

# **Positionspapier zur Regelung von Angehörigenbesuchen in Krankenhäusern während Pandemien**

*Teresa Deffner, Anke Hierundar, Kathrin Knochel, Urs Münch, Gerald Neitzke, Peter Nydahl,  
Annette Rogge*

**für die Sektionen Ethik und Psychologische Versorgungsstrukturen  
der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und  
Notfallmedizin (DIVI)**

Teresa Deffner\*, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum Jena.  
Teresa.Deffner@med.uni-jena.de

Anke Hierundar, Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Universitätsmedizin Rostock.  
Anke.hierundar@med.uni-rostock.de

Kathrin Knochel, Klinische Ethik, Klinikum rechts der Isar TU München; Kinderpalliativzentrum, Dr. von  
Haunersches Kinderspital LMU-Klinikum München. kathrin.knochel@mri.tum.de

Urs Münch, DRK Kliniken Berlin Westend. u.muench@drk-kliniken-berlin.de

Gerald Neitzke, Institut für Ethik, Geschichte und Philosophie der Medizin, Medizinische Hochschule  
Hannover. Neitzke.gerald@mh-hannover.de

Peter Nydahl, Pflegeforschung und -entwicklung; Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin,  
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel. Peter.Nydahl@uksh.de

Annette Rogge, Institut für Experimentelle Medizin, Medizinethik. Christian-Albrechts-Universität Kiel.  
Annette.Rogge@uksh.de

\*Korrespondierende Autorin

Autoren werden in alphabetischer Reihenfolge genannt

**08.09.2021**

**Präambel:** Angehörigenbesuche sind ein wichtiger Bestandteil der Behandlung von Patient:innen<sup>1</sup>. Als Angehörige werden alle Personen verstanden, zu denen Patient:innen eine bedeutsame Beziehung haben. Wir verstehen den Begriff weit und schließen damit neben Lebenspartner:innen und Verwandten (zu denen auch minderjährige Kinder gehören) ebenso relevante Freund:innen, Kolleg:innen, Nachbar:innen oder andere mit ein. Angehörigenbesuche fördern die Genesung von Patient:innen, sowie das Situationsverständnis der Angehörigen. Des Weiteren unterstützen sie den optimierten Informationsaustausch mit dem Behandlungsteam und damit die Behandlungsplanung. Juristische Stellvertreter:innen sind darüber hinaus unverzichtbar dafür, den Patientenwillen zu ermitteln und zur Geltung zu bringen. In Anerkennung der Notwendigkeit von Schutzmaßnahmen für Krankenhäuser und der limitierten materiellen und personellen Ressourcen, müssen pauschale Besuchsverbote in Krankenhäusern während Pandemien vermieden und stattdessen begründete Priorisierungen für Besuche formuliert werden, um sie konzeptuell zu planen und unter pandemischen Bedingungen praktisch umzusetzen. Die Herausforderung besteht darin, eine Balance zu finden zwischen den notwendigen Schutzmaßnahmen in Bezug auf Risiken für die Patient:innen, Angehörigen sowie Mitarbeiter:innen einerseits und der möglichst geringen Beschränkung der Angehörigenbesuche andererseits.

---

<sup>1</sup> Bei bestimmten Patient:innengruppen sind neben Angehörigen auch eine persönliche Assistenz bzw. andere bedeutsame Begleitpersonen für die Behandlung und den Therapieerfolg unverzichtbar. Diese Personen müssen daher eine geregelte, verlässliche Betretungsmöglichkeit zum Krankenhaus erhalten.

## Notwendige Neuregelungen

- Grundsätzlich müssen Angehörigenbesuche als Teil der Patient:innenbehandlung und in Anerkennung des Rechts der Patient:Innen auf soziale Kontakte während Pandemien in Krankenhäusern weiter gestattet bleiben.
- Besuchskonzepte werden interprofessionell im Pandemie-/Krisenstab des Krankenhauses basierend auf den aktuellen Verordnungen des Bundeslandes entwickelt, unter angemessenen personellen Ressourcen umgesetzt und kontinuierlich an diese angepasst. Patient:innen, Angehörige und Mitarbeiter:innen des Krankenhauses sind über die jeweils aktuelle Regelung und Ansprechpartner:innen für Fragen zur Besuchsregelung sowie für die Entscheidung von Ausnahmen in Kenntnis zu setzen.
- Die Anzahl besuchender Angehöriger sollte reduziert und Besucher:innen auf den engsten Personenkreis von Angehörigen eingegrenzt werden, der – wenn möglich – in Absprache mit Patient:innen definiert wird. Dabei haben Angehörige, die als Vorsorgebevollmächtigte oder Betreuer:innen eingesetzt sind, Priorität, da sie im Bedarfsfall verpflichtet sind, den mutmaßlichen Patientenwillen bei der Behandlungsplanung zu vertreten. Dies gilt auch für gesetzliche Fremdbetreuer:innen.
- Patient:innen und deren Angehörigen werden über Risiken von Besuch und von fehlendem Besuch aufgeklärt (siehe Erläuterungen).
- Digitale Alternativen zum persönlichen Besuch (z.B. per Videotelefonie) müssen durch das Krankenhaus mit datenschutzkonformen Kommunikationslösungen angeboten werden. Dafür ist die Bereitstellung von entsprechender Infrastruktur durch das Krankenhaus geboten.
- Zur Umsetzung eines sicheren Angehörigenbesuches entwickelt das Krankenhaus ein Schutzkonzept, im Rahmen dessen Besuche ermöglicht werden. Es ist verantwortlich für
  - die Koordination der Angehörigenbesuche inklusive Terminmanagement, welches auch die Anzahl und Verteilung der Besuche über den Tag berücksichtigt,
  - eine ausgewogene Entscheidung über die Dauer eines einzelnen Besuches,
  - die Erfassung von Daten zur Kontaktnachverfolgung,
  - die Hygieneunterweisung und Einhaltung der Hygienemaßnahmen vor, während und nach dem Besuch,
  - die Bereitstellung von persönlicher Schutzausrüstung,
  - die Supervision des An- und Ablegens von persönlicher Schutzausrüstung sowie
  - die Fortführung von bereits im Krankenhaus etablierten Strukturen der Angehörigenbetreuung z.B. durch Begleitung von Besuchen bzw. deren am Versorgungsbedarf orientierte Etablierung während Pandemien.
- Das Krankenhaus trägt dafür Sorge, dass das Abschiednehmen von (nicht infektiösen und infektiösen) sterbenden Patient:innen basierend auf den Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes stets für einen begrenzten Personenkreis ermöglicht wird.
- Das Besuchskonzept des Krankenhauses sollte insbesondere unter den Bedingungen von Pandemien in ein klinikspezifisches, abgestimmtes Vorgehen zur psychosozialen Notfallversorgung eingebettet sein, in welchem die psychosoziale und spirituelle Expertise gebündelt ist. Diese Expertise ist in die Gestaltung der Regelungen für Angehörigenbesuche im Pandemie-/Krisenstab strukturiert und nachvollziehbar einzubeziehen.

## Erläuterungen

### **Besuchsverbote schaden der Genesung von Patient:innen und belasten Angehörige sowie Mitarbeiter:innen**

Basierend auf Leitlinienempfehlungen etabliert sich in der medizinischen Versorgung zunehmend eine Familienorientierung, so beispielsweise in der Intensivmedizin [1] oder Palliativmedizin [2]. Es besteht starker fachlicher Konsens, dass die Umsetzung der familienorientierten Versorgung in der Intensivmedizin unter pandemischen Bedingungen Aufgabe von Krankenhäusern ist und eines Konzeptes bedarf, in dem zeitliche, materielle und personelle Ressourcen bereitgestellt werden [3,4,5,6,7,8]. Dabei soll die psychosoziale und spirituelle Expertise des Krankenhauses in einer abgestimmten psychosozialen Notfallversorgung zusammenwirken [9] und im Krisen-/Pandemiestab verbindlich durch personelle Entsendung vertreten sein. Entsprechende Konzepte zur familienorientierten Versorgung wurden einerseits bereits präpandemisch publiziert [10] und andererseits während der Pandemie durch den Forschungsverbund Palliativmedizin als „Nationale Strategie für die Betreuung von schwerkranken und sterbenden Menschen in Pandemiezeiten“ dezidiert auf die aktuelle Situation angepasst [11]. Bestehende Erkenntnisse zur Notwendigkeit der Familienorientierung in der Intensivmedizin wurden auch unter den Bedingungen der COVID19-Pandemie bestätigt und belegen, dass reduzierter Angehörigenkontakt bei Patient:innen u.a. mit einem erhöhten Delirrisiko einhergeht [12], sich also negativ auf die intensivmedizinische Behandlung auswirkt und den Genesungsprozess verzögert oder sogar verhindert. Als besonders bedeutsamer Stressor für Patient:innen, aber auch deren Angehörige und in der Konsequenz für die Mitarbeiter:innen in Krankenhäusern muss die „allgegenwärtige Angst allein sterben zu müssen“ [13] verstanden werden, die durch die COVID19-Pandemie sehr viele schwer erkrankte Patient:innen mit und ohne COVID19-Erkrankung durch Besuchsverbote erlebt haben.

Mittlerweile sind auch die Folgen von Besuchsverboten für das Befinden der Angehörigen zumindest über den Zeitraum von 1,5 Jahren analysiert. Die Untersuchungen weisen auf deutliche psychische Folgebelastungen im Sinne von Traumafolgestörungen sowie komplizierte Trauerreaktionen hin, wenn Angehörige sich nicht von sterbenden Patient:innen verabschieden konnten [14, 15]. Das Besuchsverbot wird von Angehörigen außerordentlich belastend erlebt [16] und ist mit der Angst assoziiert, dass die erkrankten Familienangehörigen allein versterben müssen (ebd.). Die Umsetzung von virtuellen Besuchen und die regelmäßige Information über den aktuellen Zustand des Patienten hat daher eine große Relevanz für die Kommunikation zwischen Patient:innen und Angehörigen sowie zwischen Angehörigen und dem Behandlungsteam (ebd.). Wird diesen

kommunikativen Aspekten während der Behandlung und insbesondere im Kontext von Entscheidungen zur Therapiebegrenzung zu wenig Relevanz eingeräumt z.B. indem keine regelmäßige, verlässliche virtuelle Besuchsmöglichkeit angeboten wird oder Telefonate mit Angehörigen nicht systematisch erfolgen, ist deren Belastung deutlich höher [16, 3]. Das Besuchsverbot wirkte sich seit Beginn der COVID-19 Pandemie auch auf das Befinden der Mitarbeiter:innen in Kliniken aus und führte beispielsweise zu einem erhöhten psychischen Belastungserleben, wenn Verabschiedungen in Sterbesituationen nicht möglich waren [17]. Mitarbeiter:innen waren damit konfrontiert, dass sie Familien die Begleitung ihrer Angehörigen in existenziellen Situationen wie z.B. in der Sterbephase von Patient:innen ablehnen mussten, obwohl dies ihrem eigenen ethischen Grundverständnis widersprach. Trost und Beistand konnten nur sehr eingeschränkt gespendet werden, insbesondere wenn Angehörige in krisenhaften Situationen, in denen sie sich selbst in Quarantäne befanden, telefonisch oder per Video von Mitarbeiter:innen der Intensivstation begleitet werden mussten. Auch die Begleitung einer hohen Anzahl sterbender Patienten ist als Stressor für Mitarbeiter:innen bedeutsam [13, 18] und konnte während der Pandemie vor allem bei Patienten mit COVID19 durch eine kontinuierlich hohe Anzahl Sterbender verbunden mit dem Mangel an (qualifiziertem) Personal teilweise nicht den eigenen fachlichen Ansprüchen genügend umgesetzt werden [18]. Grundsätzlich sind Situationen, in denen Patient:innen und Angehörigen keine adäquate emotionale Unterstützung erhalten, als wesentlicher Faktor für moralischen Stress von Mitarbeiter:innen im Rahmen der Pandemie zu nennen [19, 20], dieser wiederum gefährdet die Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter:innen erheblich [21].

### **Umsetzung von Besuchsregelungen**

Grundlegend ist die fortlaufende, auf den gültigen Landesverordnungen basierende Anpassung der Besuchsregelung sowie deren adressatengerechte Kommunikation. Eine Priorisierung von Besuchskontakten kann nur erfolgen, wenn folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Eine tägliche patient:innenspezifische Erhebung des individuellen Bedarfs vor dem Hintergrund der psychischen Belastung bzw. des Risikos für klinisch relevante psychische Folgebelastung und/oder einer Beeinträchtigung der Therapieadhärenz und damit einhergehende verzögerte Genesung von Patient:innen.
- Die Ermittlung der Krankenhausbereiche mit dem größten Bedarf an Unterstützung bei der Umsetzung von Besuchen: Isolationsbereiche; Bereiche mit erhöhter Anzahl an schwer erkrankten Patient:innen bzw. mit Menschen, die nicht selbst Kontakt

halten können; Bereiche mit einer erhöhten Anzahl sterbender Patient:innen; Bereiche mit Patient:innen, die ihren Willen nicht oder nur eingeschränkt zum Ausdruck bringen können.

- Das Besuchsformat (virtuell oder in Präsenz) zwischen Patient:innen und Angehörigen sollte für jeden Besuch individuell festgelegt werden. Das Risiko der Transmission von Erregern über Besucher im Krankenhaus soll wegen seiner außerordentlichen Relevanz für die Entscheidung zu Einschränkungen von Besuchen in Pandemien hinreichend untersucht werden. Eine Übertragung ohne Mund-Nasenschutz durch Angehörige wird als Einzelfall berichtet [22], daneben gibt es aber Belege, dass geplante und geregelte Besuche während Pandemien grundsätzlich ohne einen Anstieg von Infektionen bei Patient:innen möglich sind [23].
- Wo Einschränkungen von Besuchen durch andere Maßnahmen wie z.B. Rooming-in im Familienzimmer [24] zu vermeiden sind, sind diese umzusetzen.
- Es werden verantwortliche Mitarbeiter:innen (z.B. der klinischen psychosozialen Notfallversorgung) zur Begleitung der Besuche bzw. zur Umsetzung von virtuellen Besuchsalternativen bestimmt. Patient:innen, Angehörige und Mitarbeiter:innen sind fortlaufend über die aktuelle Besuchsregelung sowie Ansprechpartner:innen für Ausnahmen zu informieren. Ausnahmen von bestehenden Regelungen müssen ebenfalls nachvollziehbar entschieden und kommuniziert werden [25].

### **Fazit: Angehörigenbesuch berührt Grundrechte**

Pandemiebedingte, notwendige Einschränkungen von Besuchsmöglichkeiten dürfen keinesfalls zu einer völligen Isolation von Patient:innen führen. Angehörigenbesuche sind als Rechte der Patient:innen und Angehörigen auf soziale Kontakte – also als Grundrecht – zu verstehen und laut aktueller Rechtsprechung im Sinne der Persönlichkeitsentfaltung (§1 und 2 GG) grundsätzlich im Rahmen der aktuellen Verordnungen basierend auf einem Besuchskonzept zu ermöglichen [26]. Daraus ergibt sich auch, dass Einschränkungen von Besuchen regelmäßig auf das aktuelle Infektionsrisiko abzustimmen sind. Sobald der Grund für Beschränkungen wegfällt (z.B. durch Impfungen oder hinreichend sicheren Ausschluss einer Infektion durch eine Testmethode), sind diese entsprechend unverzüglich wieder zu lockern.

### **Interessenskonflikte**

Die Autor:innen geben an, keine Interessenskonflikte in Zusammenhang mit diesem Positionspapier zu haben.

## Literatur

- [1] Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, Cox CE, Wunsch H, Wickline MA, Nunnally ME, Netzer G, Kentish-Barnes N, Sprung CL, Hartog CS, Coombs M, Gerritsen RT, Hopkins RO, Franck LS, Skrobik Y, Kon AA, Scruth EA, Harvey MA, Lewis-Newby M, White DB, Swoboda SM, Cooke CR, Levy MM, Azoulay E, Curtis JR. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Crit Care Med.* 2017 Jan;45(1):103-128. doi: 10.1097/CCM.0000000000002169.
- [2] AWMF (2019). S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nichtheilbaren Krebserkrankung. AWMF-Leitliniennummer 128-001OL. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/128-001OL.html>, abgerufen am 22.07.2021.
- [3] Versek M, Smith D, Griffin H, Carpenter JG, Feder SL, Shreve ST, Nelson FX, Kinder D, Thorpe JM, Kutney-Lee A: End-Of-Life Care in the Time of COVID-19: Communication Matters More Than Ever. *J Pain Symptom Manage.* 2021 Jan 5: S0885–3924(20)30975–1. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.12.024. Epub ahead of print. PMID: 33412269; PMCID: PMC7784540
- [4] Azoulay E, Kentish-Barnes N: A 5-point strategy for improved connection with relatives of critically ill patients with COVID-19. *Lancet Respir Med.* 2020 Jun;8(6):e52. doi: 10.1016/S2213–2600(20) 30223-X.
- [5] Azoulay É, Curtis JR, Kentish-Barnes N: Ten reasons for focusing on the care we provide for family members of critically ill patients with COVID-19. *Intensive Care Med.* 2021 Feb;47(2): 230–233. doi: 10.1007/s00134–020–06319 –5.
- [6] Hart JL, Turnbull AE, Oppenheim IM, Courtright KR. Family-Centered Care During the COVID-19 Era. *J Pain Symptom Manage.* 2020 Aug;60(2):e93-e97. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.017.
- [7] Mistraletti G, Giannini A, Gristina G, Malacarne P, Mazzon D, Cerutti E, Galazzi A, Giubbilo I, Vergano M, Zagrebelsky V, Riccioni L, Grasselli G, Scelsi S, Cecconi M, Petrini F. Why and how to open intensive care units to family visits during the pandemic. *Crit Care.* 2021 Jun 2;25(1):191. doi: 10.1186/s13054-021-03608-3.
- [8] Intensive Care Society: Statement on family and relatives visiting during the COVID-19 pandemic June 2021. Verfügbar unter: [https://www.ics.ac.uk/ICS/COVID-19/COVID-19\\_patient\\_and\\_relative/Patient\\_and\\_Relative\\_Resources.aspx](https://www.ics.ac.uk/ICS/COVID-19/COVID-19_patient_and_relative/Patient_and_Relative_Resources.aspx), abgerufen am 12.07.2021.
- [9] Deffner T, Hierundar A, Arndt D, Hinzmann D (2020). Klinische psychosoziale Notfallversorgung im Rahmen von COVID19 – Handlungsempfehlungen. Verfügbar unter: <https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/covid-19-dokumente/200321-COVID19-psychosoziale-notfallversorgung.pdf>, abgerufen am 14.07.2021
- [10] Papadimos TJ, Marcolini EG, Hadian M, Hardart GE, Ward N, Levy MM, Stawicki SP, Davidson JE. Ethics of Outbreaks Position Statement. Part 2: Family-Centered Care. *Crit Care Med.* 2018 Nov;46(11):1856-1860. doi: 10.1097/CCM.0000000000003363.
- [11] Forschungsverbund Palliativmedizin im Netzwerk Universitätsmedizin (2021). Nationale Strategie für die Betreuung von schwerkranken und sterbenden Menschen und ihren Angehörigen in Pandemiezeiten. Abgerufen unter: <https://www.dgpalliativmedizin.de/dgp-aktuell/betreuung-von-schwerkranken-und-sterbenden-in-einer-pandemie-abwaegung-zwischen-schutz-und-naehe.html> am 04.09.2021
- [12] Pun BT, Badenes R, Heras La Calle G, Prevalence and risk factors for delirium in critically ill patients with COVID-19 (COVID-D): a multicentre cohort study. *Lancet Respir Med.* 2021 Jan 8:S2213-2600(20)30552-X.
- [13] Wakam GK, Montgomery JR, Biesterveld BE, Brown CS. Not Dying Alone - Modern Compassionate Care in the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med.* 2020 Jun 11;382(24):e88. doi: 10.1056/NEJMp2007781.



- [14] Kentish-Barnes N, Degos P, Viau C, Pochard F, Azoulay E. "It was a nightmare until I saw my wife": the importance of family presence for patients with COVID-19 hospitalized in the ICU. *Intensive Care Med.* 2021a Jul;47(7):792-794. doi: 10.1007/s00134-021-06411-4.
- [15] Kentish-Barnes N, Cohen-Solal Z, Morin L, Souppart V, Pochard F, Azoulay E. Lived Experiences of Family Members of Patients With Severe COVID-19 Who Died in Intensive Care Units in France. *JAMA Netw Open.* 2021b Jun 1;4(6):e2113355. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.13355.
- [16] Feder S, Smith D, Griffin H, Shreve ST, Kinder D, Kutney-Lee A, Ersek M. "Why Couldn't I Go in To See Him?" Bereaved Families' Perceptions of End-of-Life Communication During COVID-19. *J Am Geriatr Soc.* 2021 Mar;69(3):587-592. doi: 10.1111/jgs.16993.
- [17] Cook DJ, Takaoka A, Hoad N, Swinton M, Clarke FJ, Rudkowski JC, Heels-Ansdell D, Boyle A, Toledo F, Dennis BB, Fiest K, Vanstone M. Clinician Perspectives on Caring for Dying Patients During the Pandemic : A Mixed-Methods Study. *Ann Intern Med.* 2021 Apr;174(4):493-500. doi: 10.7326/M20-6943.
- [18] Godshall, Maryann PhD, CNE, CCRN, CPN Coping with moral distress during COVID-19, *Nursing: February 2021 - Volume 51 - Issue 2 - p 55-58* doi: 10.1097/01.NURSE.0000731840.43661.99.
- [19] Morley G, Sese D, Rajendram P, Horsburgh CC. Addressing caregiver moral distress during the COVID-19 pandemic. *Cleveland Clinic Journal of Medicine.* 2020 Jun. DOI: 10.3949/ccjm.87a.ccc047.
- [20] Donkers, M.A., Gilissen, V.J.H.S., Candel, M.J.J.M. et al. Moral distress and ethical climate in intensive care medicine during COVID-19: a nationwide study. *BMC Med Ethics* 22, 73 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00641-3>.
- [21] Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN; An Official Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Health Care Professionals: A Call for Action. *Am J Crit Care* 1 July 2016; 25 (4): 368–376. doi: <https://doi.org/10.4037/ajcc2016133>
- [22] Rhee C, Baker M, Vaidya V, et al. Incidence of Nosocomial COVID-19 in Patients Hospitalized at a Large US Academic Medical Center. *JAMA Netw Open.* 2020;3(9):e2020498. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.20498.
- [23] Wee LE, Conceicao EP, Sim JX, Aung MK, Venkatachalam I. The impact of visitor restrictions on health care-associated respiratory viral infections during the COVID-19 pandemic: Experience of a tertiary hospital in Singapore. *Am J Infect Control.* 2021 Jan;49(1):134-135. doi: 10.1016/j.ajic.2020.11.006.
- [24] Ely EW. Each person is a world in COVID-19. *Lancet Respir Med.* 2021 Mar;9(3):236-237. doi: 10.1016/S2213-2600(21)00027-8. Epub 2021 Jan 22. PMID: 33493443.
- [25] Rogge A, Naeve-Nydahl M, Nydahl P, Rave F, Knochel K, Woellert K, Schmalz C. Ethische Entscheidungsempfehlungen zu Besuchsregelungen im Krankenhaus während der COVID-19-Pandemie [Recommendations for ethical decision making regarding hospital visitation during the COVID-19 pandemic]. *Med Klin Intensivmed Notfmed.* 2021 Jun;116(5):415-420. German. doi: 10.1007/s00063-021-00805-4.
- [26] Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen (2021). Schutz von Krankenhäusern und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen vor dem Eintrag von SARS-CoV-2-Viren unter Berücksichtigung des Rechts auf soziale Kontakte der Patientinnen und Patienten. Allgemeinverfügung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (CoronaAVKrankenhäuser/Vorsorge/Reha/Besuche) vom 18. Juni 2021. Abgerufen am 19.07.2021 unter [https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/210618\\_coronaavkrankenhaeservorsorgerehabesuche.pdf](https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/210618_coronaavkrankenhaeservorsorgerehabesuche.pdf).