpraxen oder öffentliche Testzentren zu besuchen und dadurch sich und andere vermehrt zu gefährden.

2.3.5. Reservierte Öffnungszeiten

Für ältere und vorerkrankte Personen außerhalb der genannten Institutionen ist es wichtig, dass sie ihre Alltagskontakte und Begegnungen weiter ausüben können, solange dabei ein geringes Risiko für eine Infektion gewährleistet werden kann. Deshalb ist es sinnvoll, für solche Personen reservierte Zeiten der Nutzung von öffentlichen Einrichtungen (z.B. Bibliotheken) und Dienstleistungen (z.B. Beratungsdienste) vorzusehen. Um die (recht unwahrscheinlichen) Infektionsmöglichkeiten beim Einkaufen

weiter zu reduzieren, sollen Lebensmittelgeschäfte, Apotheken, Restaurants mit Mittagstischangeboten und andere Geschäfte des täglichen Bedarfs Zeiten ausweisen, die außerhalb von Stoßzeiten mehr Abstand ermöglichen und zu denen ältere Personen und kranke Personen bevorzugt einkaufen oder andere Angebote nutzen können.

2.3.6. Meidung des ÖPNV

Zur Reduzierung der Infektionsmöglichkeiten im ÖPNV sollen Arztpraxen erweiterte Möglichkeiten erhalten, für reguläre, nicht mit Infektionskrankheiten in Verbindung stehende Praxisbesuche (dafür s.o.!) der genannten Zielgruppen sogenannte Taxischeine für den Besuch der Praxis und die Rückkehr in die Häuslichkeit auszustellen.

2.3.7. Unterstützungsdienste reaktivieren

Die in der Frühphase der Pandemie eingerichteten oder sich freiwillig engagierten Unterstützungsdienste für ältere MitbürgerInnen sind zum großen Teil noch punktuell vorhanden. Sie sollten zügig wieder reaktiviert werden, um ältere Menschen, wenn sie es wünschen, über Bringedienste und telefonische Kontaktaufnahme zu unterstützen und damit einer Isolation bzw. Quarantäne vorzubeugen.

2.3.8. Angebote für Jugendliche, Studierende und Schülerinnen und Schüler

Zur Prävention gehören auch Überlegungen, welche Möglichkeiten es gibt, jungen Menschen, die unter vielen Einschränkungen während der Corona-Zeit leiden (eingeschränkte Möglichkeiten persönlicher Treffen, direkter Kommunikation und öffentlicher Aktivitäten wie Kino, Theater oder Konzerte) Räume für ihre nachvollziehbaren Wünsche nach Kontakt miteinander anzubieten, um den unregelmäßigen und bezüglich der Infektionsgefahren immer wieder anfälligen Partys und Alkoholevents mit Alternativen begegnen zu können. Es sollte daher über Angebote nachgedacht werden, denn alleinige Verbote ohne Äquivalente für die kommunikativen Bedürfnisse von Jugendlichen werden auf Dauer nicht wirksam sein.

2.2.9. Schutz bei psychosozialen und körperlichen Belastungen

Erhebungen legen nahe, dass insbesondere Kinder und Frauen während der Corona-Pandemie erheblichen häuslichen Belastungen ausgesetzt sind – Aggressivität, Gewalt und mangelndes gegenseitiges Verständnis sind Begleiterscheinungen der derzeit

herrschenden Einschränkungen in den Ausgeh-, Arbeits- und Vergnügungsmöglichkeiten. Es wäre daher wichtig, präventiv oder interventiv tätige psychosoziale Dienste anzubieten, um den Betroffenen eine rasche Hilfe oder zumindest Kommunikationsmöglichkeit anzubieten. Dabei muss auch berücksichtigt werden, dass in vielen Familien die Männer den Frauen und Kindern verbieten, bestimmte Vorkommnisse nach außen zu tragen und z.B. „Notrufnummern“ anzurufen. Aus diesem Grunde sollten andere Konzepte entworfen werden, um eine möglichst rasche Hilfe in Anspruch nehmen zu können. In Apotheken gibt es das Angebot für Frauen, das Stichwort „Covid19“ auszusprechen, was dem Personal in der Apotheke einen Hinweis darauf gibt, dass in der jeweiligen Familie Hilfe gewünscht wird. Insofern sollten auch public-health-orientierte externe Präventionsangebote in Überlegungen einbezogen werden, die dem Schutz der Bevölkerung dienen werden.

2.2.10. Bedeutung der Prävention lokal betonen und verankern

Darüber hinaus wird es lokal und regional weitere Optionen geben, die vulnerablen Zielgruppen zu schützen und zu unterstützen. Deshalb sollte die Prävention hochrangig in den strategischen Überlegungen vor Ort verankert werden, z.B. durch ein regelmäßig tagendes Gremium, um weitere Maßnahmen zu entwickeln und zeitnah umzusetzen.

Das Gremium sollte mit ExpertInnen aus den Sozial- und Gesundheitsbehörden, den betroffenen Institutionen incl. der Pflege, mit externen virologischen, infektiologischen, epidemiologischen und präventiven Sachverständigen, sowie Patientenbeauftragten und Mitgliedern der Seniorenvertretung zusammengesetzt sein.

3. Spezifische Prävention als staatliche Schutzpflicht?

Risikovorsorge durch gezielte und spezifische Prävention vulnerabler Gruppen und Institutionen ist *die* notwendige Ergänzung der allgemeinen Prävention durch AHA. Das bedeutet u. a. präventiv individuelles Testen, herdförmige Ausbrüche vermeiden und verhältnismäßig reagieren.³ Im Folgenden geht es in erster Linie um die Gesundheitsvorsorge für Menschen in Einrichtungen nach § 23 Abs. 3 (insbesondere Krankenhäuser), § 33 (Gemeinschaftseinrichtungen) und § 36 (besonders Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen) IfSG. Insofern verbinden sich der Schutz individueller und institutioneller Belange bzw. Rechte.

3.1. Staatliche Schutzpflichten in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes

In einer seiner letzten Entscheidung zur Zulässigkeit von Versammlungsverboten während der Corona-Pandemie vom 30. August 2020⁴ formuliert das BVerfG:

„Es steht im Grundsatz außer Zweifel, dass zu den prinzipiell gleichwertigen anderen Rechtsgütern, zu deren Schutz Eingriffe in die Versammlungsfreiheit gerechtfertigt sein können, insbesondere das Grundrecht Dritter auf Leben und körperliche Unversehrtheit gemäß Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG gehört. Insoweit trifft den Staat überdies eine grundrechtliche Schutzpflicht, in deren Kontext auch zahlreiche zur Bekämpfung der gegenwärtig andauernden Covid-19-Pandemie von Bund, Ländern und Gemeinden ergriffene Infektionsschutzmaßnahmen stehen (vgl. BVerfG, Beschluss der 1. Kammer des Ersten Senats vom 31. Mai 2020 - 1 BvQ 63/20 -, Rn. 7).“

In der dort zitierten Entscheidung über einen Eilantrag gegen eine versammlungsrechtliche Auflage zur Beschränkung der Anzahl der Versammlungsteilnehmer zwecks Infektionsschutzes⁵ bestätigt das BVerfG diese Aussage unter Verweis auf frühere Entscheidungen:

³ Schrappe u.a., Thesenpapier 3.0, Punkt 2.4 Planung spezifischer Präventionsstrategien; Schrappe u.a., Thesenpapier 4.0, Punkt 2.1.1 Stabile Kontrolle durch Zielgruppen-orientierte Prävention.

⁴ BVerfG, Ablehnung einstweilige Anordnung vom 30. August 2020 – 1 BvQ 94/20 – Rn. 16, juris.

⁵ BVerfG, Ablehnung einstweilige Anordnung vom 31. Mai 2020 – 1 BvQ 63/20 – Rn. 7, juris

„Die beauftragte Teilnehmerbeschränkung dient in Ansehung der aktuellen Coronavirus-Pandemie dem Ziel, die Einhaltung von Mindestabständen zwischen den Versammlungsteilnehmern kontrollierbar sicherzustellen, um so das Risiko einer Übertragung des Virus unter Versammlungsteilnehmern und von diesen auf Dritte zu mindern. Zu dem damit bezweckten Schutz von Leben und körperlicher Unversehrtheit ist der Staat prinzipiell auch kraft seiner grundrechtlichen Schutzpflicht aus [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#) angehalten (vgl. [BVerfGE 77, 170](#) <214>; [85, 191](#) <212>; [115, 25](#) <44 f.>).“

Für die juristische Argumentation ist auch die Entscheidung des BVerG vom 29. Oktober 1987 zur Lagerung von C-Waffen durch US-Streitkräfte⁶ heranzuziehen. Hier wird in Rn 101 ausgeführt:

„Dass [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#) nicht lediglich ein subjektives Abwehrrecht verbürgt, sondern zugleich eine objektivrechtliche Wertentscheidung der Verfassung darstellt, die für alle Bereiche der Rechtsordnung gilt und verfassungsrechtliche Schutzpflichten begründet, ist in ständiger Rechtsprechung beider Senate des Bundesverfassungsgerichts anerkannt ([BVerfGE 39, 1 \(41 f.\)](#); [46, 160 \(164\)](#); [49, 89 \(141 f.\)](#); [53, 30 \(57\)](#); [56, 54 \(73, 78, 80\)](#)). Werden diese Schutzpflichten verletzt, so liegt darin zugleich eine Verletzung des Grundrechts aus [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#), gegen die sich der Betroffene mit Hilfe der Verfassungsbeschwerde zur Wehr setzen kann. Dem Gesetzgeber wie der vollziehenden Gewalt kommt bei der Erfüllung dieser Schutzpflichten ein weiter Einschätzungs-, Wertungs- und Gestaltungsbereich zu, der auch Raum lässt, etwa konkurrierende öffentliche und private Interessen zu berücksichtigen. Diese weite Gestaltungsfreiheit kann von den Gerichten je nach Eigenart des in Rede stehenden Sachbereichs, den Möglichkeiten, sich ein hinreichend sicheres Urteil zu bilden und der Bedeutung der auf dem Spiele stehenden Rechtsgüter nur in begrenztem Umfang überprüft werden (vgl. [BVerfGE 50, 290 \(332 f.\)](#)). Der mit einer solchen Schutzpflicht verbundene grundrechtliche Anspruch ist im Blick auf diese Gestaltungsfreiheit nur darauf gerichtet, dass die öffentliche Gewalt Vorkehrungen zum Schutze des Grundrechts trifft, die nicht gänzlich ungeeignet oder völlig unzulänglich sind. Nur unter ganz besonderen Umständen kann sich diese Gestaltungsfreiheit in der Weise verengen, dass allein durch eine bestimmte Maßnahme der Schutzpflicht Genüge getan werden kann. Um den Anforderungen an die Zulässigkeit einer Verfassungsbeschwerde zu entsprechen, die auf eine Verletzung der sich aus dem Grundrecht des [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#) ergebenden Schutzpflicht gestützt wird,

⁶ BVerfGE 77, 170-240 = NJW 1988, 1651-1659 – Lagerung von C-Waffen durch US-Streitkräfte.

Muss der Beschwerdeführer schlüssig dargetun, dass die öffentliche Gewalt Schutzvorkehrungen entweder überhaupt nicht getroffen hat oder dass offensichtlich die getroffenen Regelungen und Maßnahmen gänzlich ungeeignet oder völlig unzulänglich sind, das Schutzziel zu erreichen. Will der Beschwerdeführer geltend machen, dass die öffentliche Gewalt ihrer Schutzpflicht allein dadurch genügen kann, dass sie eine ganz bestimmte Maßnahme ergreift, muss er auch dies und die Art der zu ergreifenden Maßnahme schlüssig darlegen.“

Die beiden weiteren zitierten Entscheidungen wiederholen diese Ausführungen im Zusammenhang von Frauen-Nachtarbeit⁷ und im sog. Nikolausbeschluss⁸ der Sache nach, wobei der Nikolausbeschluss eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung wiederum der Sache nach unter Berufung auf eine staatliche Schutzpflicht nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG in Rn. 65 feststellt:

„bb) Die angegriffene Auslegung der leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB V durch das Bundessozialgericht ist in der extremen Situation einer krankheitsbedingten Lebensgefahr auch nicht mit der Schutzpflicht des Staates für das Leben aus [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#) zu vereinbaren. Übernimmt der Staat mit dem System der gesetzlichen Krankenversicherung Verantwortung für Leben und körperliche Unversehrtheit der Versicherten, so gehört die Vorsorge in Fällen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung unter den genannten Voraussetzungen zum Kernbereich der Leistungspflicht und der von [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#) geforderten Mindestversorgung (vgl. auch Wiedemann, in: Umbach/Clemens <Hrsg.>, Grundgesetz, Bd. I, 2002, Art. 2 Rn. 376; Di Fabio, in: Maunz/Dürig, Grundgesetz, Bd. I, Art. 2 Abs. 2 Rn. 94 <Bearbeitungsstand: Februar 2004>; Schmidt-Aßmann, [NJW 2004, S. 1689](#) <1691>).“

⁷ BVerfG, Urteil vom 28. Januar 1992 – 1 BvR 1025/82 –, BVerfGE 85, 191-214, 212.

⁸ BVerfG, Beschluss vom 06. Dezember 2005 – 1 BvR 347/98 –, BVerfGE 115, 25-51; dazu Francke/Hart, Die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für Heilversuche. Zugleich eine Besprechung der Entscheidung des BVerfG vom 06.12.2005 und die Skizzierung eines Regulierungsmodells (zusammen mit R. Francke), MedR 3/2006, 131-138.

3.2. Staatliche Schutzpflichten zu einer spezifischen Prävention in der Corona-Pandemie

Art. GG Artikel [2](#) Abs. 2 S. 1 GG stellt nach wie vor den *zentralen Ort der Herleitung* staatlicher Schutzpflichten dar.⁹ Das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit umfasst auch die Gesundheitsvorsorge mindestens als Unversehrheitsvorsorge und kann insofern auch eine staatliche Schutzpflicht zur Gesundheitsrisikovorsorge auslösen. Seinen Schutzpflichten aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG wird der Staat in der Regel durch die Gestaltung der Rechtsordnung, also durch den Erlass von Rechtsnormen gerecht.¹⁰ Dem Staat steht zwar eine weite Einschätzungs-, Wertungs- und Gestaltungsprärogative hinsichtlich der möglichen zu ergreifenden formalen und sachlichen Maßnahmen und ihrem Inhalt zu, die sich unter bestimmten Bedingungen aber zu einer konkreten Handlungspflicht verdichten kann. Eine solche Verdichtung ist abhängig von der Qualität, der Höhe und des Umfangs des konkreten Risiko- bzw. Gefährdungspotentials für das Grundrecht. DiFabio formuliert:¹¹

„Die Verfassung gebietet demnach auch die Vorsorge gegen Gefahren vor allem dann, wenn es um irreversible, flächendeckende oder sehr intensive Schadensmöglichkeiten geht. Es bedarf insofern aber besonderer Umstände, um aus einem nicht bereits gefahrträchtigen Risiko, einer Ungewissheit oder bloßen Besorgnis heraus, bereits auf eine Pflicht zu erkennen, mit freiheitsbeschränkenden Gesetzen aktiv zu werden. Bei nicht unerheblichen wissenschaftlich darstellbaren Risiken für hochrangige Rechtsgüter der Allgemeinheit wird es leichter fallen, eine Schutzpflicht zu begründen, als bei noch unspezifischen Besorgnissen im Hinblick auf eine nur undeutliche Erhöhung des allgemeinen Lebensrisikos, die regelmäßig mit jeder praktisch bedeutsamen neuen Technik diskutiert wird.“

SARS-CoV-2-Pandemie betrifft hochrangige Rechtsgüter der Allgemeinheit sowie unmittelbar die Grundrechte aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG. Es geht um teilweise irreversible, flächendeckende und intensive Schadensmöglichkeiten, Gefährdungs- und Risikosituationen. Das konkrete Risiko- und Gefährdungspotential ist hoch und es betrifft in besonderer Weise die oben genannten vulnerablen Gruppen und Institutionen (Ältere, erzieherische, betreuende, pflegende und ärztliche Berufe in Einrichtungen). Aus der Zeit

⁹ BeckOK GG/Lang, 42. Ed. 1.12.2019, GG Art. 2 Rn. 74.

¹⁰ Vgl. Maunz/Dürig/Di Fabio, 91. EL April 2020, GG Art. 2 Abs. 2 Nr. 1 Rn. 55-59, 81, 90-94.

¹¹ Maunz/Dürig/Di Fabio, GG Art. 2 Abs. 2 Nr. 1 Rn. 90.

März/April 2020, also am Beginn der Pandemie wissen wir, dass diese Personen und Berufe einen hohen Anteil an Infizierten, schwer Erkrankten und auch Toten hatten.¹² In den letzten beiden Wochen steigt nach zwischenzeitlichem starkem Rückgang der Anteil dieser Personen an den durch die Pandemie Betroffenen erneut und ein weiterer Anstieg ist sehr wahrscheinlich, wenn keine entsprechenden risikovorsorgenden Maßnahmen getroffen werden. Die ersten Nachrichten über herdförmige Ausbrüche in Pflegeheimen und Krankenhäusern sind bekannt.¹³

Eine solche angemessene risikovorsorgende Maßnahme ist z. B. das regelmäßige präventive Testen dieser Personengruppen in regelmäßigen Abständen (dazu Abschnitt 2.2.1 und 2.2.3). Die Erkenntnis der Testergebnisse lässt es mit großer Wahrscheinlichkeit zu, herdförmige Ausbrüche in den Einrichtungen und damit die Gefährdung des Grundrechts aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG für die genannten Personen zu vermindern oder zu vermeiden.

Die hohe Wahrscheinlichkeit des Eintritts dieser Gefährdung, die Intensität und der Umfang der Betroffenheit der Personen in den Institutionen und die hohe Wahrscheinlichkeit mindestens der Kontrolle aber auch der Vermeidung der Gefährdung bzw. gravierender Folgen der Erkrankung begründen unseres Erachtens eine risikovermeidende Schutzpflicht des Staates und die Notwendigkeit durch entsprechende normierende *Anordnungen* zu reagieren.

Die Umsetzung dieser Schutzpflicht geschieht unseres Erachtens nicht durch die *Empfehlung* zeitlich in bestimmten Abständen zu wiederholender Tests, sondern es bedarf einer entsprechenden Anordnung. Eine Einschätzungsprärogative bezüglich der zu ergreifenden Maßnahme besteht insofern nicht, als zwar durch eine solche Anordnung die Rechte einzelner Personen auf freie Entscheidung beschränkt, aber andererseits die hohe Wahrscheinlichkeit besteht, eine Vielzahl von Individuen und das Gesundheitssystem vor der Infektion und einer Systemüberlastung zu schützen und damit die Verhältnismäßigkeit

¹² Schrappe u. a., Thesenpapier 4.0, Punkt 4; Schrappe u.a. Thesenpapier 4.1, Punkte 1.1.3.5 sowie 2.2.3 und 2.2.4.

¹³ Z. B. www.pflegen-online.de/corona-in-14-tagen-fast-doppelt-so-viele-intensivpatienten?utm_source=pflegebrieft_newsletter&utm_medium=newsletter&utm_content=Corona%3A%20In%2014%20Tagen%20fast%20doppelt%20so%20viele%20Intensivpatienten&utm_campaign=nl_pfb_20_10_20 (letzter Aufruf 21.10.2020); www.pflegen-online.de/erstmal-arbeiten-pflegekraefte-mit-corona-infektion?utm_source=pflegebrieft_newsletter&utm_medium=newsletter&utm_content=Erstmal%20arbeiten%20Pflegekr%E4fte%20mit%20Corona-Infektion&utm_campaign=nl_pfb_20_10_20 (letzter Aufruf 21.10.2020).

des Eingriffs zu wahren. Es mag sein, dass gerade im Gesundheitsbereich die Ableitung einer bestimmten Handlungsanleitung aus der Schutzpflicht mit Zurückhaltung betrachtet wird.¹⁴ Im Hinblick auf die Gefährdung einer Vielzahl von Grundrechtsträgern und des Gesundheitssystems in seiner zu prästierenden Funktionsfähigkeit scheint es uns erforderlich, diese Zurückhaltung hintanzustellen.

Allein die Empfehlung ist weder geeignet noch zulänglich, das Schutzziel zu erreichen. Die gegenwärtige Praxis des Testens z. B. in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern bestätigt dies. Trotz der Empfehlung wird teilweise überhaupt nicht, teilweise viel zu unspezifisch und unsystematisch getestet.¹⁵

Das in unseren Papieren verfolgte Konzept der spezifischen Prävention vulnerabler Gruppen und Institutionen erfährt argumentativ auch eine verfassungsrechtliche Absicherung. Im Gefolge einer staatlichen Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG ergeben sich Normierungsaufträge, die durch die Anordnung risikovorsorgender Maßnahmen die herdförmige institutionelle Ausbreitung der Pandemie vermindern oder vermeiden können. Das präventive Testen ist ein Beispiel für die Chancen verfassungsrechtlich begründeter Gesundheitsvorsorge.

¹⁴ Z. B. einerseits Maunz/Dürig/Di Fabio, GG Art. 2 Abs. 2 Nr. 1 Rn. 94; andererseits BeckOK GG/Lang, GG Art. 2 Rn. 79-82b.

¹⁵ Eigene Nachfragen der Verfasser.

Literatur

(siehe Fußnoten)

Thesenpapiere

Thesenpapier 1.0 (Tp1.0): Schrappe, M., Francois-Kettner, H., Gruhl, M., Knieps, F., Pfaff, H., Glaeske, G.: Thesenpapier zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19. Datenbasis verbessern, Prävention gezielt weiterentwickeln, Bürgerrechte wahren. Köln, Berlin, Hamburg, Bremen 5.4.2020, Monitor Versorgungsforschung, https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract2020/PDF-2020/MVF-0320/Schrappe_Covid_19

Thesenpapier 2.0 (Tp2.0): Schrappe, M., Francois-Kettner, H., Knieps, F., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Thesenpapier 2.0 zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19. Datenbasis verbessern, Prävention gezielt weiterentwickeln, Bürgerrechte wahren. Köln, Berlin, Hamburg, Bremen 3.5.2020, https://www.monitor-versorgungsforschung.de/efirst/schrappe-et-al_covid-19-Thesenpapier-2-0

Thesenpapier 3.0 (Tp3.0): Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Thesenpapier 3.0 zu SARS-CoV-2/COVID-19 - Strategie: Stabile Kontrolle des Infektionsgeschehens, Prävention: Risikosituationen verbessern, Bürgerrechte: Rückkehr zur Normalität. Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 28.6.2020, Monitor Versorgungsforschung, <http://doi.org/10.24945/MVF.04.20.1866-0533.2231>

Thesenpapier 4.0 (Tp4.0): Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 - der Übergang zur chronischen Phase (Thesenpapier 4.0, 30.8.2020). Verbesserung der Outcomes in Sicht; Stabile Kontrolle: Würde und Humanität wahren; Diskursverengung vermeiden: Corona nicht politisieren. Corona nicht politisieren. Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 30.8.2020, Monitor Versorgungsforschung, <http://doi.org/10.24945/MVF.05.20.1866-0533.2248>

Thesenpapier 4.1 (Tp4.1): Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 - der Übergang zur chronischen Phase. Verbesserung der Outcomes in Sicht; Stabile Kontrolle: Würde und Humanität wahren; Diskursverengung vermeiden:

Corona nicht politisieren (Überarbeitung als Thesenpapier 4.1, 5.10.2020).
https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract2020/MVF-05-20/Schrappe_etal_Thesenpapier_4-1_Corona-Pandemie

Ad hoc Stellungnahme (SN): Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Ad hoc-Stellungnahme der Autorengruppe zur Beschlussfassung der Konferenz der Bundeskanzlerin und der Ministerpräsident/innen der Länder am 14.10.2020: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 - Gleichgewicht und Augenmaß behalten. Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 18.10.2020, <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/news/ad-hoc-stellungnahme-zur-ministerpraesidenten-konferenz>

Autoren

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe
Venloer Str. 30, 50672 Köln
+49 163 5818 797
matthias@schrappe.com
www.matthias.schrappe.com

Hedwig François-Kettner
francois-kettner@progewi.de

Dr. med. Matthias Gruhl
hbzr186@gmail.com

Prof. Dr. jur. Dieter Hart
hart@uni-bremen.de

Franz Knieps
franz.knieps@bkk-dv.de

Prof. Dr. rer. pol. Philip Manow
manow@uni-bremen.de

Prof. Dr. phil. Holger Pfaff
holger.pfaff@uk-koeln.de

Prof. Dr. med. K. Püschel
pueschel@uke.de

Prof. Dr. rer.nat. Gerd Glaeske
glaeske@uni-bremen.de