

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe
Hedwig François-Kettner
Dr. med. Matthias Gruhl
Prof. Dr. jur. Dieter Hart
Franz Knieps
Prof. Dr. rer. pol. Philip Manow
Prof. Dr. phil. Holger Pfaff
Prof. Dr. med. Klaus Püschel
Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske

Thesenpapier 5.0 zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19

Spezifische Prävention als Grundlage der „Stabilen Kontrolle“ der SARS-CoV-2-Epidemie

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, 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 angegangen wurde, nämlich die Entwicklung einer adäquaten Teststrategie. Die ziellose Ausweitung

Zusammenfassung

Der deutlich ansteigende Anteil positiver Testergebnisse auf jetzt über 2,5% weist darauf hin, dass die Epidemie in der Bevölkerung eine weite Ausbreitung gefunden hat. Wie die Autorengruppe in ihrer Ad-hoc-Stellungnahme anlässlich der Ergebnisse der Kanzlerin/Ministerpräsidenten-Konferenz am 14. Oktober 2020 zum Ausdruck gebracht hat, wären die politischen Führungen aufgerufen gewesen, statt eines immer weiter perpetuierten Bedrohungsszenarios einerseits einen positiv konnotierten Diskussionsprozess zu beginnen, wie die allgemeinen Präventionsmaßnahmen mit spezifischen Maßnahmen kombiniert werden können, und wie andererseits eine adäquate Teststrategie auszusehen hat. Dies alles mit dem Ziel, zu einer spezifischen Prävention als Grundlage einer „Stabilen Kontrolle“ der SARS-CoV-2-Epidemie zu kommen.

Schlüsselwörter

Pandemie, SARS-CoV-2, Covid-19, Epidemiologie, Prävention, gesellschaftspolitische Relevanz

Crossref/doi

doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.06.20.1866-0533.2266>

des Stichprobenumfanges 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 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 Mortalitätsrisikos 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 zwei 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

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

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 Bewohnern ist herstellbar,
- Pflegeabläufe für die Pflege infizierter Bewohner sind strukturiert,
- Pflgeteams 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 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 der sechs Verantwortungsbereiche 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, bedür-

fen 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 zwei 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. Kurzzeiteinsätze 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. Testteams

Beim Auftreten von Covid-19 in einer Altenpflegeeinrichtung ist die Testung aller 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 Bewohner und des Personals zu verschaffen und entsprechende Segregationen von infizierten und nicht infizierten Bewohnern beziehungsweise Personal durchzuführen. Darüber hinaus haben mehrere Länder auch ohne eine nachgewiesene Covid-19-Infektion prophylaktische PCR-Testungen für 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 Heimbewohner 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 Bewohnern haben (Schulung zur Selbstabnahme durch die Testteams);
 - zweimal wöchentliche Testung der von den Bewohnern definierten Besucher;
 - zweimal wöchentliche Testung der Bewohner, falls sie die Einrichtung zeitweise verlassen wollen.

Zwar kann über dieses Testregime (wegen 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 Bewohner gemindert werden kann: Angehörige können – bei konstant negativen Tests – ihre Angehörigen uneingeschränkt besuchen 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 Patienten, Klienten und Bewohnern von Krankenhäusern, Einrichtungen der Altenpflege sowie Eingliederungshilfe Eingangs- und Ausgangsuntersuchungen vor der Aufnahme beziehungsweise der Entlassung 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 Bewohner/Klienten/Patienten 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, Besucher oder son-

stige 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 Landeskrankengesellschaften zu entscheiden, welche Krankenhäuser allein für die Behandlung von Covid-19-Patienten 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-Patienten hat. In Non-Covid-Häusern erfolgt ebenso eine regelmäßige Testung, soweit das Personal Patienten behandelt, die durch eine Infektion hochgefährdet (z.B. immunsuppressiv) sind, wobei die genauen Testabstände aufgrund des spezifischen Patientenspektrums im jeweiligen Krankenhaus festgelegt wird. Dies dient sowohl dem Schutz des Personals, aber vorrangig dem der besonders gefährdeten Patienten.

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 Kollegen 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, Besucher 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 Milliarden 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: <https://www.berlin.de/corona/massnahmen/verordnung/krankenhaus-Covid-19-verordnung-1004314.php> (letzter Aufruf am 23.10.2020)

2.2.4. Vermeidung von gefährdenden Kontakten

Personen mit SARS-CoV-2-typischen Krankheitssymptomen (jeglichen Alters) werden ausschließlich zu Hause durch Fahrdienste der KVen getestet und behandelt und nicht gezwungen, den ÖPNV zu nutzen, um 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 Mitbürger sind zum großen Teil noch punktuell vorhanden. Sie sollten zügig wieder reaktiviert werden, um ältere Menschen, wenn sie es wünschen, über Bringdienste und telefonische Kontaktaufnahme zu unterstützen und damit einer Isolation bzw. Quarantäne vorzubeugen.

2.3.8. Angebote für Jugendliche, Studierende 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 Kommunikationsmöglichkeiten anzubie-

ten. 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 „Covid-19“ 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 Experten 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 Entscheidungen 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

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 Zielgruppenorientierte Prävention.

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

eine versammlungsrechtliche Auflage zur Beschränkung der Anzahl der Versammlungsteilnehmer zwecks Infektionsschutzes⁵ bestätigt das BVerfG diese Aussage unter Verweis auf frühere Entscheidungen:

„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 BVerfG 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 weiterer 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 Spiel 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, muss der Beschwerdeführer schlüssig dartun, 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-Nacharbeit⁷ 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>).

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 Gesundheitsrisikovor-sorge 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. Gefährdungspotenzials für das Grundrecht. DiFabio formuliert¹¹:

„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.“

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

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

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.

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.

Die 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 Gefährdungspotenzial 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 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 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. <<

Literatur (siehe Fußnoten)

Thesepapiere

Thesepapier 1.0 (Tp1.0): Schrappe, M., Francois-Kettner, H., Gruhl, M., Knieps, F., Pfaff, H., Glaeske, G.: Thesepapier 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.monitorversorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract2020/PDF-2020/MVF-0320/Schrappe_Covid_19

Thesepapier 2.0 (Tp2.0): Schrappe, M. (2020B), Francois-Kettner, H., Knieps, F., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Thesepapier 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.monitorversorgungsforschung.de/efirst/schrappe-etal_covid-19-Thesepapier-2-0

Thesepapier 3.0 (Tp3.0): Schrappe, M., Francois-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Thesepapier 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>

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

Thesepapier 4.1 (Tp4.1): Schrappe, M., Francois-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Die Pandemie durch SARSCoV-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 Thesepapier 4.1, 5.10.2020). https://www.monitorversorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract2020/MVF-05-20/Schrappe_etal_Thesepapier_4-1_Corona-Pandemie

Ad-hoc-Stellungnahme (SN): Schrappe, M., Francois-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-stellungnahmezur-ministerpraesidenten-konferenz>

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

13: B Z. B. www.pflegen-online.de/corona-in-14-tagen-fast-doppelt-so-viele-intensivpatienten?utm_source=pflegebrief_newsletter&utm_medium=newsletter&utm_content=Corona%3A%20In%2014%20Tagen%20fast%20doppelt%20so%20viele%20Intensivpatienten&utm_campaign=n_pfb_20_10_20 (letzter Aufruf 21.10.2020); www.pflegen-online.de/erstmal-arbeiten-pflegekraefte-mit-coronainfektion?utm_source=pflegebrief_newsletter&utm_medium=newsletter&utm_content=Erstmal%20arbeiten%20Pflegekr%E4fte%20mit%20Corona-Infektion&utm_campaign=n_pfb_20_10_20 (letzter Aufruf 21.10.2020).

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.

Thesis paper 5.0 on the pandemic caused by SARS-CoV-2/Covid-19: Specific prevention as the basis of the „stable control“ of the SARS-CoV-2 epidemic

The significant increase in the proportion of positive test results to now over 2.5% indicates that the epidemic has spread widely among the population. As the group of authors expressed in its ad hoc-statement on the occasion of the results of the Chancellor/Prime Minister's Conference on October 14, 2020, the political leaderships would have been called upon to start a discussion process with positive connotations instead of an ever more perpetuated threat scenario, and how the general preventive measures can always be combined with specific measures in order to appear to others like an adequate test strategy. All of this with the aim of moving towards a specific prevention as the basis for "stable control" of the SARS-CoV-2-epidemic.

Schlüsselwörter

Pandemic, SARS-CoV-2, Covid-19, epidemiology, prevention, socio-political relevance

Crossref/doi

doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.06.20.1866-0533.2266>

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Schrappe et al.: „Thesenpapier 5.0 zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19: Spezifische Prävention als Grundlage der ‚Stabilen Kontrolle‘ der SARS-CoV-2-Epidemie“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (06/20), S. 56-63, doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.06.20.1866-0533.2266>

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

1987-1995 Leiter der Infektiologie, Univ. Köln, 1995 Visiting Professor Infect. Disease and Clinical Epidemiology. Univ. Iowa., 2002-2005 Vorstandsvors. Univ.-Klinik Marburg, danach Dekan/Wiss. GF Univ. Witten, Generalbev. Univ.-Klinik Frankfurt. 2009 Ruf W3 Univ. Bonn, bis 2011 Direktor Inst. f. Patientensicherheit Univ. Bonn. Bis 2011 Mitglied/Stellv. Vors. SVR Gesundheit, 2001 bis 2007 Vors. d. GQMG, 2005-2009 Gründungsvors. APS, bis 2019 APL-Prof. Univ. Köln mit Lehrauftrag „Patientensicherheit“. Kontakt: matthias@schrappe.com



Hedwig François-Kettner

ist Krankenschwester; Pflegemanagerin (1984 bis 2014), Mitglied im Aktionsbündnis Patientensicherheit (Vorsitzende 2011 bis 2019), Mitglied im Lenkungsausschuss Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (1992 bis 2014); Diverse Mitgliedschaften in Fachorganisationen der Pflegeverbände; diverse Preise, u. a. Bundesverdienstkreuz am Bande. Kontakt: francois-kettner@progewi.de



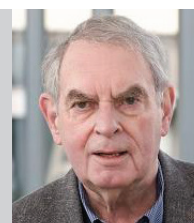
Dr. med. Matthias Gruhl

ist Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen und Allgemeinmedizin. Klinische Tätigkeiten in Aachen, Neu Guinea und Minden, Hafenanzt in Bremen. Seit 1985 in obersten Landesgesundheitsbehörden in Hessen, Bremen und Hamburg tätig, von 2012 bis 2020 bei der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg, zuletzt dort Staatsrat. Kontakt: hbzr186@gmail.com



Prof. Dr. jur. Dieter Hart

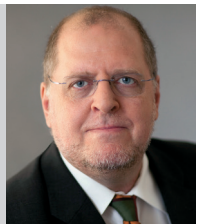
Professor am Fachbereich Rechtswissenschaft der Universität Bremen i. R.; Schwerpunkt Medizinrecht; langjähriger Leiter und geschäftsführender Direktor des Instituts für Gesundheits- und Medizinrecht (heute Informations-, Gesundheits- und Medizinrecht); langjähriger Vorsitzender der Ethikkommission des Landes Bremen; Mitbegründer und ehemaliges Vorstandsmitglied des Aktionsbündnisses Patientensicherheit. Kontakt: hart@uni-bremen.de



Franz Knieps

leitet seit dem 1. Juli 2013 als Vorstand den BKK Dachverband. Der 1956 geborene Jurist, Politik- und Literaturwissenschaftler weist jahrzehntelange Erfahrung im deutschen und internationalen Gesundheits- und Sozialwesen auf.

Kontakt: franz.knieps@bkk-dv.de

**Prof. Dr. rer. pol. Philip Manow**

ist seit 2010 Professor für Vergleichende Politische Ökonomie und Sprecher des SOCIUM Forschungszentrums Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen. Davor war er Professor für Moderne Politische Theorie am Institut für Politische Wissenschaften der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg (10/2009-09/2010) und Professor für Politik- und Verwaltungswissenschaft an der Universität Konstanz (04/2007-09/2009). Er ist Mitglied der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. Kontakt: manow@uni-bremen.de

**Prof. Dr. phil. Holger Pfaff**

ist seit 2009 Direktor des IMVR der Uni Köln, eines Brückeninstituts und gemeinsamer Einrichtung der Humanwissenschaftlichen und der Medizinischen Fakultät. Seit 2009 ist er zudem Inhaber der Brückenprofessur „Qualitätsentwicklung und Evaluation in der Rehabilitation“, die für die Lehrgebiete „Medizinische Soziologie“ (Medizinische Fakultät) und „Qualitätsentwicklung in der Rehabilitation“ (Humanwissenschaftliche Fakultät) verantwortlich ist. Kontakt: holger.pfaff@uk-koeln.de

**Prof. Dr. med. Klaus Püschel**

studierte Medizin an der Medizinischen Hochschule Hannover, ist seit 1976 am Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) tätig. 1983 habilitierte er sich, 1985 wurde er zum Professor für Rechtsmedizin berufen. 1989 bis 1991 Direktor des Instituts für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Essen, seit 1991 Direktor des Instituts für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Mitglied der LEOPOLDINA, Nationale Akademie der Wissenschaften. Kontakt: pueschel@uke.de

**Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske**

ist seit 1999 Professor für Public Health und Arzneimittelversorgungsforschung im SOCIUM (früher ZeS) der Universität Bremen, Mitglied im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung und von 2003 bis 2010 Mitglied im Sachverständigenrat Gesundheit.

Kontakt: glaeske@uni-bremen.de

