

## Hintergrundpapier

# Die Versorgungssituation von Nicht-COVID-19-Erkrankten in Zeiten von Corona

## Kernbotschaften

Dieses Papier befasst sich mit der gesundheitlichen Versorgungssituation von Nicht-COVID-19-Erkrankten in Zeiten von Corona. Es werden exemplarisch anhand der Bereiche Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus und mit Pflegebedarf sowie den Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) erste deskriptive Erkenntnisse zur Inanspruchnahme und Versorgung dargestellt. Zusammengefasst lässt sich Folgendes feststellen:

- Bei der Versorgungsinanspruchnahme von Disease Management Programmen von Menschen mit Diabetes mellitus deutet sich ein Rückgang an. Bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 wird eine Verdoppelung der Fälle mit ketoazidotischen Stoffwechselsituation berichtet.
- In der Pflege weisen die Befunde in allen Versorgungssettings auf eine fehlende Verfügbarkeit von Schutzmaterial, fehlendes Personal, unzureichende patientenzentrierte Versorgungsprozesse und gesundheitliche Gefährdungen durch soziale Isolationsmaßnahmen sowie psychische Belastungen der Mitarbeitenden hin. In der ambulanten Pflege deuten sich zudem erhebliche zusätzliche Belastungen von pflegenden Angehörigen an.
- Die Mitarbeiter\*innen im ÖGD haben trotz des hohen Arbeitsaufkommens im Infektionsschutz zusätzlich einen Großteil ihrer Pflichtaufgaben erfüllt, was nur durch den Einsatz zusätzlichen Personals ermöglicht wurde. Allerdings konnten nicht alle Regelaufgaben durchgeführt werden, wie z. B. Schuleingangsuntersuchungen.

Dieses Papier richtet sich an politische Entscheider\*innen auf kommunaler, Landes- und Bundesebene, Institutionen des Gesundheitswesens, die wissenschaftliche Gemeinschaft und an interessierte Bürger\*innen.

**Version 01, veröffentlicht am 10. September 2020**

## Hintergrund

Zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie und Bündelung von Ressourcen zur Identifizierung und Versorgung von COVID-19-Erkrankten erfolgte zu Beginn der Pandemie eine Einschränkung der Gesundheitsversorgung für Nicht-COVID-19-Erkrankte. Beispielsweise hat der Gemeinsame Bundesausschuss im Zuge der pandemiebedingten Ausnahmeregelungen die Dokumentationspflicht für Disease Management Programme (DMP) und die Verpflichtung für Patient\*innen zur Teilnahme an empfohlenen Schulungen vom ersten bis dritten Quartal 2020 ausgesetzt (1). Zudem wurden, um die Versorgung der COVID-19 infizierten Patient\*innen sicherzustellen, in großem Stil Ressourcen für die Intensivmedizin und auch im Normalstationsbetrieb zur Verfügung gestellt (2). Diese Umorganisation zog jedoch eine Reihe von Problemen in der Versorgung chronisch und akut Kranker nach sich. Unter anderem fehlten Ressourcen in der Herzinfarkt-Erstversorgung (3) und auf Stroke Units (4). Zudem ist anzunehmen, dass Menschen, die nicht an Covid-19 erkrankt sind, auch aus Sorge vor Ansteckung die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung reduzierten und beispielsweise auf präventive Maßnahmen wie Kontrolluntersuchungen und auf elektive sowie dringende Behandlungen verzichteten (5). In einer Studie, die die Inanspruchnahme in einer Münchner Notaufnahme während der Pandemie untersuchte, zeigte sich ein geringeres Patient\*innenaufkommen (6). Auch in der Diagnostik und Versorgung chronisch erkrankter Menschen zeigen sich Tendenzen eines geringeren Patient\*innenaufkommens, beispielweise bei der Tumorerstdiagnostik (7) und bei DMP der ambulanten ärztlichen Versorgung (8). Von den Veränderungen und Einschränkungen der Gesundheitsversorgung aufgrund der COVID-19-Pandemie scheinen jedoch auch andere Bereiche in erheblichem Maße betroffen, wie zum Beispiel die pflegerische und therapeutische Versorgung und die Aufgabenbereiche des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Um potentielle Risiken und gesundheitliche Gefährdungssituationen der skizzierten Versorgungslage rechtzeitig zu identifizieren und ihnen entgegensteuern zu können, ist es bedeutsam, die Veränderungen in der Versorgung zu beschreiben und begleitend zu beobachten.

## Ziel

Der Beitrag betrachtet die Versorgungssituation von Nicht-COVID-19-Erkrankten seit Beginn der Pandemie. Diese kann durch unterschiedliche Aspekte wie eine veränderte Verfügbarkeit von Leistungs-

erbringern, eigene Entscheidungen von Nicht-COVID-19-Erkrankten zur Inanspruchnahme von Versorgung oder auch mögliche Folgen der Versorgungsumsteuerung geprägt sein. Dabei ist davon auszugehen, dass sich die Bedingungen im Lauf der Zeit geändert haben und auch regional variierten.

Im Fokus stehen insbesondere die qualitative und quantitative deskriptive Betrachtung von Prozessen, jedoch auch patientenrelevante Outcomes. Betrachtet werden zunächst drei Beispiele – die Versorgung von chronisch kranken Menschen am Beispiel Diabetes mellitus, die Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf und der Öffentliche Gesundheitsdienst.

Ziel ist, Erkenntnisse zur Inanspruchnahme und Versorgung und potentiell daraus folgende gesundheitliche Gefährdungen zu benennen, die sich während der pandemiebedingten Veränderungen der Gesundheitsversorgung ergeben haben. Damit sollen erste Informationen für eine weitergehende Auseinandersetzung zur Verfügung stehen.

## Methoden

In diesem Hintergrundpapier werden die drei Bereiche, Versorgung von chronisch kranken Menschen am Beispiel Diabetes mellitus, Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf und der Öffentliche Gesundheitsdienst, zunächst kurz skizziert. Im Juli und August 2020 wurde eine erste explorative Analyse der Versorgungslage anhand von zugänglichen Versorgungsdaten sowie anhand von ersten Befunden aus der Literatur durchgeführt. Es werden forschungsbasierte Erkenntnisse aus früheren Krisensituationen und erste Ergebnisse von nationalen und internationalen Beobachtungen in Zeiten der COVID-19-Pandemie berichtet.

## Ergebnisse

### Beispiel 1: Versorgung von chronisch kranken Menschen am Beispiel Diabetes mellitus

Studien aus früheren Krisensituationen zeigen unterschiedliche Ergebnisse. Eine Übersichtsarbeit fasst Studien nach Naturkatastrophen wie die Hurricans Sandy und Katrina und das Erdbeben in Japan zusammen (9). Ein Teil der Studien fand keine ungünstigen Gesundheitsoutcomes, andere Studien berichteten jedoch eine Einschränkung der medizinischen Versorgung (Medikation, Vorsorgeuntersuchungen), Verschlechterungen der Stoffwechseleinstellungen und Anstiege von diabetes-assoziierten Komplikationen wie Fußulcera und kardialen Ereignissen.



Erste internationale Studien zu den Folgen der COVID-19-Pandemie kommen u. a. aus Großbritannien und Indien. Lipscomb et al. untersuchten die Dokumentation von neu diagnostizierten diabetischen Fußulcera in der Region um Brighton und fanden im April 2020 eine zwei Standardabweichungen übersteigende Reduktion gegenüber dem Mittel der vergangenen zwei Jahre von 48 neuen Ulcera pro Monat, und eine gegenüber April 2019 52%ige Reduktion (10). Folgende Untersuchungen werden zeigen, ob tatsächlich weniger Fußulcera auftraten, möglicherweise durch reduzierte körperliche Aktivität der Menschen mit Diabetes, oder ob Patienten mit Fußulcera nicht in die Praxis kamen und dann verzögert größere Zahlen von schweren – da nicht frühzeitig behandelten – Fußulcerationen auftreten, und das Risiko von Amputationen steigt (10). Ghosal et al. modellierten die Auswirkungen des pandemiebedingten Lockdown auf die Stoffwechseleinstellung und daraus resultierende Risiken für diabetes-assoziierte Folgeerkrankungen in Indien (11). Die Prädiktion ergab eine signifikante Verschlechterung der Stoffwechseleinstellung und signifikante Erhöhung von Risiken, u. a. für Herzinfarkt (0,9% Erhöhung), Schlaganfall (0,5% Erhöhung) und Amputationen (10,4% Erhöhung). Angesichts der Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen, wie auch unterschiedlicher Verläufe des Infektionsgeschehens stellt sich die Frage, in welchem Maße diese Ergebnisse auf Deutschland übertragbar sind.

Daten für Deutschland sind aktuell begrenzt. Eine Analyse des bundesweiten DPV (Diabetes-Patienten-Verlaufsdokumentation)-Registers für Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ 1 zeigte, dass sich während der Pandemie-Zeit bei fast doppelt so vielen Kindern die Erkrankung mit einer ketoazidotischen Stoffwechselsituation manifestierte (entgleister, lebensbedrohlicher hyperglykämischer Zustand) als in entsprechenden Monaten der zwei letzten Jahre, was möglicherweise mit einem reduzierten Angebot gesundheitlicher Versorgung, reduziertem Aufsuchen von Angeboten aufgrund von Angst vor einer Infektion oder komplexen psychosozialen Situationen in den Familien zu begründen ist (12). Erste vorläufige Auswertungen der Daten des Disease Management Programms (DMP) für Diabetes mellitus Typ 2 in der Region Nordrhein zeigten einen deutlichen Rückgang der DMP Teilnehmerszahlen seit Beginn der Pandemie im Vergleich zu den Monaten des Vorjahres 2019. Im Februar und März 2020 lag der Rückgang bei rund 5%, von April bis Juni zwischen 20% und 40% (z. B. Juni 2019 rund 190.000, Juni 2020 rund 120.000 betreute Patient\*innen). Patient\*innen mit Diabetes mellitus Typ 2, die im 2. Quartal 2020 eine Untersuchung hatten, waren älter, länger im DMP betreut, regelmäßiger DMP-Teilnehmer\*innen, tendenziell eher weiblich und stärker von Komorbidität betroffen als Patient\*innen ohne Untersuchung im 2. Quartal 2020. Zudem erreichten sie im ersten Quartal 2020 eher ihre Behandlungsziele als Patient\*innen ohne Untersuchung im 2. Quartal. Die Beobachtungen deuten darauf hin, dass im Verlauf der COVID-19-Pandemie eine positiv selektierte, besonders DMP-adhärente Subgruppe der

DMP-Patient\*innen an den regelmäßigen Untersuchungen teilgenommen hat (noch unveröffentlichte Auswertungen des ZI). Das könnte bedeuten, dass möglicherweise gerade Patient\*innen mit eher niedriger Adhärenz durch das Versorgungsnetz gefallen sind und somit in der Folge eine deutlich schlechtere Versorgung aufweisen. Weitere Analysen müssen erfolgen, um vulnerable Gruppen zu identifizieren und Versorgungsprozesse anzupassen.

## Beispiel 2: Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf

Die Pflege ist in allen Versorgungssettings, wie der stationären Langzeitpflege, der ambulanten Pflege und dem Krankenhaus maßgeblich an der Bewältigung der COVID-19-Pandemie beteiligt, aber auch von ihren Auswirkungen betroffen. Zugleich wurde ihre Systemrelevanz für die Gesundheitsversorgung so deutlich wie selten zuvor. Bereits vor der Pandemie war die Lage angespannt. Besonders prekäre Themenfelder waren z. B. die Personalausstattung, Qualifikation, Anerkennung und Bezahlung, Schaffung patientenzentrierter Versorgungsprozesse und Etablierung pflegewissenschaftlicher Expertise. Unter der Pandemie haben diese Themen zusätzlich an Wichtigkeit gewonnen (13–15). Dabei handelt es sich bei pflegebedürftigen Personen um eine durch die COVID-19-Pandemie besonders gefährdete Gruppe (16, 17). Zu differenzieren sind hier Belastungen bei Beschäftigten, Patient\*innen und ihren Angehörigen. Für die Analyse der Situation der Pflege in Deutschland während der Pandemie stehen bislang jedoch kaum Studien zur Verfügung.

Ambulanten und stationären Einrichtungen der Langzeitpflege ist das hohe COVID-19 assoziierte Sterberisiko ihrer Patient\*innen bzw. Bewohner\*innen bewusst, darauf weist eine Befragung hin (18). Nur einige Einrichtungen sind allerdings tatsächlich von COVID-19-Ausbrüchen betroffen, dann jedoch zu meist mit mehreren Erkrankten (18). Die Pflegeeinrichtungen standen dabei insbesondere bis Mai 2020 vor erheblichen strukturellen Herausforderungen, die auch eine Versorgung von Nicht-COVID-19-Erkrankten gefährdet. Zu nennen sind hier vor allem die unzureichende Verfügbarkeit von Schutzausrüstung (19) und Desinfektionsmittel für die Belegschaft, spät vorliegende Testergebnisse für Patient\*innen bzw. Pflegeheimbewohner\*innen und Mitarbeitende sowie ein sehr hoher Krankheitsstand (15, 18, 20). Zeitweise strikte soziale Isolationsmaßnahmen aller Pflegeheimbewohner\*innen, die auch Angehörige, Therapeut\*innen, Dienstleistungen wie Fußpflege, aber auch zum Teil den Kontakt zu Ärzt\*innen betrafen, wurden vor dem Hintergrund möglicher Schäden, die daraus bei Bewohner\*innen entstehen können, kritisch diskutiert (14, 17, 18). Im August 2020 legte die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. eine S1-Leitlinie zur sozialen Teilhabe und Lebensqualität in der stationären

Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie vor, die Handlungsempfehlungen zum Umgang mit dieser Situation gibt (21). Doch auch die Umsetzung der Infektionsschutzmaßnahmen stellte das Personal in Pflegeeinrichtungen vor erhebliche organisatorische Herausforderungen. Diese brachten zudem psychische Belastungen mit sich, wie die Sorge vor Ansteckung der Mitarbeitenden und Bewohner\*innen (20). Unterstrichen wird diese Sorge vor den als hoch bewerteten Infektionszahlen bei Mitarbeitenden in Pflegeeinrichtungen, bei denen es auch zu Todesfällen kam (16).

In der ambulanten Pflege deuten sich mögliche instabile oder gefährdete Versorgungslagen an. Geschlossen wird dies aus dem Rückgang der Inanspruchnahme von Sachleistungen bei ambulanten Pflegediensten, der Schließung von teilstationären Angeboten, der reduzierten Unterstützung durch Angehörige und Freund\*innen, reduzierten Kontakt zu Hausärzt\*innen sowie dem Ausfall von im Haushalt lebenden Betreuungskräften (18, 22). Auch hier wird ein Mangel an Schutzausrüstung und Desinfektionsmitteln sowie die unzureichende Berücksichtigung in Verteilungsplänen und Krisenszenarien sowie die belastende Sorge vor einer Infektion bei Mitarbeitenden und Patient\*innen berichtet (15, 20). Hinzu kommt die zusätzlich erlebte Belastung von pflegenden Angehörigen etwa durch die eingeschränkte Vereinbarkeit von Beruf und Pflege während der Pandemie, aber auch durch verstärkte soziale Isolation (22–25).

In der stationären Pflege im Krankenhaus zeichnet sich eine ähnliche Situation ab. Auch hier finden sich unzureichende Verfügbarkeiten von Schutzmaterialien, fehlendes Pflegepersonal, jedoch auch Belastungen der Mitarbeitenden durch interne Versetzungen in neue Arbeitsfelder und zum Teil Kurzarbeit oder Veränderung der Arbeitszeiten (26–28). Eine Übersichtsarbeit verdeutlicht eine erhebliche Belastung des Pflegepersonals durch Stress, aber auch das vermehrte Auftreten von Symptomen von Depression und Angst (29). Drei Befragungen der Gesundheitsprofessionen weisen ebenfalls darauf hin, dass Pflegenden während der COVID-19-Pandemie besonders belastet sind (28, 30, 31).

### Beispiel 3: Öffentlicher Gesundheitsdienst

Für den ÖGD gibt es wenige Studien, die sich mit der Versorgung oder Aufgabenerfüllung in Krisenzeiten befassen. In Arbeiten zum Management der Influenza A/H1N1-Pandemie durch den ÖGD halten die Autor\*innen fest, dass monatelang wichtige Themen und Aufgaben hintenanstehen mussten, um die Surveillance von Neuerkrankungen mit dem bis dato unbekanntem Influenzavirus aufzubauen, durchzuführen und die Ergebnisse zu bewerten, Infektionsschutzmaßnahmen zu treffen, den hohen Beratungsbedarf abzudecken und die Impfkampagne zu organisieren und durchzuführen (32, 33). Ähnliche Feststellungen sind auch in einer Nachbetrachtung der COVID-19-Pandemie zu erwarten.



Selbst in „normalen“ Zeiten kommt der ÖGD oftmals an die Grenzen seiner Belastbarkeit. Der erhöhte Arbeitsaufwand durch die COVID-19-Pandemie war und ist ohne zusätzliche Kräfte (Honorarärzt\*innen, Unterstützung aus anderen Verwaltungsbereichen, Medizinstudierende, Bundeswehr) kaum zu bewältigen. Die ersten Ausbrüche größeren Ausmaßes in Heinsberg und Tirschenreuth lösten in allen Gesundheitsämtern in Deutschland die Aktivierung des Krisenstabs und den Einsatz des gesamten Personals im Infektionsschutz aus (34–40). Noch vor Schließung von Kindergärten und Schulen und den Kontaktbeschränkungen Ende März, die de facto eine Aufgabenwahrnehmung im herkömmlichen Sinn unmöglich machten, wurden bereits Anfang März in stärker betroffenen Stadt- und Landkreisen ein Teil der Pflichtaufgaben des ÖGD eingestellt. Davon betroffen sind Schuleingangsuntersuchungen, zahnärztliche Reihenuntersuchungen und Prophylaxemaßnahmen, die aufsuchende Betreuung von Menschen in psychosozialen Belastungssituationen durch die sozialpsychiatrischen Dienste, sämtliche Gutachten u.v.a.m. Über die Auswirkungen der nicht durchgeführten Schuleingangsuntersuchungen kann nur spekuliert werden. Es ist jedoch anzunehmen, dass ein Teil der Kinder mit noch nicht erkannten Entwicklungsauffälligkeiten, Beeinträchtigungen im Seh- und Hörvermögen sowie der Grob- und Feinmotorik in die Schule gehen wird. Verschobene Gutachten können die Erwerbsfähigkeit von Menschen betreffen, aber auch den Bedarf an Frühförderung oder die Übernahme von Behandlungskosten nach Asylbewerberleistungsgesetz.

Exemplarisch für Hamburg sind folgende Veränderungen der Versorgung im Vergleich zum gleichen Zeitraum 2019 zu konstatieren (34):

Im 1. Halbjahr 2020 wurden

- knapp 150 Fälle weniger bei Hilfen für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsauffälligkeiten, seelischen Problemen, psychischen und psychosomatischen Störungen oder drohenden oder manifesten geistigen, seelischen oder mehrfachen Behinderungen betreut als im 1. Halbjahr 2019 (3.344 zu 3.493).
- ca. 600 Fälle weniger bei Hilfen für volljährige psychisch Kranke, geistig Behinderte sowie deren Angehörige betreut als im gleichen Zeitraum des Vorjahres (5.777 zu 6.391).
- gut 100 Einweisungen nach Hamburgischem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HamburgPsychKG) des Zentralen Zufühdienstes mehr vorgenommen (2.296 zu 2.187), wobei seit Jahren eine zunehmende Anzahl an Einweisungen in Hamburg zu beobachten ist.
- 54 % der Schuleingangsuntersuchungen im Vergleich zu 77 % im Vorjahr durchgeführt.



- ca. 30 % der schulzahnärztlichen Untersuchungen und zahnärztlichen Untersuchungen nach HambSG und KiBeG im Vergleich zum 1. Halbjahr 2019 durchgeführt.
- ca. doppelt so viele Fälle im Infektionsschutz gezählt wie im gleichen Zeitraum des Vorjahres (39.555 zu 20.419).

Die Zahlen weichen teilweise nur knapp von den Vorjahreszahlen ab, bei Verdoppelung der Fälle im Infektionsschutz

Gemäß der Empfehlung der Bundesregierung wurden 5 Containmentscouts pro 20.000 Einwohner\*innen zusätzlich angestellt. Bei 1.845.017 Einwohner\*innen entspricht dies gut 460 zusätzlichen Kräften, wobei hier darauf hinzuweisen ist, dass es sich nicht um medizinisch, epidemiologisch oder gesundheitswissenschaftlich geschultes Personal gehandelt hat. Als hilfreich wurden vor allen Dingen Studierende empfunden, die sowohl durch das Medis4ÖGD-Projekt des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (35) als auch das Robert Koch-Institut rekrutiert wurden. Ebenso ist der Einsatz von Kolleg\*innen aus anderen Verwaltungsbereichen und dem MDK, in erster Linie, als hilfreich wahrgenommen worden. Zudem sind zu Beginn der Pandemie viele Kolleg\*innen aus anderen Bereichen des ÖGD im Infektionsschutz eingesetzt worden.

Keine Angaben liegen z. B. zu der Zahl der amtsärztlichen Gutachten, der aufsuchenden Betreuung von Menschen in psychosozialen Belastungssituationen etc. vor. Diese Aufgaben sind nach ersten Informationen aus verschiedenen Gesundheitsämtern mindestens in den Monaten März bis Mai 2020 ausgesetzt worden. Insbesondere mit Blick auf die aufsuchenden Hilfen ist zu berücksichtigen, dass auch andere Institutionen innerhalb und außerhalb der Verwaltung hier nicht oder nur in sehr reduziertem Maß tätig waren (z.B. Obdachlosenhilfe, Tafeln etc.).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass trotz der hohen Zahlen im Infektionsschutz die Mitarbeiter\*innen im ÖGD zusätzlich einen Großteil ihrer Pflichtaufgaben erfüllt haben. Dies war und wird zukünftig nur mit dem zusätzlichen Einsatz von Personal und Mehrarbeit der ÖGD-Mitarbeiter\*innen möglich sein. Potentielle Folgen der durch COVID-19 eingeschränkten Schuleingangsuntersuchungen, Betreuungen von vulnerablen Gruppen erfordern detailliertere Untersuchungen bzw. Auswertungen.

## Fazit und Empfehlungen

Die erste Übersicht deutet auf problematische Versorgungssituationen und daraus folgende gesundheitliche Folgen hin, die sich durch die Maßnahmen des Infektionsschutzes ergeben haben oder ver-



stärkt wurden. Weitere Untersuchungen sind erforderlich, um diese Hypothese zu verifizieren und insbesondere zu konkretisieren. Anschließende Beiträge werden spezifische Fragen aufgreifen. Dabei stehen insbesondere folgende Fragen im Fokus:

- Welche Gruppe von Menschen mit chronischen Erkrankungen ist besonders betroffen? Welche Prozesse haben sich verändert, kann man bereits kurz- und mittelfristige Folgen absehen?
- Welche gesundheitlich gefährdenden Belastungslagen stellen sich in der pflegerischen Versorgung dar? Welche Ansatzpunkte zeichnen sich ab, um insbesondere die kommunale pflegerische Versorgung in Pandemie- und anderen besonderen Bedarfssituationen sicherzustellen und Mitarbeitende, Patient\*innen und Angehörige zielgerichtet zu unterstützen z. B. durch Community Health Nurses, Advanced Practice Nurses und/oder durch Förderung ambulanter Versorgungsangebote?
- In welchem Umfang sind Gesundheitshilfen, z. B. aufsuchende Hilfen für Menschen in psychosozialen Belastungssituationen während der COVID-19-Pandemie erfolgt? Welche Ansatzpunkte für eine kontinuierliche Aufrechterhaltung dieser Angebote auch während Krisenzeiten lassen sich daraus ableiten?
- Inwiefern führt die (oft wenig spezifische) Definition von Risikogruppen (z. B. ab sechzig Jahren) dazu, dass notwendige Versorgung, z. B. aus Angst vor einer Infektion, nicht wahrgenommen wird? Wie können Betroffene unterstützt werden, während einer Pandemie etablierte Versorgungswege einzuhalten?
- Welche Konsequenzen für die Versorgungsforschung lassen sich ableiten, welche bereits jetzt für die praktische Versorgung?

## Literatur

1. Gemeinsamer Bundesausschuss, Hrsg. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die 19. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Ausnahmeregelungen für Schulungen und Dokumentationen aufgrund der COVID-19-Pandemie 2020.
2. Härter M, Bremer D, Scherer M, Knesebeck O von dem, Koch-Gromus U. Impact of COVID-19-pandemic on Clinical Care, Work Flows and Staff at a University Hospital: Results of an Interview-study at the UKE. Gesundheitswesen 2020. doi: 10.1055/a-1226-6828.
3. Gitt AK, Karcher AK, Zahn R, Zeymer U. Collateral damage of COVID-19-lockdown in Germany: decline of NSTEMI-ACS admissions. Clin Res Cardiol 2020. doi: 10.1007/s00392-020-01705-x.

4. Bersano A, Kraemer M, Touzé E, Weber R, Alamowitch S, Sibon I et al. Stroke care during the COVID-19 pandemic: experience from three large European countries. *Eur J Neurol* 2020. doi: 10.1111/ene.14375.
5. Ansmann L, Hörold M, Tempes J, Messer M, Uthoff SAK, Apfelbacher C et al. Wie gelingen gute Entscheidungen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung für Nicht-Covid-19 Erkrankte?: Die Verantwortung der Gesundheitsorganisationen in der Pandemie [Hintergrundpapier]; 2020. Verfügbar unter: <https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/Hintergrund-HL-Zugang-V1.pdf>.
6. Tschakowsky T, Becker von Rose A, Consalvo S, Pflüger P, Barthel P, Spinner CD et al. Patientenzahlen im Rahmen der COVID-19-Pandemie in einer zentralen Notaufnahme. *Notfall Rettungsmed* 2020. doi: 10.1007/s10049-020-00757-w.
7. Weisel KC, Morgner-Miehlke A, Petersen C, Fiedler W, Block A, Schafhausen P et al. Implications of SARS-CoV-2 Infection and COVID-19 Crisis on Clinical Cancer Care: Report of the University Cancer Center Hamburg. *Oncol Res Treat* 2020; 43(6):307–13. doi: 10.1159/000508272.
8. Beier M. Wie Hausärzte die Corona-Pandemie meistern; 2020 [Stand: 23.08.2020]. Verfügbar unter: <https://www.hausaerzte-bayern.de/index.php/berufspolitik/berufspolitische-informationen/rundschreiben/4813-wie-hausaerzte-die-corona-pandemie-meistern.html>.
9. Allweiss P. Diabetes and Disasters: Recent Studies and Resources for Preparedness. *Current Diabetes Reports* 2019; 19(11):131. doi: 10.1007/s11892-019-1258-7.
10. Lipscomb D, Smith AS, Adamson S, Rezazadeh EM. Diabetic foot ulceration in COVID-19 lockdown: cause for concern or unexpected benefit? *Diabet Med* 2020; 37(8):1409–10. doi: 10.1111/dme.14340.
11. Ghosal S, Sinha B, Majumder M, Misra A. Estimation of effects of nationwide lockdown for containing coronavirus infection on worsening of glycosylated haemoglobin and increase in diabetes-related complications: A simulation model using multivariate regression analysis. *Diabetes Metab Syndr* 2020; 14(4):319–23. doi: 10.1016/j.dsx.2020.03.014.
12. Kamrath C, Mönkemöller K, Biester T, Rohrer T, Warncke K, Hammersen J et al. Ketoacidosis in Children and Adolescents With Newly Diagnosed Type 1 Diabetes During the COVID-19 Pandemic in Germany. *JAMA* 2020. doi: 10.1001/jama.2020.13445.

13. Dichter M., Kocks A., Meyer G., Stepan A. Pflege ist systemrelevant - nicht nur in Corona-Zeiten: Gemeinsame Stellungnahme zum Internationalen Jahr der Pflegenden und Hebammen vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie in Deutschland; 2020.
14. Dichter MN, Sander M, Seismann-Petersen S, Köpke S. COVID-19: it is time to balance infection management and person-centered care to maintain mental health of people living in German nursing homes. *Int Psychogeriatr* 2020:1–4. doi: 10.1017/S1041610220000897.
15. Hunlede D, Thole C, Wehrstedt N, Wiedermann A. Einbindung von Pflegefachwissen im Rahmen der Pandemie: Pflegerische Selbstverwaltungen sollten dringend Teil der Krisenstäbe sein. *Pflegewissenschaft* 2020:10–4.
16. o. V. Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19): COVID-19 Lagebericht 15.08.2020; 2020 [Stand: 15.08.2020]. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/2020-08-15-de.pdf](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-08-15-de.pdf).
17. o. V. Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen zwischen Schutz und Selbstwirksamkeit in der Corona-Pandemie: 93. Gesundheitsministerkonferenz Sonderkonferenz am 18.06.2020 [Resolution]; 2020. Verfügbar unter: [https://www.gmkonline.de/documents/top-32--resolution\\_pflegebeduerftige-zwischen-schutz-und-selbstwirksamkeit\\_1592483755.pdf](https://www.gmkonline.de/documents/top-32--resolution_pflegebeduerftige-zwischen-schutz-und-selbstwirksamkeit_1592483755.pdf).
18. Wolf-Ostermann, K., Rothgang H. Zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie: Ergebnisse einer Online-Befragung in Einrichtungen der (teil)stationären und ambulanten Langzeitpflege. Bremen: Bremen; 2020.
19. Küstner K. Streit um Engpässe bei Schutzkleidung; 2020 [Stand: 23.08.2020]. Verfügbar unter: <https://www.tagesschau.de/inland/masken-schutzkleidung-mangel-101.html>.
20. Hower KI, Pförtner T-K, Pfaff H. Pflegerische Versorgung in Zeiten von Corona - Drohender Systemkollaps oder normaler Wahnsinn?: Wissenschaftliche Studie zu Herausforderungen und Belastungen aus der Sichtweise von Führungskräften 2020 [Stand: 23.08.2020]. Verfügbar unter: [http://www.imvr.de/uploads/Pflegerische\\_Versorgung\\_in\\_Zeiten\\_von\\_Corona\\_Ergebnisbericht.pdf](http://www.imvr.de/uploads/Pflegerische_Versorgung_in_Zeiten_von_Corona_Ergebnisbericht.pdf).
21. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft, Hrsg. S1 Leitlinie - Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie: Langfassung - AWMF Register-nummer 184 – 001 2020.

22. Köhler, K., Dreyer, J., Hochgraeber, I., Pinkert C. Gefährdet die Covid-19-Pandemie die Stabilität häuslicher Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mit Demenz?: Eine Reflektion. *Pflegewissenschaft* 2020:87–9.
23. Eggert S, Teubner C, Budnik A, Gellert P, Kuhlmeier A. Pflegende Angehörige in der Covid-19-Krise. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung; 2020 [Stand: 23.08.2020]. Verfügbar unter: <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Analyse-Angeh%C3%B6rigeCOVID19.pdf>.
24. Zimmermann M, Gorontzi F, Häussinger D, Kempchen U, Razum O, Segmüller T et al. Handlungsempfehlungen zum Schutz vor Infektionen und vor sozialer Isolation von Menschen mit Pflegebedürftigkeit und Teilhabebeeinträchtigungen in einer Exit-Strategie in interdisziplinärer Expertise 2020 [Stand: 23.08.2020]. Verfügbar unter: [https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/2020\\_4\\_30\\_erstellung\\_von\\_handlungsempfehlungen\\_0.pdf](https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/2020_4_30_erstellung_von_handlungsempfehlungen_0.pdf).
25. Seifler A, Schubert M, Petereit-Haack G, Horn, A., Kämpf D et al. Soziale Isolation als Sterblichkeitsrisiko für ältere Menschen: Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche („Rapid Scoping Review“) ergänzt durch eine qualitative Erhebung [Hintergrundpapier]; 2020. Verfügbar unter: [https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/2020\\_05\\_18\\_fact\\_sheet\\_soziale-isolation-als-mortalita\\_\\_tsrisiko\\_1.pdf](https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/2020_05_18_fact_sheet_soziale-isolation-als-mortalita__tsrisiko_1.pdf).
26. Rheindorf J, Blöcker J, Himmel C, Trost A. Wie erleben Pflegefachpersonen die Corona-Pandemie?: Sorgen und Zuversicht in der direkten Versorgung. *Pflege* 2020; 73(8):50–3. doi: 10.1007/s41906-020-0761-4.
27. Bergow A, Gaidys U. COVID-19 Pflege Studie: Erfahrungen von Pflegenden während der Pandemie - erste Teilergebnisse. *Pflegewissenschaft* 2020:33–6.
28. Kramer V, Papazova I, Thoma A, Kunz M, Falkai P, Schneider-Axmann T et al. Subjective burdens and perspectives of German healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2020. doi: 10.1007/s00406-020-01183-2.
29. Bohlken J, Schömig F, Lemke MR, Pumberger M, Riedel-Heller SG. COVID-19-Pandemie: Belastungen des medizinischen Personals. *Psychiatr Prax* 2020; 47(4):190–7. doi: 10.1055/a-1159-5551.
30. Skoda E-M, Teufel M, Stang A, Jöckel K-H, Junne F, Weismüller B et al. Psychological burdens of healthcare professionals in Germany during the acute phase of the COVID-19 pandemic: differences and similarities in the international context. *J Public Health (Oxf)* 2020. doi: 10.1093/pubmed/fdaa124.

31. Paffenholz P, Peine A, Hellmich M, Paffenholz SV, Martin L, Luedde M et al. Perception of the 2020 SARS-CoV-2 pandemic among medical professionals in Germany: results from a nationwide online survey. *Emerg Microbes Infect* 2020; 9(1):1590–9. doi: 10.1080/22221751.2020.1785951.
32. Bradt K, Schütz-Langermann A, Zeck G, Winkel I. Das Management der Influenza A/H1N1-Pandemie durch die Gesundheitsämter in Deutschland - Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. *Gesundheitswesen* 2011; 73(11):722–9. doi: 10.1055/s-0031-1291292.
33. Bellinger O, Götsch U, Böddinghaus B, Kraus-Leonhäuser D, Gottschalk R. Management der Influenzapandemie auf kommunaler Ebene. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2010; 53(12):1250–6. doi: 10.1007/s00103-010-1160-6.
34. Senat der Stadt Hamburg. Halbjahresbericht 2020, jährliches Berichtswesen für Schulbaumaßnahmen, Bericht über gewährte Sicherheitsleistungen für den Erhalt und die Weiterentwicklung der Hamburgischen Sportinfrastruktur sowie Bericht über übertragene Mittel aus den zentralen Ansätzen zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie und neu geschaffene Stellen auf Basis von Artikel 9 Nummer 44 Haushaltsbeschluss: Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft [Drucksache 22/1100]. Hamburg; 2020 [Stand: 24.08.2020]. Verfügbar unter: [https://www.buergerschaft-hh.de/parldok/dokument/72216/halbjahresbericht\\_2020\\_jaehrliches\\_berichtswesen\\_fuer\\_schulbaumassnahmen\\_bericht\\_ueber\\_gewaehrte\\_sicherheitsleistungen\\_fuer\\_den\\_erhalt\\_und\\_die\\_weitere.pdf](https://www.buergerschaft-hh.de/parldok/dokument/72216/halbjahresbericht_2020_jaehrliches_berichtswesen_fuer_schulbaumassnahmen_bericht_ueber_gewaehrte_sicherheitsleistungen_fuer_den_erhalt_und_die_weitere.pdf).
35. o.V. MEDIS4ÖGD. Verfügbar unter: <https://www.bvoegd.de/medis4oegd/>.

## Autor\*innen, Peer-Reviewer\*innen und Ansprechpersonen

### Hauptautor\*innen

Dr. Melanie Messer, APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft, Sektion „Externe Lehrende“, Bremen

Prof.in Dr. Dagmar Starke, Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf

Prof. Dr. Dr. Andrea Icks, Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie, Centre for Health and Society, Medizinische Fakultät, Heinrich Heine Universität Düsseldorf

### Co-Autorinnen\*innen

Patrick Wagner, Rems-Murr-Kliniken gGmbH

Birte Bader, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen, Freie und Hansestadt Hamburg, Bezirksamt Hamburg-Mitte

Dr. Thomas Bierbaum, Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V.

Prof. Dr. Thomas Fischer, Evangelische Hochschule Dresden (ehs)

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, Institut für Community Medicine / Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health, Universitätsmedizin Greifswald

Prof. Dr. Jochen Schmitt, Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV), Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Larissa Burggraf, Allgemeinmedizinisches Institut, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

### Peer-Reviewer\*innen

Prof. Dr. Eva Maria Bitzer, Public Health & Health Education, Pädagogische Hochschule Freiburg

Prof. Dr. Kerstin Hämel, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck, Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

**Interessenkonflikte**

Die Autor\*innen geben an, keine Interessenkonflikte zu haben.

**Ansprechpersonen**

Dr. Melanie Messer, [messermelanie@googlemail.com](mailto:messermelanie@googlemail.com)

Prof. Dr. Dr. Andrea Icks, [andrea.icks@uni-duesseldorf.de](mailto:andrea.icks@uni-duesseldorf.de)

Prof.in Dr. phil. Dagmar Starke, [starke@akademie-oegw.de](mailto:starke@akademie-oegw.de)

**Zitierweise**

Messer M, Starke D, Wagner P, Bader B, Bierbaum T, Fischer T, Schmitt J, Hoffmann W, Burggraf L, Icks A, Die Versorgungssituation von Nicht-COVID-19-Erkrankten in Zeiten von Corona. 2020, 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.