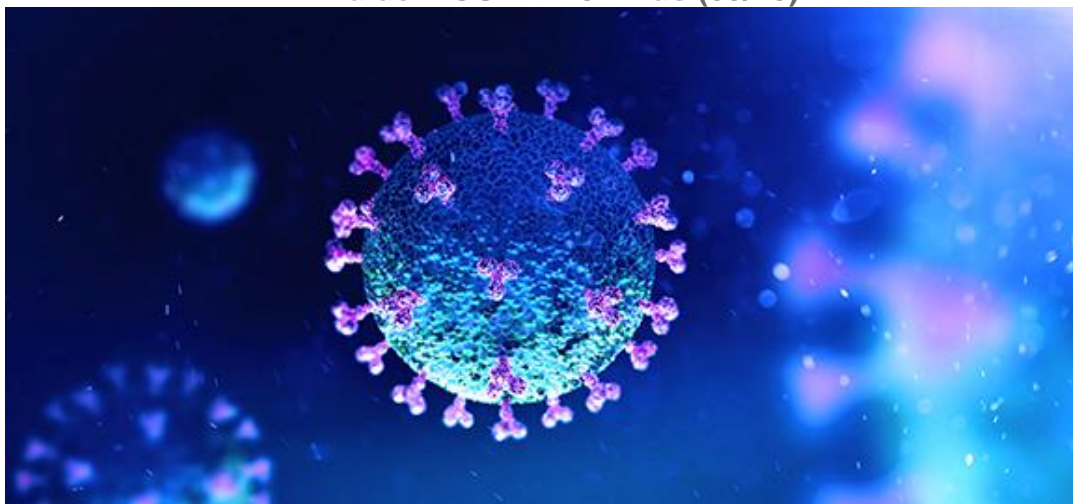


EEP-Nachrichten Aktuelle Informationen und rechtliche Überlegungen zu dem COVID-19-Virus (09/20)



Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Partner und Klienten,

nach einer einmonatigen Sommerpause im August möchten wir Sie nun wieder in gewohnter Manier mit unserem COVID-19-Newsletter in Bezug auf die aktuellen Entwicklungen der Corona-Pandemie auf den neuesten Stand bringen.

Seit unserem letzten Newsletter im Juli ist wieder Einiges passiert, insbesondere die Gegebenheiten haben sich etwas verändert. Sah es im Juli noch danach aus, als ob wir das Schlimmste überstanden hätten, haben uns die letzten Wochen gezeigt, dass das Virus immer noch präsent ist, wir uns weiterhin an die Regeln halten müssen und mit einem Ende der Pandemie wohl erst dann zu rechnen ist, wenn ein wirksamer Impfstoff entwickelt wurde und in ausreichender Anzahl verfügbar ist. Besonders die Ferien- und Urlaubszeit, die trotz der Coronakrise viele genutzt haben, um zumindest innerhalb Deutschlands oder Europas zu verreisen, hat ihren Teil dazu beigetragen, dass die Zahl der Neuinfektionen seit Mitte Juli wieder angestiegen ist. Davon waren insbesondere die bevölkerungsreichsten Bundesländer Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg betroffen. Derzeit hat sich diese Referenzzahl zwar auf einem erhöhten Niveau eingependelt, liegt jedoch weitestgehend konstant zwischen 1.300 und 1.600 Fällen neuinfizierter Personen pro Tag. In verschiedenen Bundesländern gibt es immer wieder einzelne Brandherde, innerhalb derer sich das Virus besonders schnell ausbreitet. Hier gilt es, schnell und besonnen zu handeln, um die Ausbreitung durch lokale Maßnahmen so schnell wie möglich eindämmen zu können. Erfreulicherweise ist die Reproduktionszahl (R-Zahl), in den vergangenen Wochen wieder etwas gesunken und bewegt sich derzeit konstant zwischen 0,8 und 1,2. Liegt diese über dem Wert von 1, breitet sich die Pandemie in der Bevölkerung weiter aus.

In den europäischen Nachbarländern, insbesondere in Spanien und Frankreich, war in den letzten Wochen ein eklatanter Anstieg an Neuinfektionen zu verzeichnen. Beide Länder waren erneut stark betroffen. Dort lagen die Neuinfektionen zeitweise bei über 10.000 Fällen pro Tag. Ein derart hohes Niveau wurde noch nicht einmal zu Beginn der Pandemie verzeichnet. Die Bundesregierung handelte umgehend und erklärte im August Teile Frankreichs und ganz Spanien zum Risikogebiet. Für Personen, die aus einem Risikogebiet nach Deutschland einreisen, gilt nunmehr eine Testpflicht auf das SARS-CoV-2. Zudem müssen die Betroffenen unter häusliche Quarantäne bis das Testergebnis vorliegt. Die konkrete Umsetzung erfolgt durch die jeweiligen Bundesländer. Auch private Familienfeiern und Hochzeiten mit einer großen Personenanzahl sind ein Grund, warum sich die Zahl

der Neuinfektionen zuletzt wieder erhöht hatte. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Situation entwickelt, wenn die Ferien- und Reisezeit wieder vorbei ist und alle wieder in den gewohnten Alltag zurückkehren. Die letzten Wochen haben jedoch eindrücklich gezeigt, dass wir weiterhin mitten in der Pandemie stecken. Nun gilt es dafür zu sorgen, dass sich die Lage wieder etwas entspannt und die Situation weiterhin unter Kontrolle bleibt. Dies können wir jedoch nur gemeinsam schaffen. Lassen Sie uns daher weiterhin die notwendige Disziplin an den Tag legen und diese herausfordernden Zeiten gemeinsam bewältigen.

Dazu wurde bereits zu Beginn der Pandemie kanzleiintern eine „Corona-Taskforce“ gegründet. Diese besteht aus dem Senior-Partner **Prof. Dr. iur. Dr. med. Alexander P.F. Ehlers**, seines Zeichens Fachanwalt für Medizinrecht und Facharzt für Allgemeinmedizin, dem Partner der Kanzlei **Dr. iur. Christian Rybak** (Rechtsanwalt und Wirtschaftsjurist), dem Senior Associate **Julian Bartholomä** (Rechtsanwalt) und dem Associate **Alexander Philipp Rösner** (Rechtsanwalt) und steht Ihnen auch in diesen schwierigen Zeiten rund um die Uhr zur Verfügung, um Sie bei Ihren Anliegen und Fragestellungen mit dem gewohnten Engagement und dem exzellenten juristischen Know-How zu unterstützen.

Derzeit beraten wir eine Vielzahl von Unternehmen, die maßgeblich zur Bekämpfung des Coronavirus beitragen. Dazu gehört zum Beispiel die europaweite Betreuung eines Unternehmens, welches ein Verfahren zur Wiederverwendbarkeit von Schutzmasken entwickelt. Auch Impfstoffhersteller und Unternehmen, die fieberhaft an der Verbesserung von Antikörpertests arbeiten, zählen zu unseren Klienten. Darüber hinaus beraten wir diverse Kliniken, Ärzte, medizinische Dienstleister und Unternehmen hinsichtlich verschiedener Fragestellungen, die sich im Zusammenhang mit COVID-19 ergeben.

Gerne stehen wir Ihnen bei rechtlichen Fragestellungen im Gesundheitsbereich in der Zukunft als zuverlässiger Partner zur Verfügung, um die kommenden Herausforderungen gemeinsam zu bewältigen. Sie können sich dazu gerne per Telefon unter 0 89 / 21 09 69-0 oder per E-Mail: munich@eep-law.de an uns wenden.

Wir wünschen Ihnen, Ihren Familien und Mitarbeitern weiterhin Gesundheit und ein gutes Durchhaltevermögen bis zum Ende dieser Coronakrise.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. iur. Dr. med. Alexander P.F. Ehlers
Seniorpartner



Dr. iur. Christian Rybak
Partner



**EHLERS, EHLERS & PARTNER
RECHTSANWALTSGESELLSCHAFT MBB**

Bei Rückfragen: newsletter@eep-law.de

www.eep-law.de

Wie gewohnt, geben wir Ihnen im Weiteren einerseits einen kurzen Überblick über Maßnahmen, die durch die verantwortlichen Entscheidungsträger zur Bekämpfung der Pandemie im Gesundheitsbereich seit dem letzten COVID-19-Newsletter getroffen wurden. Andererseits möchten wir Sie in einem Ausblick über weitere interessante Themen im Bereich Medizinrecht und Life Science Law, die mit der Pandemie zusammenhängen, informieren.

Inhaltsverzeichnis

I. Ergriffene Maßnahmen

1. [Verordnung zur Änderung der Verordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2](#)
2. [Verordnung zur Testpflicht von Einreisenden aus Risikogebieten](#)
3. [Zweite Verordnung zur Änderung der Verordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2](#)
4. [Update zur Corona-Warn-App](#)
5. [Corona-Antikörpertest](#)

II. Ausblick

1. [Gesetz für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser \(Krankenhauszukunftsgesetz \(KHZG\)\)](#)
2. [Status quo Impfstoff](#)
3. [Status quo Arzneimittel](#)
4. [Rechtlicher Status quo zur „Triage“](#)
5. [Corona-Prämie für Pflegekräfte im Krankenhaus](#)

I. Ergriffene Maßnahmen

1. Verordnung zur Änderung der Verordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2

Das Bundesministerium für Gesundheit wird gemäß § 20i Absatz 3 Satz 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung des Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) ermächtigt, im Fall der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, dass sowohl Versicherte als auch Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind, Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 oder auf das Vorhandensein von Antikörpern gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 haben.

Dazu dürfen entsprechende Testungen nicht Bestandteil der Krankenbehandlung sein. Die Aufwendungen für die Testungen werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gezahlt. Dadurch sollen insbesondere Personengruppen, bei denen noch keine Symptome für das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gegeben sind, bei denen aber dennoch eine Infektion naheliegend erscheint oder bei denen eine hohe Gefahr besteht, dass sie oder andere Personen in ihrem Umfeld bei Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besonders gefährdet wären, umfassender als bisher getestet werden. Bislang wurden verschiedene Fallgruppen nicht von der Verordnung erfasst, diese sollen mit dieser Änderungsverordnung einbezogen werden.

Zum einen wurde mit dieser Verordnung der Anwendungsbereich um Rehabilitationseinrichtungen erweitert. Auch in diesen Einrichtungen müssen vulnerable Personengruppen durch präventive Testungen vor einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besser geschützt werden. Um das Risiko der Einschleppung von Infektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 aus dem Ausland durch Reisende zu minimieren, sollen zum anderen alle aus dem Ausland einreisenden Personen nach

Maßgabe der Verordnung getestet werden können, deren Einreise nicht mehr als 72 Stunden zurückliegt. Für diese Fälle wurde – neben der unverändert weiterbestehenden Möglichkeit der Testung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst – ein unmittelbarer Zugang zu niedergelassenen Ärzten eröffnet.

Diese Verordnung trat am 01. August 2020 in Kraft.

2. Verordnung zur Testpflicht von Einreisenden aus Risikogebieten

In den letzten Wochen haben die Reiseaktivitäten weltweit wieder zugenommen. Zwar ist man noch weit von dem Aufkommen entfernt, welches vor Beginn der Epidemie bestand, jedoch entwickelt sich die epidemiologische Situation im Hinblick auf die Ausbreitung von Infektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 derzeit erneut sehr dynamisch. In vielen Staaten weltweit besteht ein erhöhtes Risiko für eine Ansteckung. Diese Entwicklung ist auch für die Bundesrepublik Deutschland relevant. Aufgrund der Sommerferien in den Monaten Juni bis September besteht insbesondere die Gefahr, dass aufgrund des verstärkten Reiseverkehrs, auch durch Reisende aus Risikogebieten, das Infektionsgeschehen in der Bundesrepublik Deutschland wieder zunimmt.

Aufgrund dessen prüft die Bundesregierung fortlaufend, inwieweit Gebiete im Ausland ein solches erhöhtes Infektionsrisiko aufweisen. Auch diesbezüglich erfolgt eine stetige Abstimmung mit dem Robert-Koch-Institut (RKI). Eine fortlaufend aktualisierte Liste der Gebiete, die als Risikogebiete eingestuft werden, wird auf der Internetseite des Robert Koch-Instituts veröffentlicht (Risikogebiete). Eine Einstufung als Risikogebiet kann sowohl Drittstaaten, als auch Mitgliedstaaten der Europäischen Union betreffen.

Um das Risiko einer starken Zunahme der Infektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 zu reduzieren, müssen Personen, die aus Risikogebieten in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, bis zu 14 Tage nach Einreise auf Anforderung des zuständigen Gesundheitsamtes oder der sonstigen vom Land bestimmten Stelle ein ärztliches Zeugnis darüber vorlegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 vorliegen. Personen, die kein solches Zeugnis vorlegen können, sind verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung zu dulden, die die Feststellung des Vorliegens einer solchen Infektion bezweckt. Eine auf landesrechtlicher Grundlage erlassene Verpflichtung zur häuslichen Absonderung dauert an, bis ein Ausnahmetatbestand wegen vorliegender Negativtestung nach Landesrecht erfüllt ist.

Diese Verordnung findet ihre gesetzliche Grundlage in § 36 Absatz 7 Satz 1, 3 und 5 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) und trat am 08. August in Kraft.

3. Zweite Verordnung zur Änderung der Verordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2

Mit der Verordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 vom 08. Juni 2020 hat das Bundesministerium für Gesundheit erstmals von der oben genannten Ermächtigung gemäß dem SGB V in Verbindung mit dem IfSG Gebrauch gemacht. Die Verordnung wurde seither weiterentwickelt. Wie bereits unter „1.“ erwähnt, hatten seit dem 01. August 2020 alle asymptomatischen Personen, die sich außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufgehalten haben, einen Anspruch auf Testung für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 innerhalb von 72 Stunden nach der Einreise.

Der Anspruch bestand unabhängig davon, ob sie sich zuvor in einem Risikogebiet aufgehalten haben. Das Ziel der nationalen zwischen Bund und Ländern angepassten Teststrategie ist es, möglichst lageangepasst auf die jeweiligen saisonalen Herausforderungen zu reagieren. Dieses Handeln erfordert eine regelmäßige Anpassung des regulatorischen Rahmens. Bei den Testungen von Einreisenden aus Nicht-Risikogebieten war die Zahl der festgestellten Infektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 jedoch außerordentlich gering. Die Vielzahl an positiven Testungen bei Reiserückkehrern aus den Risikogebieten zeigte hingegen die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit solcher Testungen. Diesem Umstand wird durch die Änderung der Verordnung entsprechend Rechnung getragen.

Mit der vorliegenden Verordnung wird die Möglichkeit zur kostenlosen Testung für Einreisende aus Nicht-Risikogebieten zum Ende der sommerferienbedingten Reisezeit zum 15. September 2020 beendet. Nach zusätzlichen Test-Anstrengungen in der Reisezeit erfolgt damit eine Rückkehr zum

Langzeit-Ansatz, wie ihn die Nationale Teststrategie vorsieht.

Die Verordnung trat am 15. September 2020 in Kraft.

4. Update zur Corona-Warn-App

Seit Mitte Juni dieses Jahres ist die Corona-Warn-App nun für Smartphones in Deutschland verfügbar. In den ersten Tagen nach der Veröffentlichung war die App stark gefragt und von einer Vielzahl heruntergeladen worden. Dieser Trend hatte sich zuletzt jedoch abgeschwächt. Die Gesamtzahl der Downloads in Deutschland beläuft sich nach Angaben des Robert-Koch-Instituts (RKI) auf 18 Millionen Menschen (Stand: 08. September 2020).

Das RKI zog einen Monat nach Betriebsbeginn, Mitte Juli ein erstes positives Zwischenfazit: „Die App funktioniert: Rund eine Woche nach ihrem Start wurden erstmals Zufalls-codes Corona-positiver Personen zum Abgleich zur Verfügung gestellt. Im ersten Monat haben mehr als 500 Menschen, die nachweislich positiv auf SARS-CoV-2 getestet wurden, die Möglichkeit gehabt, Andere über die App zu warnen. Wie viele Menschen genau gewarnt wurden, können wir allerdings wegen des dezentralen Ansatzes der App nicht sagen.“

Mit Hilfe von Fehlermeldungen durch die Nutzer wird die App von den Entwicklern stetig weiterentwickelt. Die Fehler werden analysiert und ausgelesen. Auch die neuen Erkenntnisse, welche das RKI durch die internationale Zusammenarbeit mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern erlangt, wird den App-Entwicklern ebenfalls zur Verfügung gestellt, um die App kontinuierlich zu verbessern.

Zu beachten ist insbesondere, dass die Corona-Warn-App auch im europäischen Ausland eingesetzt werden kann und sich damit sowohl an diejenigen, die dauerhaft in Deutschland leben als auch diejenigen, die sich temporär z.B. als Berufspendler oder Touristen hier aufhalten, richtet. Für die Pendlerinnen und Pendler sowie Touristen, die nach Deutschland reisen, wurde die App auch auf ausländischen App-Stores zur Verfügung gestellt. Im europäischen Ausland kann die App Nutzerinnen und Nutzern der deutschen App ebenfalls Risikobenachrichtigungen anzeigen. Die daran angeschlossenen Funktionen wie die automatische Benachrichtigung über ein Testergebnis via QR-Code sind auf die Anforderungen des deutschen Gesundheitssystems abgestimmt. Wenn eine Nutzerin/ein Nutzer aus dem Ausland einen Test macht, der in einem deutschen Labor analysiert ist, ist es möglich, dass sie/er das Ergebnis auch über die App automatisch mitgeteilt bekommt.

Zusätzlich ist jedoch ebenfalls beachtenswert, dass jeweils nur eine Warn-App aufgrund der API Schnittstelle von Google/Apple aktiv sein kann. Daher sollte im Einzelfall entschieden werden, welche App in dem Moment den größeren Nutzen hat. Um die Interoperabilität der Anwendungen zu gewährleisten, ist es notwendig, dass die Apps über die gleichen Standards verfügen.

Der für die grenzüberschreitende Nutzung der Corona-Warn-App erforderliche europäische Gateway-Server wird nach Planungen der EU-Kommission derzeit aufgebaut, sodass entsprechende Warnungen auch grenzüberschreitend zwischen den verschiedenen nationalen Corona-Warn-Apps ausgetauscht werden können. Dazu wurden die technischen Spezifikationen unter den EU-Nutzerstaaten abgestimmt und bereits eine europäische Rechtsanpassung vorgenommen. Anfang September veröffentlichte das Robert-Koch-Institut (RKI) eine neue Version der deutschen Corona-Warn-App in den App-Stores von Apple und Google. Mit diesem Update sollen verschiedene Fehler behoben werden, die in den älteren Versionen noch auftauchen, beispielsweise eine mögliche Unterbrechung des Datenaustausches im Hintergrund. Die neue Version verbessert auch die Verständlichkeit der Texte beim Risikostatus und bei Testergebnissen. Außerdem sollen die Anweisungen beim Scannen von QR-Codes verständlicher sein.

5. Corona-Antikörpertest

Bereits seit einigen Wochen gibt es Antikörpertests gegen das Coronavirus, um die Immunität nach einer durchschrittenen Corona-Infektion und damit einhergehend auch die Durchseuchung der Bevölkerung anzeigen zu können. Jedoch sind diese zumeist mit großen Unsicherheiten behaftet. Zum einen sind die meisten Antikörpertests noch nicht validiert, zum anderen ist überdies hinaus unklar, wie lange die Immunität andauert. Zu beachten ist zudem, dass der Antikörpertest nichts über eine eventuell noch bestehende Infektiosität eines Menschen aussagt und die ersten Antikörper frühestens 14 Tage nach Krankheitsbeginn vorliegen. Insbesondere ist von Antikörpertests zur eigenen Anwendung, die vielfach im Internet angeboten werden, eher abzuraten.

Ein Team aus Wissenschaftlern in Leipzig hat Ende August einen weiteren Corona-Antikörpertest auf den Markt gebracht. Bei dem entwickelten Test mit dem Namen „AProof“ handelt es sich um ein gemeinsames Forschungsprojekt des Biotechnologisch-Biomedizinischen Zentrums (BBZ) der Universität Leipzig, der Firma Adversis Pharma [RA1] und der BioCity. Dieses Testkit ist auch in den Apotheken erhältlich. Neuartig an dem Test sei nach Aussagen der Wissenschaftler die Tatsache, dass von der Entwicklung bis zum Testergebnis alles in einer Hand bleibe. Zudem werde nur sehr wenig Blut gebraucht, um zu einem validen Testergebnis zu kommen.

Der Test sei insbesondere für den Heimgebrauch geeignet, da das Testkit alles Notwendige beinhalte. Zunächst muss eine Fingerkuppe desinfiziert und mit einer kleinen Lanzette eingestochen werden. Die Blutropfen werden dann auf einer Filterkarte aufgebracht, 60 Minuten getrocknet und an Adversis geschickt. Dort werden die Proben in einem Labor analysiert und das Ergebnis kann innerhalb von 24 bis 48 Stunden online abgefragt werden. Das Prinzip des Tests wird von Seiten des Pharmaunternehmens wie folgt beschrieben:

„Das Testprinzip beruht auf der Bindung von SARS-CoV-2-spezifischen Antikörpern an das auf der Mikrotiterplatte immobilisierte rekombinant exprimierte Nucleocapsid-Protein. Nicht-gebundene Antikörper werden nach diesem ersten Schritt durch Waschen entfernt. Während der zweiten Inkubationsphase binden enzymmarkierte Sekundärantikörper, welche gegen humane Antikörper der IgG-Klasse gerichtet sind, an den Antigen-Antikörperkomplex. Nicht-gebundene Sekundärantikörper werden erneut durch Waschen entfernt. Zur Detektion wird eine farblose Substratlösung zugegeben, welches durch das Enzym des Sekundärantikörpers zu einem blauen Farbstoff umgewandelt. Im letzten Schritt wird die Reaktion abgestoppt, es erfolgt gleichzeitig ein Farbumschlag von blau zu gelb. Die Absorption der Lösung wird gemessen und korreliert mit den initial gebundenen Antikörpern gegen das Antigen.“

Nach Angaben der Forscher erzielt auch dieser Test keine hundertprozentige Genauigkeit. Der Test sei jedoch sehr zuverlässig und biete damit eine gute Möglichkeit auf Antikörper gegen SARS-CoV-2 zu testen.

II. Ausblick

1. Gesetz für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG))

Für die Bewältigung der Corona-Pandemie und der grundsätzlichen Herausforderungen einer qualitativ hochwertigen und modernen Gesundheitsversorgung spielt die Patientenversorgung in Krankenhäusern eine große Rolle. Aus diesem Grund bedarf es einer modernen und digitalen Ausstattung der Krankenhäuser in Deutschland. Die Finanzierung von Investitionsmaßnahmen im Krankenhausbereich vollzieht sich grundsätzlich nach dem Prinzip der dualen Finanzierung und ist insoweit Aufgabe der Länder.

Seit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 teilen sich die Bundesländer und die gesetzlichen Krankenkassen die Krankenhausfinanzierung. Dabei werden die Investitionskosten im Wege der öffentlichen Förderung durch die Bundesländer getragen, die Krankenkassen finanzieren die laufenden Betriebskosten im Rahmen der Krankenhausvergütung. Das Krankenhaus hat nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) einen Rechtsanspruch auf staatliche Förderung für Investitionen, wenn es in den Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes aufgenommen worden ist. Das Fördervolumen variiert von Bundesland zu Bundesland. Die Fördermittel sind zweckgebunden und werden nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und des jeweiligen Landesgesetzes so bemessen, dass sie die förderfähigen und unter Beachtung des Versorgungsauftrages notwendigen Investitionskosten nach den Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit decken.

In den vergangenen Jahren ist jedoch das Gesamtvolumen der Mittel der Länder für Krankenhausinvestitionen in einzelnen Bundesländern nominal und preisbereinigt zurückgegangen. Durch die fehlenden Investitionen der Länder sind die Krankenhäuser dazu gezwungen, die Mittel in erheblichem Umfang aus der eigenen Tasche aufzubringen, wozu auch die Querfinanzierung aus Betriebsmitteln gehört. Insbesondere sind Investitionen in die Digitalisierung und eine moderne technische Ausstattung der Krankenhäuser in den letzten Jahren zumeist

unterblieben. Mit Blick auf den Digitalisierungsgrad der Krankenhaus-IT hat Deutschland dadurch deutlichen Nachholbedarf. Dadurch besteht im Umkehrschluss jedoch ebenfalls die Chance, durch gezielte Digitalisierungsprojekte große Digitalisierungspotenziale zu generieren. Im Vordergrund stehen dabei die medizinische Versorgung sowie die Souveränität und die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten zu verbessern, dabei die hohe Versorgungsqualität langfristig sicherzustellen und gleichzeitig den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern neue Perspektiven zu eröffnen, die sich durch die Potentiale der Digitalisierung ergeben.

Der Koalitionsausschuss hat Anfang Juni 2020 das Vorhaben „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ gebilligt. Für eine modernere und bessere investive Ausstattung der Krankenhäuser werden aus dem Bundeshaushalt drei Milliarden Euro zur Verfügung gestellt. Dem stimmte das Bundeskabinett Anfang September bereits zu. Durch die Länder sollen weitere 1,3 Milliarden Euro aufgebracht werden, sodass sich das gesamte Investitionsvolumen auf 4,3 Milliarden Euro beläuft.

Zu den wichtigsten Regelungen zählen Folgende:

Unterstützung der Modernisierung der Krankenhäuser mit einem Betrag von vier Milliarden Euro:

- Einrichtung eines Krankenhauszukunftsfonds beim Bundesamt für Soziale Sicherung (KHZF). Ab dem 1. Januar 2021 werden dem KHZF durch den Bund 3 Milliarden Euro über die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt.
- Übernahme der jeweiligen Investitionskosten durch die Länder und/oder die Krankenhausträger in Höhe von 30 Prozent.
- Vom 02. September 2020 bis zum 31. Dezember 2021 können die Länder Förderanträge an das Bundesamt für Soziale Sicherung stellen. Bis dahin nicht beantragte Bundesmittel werden bis Ende 2023 an den Bund zurückgeführt.
- Förderung von länderübergreifenden Vorhaben über den KHZF.
- Vorhaben an Hochschulkliniken können mit bis zu 10% des Fördervolumens des jeweiligen Landes gefördert werden.

Förderung von Notfallkapazitäten und digitaler Infrastruktur:

- Förderung von Investitionen in moderne Notfallkapazitäten und bessere digitale Infrastruktur, z.B. Patientenportale, elektronische Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen, digitales Medikationsmanagement, Maßnahmen zur IT-Sicherheit sowie sektorenübergreifende telemedizinische Netzwerkstrukturen. Ebenfalls besteht die Möglichkeit zur Finanzierung erforderlicher personeller Maßnahmen durch den KHZF.
- Evaluierung des Standes der Digitalisierung in den Krankenhäusern zum 30. Juni 2021 und 30. Juni 2023.

Sonstige Regelungen:

- Verlängerung des bereits bestehenden Krankenhausstrukturfonds (II) um zwei Jahre bis 2024.
- Krankenhausindividuelle Ermittlung und entsprechender Ausgleich von Erlösrückgängen, die Krankenhäusern in diesem Jahr gegenüber dem Vorjahr wegen der Corona-Pandemie entstanden sind, nach Antrag des Krankenhauses sowie entsprechenden Verhandlungen mit den Kostenträgern.
- Möglichkeit zur Vereinbarung krankenhausesindividueller Zuschläge für nicht anderweitig finanzierte Mehrkosten von Krankenhäusern aufgrund der Corona-Pandemie, z. B. bei persönlichen Schutzausrüstungen, für den Zeitraum vom 1. Oktober bis Ende 2021. Begrenzte Ausdehnung des Leistungszeitraums des Kinderkrankengeldes in zeitlicher Sicht auf das Jahr 2020. Verlängerung wesentlicher bisher befristeter Regelungen zur finanziellen Entlastung und Unterstützung im Bereich der Pflege.

Mit dem Krankenhauszukunftsfonds werden notwendige Investitionen gefördert. Davon sind sowohl moderne Notfallkapazitäten als auch eine bessere digitale Infrastruktur der Krankenhäuser zur

besseren internen und auch sektorenübergreifenden Versorgung, Ablauforganisation, Kommunikation, Telemedizin, Robotik, Hightechmedizin und Dokumentation, umfasst. Zudem sollen Investitionen in die IT- und Cybersicherheit des Gesundheitswesens, die gerade in Krisenlagen noch bedeutsamer sind, getätigt werden. Es ist ebenfalls geplant, durch gezielte Investitionen die Entwicklung regionaler Versorgungsstrukturen, sowohl für den Normalbetrieb wie für Krisenzeiten zu stärken und konzeptionell aufeinander abzustimmen.

Die Umsetzung erfolgt über die gesetzliche Erweiterung des Krankenhausstrukturfonds, der bereits vor einigen Jahren gesetzlich zur Investitionsförderung zur Verbesserung regionaler stationärer Versorgungsstrukturen gebildet wurde. Die Verteilung der zusätzlichen Mittel erfolgt analog zu den geltenden Regelungen des bestehenden Strukturfonds. Bei der Auswahl der Schwerpunkte wurden Bausteine anerkannter Reifegradmodelle zur Messung des Digitalisierungsgrads in Krankenhäusern berücksichtigt, die einen möglichst großen Einfluss auf die Verbesserung der Versorgung erzielen können. Zur Vermeidung von Überschneidungen zwischen dem Krankenhauszukunftsfonds und dem geltenden Krankenhausstrukturfonds wird die Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds um zwei Jahre verlängert.

Das KHZG bedarf nicht der Zustimmung des Bundesrates und soll voraussichtlich im Oktober dieses Jahres in Kraft treten.

2. Status quo Impfstoff

Die Entwicklung eines Impfstoffes gegen das Corona-Virus schreitet weiter voran. Derzeit beschäftigen sich nach Informationen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mindestens 176 Projekte mit der Entwicklung eines Impfstoffes (Stand: 03. September 2020). Eine offizielle und vollständige Zulassung für einen der Kandidaten wurde indes noch nicht erteilt. Zwar wurde Mitte August die Zulassung eines Impfstoffes in Russland verkündet, allerdings ohne die wichtige dritte Testphase zu durchlaufen. Auch bei Wissenschaftlern ist der Impfstoff „Sputnik V“ höchst umstritten. In Amerika und in Europa wurde ebenfalls noch kein entsprechendes Vakzin zur Bekämpfung von SARS-CoV-2 offiziell zugelassen. Die amerikanische Arzneimittelbehörde FDA will Ende Oktober die ersten Ergebnisse der Wirksamkeitsstudien mehrerer Corona-Impfstoffkandidaten auswerten bzw. diskutieren und im weiteren Verlauf entscheiden, ob eine entsprechende Zulassung erteilt wird. In Deutschland haben die Impfstoffkandidaten des Mainzer Unternehmens BioNTech und der Firma CureVac die besten Erfolgsaussichten und befinden sich bereits in der Erprobung am Menschen.

Die Impfstoffentwicklung untergliedert sich grundsätzlich in die folgenden sieben Etappen:



Abbildung: vfa

Die Erprobung am Menschen, die sog. „klinische Prüfung“, untergliedert sich wiederum in drei Phasen.

In der ersten Phase (**Phase I**) wird der Impfstoff zum ersten Mal mit Menschen getestet. Hierbei steht insbesondere die Sicherheit und Verträglichkeit des Impfstoffs sowie seine Fähigkeit, eine Immunabwehrreaktion hervorzurufen, im Vordergrund. Es soll ebenfalls abgeschätzt werden, welche Dosis am geeignetsten ist.

In der zweiten Phase (**Phase II**) soll die bestmögliche Dosierung des Impfstoffes gefunden werden und bereits vorhandene Kenntnisse in Bezug auf die Verträglichkeit und die Immunreaktion weiter intensiviert werden.

Die dritte Phase (**Phase III**) ist am umfangreichsten und soll zeigen, ob der Impfstoff zuverlässig vor einer Infektion mit SARS-CoV-2 schützt.

Um die klinische Erprobung zu beschleunigen, können sowohl die Phase I/II als auch die Phase II/III entsprechend miteinander kombiniert werden.

Die Impfstoffkandidaten der genannten deutschen Projekte befinden sich derzeit in Phase I (CureVac) beziehungsweise in Phase II/III (BioNTech).

CureVac und die Europäische Kommission gaben Mitte August den Abschluss von Sondierungsgesprächen über einen Vorab-Kaufvertrag für CureVacs potenziellen mRNA-basierten COVID-19-Impfstoff bekannt. Der geplante Vertrag mit der Europäischen Kommission soll alle EU-Mitgliedstaaten mit bis zu 225 Millionen Dosen sowie mit einer Option auf den Zukauf von weiteren 180 Millionen Dosen versorgen. Diese werden bereitgestellt, sobald sich der mRNA-basierte Impfstoff von CureVac als sicher und wirksam gegen COVID-19 erwiesen hat.

Darüber hinaus hat CureVac nach eigenen Angaben Anfang September einen Bescheid des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) erhalten, dass die weitere Entwicklung des COVID-19-Impfstoffkandidaten voraussichtlich mit bis zu 252 Millionen Euro gefördert wird. Die Zahlungen sind an bestimmte Meilensteine gebunden. Wenn diese erreicht werden, kann CureVac im Jahr 2020 mit bis zu 103 Millionen Euro und 2021 mit bis zu 149 Millionen Euro rechnen.

3. Status quo Arzneimittel

Zwar läuft auch die Entwicklung von Arzneimitteln zur Behandlung von SARS-CoV-2 erkrankten Patientinnen und Patienten weltweit auf Hochtouren. Bisher konnte jedoch noch kein nennenswerter Durchbruch erzielt werden. Den Medizinern steht insofern weiterhin kein Arzneimittel zur Verfügung, das verlässlich und ohne größere Nebenwirkungen gegen das Virus eingesetzt werden kann.

Im Fokus stehen dabei weiterhin Arzneimittel, die schon gegen eine andere Krankheit zugelassen oder sich zumindest in der Entwicklung befinden. Diese „umzufunktionieren“ verspricht schneller zu gelingen, als die vollständige Neuentwicklung eines Arzneimittels voranzutreiben. Pharmaforscher sprechen von einem „Repurposing“ der Arzneimittel. Die Forscher schreiben diesem Verfahren die größten Erfolgchancen in Bezug auf die schnellstmögliche Bereitstellung eines entsprechenden Arzneimittels zu. Diese gehören zumeist folgender Arzneimittelgruppen an:

- **Antivirale Arzneimittel**, die ursprünglich gegen HIV, Ebola, Hepatitis C, Grippe, SARS oder MERS (zwei von anderen Coronaviren-Krankheiten) entwickelt wurden. Sie sollen die Vermehrung der Viren blockieren oder verhindern, dass sie in Lungenzellen eindringen.
- **Dämpfende Immunmodulatoren**, die z. B. gegen Rheumatoide Arthritis oder entzündliche Darmerkrankungen entwickelt wurden. Sie sollen bei schwerem Lungenbefall die Abwehrreaktionen des Körpers so begrenzen, dass diese nicht noch mehr Schaden anrichten als die Viren selbst.
- **Arzneimittel für Lungenkranke**, die z. B. gegen idiopathische Lungenfibrose entwickelt wurden. Sie sollen verhindern, dass die Lunge der Patienten das Blut nicht mehr mit genug Sauerstoff versorgen kann.
- **Herz-Kreislauf-Arzneimittel**, die z. B. gegen Blutgerinnsel oder Herz-Rhythmus-Störungen entwickelt wurden. Sie sollen Komplikationen durch eine Covid-19-Erkrankung verhindern.

Dabei ist insbesondere zu beachten, in welchem Krankheitsstadium die Arzneimittel zum Einsatz kommen. So können Arzneimittel, die im Frühstadium (leichte Infektion ohne Atemprobleme) hilfreich

sind, bei Patienten mit schwerer Lungenentzündung unwirksam oder sogar schädlich sein - oder umgekehrt. Manche Arzneimittel sind möglicherweise zudem erst gar nicht therapeutisch einsetzbar, schützen aber möglicherweise vor Ansteckung.

Derzeit überprüft die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) die Ergebnisse der RECOVERY-Studie, in der unter anderem Dexamethason, ein entzündungshemmender, immunsuppressiver und antiallergischer Wirkstoff aus der Gruppe der Glucocorticoide, bei der stationären Behandlung von Patienten mit COVID-19 eingesetzt wurde. Ein Teil der Studie untersuchte die Wirksamkeit einer Zugabe von Dexamethason zur üblichen Behandlung von Erwachsenen, die künstlich beatmet wurden, denen zusätzlich Sauerstoff (zum Beispiel über eine Maske) gegeben wurde oder die keine Sauerstofftherapie benötigten.

In der RECOVERY-Studie wurden Todesfälle während eines Zeitraums von 28 Tagen nach Beginn der Dexamethasonbehandlung erfasst. Vorläufige Ergebnisse deuten darauf hin, dass im Vergleich zur üblichen Behandlung Dexamethason:

- die Sterblichkeit bei Patienten mit künstlicher Beatmung um etwa 35% reduziert;
- die Sterblichkeit bei Patienten, die zusätzlichen Sauerstoff benötigen, um etwa 20% reduziert;
- die Sterblichkeit bei Patienten, die keine Sauerstofftherapie benötigen, nicht verringert.

Ziel ist es, eine Stellungnahme zu den Ergebnissen der RECOVERY-Studie für die Behandlung von Erwachsenen mit COVID-19 abzugeben. Die endgültigen Bewertungsergebnisse stehen insoweit noch aus.

Nach Angaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wurden bisher insgesamt 26 klinische Prüfungen im Kontext von COVID-19 genehmigt. Diese umfassen insbesondere Arzneimittel, die sich entweder bereits in der Entwicklung für andere Erkrankungen befinden oder schon in anderen Anwendungsgebieten zugelassen sind. Jedoch ist weiterhin völlig unklar, zu welchem Zeitpunkt ein entsprechendes Arzneimittel im Kampf gegen SARS-CoV-2 zur Verfügung stehen wird.

4. Rechtlicher Status quo zur „Triage“

In Deutschland gibt es derzeit keine gesetzlichen Vorgaben, wie Ärzte in einer sog. „Triage-Situation“ handeln sollen. Zwar wurden in der Vergangenheit durch den deutschen Ethikrat und verschiedene medizinische Fachgesellschaften entsprechende Empfehlungen publiziert. Diese sind jedoch nicht mit Regelungen von Gesetzesrang zu vergleichen. Auch unter Juristen ist umstritten, wie in der Triage-Situation gehandelt werden sollte.

Die "Triage" (fr. "trier": "aussortieren", "auswählen", "aussuchen") ist ein Begriff aus der Militärmedizin und bezeichnet die Priorisierung von Verletzten oder Kranken (z.B. bei einer Katastrophe bzw. nach einem Angriff im Krieg) entsprechend der Schwere der Verletzungen bzw. der Erkrankungen aufgrund medizinischer Engpässe. Zu Beginn der Corona-Pandemie wurde dieses Szenario mancherorts zur bitteren Realität – etwa in Italien oder Spanien.

Im Juli 2020 hatte der erste Senat des obersten deutschen Gerichts, das Bundesverfassungsgericht mit Sitz in Karlsruhe, darüber zu entscheiden, ob der Gesetzgeber gesetzliche Regelungen treffen muss, wie sich Ärzte während der Corona-Pandemie in einer derartigen Situation zu verhalten haben. Diesen Antrag lehnte das Gericht jedoch ab. Zwar sei die Verfassungsbeschwerde nicht von vornherein unzulässig oder offensichtlich unbegründet. "Sie wirft vielmehr die schwierige Frage auf, ob und wann gesetzgeberisches Handeln in Erfüllung einer Schutzpflicht des Staates gegenüber behinderten Menschen verfassungsrechtlich geboten ist und wie weit der Einschätzungs-, Wertungs- und Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers bei Regelungen medizinischer Priorisierungsentscheidungen reicht", hieß es. Dies bedürfe einer eingehenden Prüfung, die im Eilverfahren aber nicht möglich sei.

Ob und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen der Gesetzgeber überhaupt im Eilverfahren zur Gesetzgebung verpflichtet werden kann, ließ das Gericht offen. Denn schon die an den bisherigen Maßstäben orientierte Folgenabwägung rechtfertige den Erlass einer einstweiligen Anordnung nicht. "Das momentan erkennbare Infektionsgeschehen und die intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten lassen es in Deutschland derzeit nicht als wahrscheinlich erscheinen, dass

die Situation der Triage eintritt", gab das Gericht in seiner Pressemitteilung an.

Geklagt hatten neun Menschen mit Behinderungen und Vorerkrankungen. Sie fürchteten, schlechtere Behandlungsmöglichkeiten zu erfahren oder gar von einer lebensrettenden medizinischen Behandlung ausgeschlossen zu werden. Mit ihrer Verfassungsbeschwerde wollten sie gegen die "Untätigkeit der Bundesregierung" vorgehen und forderten, dass die Regierung ein Gremium benennen muss, das die Verteilung knapper intensivmedizinischer Ressourcen vorläufig regelt.

Insoweit bleibt die derzeitige Regelungslücke für die Fälle der „Triage“ weiterhin bestehen. Dies bedeutet sowohl für die handelnden Ärzte als auch für die Patienten ein hohes Maß an Rechtsunsicherheit, da bis auf die genannten Empfehlungen keinerlei Anhaltspunkte vorliegen, an denen sich die Beteiligten orientieren können. Es wäre äußerst wünschenswert, wenn der Gesetzgeber die Corona-Pandemie zum Anlass nehmen würde, diesbezüglich tätig zu werden und entsprechende Regelungen zu erlassen. Davon würden nicht nur unzählige Betroffene auf der „handelnden“ Seite, sondern auch die breite Bevölkerung profitieren, da diese darüber informiert wäre, was auf sie im Falle einer „Triage“-Situation zukommen würde.

5. Corona-Prämie für Pflegekräfte im Krankenhaus

Der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) haben ein Konzept für eine Corona-Prämie für Pflegekräfte im Krankenhaus entwickelt und dem Bundesgesundheitsminister Jens Spahn Anfang September vorgelegt. Es sieht die Bereitstellung von insgesamt 100 Millionen Euro für die Zahlung von Prämien von bis zu 1.000 Euro an Pflegekräfte vor, die durch die Versorgung von COVID-19-Patienten besonders belastet wurden.

Grundsätzlich sollen Pflegekräfte im Sinne der „Pflege am Bett“ begünstigt werden. Die Auswahl der anspruchsberechtigten Pflegekräfte und die Definition der individuellen Prämienhöhe für die Pflegekraft obliegt dem Krankenhausträger in Abstimmung mit der Vertretung der Mitarbeiter und richtet sich danach, wie stark die Pflegekraft in der Behandlung von SARS-CoV2-Patienten eingesetzt wurde. In begründeten Ausnahmefällen kann eine Prämie an weitere Personen, wie zum Beispiel Mitarbeitende von Notaufnahmen, gezahlt werden.

„Wir sind dankbar für das große Engagement der Pflegerinnen und Pfleger bei der Versorgung von Corona-Patienten. Wir haben nun eine Lösung, die eine schnelle Auszahlung der Corona-Prämie an diese besonders belasteten Pflegekräfte im Krankenhaus ermöglicht. Die Prämie soll als einmalige Sonderleistung steuer- und sozialversicherungsabgabenfrei erfolgen“, wird Frau Stefanie Stoff-Ahnis, Vorstand beim GKV-Spitzenverband, in der entsprechenden Pressemitteilung zitiert.

Die Mittel aus dem 100-Millionen-Euro-Topf werden den Krankenhäusern zugewiesen, die bis zum 30.9.2020 eine bestimmte Mindestzahl von COVID-19-Fällen vorweisen. Damit ist der Grad der Betroffenheit eines Krankenhauses durch die Pandemie ausschlaggebend für die Einbeziehung in das Konzept. Die Zuordnung der Mittel für Corona-Prämien auf anspruchsberechtigte Krankenhäuser soll anhand von objektiven Kriterien zielgenau zu je 50 Prozent nach pandemiebedingter Belastung und bedarfsgerecht nach vorhandenem Pflegepersonal ausgestaltet werden.

Die 100 Millionen Euro sollen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, der im Wesentlichen aus Beitragsmitteln der GKV-Versicherten finanziert wird, entnommen werden. Eine gesonderte Beteiligung der PKV wird erwartet. Ebenfalls appellieren GKV-Spitzenverband und DKG an die Bundesländer, eine aufstockende Finanzierung zur Erhöhung der Prämie um 500 Euro zu leisten.

**Ein Service der
EHLERS, EHLERS & PARTNER
RECHTSANWALTSGESELLSCHAFT MBB**

Bei Rückfragen: newsletter@eep-law.de
www.eep-law.de

Aus dem Team unserer Anwaltssozietät haben wir eine „Corona-Taskforce“ bestehend aus vier Anwälten gebildet. Nachfolgend finden Sie deren Kontaktdaten:

Prof. Dr. iur. Dr. med. Alexander P. F. Ehlers

Telefon: 089 / 21 09 69 - 12

E-Mail: a.ehlers@eep-law.de

Dr. iur. Christian Rybak

Telefon: 089 / 21 09 69 - 81

E-Mail: c.rybak@eep-law.de

Julian Bartholomä

Telefon: 089 / 21 09 69 - 17

E-Mail: j.bartholomae@eep-law.de

Alexander Philipp Rösner

Telefon: 089 / 21 09 69 - 80

E-Mail: a.roesner@eep-law.de

Disclaimer

Die EHLERS, EHLERS & PARTNER RECHTSANWALTSGESELLSCHAFT MBB übernimmt für die Vollständigkeit und die Richtigkeit des Inhaltes dieser Nachrichten keinerlei Haftung. Die in diesen Nachrichten enthaltenen Inhalte sind ausschließlich zur Information bestimmt. Der Inhalt dieser Seiten ist urheberrechtlich geschützt. Die Nachrichten sind nur für die persönliche Information bestimmt.

Die EHLERS, EHLERS & PARTNER RECHTSANWALTSGESELLSCHAFT MBB haftet nicht für Schäden, die aufgrund von Handlungen die ausgehend von den auf dieser oder einer der nachfolgenden Seiten enthaltenen Informationen durchgeführt werden.

Die entsprechenden berufsrechtlichen Vorschriften (BRAO, BORA, FAO, und BRAGO) finden Sie unter der Rubrik (Angaben gemäß § 6 TDG) auf der Homepage der Bundesrechtsanwaltskammer unter www.brak.de. Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir für die Inhalte externer Links keine Haftung. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich. Verantwortlich für den Inhalt:

**EHLERS, EHLERS & PARTNER
RECHTSANWALTSGESELLSCHAFT MBB**

Widenmayerstraße 29
80538 München

Ehlers, Ehlers & Partner liegt die Sicherheit Ihrer Daten und der Schutz Ihrer Privatsphäre sehr am Herzen. Vor diesem Hintergrund haben wir unsere Datenschutzrichtlinie überarbeitet. Nähere Informationen können Sie auf unserer Homepage nachlesen.

ehlers-ehlers-und-partner.de/datenschutz/

Copyright © 2020 EHLERS, EHLERS & PARTNER
RECHTSANWALTSGESELLSCHAFT MBB,
All rights reserved.

Our mailing address is:
EHLERS, EHLERS & PARTNER RECHTSANWALTSGESELLSCHAFT MBB
Widenmayerstr. 29
München 80538
Germany

[Wenn Sie diesen Newsletter nicht mehr erhalten möchten, können Sie sich hier abmelden.](#)