

Handreichung

Anpassungen der Infektionsschutzmaßnahmen in Alten- und Pflegeheimen

Empfehlungen zum Umgang mit Unsicherheiten bei der Anpassung von Infektionsschutzmaßnahmen an erfolgte Impfungen gegen COVID-19

Kernbotschaften

Dieses Papier befasst sich mit dem Umgang mit Unsicherheiten seitens des Personals in Alten- und Pflegeheimen bei der Umsetzung von Infektionsschutzmaßnahmen. Grundlage für das Papier ist ein Video-Expert:innengespräch, das am 27.04.2021 stattfand. Zusammengefasst kann gesagt werden:

- Es bestehen Unsicherheiten seitens des Heimpersonals. Diesen Unsicherheiten soll durch geeignete Maßnahmen (Etablierung von Hygienestrukturen und Personalschulungen) begegnet werden, die durch Heimbetreiber und übergeordnete Organisationen, wie Anbietervereinigungen, zu schaffen sind.
- Maßnahmen des Infektionsschutzes können angepasst werden, wenn eine hohe Impfquote von in der Regel mind. 90 % bei den Bewohner:innen besteht. Dabei sind lokale Gegebenheiten, etwa Wohnbereichsstrukturen, zu berücksichtigen.
- Vertreter:innen der Bewohner:innen, etwa der Heimbeirat, sollen in die Umsetzung und Anpassung von Infektionsschutzmaßnahmen eingebunden werden.
- Einrichtungen benötigen nachvollziehbare und einheitliche Maßgaben, etwa zur Reduktion der Festfrequenz bei Bewohner:innen und Personal.
- Das Personal in den Einrichtungen ist durch die Information, Anleitung und Information von Besucher:innen und Angehörigen stark gefordert und sollte dabei besser unterstützt werden, etwa durch die Bereitstellung von Informations- und Edukationsmaterialien und klare Vorgaben der Einrichtungsleitung zum Vorgehen in schwierigen Situationen.
- Heimleitungen brauchen Informationen über den Impfstatus der Beschäftigten, um an-

gepasste Konzepte umsetzen zu können. Hierfür kann eine Ergänzung des Infektionsschutzgesetzes der geeignete Weg sein.

Dieses Papier richtet sich an Heimbetreiber sowie übergeordnete Organisationen, wie bspw. Pflegeverbände, Pflegekammern und Fachgesellschaften.

Version 01, veröffentlicht am 28. Mai 2021

[Der Wissensstand zur COVID-19 Pandemie ändert sich schnell, daher verweisen wir hier auf den Zeitpunkt der Veröffentlichung und das Datum, bis zu dem Forschung berücksichtigt werden könnte. Sollten sich Erkenntnisse ändern, soll dies in späteren Versionen berücksichtigt werden.]

Hintergrund

Der Verlauf von COVID-19 ist bei älteren Menschen mit Vorerkrankungen besonders schwer und mit einer hohen Mortalität verbunden [1]. Ältere Menschen, die in Alten- und Pflegeheimen leben, waren darüber hinaus stark betroffen durch ein hohes Infektionsaufkommen, wie es typisch für Gemeinschaftseinrichtungen ist [1]. Daher standen und stehen Alten- und Pflegeheime im Fokus von Infektionsschutzmaßnahmen, um die besonders vulnerable Gruppe der Bewohner:innen zu schützen. Gleichzeitig sollten Infektionsschutzmaßnahmen so gestaltet sein, dass Kontakteinschränkungen von Heimbewohner:innen auf das Notwendige minimiert werden [2].

Die inzwischen erfolgte Impfung eines Großteils der Bewohner:innen von Pflegeeinrichtungen und auch des Personals in den Einrichtungen ermöglicht eine Anpassung der Infektionsschutzmaßnahmen [3]. Dabei stellt sich die Frage, wie eine Balance zwischen weiterhin bestehenden Schutzanforderungen und der gebotenen Normalisierung des Lebens in Pflegeheimen als Zuhause der Bewohner:innen erfolgen kann.

Bei Leitungen und Personal vor Ort in den Einrichtungen bestehen allerdings zum Teil erhebliche Unsicherheiten, wie mit den veränderten Vorgaben und den Gegebenheiten vor Ort umgegangen werden kann, wie Expert:innen aus Behörden und Praxis im Rahmen eines Expert:innengesprächs der AG Pflege, Gesundheit, Altern des Kompetenznetz Public Health COVID-19 berichtet haben.

Ziel

In diesem Dokument sollen kurze Empfehlungen zum Umgang mit Unsicherheiten bei der Anpassung der Infektionsschutzmaßnahmen in Alten- und Pflegeheimen sowie Hinweise zur strategischen Weiterentwicklung des Hygienemanagements in diesen Einrichtungen gegeben werden.

Methoden

Die Arbeitsgruppe Pflege, Gesundheit, Altern im Kompetenznetz Public Health COVID-19 organisierte und moderierte am 27.04.2021 ein digitales Expert:innengespräch zu möglichen Anpassungen der Infektionsschutzmaßnahmen in Alten- und Pflegeheimen nach erfolgten Impfungen. An diesem Gespräch nahmen neben AG-Mitgliedern und Heimbetreiber:innen auch Vertreter:innen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auf kommunaler sowie Landes- und Bundesebene teil. Vertreter:innen pflegebedürftiger Personen waren ebenso vertreten wie Repräsentanten aus pflegerischen Berufsverbänden.

Ausgewählte Aspekte aus diesem Gespräch werden nachfolgend kurz referiert, mit dem Fokus auf Anpassungsmöglichkeiten und zu berücksichtigenden Faktoren. Es werden Ansätze diskutiert, wie durch Leitungen und Personal vor Ort mit den derzeit bestehenden Unsicherheiten umgegangen werden kann.

Darüber hinaus werden auf der Basis von Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene Impulse für die strategische Weiterentwicklung des Hygienemanagements in Alten- und Pflegeheimen formuliert.

Herausforderungen und Handlungsansätze

Grundlage für die Anpassungen des Infektionsschutzes in den Einrichtungen stellen die Empfehlungen des RKI zu „Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen“ [3, S.34] dar. In Hinblick auf Impfungen wird eine Durchimpfungsrate von > 90 % der Bewohner:innen und des Personals angestrebt [3] . Gemeinschaftsaktivitäten innerhalb einer Einrichtung können bei dieser Impfquote wieder ermöglicht werden und die Testfrequenz kann reduziert werden. Der Aufrechterhaltung der Impfquote, etwa bei Einzügen, gilt es, besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Unsicherheiten dieser Empfehlung ergeben sich aus folgenden Aspekten:

- Die 90 % Quote ist ein Schätzwert und nicht durch Studien belegt. Auch die epidemiologische Lage, der Anteil Genesener und die räumlichen Gegebenheiten sind zu berücksichtigen.
- Auch bei vollständig geimpften Personen kann es zu (unerkannten) SARS-CoV-2-Infektionen und COVID-19-Erkrankungen kommen, über deren Schwere und Verläufe jedoch noch keine gesicherten Erkenntnisse vorliegen.
- Die Wahrscheinlichkeit der Weitergabe von SARS-CoV-2 von geimpften an ungeimpfte Personen ist unklar.
- Es fehlt an Wissen über die Impfquote des Personals, da in Pflegeeinrichtungen im Unterschied zu anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens zum Impfstatus keine Offenbarungspflicht gemäß Infektionsschutzgesetz gegenüber dem Arbeitgeber besteht. Damit fehlt unter Umständen eine wichtige Information, um Maßnahmen anpassen und zurücknehmen zu können.

Maßnahmen gemäß lokaler Gegebenheiten anpassen

Eine praktische Umsetzungsmöglichkeit ist die Anpassung der Maßnahmen entsprechend der Wohnbereiche bzw. Wohngruppen im Heim. Denkbar ist, den Wohnbereich bzw. die Wohngruppe als einen Haushalt zu sehen und bei einer Impfquote von > 90% innerhalb des Wohnbereichs bzw. der Wohngruppe die Schutzmaßnahmen auszusetzen. Allerdings lassen die baulichen, organisatorischen und personellen Voraussetzungen eine strikte Trennung von Wohnbereichen und Wohngruppen nicht immer zu. Hinzu kommt, dass die Bewohner:innen natürlich weiterhin das Recht haben, sich frei im Heim als ihrem Zuhause zu bewegen. Eine Begrenzung auf den Wohnbereich kann daher nur freiwillig erfolgen und setzt eine informierte Einwilligung und die Adhärenz der Bewohner:in mit dieser Maßnahme voraus. Insbesondere bei Personen mit kognitiven Einbußen ist dies jedoch nicht immer gegeben.

Pflegeeinrichtungen sind das Zuhause der Bewohner:innen. Ihre Grundrechte und ihre Selbstbestimmung müssen die Richtschnur des Handelns bilden. Daher sind sie in die Entscheidungen zur Ausgestaltung der Infektionsschutzmaßnahmen mit gewichtiger Stimme einzubinden. Gesetzlich vorgeschriebene Heimbeiräte sollen unbedingt in die Beratungen innerhalb der Einrichtungen einbezogen werden.

Testung und Testfrequenz

Eine regelmäßige Testung von Personal und Bewohner:innen ist weiterhin erforderlich, weil es zu unbemerkten Infektionen trotz Impfung kommen kann, die schwerwiegende Folgen haben können. Die Testfrequenz kann jedoch reduziert werden. Derzeit können jedoch noch keine gesicherten Aussagen zur Testfrequenz getroffen werden und die Regelungen variieren regional und lokal, teils in Abweichung von den Empfehlungen des RKI. Insbesondere die Vertreter:innen der Praxis bitten hier eindringlich um einheitliche Vorgaben seitens der Politik bzw. des ÖGD.

Zu bedenken sind hierbei neben den Aspekten des Infektionsschutzes auf Seiten des Personals der erforderliche Zeit- und damit auch Kostenaufwand bei begrenzten personellen Kapazitäten. Es müssen hier die erforderlichen Ressourcen zur Verfügung gestellt und refinanziert werden, während gleichzeitig der geforderte Aufwand auf das Notwendige begrenzt wird. Auf Seiten der Bewohner:innen ist die Belastung durch das Testen einzubeziehen, insbesondere bei schwer beeinträchtigten Personen.

Information und Kommunikation

Die Praxis- und Betroffenenvertreter:innen weisen auf hohe Anforderungen bei der Information und Kommunikation mit Angehörigen sowie gesetzlichen Betreuer:innen der Bewohner:innen und deren Anleitung hin. Dies betrifft insbesondere weiterhin erforderliche Maßnahmen des Infektionsschutzes und der Testung, die systematisch erklärt, vermittelt und angeleitet werden müssen. Zu berücksichtigen ist dabei, dass es auch bei Angehörigen und Betreuer:innen erhebliche Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz und damit im Verständnis und der Möglichkeit zur Umsetzung der Maßnahmen gibt, die durch die Pflegefachpersonen im Einzelfall nur unter großem Einsatz aufzufangen sind. Hier erhoffen Praxis- und Betroffenenvertreter:innen sich mehr Unterstützung durch Verbände und Behörden, etwa in Form von geeignetem, an unterschiedliche Voraussetzungen angepasstem Edukationsmaterial für die Kommunikation mit Angehörigen und Betreuer:innen. Auch gezielte Schulungsmaßnahmen für die Beschäftigten sind denkbar, stoßen aber an die Grenzen der vorhandenen personellen Ressourcen.

Darüber hinaus berichten Praxis- und Betroffenenvertreter:innen auch von Situationen, in denen Angehörige und Betreuer:innen jegliche Schutzmaßnahmen ablehnen, was zu schwer zu lösenden Situationen in den Einrichtungen führt. Hier sind klar Vorgaben der Leitungsebene der Einrichtungen erforderlich, wie in solchen Situationen zu verfahren ist.

Strategische Weiterentwicklung des Infektionsschutzes in Pflegeeinrichtungen

Die geschilderte Problematik erinnert an die Unsicherheiten in der Palliativpflege, wo oft verschärfte Hygienemaßnahmen aufgrund von Multiresistenten Erregern (MRE) mit den Bedürfnissen der Betroffenen und ihrer Angehörigen kaum vereinbar erscheinen. In Interviews zeigten sich die Pflegekräfte und Therapeut:innen verunsichert, wie sie die Kontaktbeschränkungen aus Sicht des Infektionsschutzes und die nötige Nähe bei der Palliativpflege gewährleisten können [4]. Ängste in Bezug auf Übertragungsrisiken auf Dritte und das durch die routinierte Nutzung von Schutzkleidung hervorgerufene Gefühl der Sicherheit wurden als hinderlich bei der Umsetzung der Handlungsempfehlungen beobachtet [5]. Nachfolgende interdisziplinäre Handlungsempfehlungen [4] aus diesem Kontext erscheinen für die strategische Weiterentwicklung des Infektionsschutzes in Alten- und Pflegeheimen auch unter den Bedingungen der Pandemie und darüber hinaus geeignet:

1. *Einrichtung einer Hygienekommission:* Die Hygienekommission ist im Heim dafür zuständig, die gesetzlichen Vorgaben sowie die bundes- und landeseinheitlichen Empfehlungen in die jeweilige Einrichtung zu übertragen. Dafür sollte diese Kommission interdisziplinär besetzt sein, unter Beteiligung des Heimbeirates. Sie entscheidet über die weiteren Maßnahmen, Änderungen im Hygieneplan sowie über die notwendigen Schulungskonzepte. Im Gegensatz zu medizinischen Einrichtungen ist die Hygienekommission in Heimen nicht gesetzlich vorgeschrieben. Dennoch wird sie aufgrund des organisatorischen Nutzens für den betrieblichen Infektionsschutz seit Jahren seitens der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) am Robert Koch-Institut [6] sowie von der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene [7] empfohlen.
2. *Bedarfsgerechter Hygieneplan:* Ein Hygieneplan soll dem Personal als Handlungsempfehlung dienen und wird in vielen Fällen auch mit einer Arbeits- und Dienstanweisung verknüpft. Der individuelle Hygieneplan berücksichtigt die betriebsinternen Gegebenheiten und ist fortlaufend anzupassen. Hygienepläne sind gem. Infektionsschutzgesetz § 36 Abs. 1 in Heimen vorgeschrieben [6, 7]. Als Alternative kann eine eigenständige Handlungsempfehlung speziell zu betriebsinternen Hygienemaßnahmen während der COVID-Pandemie verfasst werden. Diese sollte jedoch als Anlage bzw. Ergänzung zum Hygieneplan deklariert werden, um den Vorga-



ben eine hohe Verbindlichkeit zu geben. Viele Gesundheitsämter und Landesbehörden stellen entsprechende Musterdokumente zur Verfügung, die an die betriebsinternen Belange angepasst und ergänzt werden müssen.

3. *Hygienebeauftragte/r*: In jeder Einrichtung sollte dem Personal mindestens ein Ansprechpartner für hygienespezifische Fragestellungen zur Verfügung stehen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die/der Hygienebeauftragte für diese Aufgabe ausreichend qualifiziert sein muss und ihr/ihm auch ausreichend zeitliche Ressourcen zur Verfügung stehen müssen, um sich in die aktuellen Vorgaben einzuarbeiten und das Personal ausreichend zu beraten. Es kann Sinn ergeben, die Pflegedienstleitung gleichzeitig zur / zum Hygienebeauftragte:n zu ernennen. Allerdings kann die hierarchische Abhängigkeit auch zu Hemmnissen seitens des Personals führen. Besser wäre die Benennung mehrerer Hygienebeauftragten z.B. auf jedem Wohnbereich und auch für die Hauswirtschaft.
4. *Schulungen*: Schon vor der COVID-Pandemie waren die relevanten Hygienevorgaben z.B. die KRINKO-Empfehlungen dem Personal nicht in jedem Fall bekannt. Dieses Problem wurde durch die häufigen Änderungen aufgrund neuer Erkenntnisse im Rahmen der COVID-Pandemie noch verstärkt. Zur Verunsicherung tragen sicher auch die vielen unterschiedlichen Informationen, unter anderem in den Medien und den sozialen Netzwerken bei. Aus diesem Grund ist es dringend notwendig, das Personal regelmäßig und systematisch zu den Hygienemaßnahmen zu schulen. Zum einen sind regelmäßige Unterweisungen des gesamten Personals bei Änderungen im Hygieneplan seitens des Arbeitsschutzes [8] und des Infektionsschutzes [6, 7, 9] gefordert. Zum anderen sind regelmäßige und anlassbezogene Personalschulungen unabdingbare Bausteine im betrieblichen Hygienemanagement.
5. *Etablierung eines Hygiene-Netzwerks*: Der Aufbau eines Hygiene-Netzwerkes zum Austausch zwischen den Hygienebeauftragten könnte dabei helfen, aktuelle Fragestellungen (über-) regional zu diskutieren und aktuelle Entwicklungen zu erfahren.

6. *Fehlermanagement*: Ein weiterer Baustein ist der offene Umgang mit Fehlern und Unsicherheit. In Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen sind Critical Incident Reporting Systeme (CIRS), also Berichtssysteme über kritische Vorkommnisse, auf der Grundlage von § 136a SGB V gesetzlich gefordert und etabliert. Dies soll dazu dienen, aus Fehlern (anderer) zu lernen, also zukünftig diesen Fehlern in der eigenen Einrichtung vorzubeugen. Während eine Verpflichtung zur Umsetzung eines CIRS für Alten- und Pflegeheime zwar nicht besteht, wären sie jedoch auch hier geeignet, den Prozess einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung, auch im Bereich der Hygiene, zu stärken.

Fazit und Empfehlungen

Heimbetreiber und das Personal in Heimen müssen sich auch weiterhin mit stetig ändernden Vorgaben des Infektionsschutzes befassen. Dabei zeigte das Expert:innengespräch, dass bei großer Übereinstimmung in den Grundlinien erhebliche Unsicherheiten und lokale Anpassungsbedarfe bestehen.

Über die lokale Ausgestaltung des Infektionsschutzes kann jedoch nicht in allen Details durch behördliche oder trägerseitige Vorgaben entschieden werden. Unsicherheiten müssen vor Ort und im Alltag bewältigt werden. Die Mitarbeitenden vor Ort in den Einrichtungen müssen gestärkt werden, um die Anforderungen des Infektionsschutzes unter gleichzeitiger Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes der Bewohner:innen und pflegfachlicher Zielsetzungen umsetzen zu können. Hierzu sind verstärkte Kommunikation, Schulung, Anleitung und Beratung erforderlich, damit die Mitarbeitenden in den Pflege- und Altenheimen die erforderliche Kompetenz entwickeln. Gefragt sind hier sowohl Anbieterverbände als auch pflegerische Berufsverbände, Pflegekammern und öffentliche Stellen. Wir empfehlen hier dringend, kurzfristig die entsprechenden Angebote und Bemühungen zur verstärken. Grundsätzlich zeigt sich allerdings auch hier wieder, dass insbesondere für Aufgaben im Bereich der Edukation, Anleitung und Beratung aber auch der Prävention strukturell zu geringe personelle und finanzielle Ressourcen in der stationären Langzeitpflege zur Verfügung stehen. Es bedarf hier grundlegender Veränderungen, über die aktuelle Bewältigung der Pandemie hinaus.

Strategisch ist darüber hinaus zu empfehlen, vor Ort notwendige Hygienestrukturen aufzubauen, die aus einer Hygienekommission, einem Hygieneplan und Hygienebeauftragten besteht. Die Durchführung von regelmäßigen und anlassbezogenen Personalschulungen ist ein Kernstück des betriebsinternen Hygienemanagements auch während der COVID-Pandemie.



Zu empfehlen ist weiterhin, die Kenntnis der Einrichtungsleitung zum Sero- und Impfstatus der Beschäftigten in den Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Dies kann etwa durch eine Ergänzung von § 23 Absatz 3 Infektionsschutzgesetz erfolgen. Alten- und Pflegeheimen würden damit den anderen Einrichtungen im Gesundheitswesen, wie etwa Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen oder Arztpraxen gleichgestellt.

Quellen

1. Robert Koch-Institut (2021) Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html
2. Hämel K, Horn A, Rolf A, Graffmann-Weschke K, Petereit-Haack G, Ziech P (2021) Ermöglichung sozialer Kontakte von Bewohner*innen in Alten- und Pflegeheimen während der COVID-19-Pandemie, 06, Bremen
3. Robert Koch-Institut (2021) Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen, Version 21, Berlin
4. Tiedtke JM, Stiel S, Heckel M et al. (2018) Staff members' ambivalence on caring for patients with multidrug-resistant bacteria at their end of life: A qualitative study. *Journal of clinical nursing* 27(15-16): 3115–3122. doi: 10.1111/jocn.14503
5. Heckel M, Illig A, Brunner S, Ostgathe C (2020) Evaluating the implementation of national recommendations on multidrug-resistant bacterial microorganisms in end-of-life care. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 158-159: 47–53. doi: 10.1016/j.zefq.2020.10.005
6. Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) (2005) Infektionsprävention in Heimen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 48(9): 1061–1080. doi: 10.1007/s00103-005-1126-2
7. Gleich S, Walger P, Popp W, Lemm F, Exner M (2021) Nosokomiale COVID-19-Ausbrüche in vollstationären Pflegeeinrichtungen Ursachen und Forderungen. *Mitteilung der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH). Hygiene & Medizin* 46(3): 24–29
8. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (2016) TRBA 250 Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege



9. Bales S, Baumann H-G, Schnitzler N (2015) Infektionsschutzgesetz. Kommentar und Vorschriften-sammlung, 3., überarbeitete Auflage. Kohlhammer, Stuttgart

Autor:innen, Peer-Reviewer:innen und Ansprechpersonen

Autor:innen:

Ziech, Patrick, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt

Horn, Annett, Fachhochschule Münster

Hämel, Kerstin, AG 6 Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft, Fakultät für Gesundheitswissen-schaften, Universität Bielefeld

Arnold, Laura, Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf

Graffmann-Weschke, Katharina, AOK Pflege Akademie, AOK Nordost

Fischer, Thomas, Evangelische Hochschule Dresden

Peer-Reviewer:innen

Corinna Schaefer, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin

Olaf von dem Knesebeck, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf

Kontakt

Prof. Dr. Thomas Fischer, MPH, ehs Dresden, Thomas.Fischer@ehs-dresden.de

Die Autor:innen geben an, keine Interessenkonflikte in Bezug auf diese Publikation zu haben.

Bitte zitieren als:

Ziech, Patrick; Horn, Annett; Hämel, Kerstin; Arnold, Laura; Graffmann-Weschke, Katharina; Fischer, Thomas: Anpassung der Infektionsschutzmaßnahmen in Alten- und Pflegeheimen. 2021, Bremen: Kompetenznetz Public Health COVID-19.)



Disclaimer: Dieses Papier wurde im Rahmen des Kompetenznetzes Public Health zu COVID-19 erstellt. Die alleinige Verantwortung für die Inhalte dieses Papiers liegt bei den Autor:innen.

Das Kompetenznetz Public Health zu COVID-19 ist ein Ad hoc-Zusammenschluss von über 25 wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbänden aus dem Bereich Public Health, die hier ihre methodische, epidemiologische, statistische, sozialwissenschaftliche sowie (bevölkerungs-)medizinische Fachkenntnis bündeln. Gemeinsam vertreten wir mehrere Tausend Wissenschaftler:innen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz.