

## Hintergrundpapier

# Wie können nicht an-COVID-19 Erkrankte gute Entscheidungen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung treffen?

Die Verantwortung der Gesundheitsorganisationen in der Pandemie

## Kernbotschaften

Dieses Papier befasst sich mit Maßnahmen, die nicht-COVID-19- erkrankte Menschen unterstützen können, eine gesundheitskompetente Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung zu treffen. Dabei geht es um Maßnahmen auf Ebene des Gesundheitssystems sowie auf Ebene der Gesundheitseinrichtungen.

- Sowohl in Deutschland als auch international mehren sich Hinweise darauf, dass Menschen mit akuten Beschwerden oder chronischen Erkrankungen während der aktuellen COVID-19-Pandemie Gesundheitsversorgung nicht oder verspätet in Anspruch nehmen.
- Internationale Studien ohne Bezug zur COVID-19-Pandemie liefern Hinweise, dass die Gesundheitskompetenz von Menschen mit chronischen Erkrankungen eine Voraussetzung für die bedarfsgerechte Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung ist.
- Es ist wichtig, die organisatorischen Maßnahmen an Patient\*innen zu kommunizieren, die in Gesundheitseinrichtungen getroffen werden, um das Infektionsrisiko zu minimieren. Dies sollte über telefonische oder Online-Beratungsangebote für Patient\*innen geschehen, um sie individuell beim Abwägen von Risiken und Nutzen der Inanspruchnahme zu unterstützen, auch wenn die Evidenz zur Wirksamkeit solcher beratenden bzw. informierenden Maßnahmen aktuell eingeschränkt ist.
- Den Akteuren im Gesundheitssystem kommt die Aufgabe zu, alle Bevölkerungsgruppen über geeignete Kommunikationskanäle und individuelle Beratungsangebote zu einer gesundheitskompetenten Entscheidung hinsichtlich der Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung zu befähigen.

**Dieses Papier richtet sich an politische Stakeholder, Gesundheitsinstitutionen und wissenschaftlich Interessierte.**

Version 01, veröffentlicht am 27.07.2020, Stand der Literaturrecherche  
01.07.2020

## Hintergrund

Um die Verbreitung von SARS-CoV-2 einzudämmen und Kapazitäten für die Intensivversorgung von COVID-19-Erkrankten mit schweren Verläufen zu schaffen, wurde der Zugang zur Gesundheitsversorgung für nicht an COVID-19-erkrankte Menschen zu Beginn der Pandemie in Deutschland und vielen weiteren Ländern eingeschränkt (1–6). Dies betraf vor allem elektive Eingriffe, während die Akutversorgung bei dringlichen und lebensbedrohlichen Erkrankungen aufrecht erhalten wurde (6). Auch mehrten sich Hinweise darauf, dass Patient\*innen die Gesundheitsversorgung aus Angst vor Ansteckung, zur Entlastung des Gesundheitssystems, aus fehlendem Wissen oder Unsicherheit und aus Sorge vor Isolation durch Besuchsverbote während Krankenhausaufenthalten nicht oder verspätet in Anspruch nehmen (7–13). Ähnliche Entwicklungen konnten ebenfalls während der SARS-Pandemie (2002/2003) in verschiedenen betroffenen Ländern beobachtet werden (14–16). Zahlreiche internationale Studien belegen einen starken Rückgang der Versorgung von nicht-an COVID-19-erkrankten Menschen seit Beginn der Pandemie (17–22). Weltweit wurden etwa 28 Millionen operative Eingriffe verschoben oder abgesagt (22); in Deutschland etwa 900.000. Der Rückgang der Versorgung betrifft beispielsweise die Akutversorgung bei Herzinfarkten und Schlaganfällen (23), aber auch die Inanspruchnahme präventiver Versorgungsleistungen wie beispielsweise Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen insbesondere im Kindesalter (24–26) zu. Ebenfalls betroffen ist die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen als größte Patient\*innengruppe im deutschen Gesundheitswesen. So weisen Daten zum Versorgungsgeschehen sowie Stellungnahmen deutscher Fachgesellschaften auf zwei Veränderungen hin. Erstens ist der Zugang zur Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen teilweise eingeschränkt (z. B. Verschiebung von Operationen bei onkologischen Patient\*innen (2, 5, 27, 28)). Zweitens wird die Versorgung teilweise anders organisiert. Letzteres betrifft zum Beispiel die Versorgung klinisch stabiler Hämodialysepatient\*innen in ambulanten Dialyseeinrichtungen während der COVID-19 Pandemie, die durch bestimmte Maßnahmen sichergestellt wurde: u.a. einfacher Zugang zu COVID-19-Schnelltests, Verringerung der Zahl der anwesenden Patient\*innen durch die Eröffnung zusätzlicher Schichten und eine verbesserte Terminplanung, Schaffen isolierter Bereiche und räumlicher Distanz zwischen Patient\*innen innerhalb der Hämodialyseeinrichtung (29, 30)). Zum anderen wird Gesundheitsversorgung seitens der Patient\*innen nicht oder verspätet in Anspruch genom-



men oder hinterfragt (z. B. Abbrechen anti-rheumatischer Behandlungen, um das SARS-CoV-2-Infektionsrisiko zu reduzieren (31, 32); reduzierte Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgung (33)). Verspätete Konsultationen von Ärzt\*innen und Therapeut\*innen sowie verschobene oder eigenständig abgebrochene Behandlungen können gesundheitliche Folgen nach sich ziehen. Unklar bleibt, ob die verringerte Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung in manchen Bereichen eine bisherige Überversorgung reduziert.

Menschen mit akuten oder chronischen Erkrankungen stehen also vor der Herausforderung abzuwägen zwischen der Notwendigkeit der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung und dem Risiko, sich dabei mit SARS-CoV-2 zu infizieren. Ebenso können Einschränkungen bei der Inanspruchnahme von Versorgung, wie z. B. Besuchsverbote während eines Krankenhausaufenthaltes bei der Abwägung eine Rolle spielen. Um diese Entscheidungen so zu treffen, dass sie bestmöglich zum Erhalt und zur Förderung der eigenen Gesundheit beitragen, bedarf es der Ressource Gesundheitskompetenz. Gesundheitskompetenz beschreibt im Kern die individuelle Fähigkeit, gesundheitliche Information zu suchen, zu finden, zu verstehen, zu bewerten und für gesundheitsbezogene Entscheidungen zu nutzen (34). Gesundheitskompetenz ist schon ohne Pandemie eine Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung und sie ist unter Patient\*innen ungleich verteilt (35–39). Während der durch Unsicherheit charakterisierten Situation der COVID-19-Pandemie ist davon auszugehen, dass die Gesundheitskompetenz von Patient\*innen eine besonders kritische Ressource darstellt (40, 41).

## Ziel/Fragestellung

Der Beitrag geht der Frage nach, mit welchen Maßnahmen, Menschen mit einer unterschiedlich gut ausgeprägten Gesundheitskompetenz während der COVID-19-Pandemie und während zukünftiger Pandemien unterstützt werden können, gute Entscheidungen hinsichtlich der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung zu treffen.

## Methoden

Im Mai und Juni 2020 wurden in der Datenbank PubMed deutsch- und englischsprachige systematische Übersichtsarbeiten und Originalarbeiten der letzten fünf Jahre zu Interventionen zur Förderung von gesundheitskompetenten Entscheidungen und zur Inanspruchnahme von Formen der Versorgung gesucht, die keinen Besuch von Gesundheitseinrichtungen erfordern (Telemedizin, digitale Beratungsan-



gebote). Der Fokus lag dabei auf chronischen und akuten Erkrankungen, im Verlauf haben wir die Suche auf die COVID-19 Pandemie oder vorausgegangene Pandemien eingegrenzt. Ergänzend wurden Stellungnahmen der bei der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften gelisteten Fachgesellschaften mit dem Bezug zur COVID-19 Pandemie gesichtet und eine Handsuche auf der Internetseite des Deutschen Ärzteblatts durchgeführt, um bereits umgesetzte oder empfohlene Maßnahmen sowie aktuelle Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen einzubeziehen.

## Ergebnisse

Um gesundheitskompetente Entscheidungen wahrscheinlicher zu machen, stehen sowohl das Gesundheitssystem als auch Gesundheitseinrichtungen in der Verantwortung, der Komplexität von Patient\*innen gerecht zu werden („Patient\*innenorientierung“) (42). Sie müssen also Maßnahmen zu ergreifen, die es Menschen, die nicht an COVID-19 erkrankt sind, erleichtern, sich begründet für oder gegen die Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung zu entscheiden. Solche Maßnahmen auf Ebene von Gesundheitseinrichtungen wären ein Ausdruck organisationaler Gesundheitskompetenz (43). Gesundheitskompetente Organisationen versetzen Personen in die Lage, die für angemessene gesundheitsbezogene Entscheidungen relevanten Gesundheitsinformationen zu finden, zu verarbeiten und zu verstehen (44). Organisationale Maßnahmen, die in der COVID-19 Pandemie zurzeit von Fachgesellschaften empfohlen und erprobt werden, um eine Infektion von bisher nicht an COVID-19 erkrankten Menschen zu vermeiden und dennoch gesundheitliche Versorgung zu ermöglichen, sind:

- Aufteilung der stationären und ggfs. ambulanten Einrichtungen und des Personals in getrennte COVID-19 und Nicht-COVID-19 Behandlungseinheiten (45), um Infektionen und die Sorge von Patient\*innen vor einer Infektion zu reduzieren,
- Befristung von Maßnahmen, die Zugang und Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung durch nicht an -COVID-19- erkrankte Menschen einschränken (46), um eine verzögerte oder versäumte Versorgung weitestgehend zu vermeiden,
- Umstellung auf Telefon- bzw. Videosprechstunden, um einerseits Konsultationen ohne Infektionsrisiko zu gewährleisten und andererseits gemeinsam mit den Patient\*innen gute Entscheidungen über die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung während der COVID-19- Pandemie zu treffen (47, 48, 14, 28, 49–52).

## Umsetzung

Damit diese organisationalen Maßnahmen sich in gesundheitskompetente Entscheidungen für oder gegen die Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung übersetzen, müssen sie transparent und verständlich an die Zielgruppe kommuniziert werden. Es ist also Aufgabe von Gesundheitseinrichtungen, die von ihnen getroffenen Maßnahmen effektiv zu kommunizieren, um das Vertrauen von Patient\*innen zu gewinnen und Patient\*innen bei der Entscheidung aktiv durch u.a. individuelle Beratungsangebote zu unterstützen. Aus Studien ist aktuell jedoch nichts darüber bekannt, ob und wie Maßnahmen zur Verringerung des Infektionsrisikos in Gesundheitseinrichtungen dazu führen, dass nicht-infizierte Patient\*innen Gesundheitsversorgung (wieder) in Anspruch nehmen.

Neben den Gesundheitseinrichtungen stehen auch die Gesundheitspolitik sowie die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen in der Verantwortung, die Bevölkerung dabei zu unterstützen, gesundheitskompetente Entscheidungen für oder gegen die Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung zu treffen. Bisherige Informationsportale für evidenzbasierte Gesundheitsinformationen würden sich grundsätzlich dafür eignen, Empfehlungen zu kommunizieren, wie man diesbezüglich gute Entscheidungen trifft. Sie könnten Nicht-COVID-19-erkrankte Menschen bei der Abwägung von Nutzen und Risiken einer Inanspruchnahme unterstützen. Diese Portale (inklusive deren Social-Media-Kanäle) werden bereits genutzt, um die Bevölkerung anzusprechen (z. B. [www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de), [www.bzga.de](http://www.bzga.de), [www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus), [www.patientenberatung.de](http://www.patientenberatung.de), [www.krebsinformationsdienst.de](http://www.krebsinformationsdienst.de)). Sie haben allerdings eine relativ geringe Reichweite (53) und stellen zudem im Zusammenhang mit COVID-19 in erster Linie Informationen für Menschen mit COVID-19-Infektion oder für Menschen mit Kontakt zu COVID-19-Erkrankten zur Verfügung. Für die Frage, wie Menschen mit akuter oder chronischer Erkrankung, die nicht mit COVID-19 erkrankt sind, zu einer informierten, gut begründeten Entscheidung über die Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung kommen können, gibt es wenig Informationsangebote.

Bei der Entwicklung und Umsetzung aller Maßnahmen sollten Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen (insbesondere hinsichtlich sozioökonomischer Merkmale wie Alter, Geschlecht, sozialer Status, Sprache und Migrationshintergrund) Berücksichtigung finden. Ebenfalls können die Bedürfnisse und Voraussetzungen für einen Einsatz von digitalen Informationsangeboten und Gesundheitstechnologie nach der Ausprägung der individuellen Gesundheitskompetenz und soziodemographischen Merkmalen variieren (54, 55). Sozioökonomische Unterschiede in der Gesundheitskompetenz sind be-

reits hinlänglich bekannt (56, 41, 40) und können durchaus eine Rolle bei der Erklärung sozialer Ungleichheiten im COVID-19 Erkrankungs- und Sterberisiko spielen. Bleiben diese Unterschiede unberücksichtigt, können soziale und gesundheitliche Ungleichheiten weiter verstärkt werden (57).

## Fazit und Empfehlungen

Die Bestrebungen zur Eindämmung des neuartigen SARS-CoV-2 führen auch zu einem eingeschränkten Zugang zu und einer reduzierten Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung für nicht an COVID-19 erkrankte Menschen. Internationale Studien liefern Hinweise, dass die Gesundheitskompetenz eine wichtige Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung darstellt. In der derzeitigen COVID-19-Pandemie und in zukünftigen Krisensituationen sollten sowohl die Gesundheitspolitik als auch Gesundheitseinrichtungen die Bedingungen für Versorgung so gestalten, dass sie gesundheitskompetente Entscheidungen für oder gegen die Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung von nicht-infizierten Personen ermöglichen. Die oben beschriebenen Maßnahmen in Gesundheitseinrichtungen sowie deren Kommunikation an Patient\*innen als auch die Informierung und Beratung der breiten Bevölkerung sind vielversprechende Wege, um Patient\*innen bei der Entscheidungsfindung zu unterstützen. Der Umstand, dass die Bevölkerung zurzeit stark für das Thema Gesundheit sensibilisiert ist, kann für die erforderlichen Maßnahmen positiv genutzt werden. Politik und Selbstverwaltung sollten daher jetzt ihre Bemühungen intensivieren, vorhandene vertrauenswürdige, qualitativ hochwertige Informations- und Beratungskapazitäten zu stärken und ihren Bekanntheitsgrad zu erhöhen. Hier erscheint nicht zuletzt das in Planung befindliche nationale Gesundheitsportal, das bisherige Informationsangebote bündelt und die Zielgruppe von Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz explizit anspricht, wichtiger und dringender denn je (58).

## Referenzen

1. Søreide K, Hallet J, Matthews JB, Schnitzbauer AA, Line PD, Lai PBS et al. Immediate and long-term impact of the COVID-19 pandemic on delivery of surgical services. *Br J Surg* 2020.
2. Nelson B. Covid-19 is shattering US cancer care. *BMJ* 2020; 369:m1544.
3. Gupta S, Shahidi N, Gilroy N, Rex DK, Burgess NG, Bourke MJ. A proposal for the return to routine endoscopy during the COVID-19 pandemic. *Gastrointest Endosc* 2020.
4. Fasano A, Antonini A, Katzenschlager R, Krack P, Odin P, Evans AH et al. Management of Advanced Therapies in Parkinson's Disease Patients in Times of Humanitarian Crisis: The COVID-19 Experience. *Mov Disord Clin Pract* 2020; 7(4):361–72.
5. Brunner M, Stinner B, Benz SR, Grützmann R. COVID-19-Pandemie: Folgen für die onkologische kolorektale Chirurgie; 2020 [cited 2020 May 20]. Available from: URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/COVID-19?s=&p=1&n=1&nid=112454>.



6. COVID-19: Verschiebung elektiver Operationen muss individuell entschieden werden; 2020 [cited 2020 May 20]. Available from: URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/COVID-19?s=&p=1&n=1&nid=111309>.
7. Kugbey N, Ohene-Oti N, Vanderpuye V. COVID-19 and its ramifications for cancer patients in low-resource settings: Ghana as a case study. *Ecancermedalscience* 2020; 14:ed99.
8. Lazzerini M, Barbi E, Apicella A, Marchetti F, Cardinale F, Trobia G. Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health* 2020; 4(5):e10-e11.
9. Notwendige Behandlungen nicht aufschieben; 2020 [cited 2020 May 20]. Available from: URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/COVID%2D19?s=&p=1&n=1&nid=111972>.
10. Coronapandemie verzögert Diagnose von Krebserkrankungen; 2020 [cited 2020 May 20]. Available from: URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/112835/Coronapandemie-verzoegert-Diagnose-von-Krebserkrankungen>.
11. Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie (DGHO). Angst vor COVID-19 verzögert Diagnose und Therapie bei KrebspatientInnen; 2020 [cited 2020 May 20]. Available from: URL: <https://www.dgho.de/aktuelles/presse/pressemitteilungen/angst-vor-covid-19-verzoegert-diagnose-und-therapie-bei-krebspatientinnen>.
12. Büntzel J, Klein M, Keinki C, Walter S, Büntzel J, Hübner J. Oncology services in corona times: a flash interview among German cancer patients and their physicians. *J Cancer Res Clin Oncol* 2020 [cited 2020 Jul 8].
13. McQuilkin PA, Udhayashankar K, Niescierenko M, Maranda L. Health-Care Access during the Ebola Virus Epidemic in Liberia. *Am J Trop Med Hyg* 2017; 97(3):931–6.
14. Schull MJ, Stukel TA, Vermeulen MJ, Zwarenstein M, Alter DA, Manuel DG et al. Effect of widespread restrictions on the use of hospital services during an outbreak of severe acute respiratory syndrome. *CMAJ* 2007; 176(13):1827–32.
15. Chang H-J, Huang N, Lee C-H, Hsu Y-J, Hsieh C-J, Chou Y-J. The impact of the SARS epidemic on the utilization of medical services: SARS and the fear of SARS. *Am J Public Health* 2004; 94(4):562–4.
16. Lee J, Holden L, Fung K, Danjoux C, Chow E, Gillies C. Impact of severe acute respiratory syndrome on patient access to palliative radiation therapy. *Support Cancer Ther* 2005; 2(2):109–13.
17. Tam C-CF, Cheung K-S, Lam S, Wong A, Yung A, Sze M et al. Impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on outcome of myocardial infarction in Hong Kong, China. *Catheter Cardiovasc Interv* 2020.
18. Thaler M, Khosravi I, Hirschmann MT, Kort NP, Zagra L, Epinetto JA et al. Disruption of joint arthroplasty services in Europe during the COVID-19 pandemic: an online survey within the European Hip Society (EHS) and the European Knee Associates (EKA). *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2020.
19. Christey G, Amey J, Campbell A, Smith A. Variation in volumes and characteristics of trauma patients admitted to a level one trauma centre during national level 4 lockdown for COVID-19 in New Zealand. *N Z Med J* 2020; 133(1513):81–8.
20. Tausende Krebstote mehr wegen Lockdowns erwartet; 2020 [cited 2020 May 20]. Available from: URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/COVID-19?s=&p=1&n=1&nid=112488>.
21. 28 Millionen chirurgische Eingriffe weltweit aufgrund von COVID-19 verschoben; 2020 [cited 2020 Jul 7]. Available from: URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/112862/28-Millionen-chirurgische-Eingriffe-weltweit-aufgrund-von-COVID-19-verschoben>.
22. Elective surgery cancellations due to the COVID-19 pandemic: global predictive modelling to inform surgical recovery plans. *Br J Surg* 2020.
23. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). Starker Rückgang der Krankenhaus-Fallzahlen durch Coronavirus-Lockdown bei planbaren Eingriffen, aber auch bei Notfällen; 2020 [cited 2020 Jul 7]. Available from: URL: [https://www.aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2020/index\\_23739.html](https://www.aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2020/index_23739.html).



24. Ärzte appellieren, Arztbesuche nicht aufzuschieben; 2020 [cited 2020 May 20]. Available from: URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/COVID-19?s=&p=1&n=1&nid=112413>.
25. Kinderärzte warnen vor Vernachlässigung von Impfungen; 2020 [cited 2020 May 20]. Available from: URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/COVID%2D19?s=&p=1&n=1&nid=111753>.
26. Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ). Zeitgerechte Gabe von Standardimpfungen gem. STIKO-Empfehlungen auch in der Pandemie mit dem neuen Coronavirus (SARS-CoV-2) wichtig; 2020. Available from: URL: <https://www.dakj.de/pressemitteilungen/zeitgerechte-gabe-von-standardimpfungen-gem-stiko-empfehlungen-auch-in-der-pandemie-mit-dem-neuen-coronavirus-sars-cov-2-wichtig/>.
27. Pohl M. Chef der Krebshilfe: "50.000 Operationen fanden wegen Corona nicht statt"; 2020 [cited 2020 Jul 13]. Available from: URL: <https://www.augsburger-allgemeine.de/politik/Chef-der-Krebshilfe-50-000-Operationen-fanden-wegen-Corona-nicht-statt-id57718291.html>.
28. Al-Shamsi HO, Alhazzani W, Alhurairi A, Coomes EA, Chemaly RF, Almuhanna M et al. A Practical Approach to the Management of Cancer Patients During the Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: An International Collaborative Group. *Oncologist* 2020.
29. Weiner DE, Watnick SG. Hemodialysis and COVID-19: An Achilles' Heel in the Pandemic Health Care Response in the United States. *Kidney Med* 2020.
30. Notfallplan soll Dialyse-Versorgung während der Pandemie sicherstellen; 2020 [cited 2020 May 20]. Available from: URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/COVID-19?s=&p=1&n=1&nid=111396>.
31. Michaud K, Wipfler K, Shaw Y, Simon TA, Cornish A, England BR et al. Experiences of Patients with Rheumatic Diseases in the US During Early Days of the COVID-19 Pandemic. *ACR Open Rheumatol* 2020.
32. Schmeiser T, Broll M, Dormann A, Fräbel C, Hermann W, Hudowenz O et al. Einstellung von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen zur immunsuppressiven Therapie im Rahmen der COVID-19 Pandemie – eine Situationsanalyse. *Z Rheumatol* 2020; 79(4):379–84.
33. Psychotherapeuten verzeichnen weniger Anfragen; 2020 [cited 2020 May 20]. Available from: URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/COVID%2D19?s=&p=1&n=1&nid=112452>.
34. Sørensen K, van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12:80.
35. Murphy LA, Harrington P, Taylor SJ, Teljeur C, Smith SM, Pinnock H et al. Clinical-effectiveness of self-management interventions in chronic obstructive pulmonary disease: An overview of reviews. *Chron Respir Dis* 2017; 14(3):276–88.
36. Palumbo R. Examining the impacts of health literacy on healthcare costs. An evidence synthesis. *Health Serv Manage Res* 2017; 30(4):197–212.
37. Papadakos JK, Hasan SM, Barnsley J, Berta W, Fazelzad R, Papadakos CJ et al. Health literacy and cancer self-management behaviors: A scoping review. *Cancer* 2018; 124(21):4202–10.
38. Taylor DM, Fraser SDS, Bradley JA, Bradley C, Draper H, Metcalfe W et al. A Systematic Review of the Prevalence and Associations of Limited Health Literacy in CKD. *Clin J Am Soc Nephrol* 2017; 12(7):1070–84.
39. Wang T, Tan J-Y, Xiao LD, Deng R. Effectiveness of disease-specific self-management education on health outcomes in patients with chronic obstructive pulmonary disease: An updated systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns* 2017; 100(8):1432–46.
40. Paakkari L, Okan O. COVID-19: health literacy is an underestimated problem. *Lancet Public Health* 2020; 5(5):e249-e250.
41. Abel T, McQueen D. Critical health literacy and the COVID-19 crisis. *Health Promot Int* 2020.
42. Sørensen K. Shifting the Health Literacy Mindset to Enhance People-Centred Health Services; 2018 [cited 2020 Jul 7]. Available from: URL: <https://health.gov/news-archive/blog/2018/07/shifting-the-health-literacy-mindset-to-enhance-people-centred-health-services/>.





43. Brach C, Keller D, Hernandez, Lyla M., Baur, Cynthia, Parker, Ruth, Dreyer, Benard, Schyve P, Lemerise AJ et al. Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations 2012 [cited 2020 Jul 8]. Available from: URL: [https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/BPH\\_Ten\\_HLit\\_Attributes.pdf](https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/BPH_Ten_HLit_Attributes.pdf).
44. Schaefer C, Bitzer EM, Dierks M-L, Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz e.V. Mehr Organisationale Gesundheitskompetenz in die Gesundheitsversorgung bringen! Ein Positionspapier des Deutschen Netzwerks Gesundheitskompetenz e.V. DNGK. Deutsche Nationalbibliothek.
45. Biedermann K. Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie e.V.-Statement\_nicht-elektive\_Eingriffe.
46. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC), Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA). Gemeinsames Statement von DGCH, DGAI, BDC und BDA zur Wiederaufnahme von elektiven Operationen in deutschen Krankenhäusern; 2020. Available from: URL: [https://dgou.de/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/News/News/2020/Wiederaufnahme\\_elektiver\\_Eingriffe\\_Statement\\_2020\\_04\\_27.pdf](https://dgou.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/News/News/2020/Wiederaufnahme_elektiver_Eingriffe_Statement_2020_04_27.pdf).
47. Gorodeski EZ, Goyal P, Cox ZL, Thibodeau JT, Reay RE, Rasmusson K et al. Virtual Visits for Care of Patients with Heart Failure in the Era of COVID-19: A Statement from the Heart Failure Society of America. J Card Fail 2020.
48. Krüger-Brand H. Coronapandemie: Digitale Werkzeuge für den medizinischen Alltag; 2020. Available from: URL: <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&typ=16&aid=213598&s=COVID%2D19&s=Telemedizin>.
49. Contreras CM, Metzger GA, Beane JD, Dedhia PH, Ejaz A, Pawlik TM. Telemedicine: Patient-Provider Clinical Engagement During the COVID-19 Pandemic and Beyond. J Gastrointest Surg 2020.
50. Hong Z, Li N, Li D, Li J, Li B, Xiong W et al. Telemedicine During the COVID-19 Pandemic: Experiences From Western China. J Med Internet Res 2020; 22(5):e19577.
51. Calton B, Abedini N, Fratkin M. Telemedicine in the Time of Coronavirus. J Pain Symptom Manage 2020.
52. Elkbuli A, Ehrlich H, McKenney M. The effective use of telemedicine to save lives and maintain structure in a healthcare system: Current response to COVID-19. Am J Emerg Med 2020.
53. Hambrock U. Die Suche nach Gesundheitsinformationen: Patientenperspektiven und Marktüberblick. Gütersloh; 2018.
54. Parker S, Prince A, Thomas L, Song H, Milosevic D, Harris MF. Electronic, mobile and telehealth tools for vulnerable patients with chronic disease: a systematic review and realist synthesis. BMJ Open 2018; 8(8):e019192.
55. Rolland-Harris E, Mangtani P, Moore KM. Who uses telehealth? Setting a usage baseline for the early identification of pandemic influenza activity. Telemed J E Health 2012; 18(2):153–7.
56. Sokol R, Fisher E. Peer Support for the Hardly Reached: A Systematic Review. Am J Public Health 2016; 106(7):e1-8.
57. Wahrendorf M, Köchelmann A, dem Knesebeck O von, Vonneilich N, Bolte G, Lehmann F et al. Verschärfen COVID-19 Pandemie und Infektionsschutzmaßnahmen die gesundheitlichen Ungleichheiten?: Eine Übersicht wissenschaftlicher Erkenntnisse zur möglichen Verschärfung gesundheitlicher Ungleichheiten durch die COVID-19 Pandemie und den Maßnahmen zum Infektionsschutz; 2020 [cited 2020 Jul 9]. Available from: URL: [https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/Hintergrundpapier\\_SozUngl\\_COVID19\\_final.pdf](https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/Hintergrundpapier_SozUngl_COVID19_final.pdf).
58. Nationales Gesundheitsportal soll im Sommer online gehen; 2020 [cited 2020 Jul 7]. Available from: URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/109158/Nationales-Gesundheitsportal-soll-im-Sommer-online-gehen>.



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

### Autor\*innen

- Prof. Dr. Lena Ansmann, *Abteilung Organisationsbezogene Versorgungsforschung, Fakultät VI Medizin und Gesundheitswissenschaften, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg*
- Dr. Madlen Hörold, *Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg*
- Jana Tempes, MPH, *Public Health & Health Education, Pädagogische Hochschule Freiburg*
- Dr. Melanie Messer, *APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft, Bremen, Sektion „Externe Lehrende“*
- Sarah A. K. Uthoff, MPH, *Abteilung Organisationsbezogene Versorgungsforschung, Fakultät VI Medizin und Gesundheitswissenschaften, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg*
- Prof. Dr. Christian Apfelbacher, *Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg*
- Prof. Dr. Eva-Maria Bitzer, *Public Health & Health Education, Pädagogische Hochschule Freiburg*

### Peer-Reviewer\*innen

- Prof. Dr. Eva Grill, *Institut für Medizinische Informationsverarbeitung Biometrie und Epidemiologie, Ludwig-Maximilians-Universität München*
- Prof. Dr. Kerstin Hämel, *Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld*
- Prof. Dr. Dagmar Starke, *Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf*
- Prof. Dr. Martin Härter, *Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie und Center for Health Care Research, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf*

### Interessenkonflikte

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

### Ansprechpersonen

- Prof. Dr. Lena Ansmann, [lena.ansmann@uni-oldenburg.de](mailto:lena.ansmann@uni-oldenburg.de)
- Dr. Madlen Hörold, [madlen.hoerold@med.ovgu.de](mailto:madlen.hoerold@med.ovgu.de)

### Zitierweise

Ansmann L, Hörold M, Tempes J, Messer M, Uthoff S A K, Apfelbacher C, Bitzer, EM, Wie gelingen gute Entscheidungen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung für Nicht-Covid-19 Erkrankte? 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.