

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

**Thesenpapier 3.0 zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19**

# Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – eine erste Bilanz

>> Die epidemiologische Situation hat sich insofern beruhigt, als dass sich das sporadische Auftreten von den derzeit dominierenden Herdausbrüchen, die in erster Linie soziale Risikofaktoren (z.B. Wohn- und Arbeitssituation) abbilden, differenzieren lässt. Eine zweite Welle droht derzeit nicht, außer es käme zu einer Situation (z.B. schwere wirtschaftliche Krisen), in der Herdausbrüche zu einer allgemeinen Verbreitung in der Bevölkerung führen (Abb. 1, These 1). Insofern ist zur Steuerung ein Set von epidemiologischen Kennzahlen sinnvoll (s. Dimension 1 im Balanced Infection Control Score in Kap. 2.3), das an die Stelle der bisherigen dramatisierenden Zahlen zur Häufigkeit und Mortalität (4,7% statt real <0,5%) treten sollte: sporadisches und herdförmiges epidemisches Auftreten sowie Infizierte und Erkrankte müssen getrennt berichtet werden, im Vordergrund stehen klinische Endpunkte (z.B. Krankenhausaufnahme), der Bezug zum regionalen Testumfang sollte erkennbar sein, allgemeine repräsentative und spezielle Kohorten (bei besonderen Risikosituationen, z.B. Personal in Einrichtungen) und longitudinale Kohorten mit Progression müssen zugrunde gelegt werden (These 2). Entsprechend müssen die Teststrategien gestaltet werden (These 3).

Zur Prävention werden zunächst die unterschiedlichen Ziele gegeneinander abgewogen: Eradikation, stabile Kontrolle und Herdimmunität. Da eine Eradikation aussichtslos und das Erreichen der Herdimmunität zu schwer steuerbar ist, bleibt als Gebot der Stunde eine stabile Kontrolle des Infektionsgeschehens, die sowohl unterschiedlich stark ausgeprägte allgemeine Präventionsmaßnahmen (z.B. Verbot von Großveranstaltungen) als auch eine zielorientiert-spezifische Präventionsstrategie umfasst. Dieser „dritte Weg“ (Schrappe et al. 2020C) sieht eine Kombination von ex post-Maßnahmen (z.B. Nachverfolgung von Infektionsketten) und ex ante-Maßnahmen vor (z.B. zugehendes Erkennen von Risikosituationen) (These 4). Epidemien stellen kein rein biologisch-medizinisches Problem dar, sondern sind ebenso als gesellschaftliches bzw. soziales Phänomen zu verstehen, und zwar in zweierlei Hinsicht: erstens verwirklichen sie sich aufgrund sozialer bzw. gesellschaftlicher Risiken (z.B. Arbeitsbedingungen in der Fleischindustrie), zweitens ist ihre erfolgreiche Bekämpfung nur auf der Basis sozialer Interaktionen bzw. Interventionen möglich (ähnlich der modernen infection control-Strategien bei der Bekämpfung nosokomialer Infektionen). Wirksame Präventionsmaßnahmen müssen daher auf der Ebene der Gesamtgesellschaft

## Zusammenfassung

Das Thesenpapier 3.0 baut auf den vorangegangenen Papieren (s. MVF 03/20) auf, aktualisiert die epidemiologische Analyse und stellt den „Dritten Weg“ der spezifischen Prävention, die juristische Analyse und die Problematik der Corona-Tracing-App in den Vordergrund. Beschrieben wird eine Strategie zur stabilen Kontrolle des Infektionsgeschehens, Präventionsmaßnahmen, um Risikosituationen zu erkennen. Ebenso der Weg, die in Zeiten der Pandemie eingeschränkten Bürgerrechte in eine Rückkehr zur Normalität zu überführen. Bei dem hier veröffentlichten Artikel handelt es sich um eine Kurzfassung der Vollversion, die bei MVF in einer Online-first-Fassung erschienen ist.

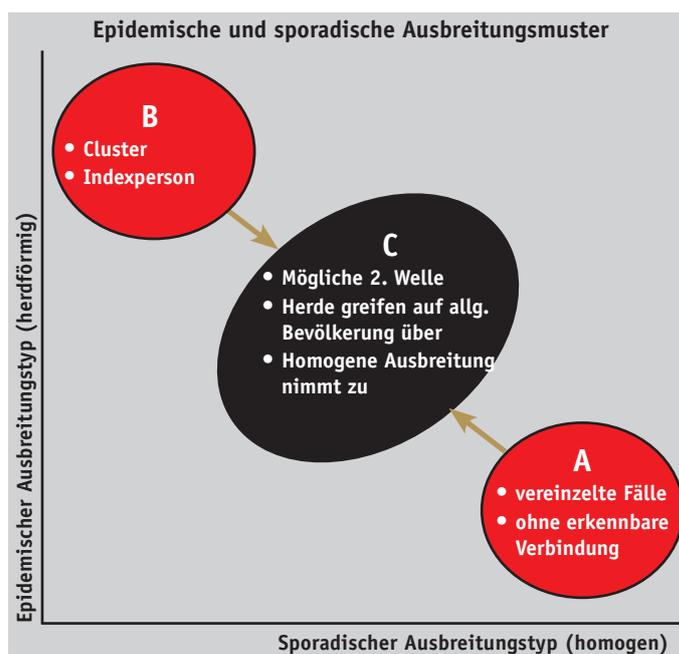
## Schlüsselwörter

Pandemie, SARS-CoV-2, Covid-19, Epidemiologie, Prävention, gesellschafts-politische Relevanz

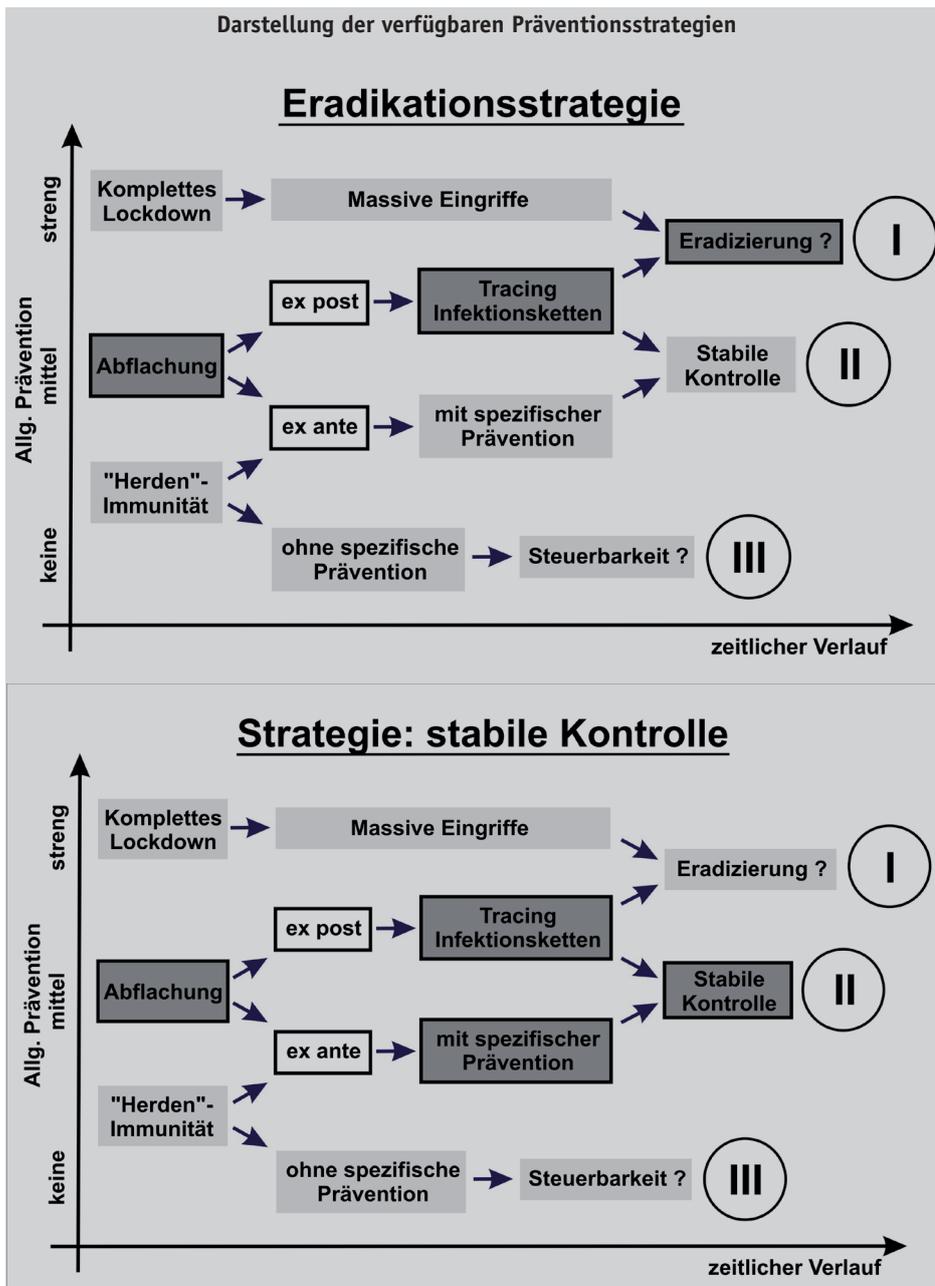
## Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.04.20.1866-0533.2238

und auf der Ebene der Organisationen den gesellschaftlichen und sozialen Kontext in den Mittelpunkt stellen (These 5). Um hierfür einen „Kompass“ zu entwickeln, wird in Anlehnung an die Balanced Score Card eine vierdimensionale Matrix vorgeschlagen, die die Dimensionen Epidemiologie, Ökonomie, Wissen/Ausbildung sowie Grundrechte vorsieht. Die Zahl der Dimensionen und die darin enthaltenen Kriterien dieses Balanced Infection Control Score umfassen nicht alle möglichen Aspekte, sondern greifen einzelne Aspekte heraus, die als für die Steuerung grundlegend angesehen werden. Die soziale Situation von Kindern und Frauen unter den Bedingungen der Krise und des Lockdowns macht deutlich, wie entscheidend es ist, nicht nur medizinische bzw. epidemiologische Kriterien zu beobachten (z.B. Zahl von Neuinfektionen), sondern auch andere Aspekte wie die soziale Situation zur Steuerung mit heranzuziehen (These 6).



**Abb. 1:** Zwei Ausbreitungsmuster: die sporadische Ausbreitung A ist homogen und zeigt einzelne Fälle ohne erkennbaren Zusammenhang, die epidemische Ausbreitung B tritt dagegen herdförmig auf (Cluster) und lässt sich meist auf eine Indexperson zurückführen („Patient 0“). Eine mögliche „zweite Welle“ tritt auf, wenn es durch große herdförmige Ausbrüche zu einer massiven homogenen Ausbreitung kommt (C).



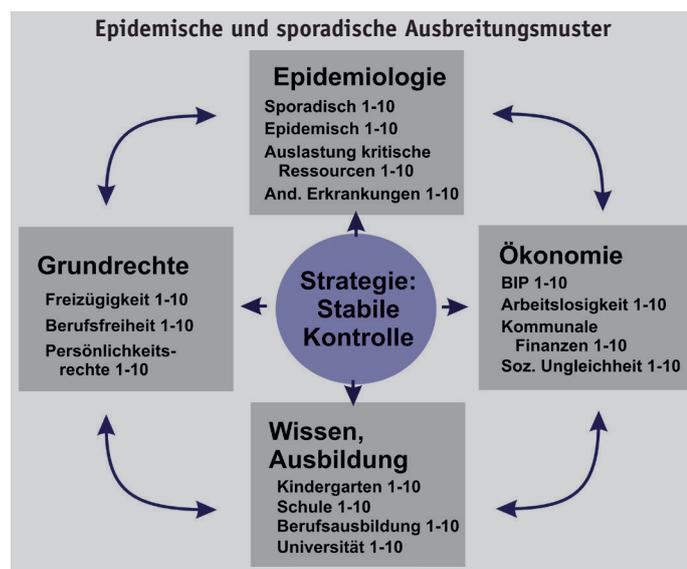
**Abb. 2:** Darstellung der verfügbaren Präventionsstrategien: Auf der senkrechten Achse ist das Ausmaß der allgemeinen Präventionsmaßnahmen aufgetragen (von „keine“ bis „streng“: kompletter Lockdown). Eine Eradikationsstrategie (I) (oben) kann entweder durch einen kompletten Lockdown mit protrahierten massiven Eingriffen erreicht werden, oder indem eine initiale Abflachung über allgemeine Präventionsmaßnahmen durch eine komplett-vollständige ex post-Nachverfolgung ergänzt wird. Spezifische, ex ante-Präventionsmaßnahmen können zusammen mit Nachverfolgungsstrategien zu einer stabilen Kontrolle (II) führen („dritter Weg“, s. Schrappe et al. 2020). Ohne allgemeine und spezifische Präventionsansätze dominiert der Spontanverlauf („Herdenimmunität“ III), der hier wegen seiner schlechten Steuerbarkeit nicht weiterverfolgt wird.

Wie bereits in Thesenpapier 2.0 ausgeführt, müssen die allgemeinen Präventionsmaßnahmen (z.B. physische Distanz) durch spezifische Präventionsstrategien ergänzt werden, um eine optimale Wirksamkeit zu erreichen. Diese umfassen einerseits den Schutz des einem hohen Risiko ausgesetzten Personenkreises, der z.B. durch einen Risiko-Score identifiziert werden kann (Thesenpapier 2.0). Andererseits muss der Prävention von Herdausbrüchen besondere Aufmerksamkeit zukommen, wie ja durch die aktuelle Situation eindrucksvoll bestätigt wurde. Bei der Prävention von solchen emer-

genten (nicht vorhersehbaren, nicht verhinderbaren) Herdausbrüchen muss man Maßnahmen, mit denen ein Ausbruch eingegrenzt werden kann (ex post-Ansatz), von solchen Maßnahmen unterscheiden, die bereits primär das Auftreten eines Herdgeschehens zu verhindern versuchen (ex ante-Ansatz, These 7). An vier Beispielen wird zunächst der ex post-Ansatz konkret geschildert: präventive Schulungsteams, Krisen-Interventionsteams, pflegerische Notfalldienste und Test-Teams (These 8). Der ex ante-Ansatz steht im nachfolgenden Kapitel zum Öffentlichen Gesundheitswesen im Mittelpunkt, dessen Kompetenz der sozialmedizinischen ex ante-Prävention in Zukunft weiter gestärkt werden muss. Hierzu gehört die frühzeitige Identifikation von möglichen Herdausbrüchen und entsprechenden Risikosituationen durch zugehende, niedrighschwellige Angebote, die möglichst auf den Aspekt sanktionierender Maßnahmen verzichten: die Gesundheitsämter als „Anwälte der Prävention“ (These 9).

In den letzten Wochen stand die Situation von Kindern und Jugendlichen ganz im Zentrum des öffentlichen und wissenschaftlichen Interesses. Zahlreiche epidemiologische und klinische Fragen sind nach wie vor offen, entsprechende Studien sind von größter Wichtigkeit. Outcome-relevante Endpunkte (Erkrankungsrate, Mortalität) sollten Surrogatmarkern (z.B. Viruslast) vorgezogen werden, wobei auch aus letzteren wichtige Erkenntnisse gezogen werden können. Ebenso wichtig sind gesellschaftspolitische Fragestellungen, denn Kinder und Jugendliche bedürfen zur Wahrung ihrer Zukunftschancen der (vor)schulischen Betreuung und Ausbildung, und die Eltern bedürfen in einer arbeitsteiligen Gesellschaft dieser Betreuung, damit sie ihre Arbeit wahrnehmen können. Es stellt sich jedoch zunehmend heraus, dass der Übergang vom Shutdown zu einem geregelten Betrieb der Einrichtungen einen enormen Regelungsbedarf auslöst (These 10).

Ganz im Mittelpunkt dieses Thesenpapiers 3.0 steht wieder die Forderung, sich auf rational begründbare Handlungsgrundlagen zu berufen (und dabei die Mehrdimensionalität der Antworten nicht zu vergessen). Ein wichtiges Beispiel ist die klinische Forschung – die Erkrankung durch SARS-CoV-2/Covid-19 stellt geradezu einen Imperativ zu verstärkter Forschung dar. Nur hierdurch kann diese Erkrankung in ihren pathophysiologischen Zusammenhängen greifbar und dadurch behandelbar werden, so dass sich auch für die gesellschaftliche Wahrnehmung die Chance eines rationalen Umgangs mit dieser Herausforderung ergibt. Die Standards der auf den Erkenntnissen



**Abb. 3:** Balanced Infection Control Score in Anlehnung an die Balanced Score Card von Kaplan und Norton (1996). Vier Dimensionen werden über Kennzahlen erfasst, um die Strategie der Stablen Kontrolle zu beobachten. Neben der infektionsepidemiologischen Dimension, die auch medizinische (Verdrängungs-)Effekte für die Betreuung anderer Erkrankungen umfasst, sind ökonomische, Grundrechts-bezogene und die Ausbildung betreffende Dimensionen Teil dieses breit aufgestellten Kennzahlensystems.

von Evidenz-basierter Medizin und Health Technology Assessment beruhenden klinischen Forschung sind jedoch gerade unter den Bedingungen des enormen Handlungsdrucks als Voraussetzung für jeden Erkenntnisgewinn und die darauf aufbauenden Entscheidungen ernst zunehmen. Schnelligkeit geht schon allein deswegen nicht vor Gründlichkeit, weil die Propagierung falscher Schlussfolgerungen zu falschen Weichenstellungen auf politischer Ebene Anlass geben kann (These 11).

Der Widerspruch zwischen individuellem und gesellschaftlichem Anspruch ist beim Umgang mit pflegebedürftigen und eingeschränkten Personen sowie mit Personen, die sich im Prozess des Sterbens befinden, ganz besonders ausgeprägt, da der Begriff der Würde der einzelnen Person hier ganz akzentuiert hervortritt. Die Situation der entsprechenden Einrichtungen als Hotspots bei der Entstehung von Herdausbrüchen ist gut beschrieben, daher besteht kein Zweifel an der Berechtigung, Einschränkungen z.B. hinsichtlich der Kontakte einzuführen. Allerdings muss in Zukunft mit Nachdruck an Lösungen gearbeitet werden, die eine erträgliche Gestaltung dieser Situation ermöglichen, auch wenn diese Lösungen einen erhöhten Ressourcenbedarf zur Folge haben (Übernahme von Kosten der Testung von Bewohnern und Besuchern etc.) (These 12). Ganz entscheidend ist hierbei die juristische Wertung, denn je weiter sich die Anti-Corona-Politik von allgemein-generellen Maßnahmen („Lockdown“) entfernt bzw. nur einige wenige Maßnahmen grundlegend erhält, desto notwendiger wird zukünftig für die speziellen und spezifischen Präventions- und Reaktionsmaßnahmen (Strategie der stabilen Kontrolle) der Grundsatz der differenzierenden Bewertung, gerade auch unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten.

Alle Formen von generellen Kontakt- oder Besuchssperren erscheinen insofern problematisch, weil dort wo spezifische Präventionsmaßnahmen möglich und geboten sind, ausnahmslose generelle Verbote nicht mehr angemessen sein werden (These 13). Unter den veränderten Bedingungen von Erkenntnis, Erfahrung und spezifischen Präventionsstrategien werden generelle Isolationen/Sperren

in stationären Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen als gravierende Grundrechtseinschränkungen grundsätzlich unverhältnismäßig (These 14).

Eine wichtige Rolle spielt derzeit, sowohl in der öffentlichen Diskussion als auch im politischen Raum, die sog. Corona-Tracing-App der Bundesregierung. In der rein juristischen Betrachtung begegnet die Corona-Tracing-App in der implementierten Form zunächst keinen wesentlichen rechtlichen Bedenken. Allerdings ist es unbedingt notwendig, diese Einführung gesetzlich abzusichern, um missbräuchliche Verwendungen – zum Beispiel im privaten Geschäftsverkehr – auszuschließen und datenschutzrechtlich bedenkliche Ausweitungen und Begleitnutzungen zu verhindern. Die Organisation der Prozesse im Umfeld dieser App ist verbesserungsfähig (These 15).

Positiv sind insbesondere der dezentrale Ansatz und die open source-Technologie aufgenommen worden, es bleiben jedoch Fragen offen:

- (1) die Anonymität des Nutzers auf der Ebene des Betriebssystems ist unklar;
- (2) die Parametrierung durch den Betreiber z.B. hinsichtlich Kontaktdauer und räumlicher Distanz ist nicht transparent geregelt (neue Einwilligungserklärung bei Änderung notwendig?);
- (3) die Verhältnismäßigkeit der Verhaltensmodifikation durch den Zwang zur Registrierung bei Apple bzw. Google, zum Nicht-Ausschalten des Smartphones sowie zur anhaltenden Aktivierung von Kamera, Bluetooth und (Android) Standortfunktionen erscheint noch nicht abschließend geklärt;
- (4) soziale Aspekte der Ausstattung mit entsprechenden Geräten (z.B. Existenz eines Mobilfunkvertrages) werden ausgeblendet;
- (5) es handelt sich in erster Linie um eine ex post-Maßnahme;
- (6) die Wirksamkeit und Effizienz ist bereits auf den ersten Blick zweifelhaft;
- (7) die Gefahr des Missbrauchs kann nicht ausgeschlossen werden;
- (8) die Nutzung im privaten Geschäftsverkehr mit Aushöhlung der Freiwilligkeit ist laut offizieller Stellen nicht möglich, wird aber bereits diskutiert – besonders deshalb ist eine gesetzliche Regelung dringend geboten.

In einem abschließenden Kapitel wird der soziale und gesellschaftspolitische Bezug der SARS-CoV-2/Covid-19-Epidemie problematisiert. Dieser Bezug ist nicht spannungsfrei, denn die Krise fördert staatliche Durchgriffsmöglichkeiten – durchaus gewünscht von der Bevölkerung – und verändert gleichzeitig und deutlich die Priorisierung der gesellschaftlichen Themen. Die entstehende Situation bietet einerseits eine große Dynamik (z.B. werden Fragen gestellt, die vorher tabu waren), andererseits kommt es zu einer massiven Diskursverengung. So herrschen in der öffentlichen Diskussion bestimmte Denk- und Interpretationsmuster in einem Maße vor, dass anderslautenden Meinungen kaum Raum gegeben wird (und im Netz sog. verschwörungstheoretische Formeln großen Zuwachs erfahren). Die Kompetenz einer freiheitlichen Gesellschaft, gerade aus der Pluralität der Kenntnisse und Meinungen ihre besondere Problemlösungskompetenz abzuleiten, wird außer Kraft gesetzt. Diese Anspannung, die dem Ziel geschuldet ist, alle Kräfte zu bündeln, muss jedoch irgendwann wieder aufgelöst werden. Dieses de-briefing führt allerdings in eine Situation, in der die Gesellschaft Lösungen für „nie gestellte Fragen“ finden muss, in jedem Fall eine schwierige Aufgabe. Die Lösung von paternalistischen Konzepten im Regierungshandeln ist eine der wichtigsten Voraussetzungen, ja geradezu das Vorbild für das Gelingen dieses Normalisierungsprozesses.

Die wichtigsten Botschaften auf einen Blick:

- **Sporadisches und epidemisches Muster differenzieren:** In der epidemiologischen Analyse ist derzeit deutlich das sporadische Auftreten von den aktuellen Herdausbrüchen (bei kritischer Wohn- oder Arbeitssituation) abzugrenzen, beide müssen getrennt berichtet und adressiert werden (Abb. 1).
- **Dysfunktionale Dramatisierung:** Das Berichtswesen des Robert Koch-Institutes (RKI) bzw. der Bundesregierung muss dringend aktualisiert werden, ein hier vorgelegter Vorschlag umfasst die differenzierte Darstellung von sporadischen und epidemischen Fällen und den Bericht von Versorgungs-relevanten Krankheitszuständen (z.B. asymptomatische Infizierte, stationäre Behandlungsbedürftigkeit).
- **Stabile Kontrolle des Infektionsgeschehens:** Eine Eradikation der Epidemie ist nicht erreichbar, möglich ist aber eine stabile Kontrolle sporadischer Fälle, vor allem aber von Herdausbrüchen (die nicht vorhersehbar und nicht zu verhindern sind).
- **Situation ist beherrschbar:** Durch ein vorbereitetes und gut ausgerüstetes Gesundheitswesen ist die derzeitige Situation beherrschbar, daher sollte die Diskussion um die Aufhebung des Pandemie-Status und der Einschränkung der Grundrechte eröffnet werden (Wahrung der Verhältnismäßigkeit).
- **Balanced Infection Control Score:** Zur Einschätzung der Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen ist eine mehrdimensionale Matrix notwendig, die nicht nur infektionsepidemiologische Kennzahlen umfasst, sondern auch solche aus den Bereichen Ökonomie, Grundrechte und Wissen/Ausbildung.
- Der „**dritte Weg**“: Erfolgreiche Prävention umfasst neben allgemeinen und nachfassenden Maßnahmen vor allem Zielgruppenorientierte, spezifische Maßnahmen
- **Klinische Forschung fördert den rationalen Umgang:** die Aufarbeitung der klinischen und pflegerischen Fragestellungen, die Covid-19 betreffen, stellen ein zentrales Element eines rationalen Umgangs der Gesellschaft und der Bevölkerung mit der Epidemie dar.
- **Die Würde des Menschen:** Besonders bei Langzeitpflege, Behinderungen oder im Prozess des Sterbens müssen alle erdenkbaren Anstrengungen unternommen werden, um Situationen und Maßnahmen zu verhindern, die die Würde des Menschen einschränken. Rechtlich erscheinen allgemeine Einschränkungen dann als besonders problematisch, wenn spezifische, individuelle Lösungen möglich sind und die Verhältnismäßigkeit durch die allgemeine Verbesserung der epidemiologischen Situation in Frage steht.
- **Corona-Tracing-App wirft beunruhigende Fragen auf:** Anonymität, Standortbestimmung, Freiwilligkeit, Verhaltensmodifikation, Wirksamkeit und Effizienz – zu allen diesen Aspekten (und weiteren) sind erhebliche Zweifel angebracht. <<

### Theses paper 3.0 on the pandemic by SARS-CoV-2/Covid-19: A first Balance

The Thesispaper 3.0 builds on the previous papers (see MVF 03/20), updates the epidemiological analysis and focuses on the „third way“ of specific prevention, legal analysis and the problem of the corona tracing app. A strategy for stable control of the infection process is described, prevention: measures to identify risk situations. Likewise, the way to bring civil rights, which were restricted in times of the pandemic, back to normal. The article published here is a short version of the full version, which was published by MVF in an online first version.

#### Keywords

Pandemic, SARS-CoV-2, Covid-19, epidemiology, prevention, sociopolitical relevance

### Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

### Zitationshinweis

Schrappe et al.: „Thesepapier 3.0 zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19: Eine erste Bilanz“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/20), S. 47-51 doi: 10.24945/MVF.04.20.1866-0533.2238

### Lesehinweis

Die Vollversion des „Thesepapiers 3.0 zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19“ finden Sie als Online-First-Publikation auf dem Online-Portal von „Monitor Versorgungsforschung“ unter [www.m-vf.de](http://www.m-vf.de)

**Prof. Dr. med. Matthias Schrappe**

Internist, Infektiologe, 1996 bis 2001 QM Univ.-Klinik Köln, 2002 bis 2005 Vorstandsvorsitzender Univ.-Klinik Marburg, danach Dekan/Wiss. GF Univ. Witten, Generalbevollmächtigter 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 Vorsitzender d. QMG, 2005 bis 2009 Gründungsvorsitzender APS, bis 2019 APL-Prof. Univ. Köln mit Lehrauftrag „Patientensicherheit und Risikomanagement“. 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, Hafendarzt 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. 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

