Prof. Dr. med. Matthias Schrappe
Hedwig François-Kettner
Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk
Franz Knieps
Dr. med. Andrea Knipp-Selke
Prof. Dr. rer. pol. Philip Manow
Prof. Dr. med. Klaus Püschel
Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske
Dr. med. Martin Sprenger, MPH (Gastautor)

6. Ad-hoc-Stellungnahme zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19

Corona: Integration in die Routineversorgung

Genuine Aufgabe medizinischer Differentialdiagnose und -therapie – symptomorientiertes statt anlassloses Testen – Beendigung der Quarantäneregeln

Vorbemerkung

Exakt zwei Jahre nach dem Beginn ihrer Veröffentlichungen legt die Autorengruppe ihre 6. Adhoc-Stellungnahme zu SARS-CoV-2/CoViD-19 vor und fordert die umgehende Integration der Corona-Versorgung in die medizinische Routineversorgung. Anlasslose Tests sind zu beenden, stattdessen ist eine Abklärung von Symptomen und Erkrankungen nach den gängigen medizinischen Verfahren angezeigt. Die ambulant-stationäre Lücke in der Betreuung von erkrankten Infizierten muss durch energische Anstrengungen geschlossen werden, um Unterstützung zu zeigen und ggf. eine geregelte Hospitalisierung zu ermöglichen. Die vulnerablen Gruppen sind unter den Bedingungen ihres Impfstatus genauer zu definieren, und unter den mannigfaltigen Fragen in der sozialen und psychologischen Betreuung sollten den Bedürfnissen der institutionell versorgten Patienten in Krankenhäusern und Pflegeheimen mehr Beachtung zukommen und z.B. dem Abschied von Verstorbenen ein würdevoller Rahmen zurückgegeben werden. Es werden hierzu sieben Forderungen aufgestellt. „The end of the pandemic will not be televise“, eine Pandemie geht nicht schlagartig vorbei, sondern erfordert komplexe Kompromisse und bedarf daher einer starken, erfahrenen politischen Führung. Da vielerlei Maßnahmen ohne stichhaltige Begründung eingeführt wurden, besteht jetzt die Schwierigkeit, deren Beendigung ohne Bezug auf den Wegfall dieser Gründe verständlich machen zu müssen. Auf die Politik kommt die schwierige Aufgabe zu, diese Phase des Ausklingens der Pandemie zu gestalten.

Stand: 28. November 2021, 18:00h

Schlüsselwörter

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

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.02.22.1866-0533.2397

1. Aktuelle Situation und Handlungsbedarf

>> Exakt zwei Jahre nach dem Beginn ihrer Veröffentlichungen legt die Autorengruppe ihre 6. Adhoc-Stellungnahme zu SARS-CoV-2/Covid-19 vor. Besonders durch die Eigenschaft der asymptomatischen Übertragung hat die Epidemie den zu erwartenden Verlauf genommen und die einseitig auf containment beruhenden Maßnahmen bedeutungslos werden lassen. Das europäische Ausland hat (mit sehr wenigen Ausnahmen, s.u.) alle Beschränkungen eingestellt und belässt es bei der Kombination von Impfung und sich weiter verstärkender natürlicher Immunität.

Unabhängig von jeglicher politischer Wortwahl spiegelt die weitgehende Unbestimmtheit der Regelungen der Novelle des Infektionsschutzgesetzes vom 18.3.2022 diese Situation wieder und lässt nur die eine Schlussfolgerung zu, nämlich dass die maßgeblichen politischen Kräfte eine Exit-Strategie zu finden versuchen, die ihnen zugleich Gesichtswahrung und Nachvollzug der epidemiologischen Entwicklung ermöglicht.

Der Verzicht auf repräsentative Kohortenstudien und die Verwendung unsystematischer Tages-Stichproben hat dazu geführt, dass spätestens im Rahmen der Ausbreitung der Omikron-Variante von den vom RKI veröffentlichten Zahlen keinerlei Steuerungswirkung mehr ausgeht. Weder gibt es reliable Informationen zu zentralen Inputfaktoren wie der Impfquote oder der Bevölkerungs-bezogenen Immunität[1] noch existieren verwertbare **Output-** und **Outcomeparameter** (z.B. Schwere der Erkrankung), da es offensichtlich in zwei Jahren nicht möglich war, zentrale Daten wie zur Komorbidität oder teilweise sogar zur Alterszusammensetzung zu integrieren und ein verlässlich arbeitendes Datenmonitoring aufzubauen. Durch die Quarantänisierung großer Bevölkerungsteile kommt es zwar zu erheblichen sozialen und wirtschaftlichen Einbußen, Daten zur Charakterisierung dieser Personen (z.B. Alter, Impfstatus, Information, Betreuung) liegen jedoch nicht vor. Auch tägliche Angaben zur Sterblichkeit sind nicht verwertbar, weil nach wie vor die klassische infektiologische Differenzierung von durch bzw. mit SARS-CoV-2 verstorbenen Patienten nicht beachtet wird.

Eine zentrale Rolle spielt in dieser Situation das Umgehen mit den zur Verfügung stehenden Testverfahren, die von Beginn an unsystematisch eingesetzt wurden, eher den Quarantäne-Regeln als den medizinischen Erfordernissen gehorchend und nie kritisch hinsichtlich ihrer statistischen Aussagekraft bewertet. Wenn man zuletzt noch eine residuale Teststrategie zu erkennen glaubte („Freitesten“, G-Regelungen), dann sind selbst diese Reste zur Unkenntlichkeit verkümmert, indem mit Schnelltests falsche Sicherheit genauso wie falsche Betroffenheit insinuiert wird und Bestätigungstests nur dann eingesetzt werden, wenn man sich davon Vorteile verspricht. Unter dem Strich werden weiterhin tägliche Zahlen kreiert, die in erster Linie die Testfrequenz widerspiegeln und zu allem Überfluss auf die Gesamtbevölkerung umgeschlagen werden, als ob dort keine weiteren Infektionen auftreten würden. Dabei stellt es nun wirklich einen naheliegenden Gedanken dar, dass man z. B. mit einer Verdopplung der jetzigen wöchentlichen Testpopulation von 2 Millionen Einwohnern auf 4 Millionen ungleich höhere Ergebnisse erhalten würde: Statt der Hälfte der derzeitigen 1.500er Melderate (wie über Weihnachten oder an den Wochenenden) hätte man dann mit Sicherheit Werte um 3.000 zu vergegenwärtigen. Auch ist wegen der unterschiedlichen Testregime der Vergleich der deutschen Melderaten mit internationalen Daten nicht aussagekräftig.

Unter den sich stellenden politischen Fragen sei hier nur ein einziger Punkt hervorgehoben, nämlich dass diese Situation sowohl von weiten Kreisen der Wissenschaft als auch im politischen Leben klaglos akzeptiert wurde. Jedem Beobachter und jedem Verantwortlichen

1: In Großbritannien verfügen über 99% der Bevölkerung über relevante Antikörperkonzentrationen, s. https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/articles/coronaviruscovid19latestinsights/antibodies. In Deutschland sind solche Daten nicht verfügbar.

müsste aufstoßen, dass eine Angabe wie „Anstieg von 15.000 im Vergleich zum Wert vor 7 Tagen", so wie es immer in den Verlautbarungen heißt, nicht nur keine Meldung wert ist, sondern wegen ihrer Haltlosigkeit einzig die Frage nach dem Rücktritt der Verantwortlichen auslösen sollte. Es ist eine Situation entstanden, in der eine Steuerung des Infektionsgeschehens, also eine Reaktion der zuständigen Stellen auf verlässlich erhobene Messwerte mit der Option, an diesen Messwerten auch einen Verlauf (im besten Fall den Erfolg der Maßnahmen) erkennen zu können, als reine Fiktion bzw. „kybernetische Illusion" erscheinen muss. Die Szene, die sich vor unseren Augen abspielt, erhält unweigerlich einen geradezu paradigmatischen Anstrich: nicht die Fiktion ist das Problem, sondern die breite Bereitschaft, diese zu tolerieren.

2. Sieben Handlungsoptionen

Diese kurze Situationsdarstellung macht es recht einfach, über Alternativen zu diskutieren, denn diese liegen ebenfalls derart gut sichtbar an der Oberfläche, dass sie im Grunde spontan ergriffen werden könnten. Es genügt ein Blick in die europäischen Nachbarländer, denn mit Ausnahme von Österreich hat man längst von der epidemiologischen auf die medizinische Steuerung umgestellt. Der Zustand der epidemiologischen Instrumente wurde vorstehend geschildert, und auch die Steuerung nach medizinischen Kriterien basiert auf bekanntem Wissen, soll hier aber zur Verdeutlichung zusammenfassend dargestellt werden:

1. **Einsatz diagnostischer Mittel** (Testung, Antikörper-Serologie u.a.) gezielt zur Abklärung symptomatischer Patienten (z. B. mit grippalem Infekt, unklarem Fieber, interstitieller Pneumonie etc.) nach den bekannten medizinischen Kriterien;
2. **Schließung der ambulant-stationären Lücke** durch gezielten Ausbau der ambulanten Betreuung von Patienten mit erkannter SARS-CoV-2-Infektion, um z.B. anhand eines Risk-Scores[2] den Zeitpunkt für eine geregelte Hospitalisierung genau bestimmen zu können (einschließlich einer Klarstellung zur Behandlungspflicht von Corona-Patienten im Sinne der Sicherstellung der Krankenversorgung im ambulanten wie stationären Sektor);
3. **Erstellung einer Leitlinie** (u. U. zunächst auf der Basis von Expertenwissen) zum Einsatz von diagnostischen Methoden zur Erkennung von SARS-CoV-2 in der ambulanten und stationären Betreuung[3].

Parallel müssen die **Schutzmaßnahmen für vulnerable Bevölkerungs- und Patientengruppen** ausgebaut und präzisiert werden:

4. **Die wichtigsten vulnerablen Bevölkerungs- und Patientengruppen** müssen unter Beachtung ihres Impfstatus spezifiziert werden (z. B. sind nicht alle Begleiterkrankungen und Prädispositionen gleichermaßen relevant);
5. **Schutzmaßnahmen für institutionell untergebrachte, betreute und behandelte Personen** sind unter Wahrung derer persönlichen Bedürfnisse und Erwartungen zu entwickeln, wobei universelle Maßnahmen möglichst differenziert werden sollten (z.B. entsprechend des Impf- und Immunstatus der Betroffenen). Verbindliche Regeln und Maßnahmen im Falle von Infektions- und Ausbruchsgeschehen (regelhafte Überprüfung und Durchführung von Qualifikationen und Übungsintervalle des Personals, Vorhaltung und Check erforderlicher Schutzmaterialien) sind zentrale Forderungen. Hygienekonzepte und Isoliermöglichkeiten dürfen jedoch nicht zu Abschottungen bei pflegebedürftigen Menschen führen, therapeutische Leistungen und freizeitliche Angebote sind (mit entsprechenden Hygieneregeln) fortzusetzen.

Die **Steuerung des Infektionsgeschehens** und der epidemiologischen Situation ist auf neue Füße zu stellen, insbesondere ist

6. von der Steuerung durch (nicht valide, nicht reliable) Einzelparameter und durch kumulativ nebeneinanderstehenden Einzelparameter (so wie jetzt Melderate plus Hospitalisierungsrate) zu sinnvollen **Score-Systemen** (s. Vorschläge der Thesenpapier- Autorengruppe[4]) überzugehen, und
7. endlich sind die sozialen und psychologischen Folgen jeglicher Maßnahmen gleichberechtigt neben den biologisch-epidemiologischen Parametern zu berücksichtigen (auch hier s. Vorschlag der Thesenpapier-AG[5]). In diesem Zusammenhang ein Wort zu den an bzw. mit Corona Verstorbenen: Letztlich gilt es, auch die positiv getesteten Verstorbenen wieder wie normale Tote und nicht wie Aussätzige zu behandeln. Die Versorgung erfolgt mit einfachem Hygienestandard. Persönliche Abschiednahme und Aussegnung sind ohne weiteres möglich.

3. Ausländische Beispiele und Analogie zu nosokomialen Infektionen

Das hier vorgeschlagene Vorgehen kann sich auf **zahlreiche Beispiele im europäischen Ausland** beziehen. Die Webseite „Aktuelle Informationen zur Coronavirus-Situation in Dänemark"[6] öffnet sich mit folgendem Hinweis: *„Seit dem 1. Februar 2022 sind alle Corona-Beschränkungen aufgehoben. Restriktionen wie Maskenpflicht, Kontakt- Beschränkungen, Corona-Pass und Sperrstunden entfallen somit.* ***Covid-19 wird nicht mehr als gesellschaftskritische Krankheit eingestuft"*** (kursiv und Hervorhebung d. Verf.).

Zur Richtigstellung falscher Behauptungen, die häufig aus dem Ausland gegen die dänische Vorgehensweise vorgebracht wurde, hat das amtliche *Statens Serum Institute* eine eigene Faktencheck-Webseite eingerichtet.[7] Auch die Niederlande haben am 23.3.2022 alle Maßnahmen (bis auf die Maskenpflicht im Flugzeug) fallen lassen[8]. In beiden Ländern besteht nur noch die Empfehlung zur Selbstquarantänisierung und zur Durchführung von Selbsttests. In Frankreich ist die Situation ähnlich, es besteht nur noch eine Maskenpflicht in öffentlichen Verkehrsmitteln, öffentlichen Gebäuden und in Krankenhäusern bzw. Pflegeheimen, und der *„pass vaccinal est suspendu"* (der Impfpass ist aufgehoben).[9] Auch in der Schweiz gelten keine

2: s. z.B. https://qcovid.org/Calculation
3: In Neuseeland: https://www.nzdoctor.co.nz/sites/default/files/2021-12/NZ_Doctor_15th_December_2021.pdf
4: Thesenpapier 8, Kap. 3.6: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gottschalk, R., Knieps, F., Knipp-Selke, A., Manow, P., Püschel, K., Glaeske, G.: Die Pandemie durch SARS-2-CoV-2/CoViD-19. Pandemie als Komplexes System, Steuerung der Epidemie durch Indikatoren-Sets, Kinder und Jugendliche in der Corona-Pandemie, Politik und Demokratie unter Pandemie-Bedingungen, Köln, Berlin, Bremen, Frankfurt, Hamburg 29.8.2021, https://www.monitor-versorgungsforschung.de/efirst/Schrappe-etal_Thesenpapier-8-0, http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2337
5: Thesenpapier 3, Kap. 2.3: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Thesenpapier 3.0 zu SARS-CoV-2/COVID-19 - Strategie: Stabile Kontrolle des Infektionsgeschehens, Prävention: Risikosituationen verbessern, Bürgerrechte: Rückkehr zur Normalität. Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 28.6.2020, Monitor Versorgungsforschung, http://doi.org/10.24945/MVF.04.20.1866-0533.2231
6: https://www.visitdenmark.de/daenemark/diverse/coronavirus, Update 1.3.2022, Zugriff 23.3.2022
7: Statens Serum Institute: Typical misinformation regarding Danish COVID-Numbers, https://en.ssi.dk/covid- 19/typical-misinformation-regarding-danish-covid-numbers, Zugriff 25.3.2022
8: https://www.government.nl/topics/coronavirus-covid-19/tackling-new-coronavirus-in-the-netherlands/coronavirus-measures-in-brief, Stand 23.3.2022, Zugriff 23.3.2022

Kontaktbeschränkungen mehr, für die Teilnahme am öffentlichen Leben sind weder Impfzertifikat noch Testnachweis notwendig.[10]

Allerdings gibt es auch hierzulande reichliche Erfahrung und gut ausgearbeitete Konzepte zur Kontrolle epidemischer Situationen, und zwar in **anderen infektionsepidemiologisch relevanten Zusammenhängen**. Man darf nicht aus den Augen verlieren, dass die Steuerung und Kontrolle von epidemisch auftretenden Infektionen in den Krankenhäusern und in der ambulanten Versorgung in Deutschland zur täglichen Routine gehört. Es besteht nicht nur eine breite Erfahrung im Einsatz der entsprechenden Methoden, sondern diese Methoden sind auch wissenschaftlich hervorragend evaluiert (zu der Rolle komplexer Interventionen in der Infektiologie s. zuletzt Thesenpapier 8, Kap. 25 und 2.6[11]). Dies gilt gerade im Hinblick auf Infektionen mit z. B. Norovirus- oder MRSA-Infektionen mit ihrer hohen Morbidität und Mortalität. Wenn man im Überschlag in Deutschland von 600.000 nosokomialen Infektionen pro Jahr ausgeht (ein Drittel postoperative Wundinfektionen), dann sind 100.000 durch Wundkeime verursacht, die von asymptomatischen Keimträgern übertragen werden können (z.B. MRSA). Es handelt sich also epidemiologisch um durchaus vergleichbare Situationen mit zahlreichen Parallelen: Es gibt zahlreiche symptomlose MRSA-Träger in der Bevölkerung, daher können sowohl eingewiesene Patienten als auch Besucher bzw. Mitarbeiter als Überträger in Frage kommen, und man muss mit Methoden arbeiten, die bei vernünftigem und gezieltem Einsatz von Screening-Methoden im Kontext von Programmen zur Verhaltensänderung (z. B. Händedesinfektion) eine möglichst weitgehende Kontrolle der Situation sicherstellen. Ähnlich wie bei Corona ist aber einer Eradikation von MRSA und anderen Erregern nicht möglich, auch wenn man Hotspots wie in der Tierhaltung durchaus erfolgreich angehen kann, indem man z. B. den Antibiotika-Verbrauch reduziert.

Leider ist es von Anfang an versäumt worden, das Knowhow der hier engagierten Krankenhaushygiene- und *infection control*-Experten in die Entwicklung einer tragfähigen Corona-Kontrolle („Stabile Kontrolle", s. Thesenpapiere 3, 4 und 5[12]) zu integrieren. Man hätte sehr viel aus diesen Erfahrungen lernen können, vor allem hinsichtlich des Einsatzes von Mehrfachinterventionen einschließlich der sozialen und verhaltenspsychologischen Komponenten und deren Evaluation sowie in der Risikokommunikation.

4. Schlussbemerkung

Wenn es also darum geht, „mit Corona leben zu lernen", weil nun die sog. endemische Phase erreicht wurde, können aus den Erfahrungen im In- und Ausland entscheidende Anregungen übernommen werden. Insbesondere muss man in der öffentlichen Kommunikation die Option der Eradikation hintanstellen und offensiv den Standpunkt vertreten, dass das Auftreten von SARS-CoV-2-Infektionen und von kleineren Herdausbrüchen zum zukünftigen Alltag gehören wird. Vulnerable Personen müssen geschützt werden, allerdings ist dieser Schutz genauso wenig 100prozentig möglich wie der Schutz dieser Patientengruppen vor anderen infektiologischen Risiken. Die überbordende Quarantäne-Welle ist einer rationalen Handhabung der Situation nicht zuträglich, weil sie eher Ausweichphänomene induziert, ganz abgesehen von den enormen sozialen und wirtschaftlichen Folgen. Auch in den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und Pflege wird es unumgänglich sein, über die Neuordnung von Isolation, Quarantäne und den Einsatz von (potenziell) asymptomatisch Infizierten nachzudenken, einen adäquaten Impfschutz von Mitarbeitern und Betreuten vorausgesetzt. Wie gesagt: es ist jedoch nicht möglich, alle Restrisiken für alle Beteiligten komplett auszuschließen.

Wie von zahlreichen Autoren und Wissenschaftlern immer wieder betont, geht eine Pandemie nicht schlagartig vorbei (s. „Freedom-Day-Diskussion), sondern „verdämmert" langsam[13]. Die reale Beendigung erfordert „komplexe Kompromisse zwischen Todesfällen, der Wirtschaft, dem öffentlichen Wohlergehen und den verfassungsmäßigen Rechten" und bedarf daher einer starken, erfahrenen politischen Führung. „Die Behörden müssen der Öffentlichkeit mitteilen, warum sie Einzelpersonen mehr Verantwortung übertragen, und im Idealfall die Bedenken derjenigen ansprechen, die möglicherweise noch nicht bereit dazu sind."[14]. <<

Zitationshinweis

Schrappe et al.: „Corona: Integration in die Routineversorgung", in: „Monitor Versorgungsforschung" (Online First), S. 1-5. doi: http://doi.org/10.24945/MVF.02.22.1866-0533.2397

Corona: integration into routine care

Exactly two years after the start of its publications, the group of authors presents its 6th ad hoc statement on SARS-CoV-2/CoViD-19 and calls for the immediate integration of corona care into routine medical care. Tests without cause should be stopped; instead, symptoms and diseases should be clarified using standard medical procedures. The outpatient-inpatient gap in the care of sick infected people must be closed through energetic efforts in order to show support and, if necessary, to enable regulated hospitalization. The vulnerable groups are to be defined more precisely under the conditions of their vaccination status, and among the diverse questions in social and psychological care, more attention should be paid to the needs of institutionally cared for patients in hospitals and nursing homes and, for example, the farewell of the deceased should be given a dignified framework. Seven demands are made in this regard. „The end of the pandemic will not be televised", a pandemic does not end suddenly, but requires complex compromises and therefore requires strong, experienced political leadership. Since many measures have been introduced without valid justification, the difficulty now is to explain their termination without reference to the cessation of these reasons. Politicians face the difficult task of shaping this phase of the end of the pandemic.

Status: November 28, 2021, 6:00 p.m

Keywords

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

9: https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus, Zugriff 23.3.2022
10: https://www.adac.de/news/schweiz-urlaub-corona/, Zugriff 23.3.2022
11: Ebd, http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2337
12: Z.B. Thesenpapier 3 Kap. 2: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Thesenpapier 3.0 zu SARS-CoV-2/COVID-19 - Strategie: Stabile Kontrolle des Infektionsgeschehens, Prävention: Risikosituationen verbessern, Bürgerrechte: Rückkehr zur Normalität. Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 28.6.2020, Monitor Versorgungsforschung, http://doi.org/10.24945/MVF.04.20.1866-0533.2231
13: Robertson, D., Doshi, P.: The end of the pandemic will not be televised. BMJ 2021, 375
14: So der dänische Politiwissenschaftler Michael Bang Petersen: The End of the Pandemic May Tear Us Apart. NYT. 04.02.2022

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

Literatur

Thesenpapier 1: Schrappe, M., Francois-Kettner, H., Gruhl, M., Knieps, F., Pfaff, H., Glaeske, G.: Thesenpapier zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19. Datenbasis verbessern, Prävention gezielt weiterentwickeln, Bürgerrechte wahren. Köln, Berlin, Hamburg, Bremen 5.4.2020, Monitor Versorgungsforschung, online-first, doi: 10.24945/MVF.03.20.1866-0533.2224

Thesenpapier 2: Schrappe, M., Francois-Kettner, H., Knieps, F., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Thesenpapier 2.0 zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19. Datenbasis verbessern, Prävention gezielt weiterentwickeln, Bürgerrechte wahren. Köln, Berlin, Hamburg, Bremen 3.5.2020, https://www.monitor-versorgungsforschung.de/efirst/schrappe-etal_Covid-19-Thesenpapier-2-0, doi: 10.24945/MVF.03.20.1866-0533.2217

Thesenpapier 3: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Thesenpapier 3.0 zu SARS-CoV-2/Covid-19 – Strategie: Stabile Kontrolle des Infektionsgeschehens, Prävention: Risikosituationen verbessern, Bürgerrechte: Rückkehr zur Normalität. Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 28.6.2020, Monitor Versorgungsforschung, http://doi.org/10.24945/MVF.04.20.1866-0533.2231

Thesenpapier 4: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – der Übergang zur chronischen Phase (Thesenpapier 4.0, 30.8.2020). Verbesserung der Outcomes in Sicht; Stabile Kontrolle: Würde und Humanität wahren; Diskursverengung vermeiden: Corona nicht politisieren. Corona nicht politisieren. Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 30.8.2020, Monitor Versorgungsforschung, http://doi.org/10.24945/MVF.05.20.1866-0533.2248

Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – der Übergang zur chronischen Phase. Verbesserung der Outcomes in Sicht; Stabile Kontrolle: Würde und Humanität wahren; Diskursverengung vermeiden: Corona nicht politisieren (Überarbeitung als Thesenpapier 4.1, 5.10.2020). https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract2020/MVF-05-20/Schrappe_etal_Thesenpapier_4-1_Corona-Pandemie

Thesenpapier 4.1: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – der Übergang zur chronischen Phase. Verbesserung der Outcomes in Sicht; Stabile Kontrolle: Würde und Humanität wahren; Diskursverengung vermeiden: Corona nicht politisieren (Überarbeitung als Thesenpapier 4.1, 5.10.2020). https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract2020/MVF-05-20/Schrappe_etal_Thesenpapier_4-1_Corona-Pandemie

Ad-hoc-Stellungnahme: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Ad-hoc-Stellungnahme der Autorengruppe zur Beschlussfassung der Konferenz der Bundeskanzlerin und der Ministerpräsident/innen der Länder am 14.10.2020: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – Gleichgewicht und Augenmaß behalten. Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 18.10.2020, https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract2020/MVF-05-20/pdf_0520/Adhoc-Stellungnahme-Covid-19/view

Thesenpapier 5: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 - Spezifische Prävention als Grundlage der „Stabilen Kontrolle" der SARS-CoV-2-Epidemie (Thesenpapier 5.0). Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 25.10.2020. Monitor Versorgungsforschung, https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract2020/mvf-0620/Schrappe_etal_Thesenpapier_5-0_Corona-Pandemie, doi: http://doi.org/10.24945/MVF.06.20.1866-0533.2266

Thesenpapier 6, Teil 6.1.: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Thesenpapier 6, Teil 6.1: Epidemiologie. Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19, Zur Notwendigkeit eines Strategiewechsels. Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 22.11.2020, http://doi.org/10.24945/MVF.06.20.1866-0533.2267

Thesenpapier 7: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 (Thesenpapier 7): Sorgfältige Integration der Impfung in eine umfassende Präventionsstrategie, Impfkampagne resilient gestalten und wissenschaftlich begleiten, Aufklärung und Selbstbestimmung beachten. Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 10.01.2021, Monitor Versorgungsforschung, http://doi.org/10.24945/MVF.01.21.1866-0533.2268

2. Ad-hoc-Stellungnahme: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Knipp-Selke, A., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Ad-hoc-Stellungnahme der Autorengruppe anlässlich des aktuellen Gesetzgebungsverfahrens zum 4. Bevölkerungsschutzgesetz", 14.04.2021: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – Zentralisierte Willkür: Über den Entwurf eines 4. Bevölkerungsschutzgesetzes. Monitor Versorgungsforschung, online first

3. Ad-hoc-Stellungnahme: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Knipp-Selke, A., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/ Covid-19 - Zur intensivmedizinischen Versorgung in der SARS-2/Covid-19-Epidemie (16.5.2021 mit einem Update vom 17.5.2021). https://corona-netzwerk.info/autorengruppe-zur-intensivmedizinischen-versorgung/, Monitor Versorgungsforschung (ohne Co-Autor H. Pfaff) doi: http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2303

3. Ad-hoc-Stellungnahmem ergänzende Materialien Nr.1: Schrappe, M., François-Kettner, H., Knieps, F., Knipp-Selke, A., Manow, P., Püschel, K., Glaeske, G.: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/ Covid-19: Zur intensivmedizinischen Versorgung in der SARS-2/ Covid-19-Epidemie, Dritte Adhoc-Stellungnahme der Autorengruppe vom 16./17.5.2021, ergänzende Materialien Nr. 1: Bettenverfügbarkeit (6.6.2021). https://corona-netzwerk.info/intensivmedizinische- Covid-19-versorgung-bettenverfuegbarkeit/, Monitor Versorgungsforschung doi: http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2335

Kurz-Stellungnahme der Autorengruppe zum Bericht des Bundesrechnungshofes mit dem Titel „Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – zur intensivmedizinischen Versorgung in der SARS-2/ Covid-19-Epidemie": Schrappe, M., François-Kettner, H., Knieps, F., Knipp-Selke, A., Manow, P., Püschel, K., Glaeske, G., 11.06.2021, https://corona-netzwerk.info/intensiv-der-bundesrechnungshof-rechnet-nach/, Monitor Versorgungsforschung epub first: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/efirst/Schrappe_AH_Addendum

Ergänzende Materialien Nr. 2 zur 3. Ad-hoc-Stellungnahme der Autorengruppe zur intensivmedizinischen Versorgung – Bettenverfügbarkeit auf Länderebene: Schrappe, M., François-Kettner, H., Knieps, F., Knipp-Selke, A., Manow, P., Püschel, K., Glaeske, G., 23.07.2021

Schrappe et al.: „Thesenpapier 8 – Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19

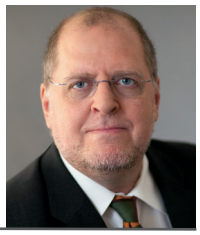
„Pandemie als komplexes System – Steuerung der Epidemie durch Indikatoren-Sets – Kinder und Jugendliche in der Corona-Pandemie – Politik und Demokratie unter Pandemie-Bedingungen", in: „Monitor Versorgungsforschung" (Online First), S. 1-75. doi: http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2337

Müller, B.: „Zur Modellierung der Corona-Pandemie – eine Streitschrift", in: „Monitor Versorgungsforschung" (06/21), S. 68-79. doi: http://doi.org/10.24945/MVF.06.21.1866-0533.2354

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

Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk ORCID: 0000-0003-0422-6456
ist Facharzt für Innere Medizin/Infektiologie, Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen und Diplomingenieur für Biomedizintechnik. Bis September 2021 war er Leiter des Gesundheitsamtes der Stadt Frankfurt am Main (Deutschland). Am Institut für Medizinische Virologie des Universitätsklinikums Frankfurt am Main ist er außerplanmäßiger Professor für Öffentliches Gesundheitswesen.
Kontakt: rene.gottschalk@med.uni-frankfurt.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



Dr. med. Andrea Knipp-Selke
ist Ärztin und Wissenschaftsjournalistin.
Medizinstudium in Köln, Promotion 2001, seit 1984 freiberufliche Tätigkeit als Wissenschaftsjournalistin (u.a. WDR, Frankfurter Rundschau, Focus online, TKK), seit 2005 ärztliche Tätigkeit in einer pädiatrischen Praxis im Rheinland.
Kontakt: Andrea.Knipp@t-online.de

Prof. Dr. rer. pol. Philip Manow ORCID: 0000-0002-7154-7789
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. 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, von 1991 bis 2020 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

©Raphael Hünerfauth, Photothek.net

Dr. med. Martin Sprenger, MPH
arbeitet am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz. Er leitet seit 2010 den postgraduellen Universitätslehrgang Public Health.

Kontakt: martin.sprenger@medunigraz.at