

Selbst eingeschätzte medizinische Versorgung im Verlauf der SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland: Ergebnisse der COSMO-Studie

Einleitung

Um die Verbreitung von SARS-CoV-2 einzudämmen und die individuellen und gesundheitssystembezogenen COVID-19-Folgen zu begrenzen, wurden deutschlandweit nicht-pharmazeutische Maßnahmen zur Bewältigung der SARS-CoV-2-Pandemie von Bund und Ländern beschlossen. So wurden ab Mitte März Schulen und Kindertagesstätten¹ sowie Restaurants bundesweit geschlossen und allgemeine Kontaktbeschränkungen verabschiedet.² Gleichzeitig wurden Krankenhäuser angewiesen, planbare Operationen und Behandlungen aufzuschieben, um Kapazitäten zur Behandlung von schweren COVID-19-Erkrankungen bereitzustellen.^{3,4} Ab Ende April wurden die Maßnahmen stückweise gelockert, sodass im Mai in vielen Bundesländern Restaurants und Schulen wieder geöffnet werden konnten. Inwieweit diese Maßnahmen aus Sicht der Bevölkerung Auswirkung auf die medizinische Versorgung in diesem Zeitraum hatten, ist bisher wenig untersucht.

Ziel dieser Analyse ist, basierend auf Befragungsdaten die selbst eingeschätzte Versorgungssituation im Verlauf der SARS-CoV-2-Pandemie zu analysieren, d. h. zu Pandemiebeginn kurz nach Einführung der Maßnahmen und vergleichend dazu 3 Monate später nach Lockerung der Maßnahmen. Insbesondere sollen dabei auch Menschen mit chronischen Erkrankungen und Menschen im höheren Lebensalter als potenziell vulnerable Gruppen betrachtet werden.^{5,6}

Methode

Die vorliegende Analyse basiert auf Daten der Online-Befragungsstudie „COVID-19 Snapshot Monitoring“ (COSMO), die zwischen dem 3. März und 25. Mai (Wellen 1 bis 13) wöchentlich und anschließend (Welle 14 bis derzeitiger Welle 25 (3./4.11.2020)) zweiwöchentlich durchgeführt wur-

Kernaussagen

- ▶ Im Vergleich zu Anfang April 2020 gab ein signifikant geringerer Anteil der Befragten im Juli 2020 an, dass notwendige Arztbesuche nicht möglich waren (13,2 % vs. 5,8 %).
- ▶ Der Anteil von Befragten mit einer subjektiv wahrgenommenen Einschränkung in der Versorgung mit notwendigen Medikamenten veränderte sich zwischen den beiden o. g. Zeitpunkten nicht signifikant (6,7 % vs. 7,9 %).
- ▶ Ähnliche Ergebnisse zeigten sich für die Untergruppe von Erwachsenen, die das Vorliegen von chronischen Krankheiten angaben (Einschränkung von Arztbesuchen: 12,4 % vs. 5,8 %; Einschränkung der medikamentösen Versorgung: 5,3 % vs. 3,9 %).
- ▶ Rückblickend auf den Zeitraum seit Pandemiebeginn betrachtend, gaben von den im Juli Befragten insgesamt 46,7 % für eine anstehende Krebsvorsorgeuntersuchung, 41,4 % für einen anstehenden Gesundheits-Check-up und 43,3 % für eine geplante Untersuchung beim Zahnarzt an, den Termin wegen der Corona-Situation aufgeschoben zu haben.

de.^{7,8} Die 18- bis 74-jährigen Teilnehmenden in Welle 6 (7./8. April 2020, N = 1.022) und Welle 17 (21./22. Juli 2020, N = 1.001) wurden jeweils gefragt, ob ihre Versorgung mit notwendigen Medikamenten zurzeit sichergestellt ist und ob die für sie notwendigen Arztbesuche und -kontakte zurzeit möglich sind (Antwortmöglichkeiten jeweils: ja; nein; trifft nicht zu). Deskriptive Analysen umfassen die Auswertung der Antworthäufigkeiten unter den Teilnehmenden insgesamt sowie stratifiziert nach Alter und Vorliegen einer chronischen Erkrankung getrennt für beide Zeitpunkte. Logistische Regressionsmodelle berücksichtigen die wahrgenommene medikamentöse bzw. die ärztliche Versorgungssituation als abhängige Vari-

ablen, das Vorliegen einer chronischen Erkrankung und das Alter als unabhängige Variablen sowie das Geschlecht und die Bildung als Kovariablen.

Die Bildung wurde dabei in drei Gruppen eingeteilt. Die untere Bildungsgruppe umfasst Personen mit bis zu 9 Jahren Schulbildung, die mittlere Bildungsgruppe Personen mit mindestens 10 Jahren Schulbildung, jedoch ohne Hochschulreife, und die obere Bildungsgruppe Personen mit zusätzlicher Hochschulreife.

Eine zusätzliche Analyse basiert auf der Auswertung von Fragen aus Welle 17 (21./22. Juli 2020, N = 1.001), die sich rückblickend für den Zeitraum seit Pandemiebeginn im März 2020 auf die Aufschiebung von Krebsvorsorgeuntersuchungen, Gesundheits-Check-ups und Zahnarztbesuchen wegen der Corona-Situation beziehen (Antwortmöglichkeiten jeweils: ja; nein, ich habe die Untersuchung(en) wie geplant wahrgenommen; nein, es stand(en) keine Untersuchung(en) an; nein, die Untersuchung(en) fand(en) aus anderen Gründen nicht statt).

Ergebnisse

Vergleich der Charakteristika der Teilnehmenden aus Welle 6 und Welle 17: Die Studienpopulationen aus Welle 6 und Welle 17 wiesen eine vergleichbare Geschlechterzusammensetzung (50,6% [95% KI 47,5–53,6%] vs. 51,0% [47,9–54,1%] Frauen), ein ähnliches mittleres Alter (46,2 Jahre [95% KI 45,3–47,2 Jahre] vs. 45,8 Jahre [95% KI 44,8–46,9 Jahre]) sowie einen ähnlichen Anteil an Teilneh-

menden mit Angabe einer chronischen Erkrankung (32,8% [95% KI 30,0–35,7%] vs. 36,6% [95% KI 33,6–39,6%]) auf.

Anteile der Teilnehmenden aus Welle 6 und Welle 17, welche die medikamentöse und ärztliche Versorgung für sich selbst als relevant und sichergestellt einschätzen – insgesamt: Insgesamt betrachteten im April jeweils drei Viertel der Teilnehmenden die Frage zur Sicherstellung der Versorgung mit notwendigen Medikamenten und die Frage zur Möglichkeit von notwendigen Arztbesuchen als relevant (d. h. Antwort „ja“ oder „nein“) und jeweils ein Viertel als nicht relevant (d. h. Antwort „trifft nicht zu“). Im Juli lag der Anteil an Teilnehmenden, welche die Fragen als relevant einstufen, jeweils etwas höher (s. Abb. 1 und Abb. 2).

Unter Teilnehmenden, welche die Versorgungsfragen als relevant betrachteten, berichteten im April, d. h. zu Beginn der Pandemie, 93,3 % eine sichergestellte Versorgung mit notwendigen Medikamenten und 86,8 % eine Möglichkeit für notwendige Arztkontakte. Im Juli, d. h. nach Lockerung der Maßnahmen, war der Anteil mit einer berichteten sichergestellten Medikamentenversorgung ähnlich hoch (92,1 %) und der Anteil mit berichteten möglichen Arztkontakten etwas höher (94,2 %; s. Tab. 1 und Tab. 2). Dieser Trend ließ sich für weibliche und männliche Teilnehmende gleichermaßen beobachten. Allerdings berichteten Frauen durchweg häufiger über eine sichergestellte Versorgung mit Medikamenten als Männer (April: 95,5 % vs. 90,9 %; Juli: 94,2 % vs. 89,9 %). Für die Möglichkeit von notwendigen Arztkontakten ließ sich kein Unterschied zwi-

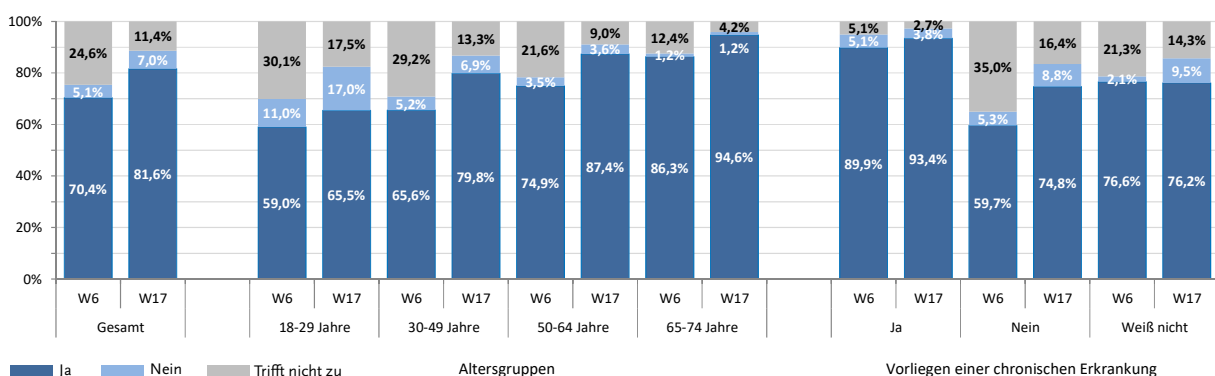


Abb. 1 | Angaben zur selbst eingeschätzten Sicherstellung der Medikamentenversorgung (Welle 6: N = 1.022; Welle 17: N = 1.001). Gesamt, nach Altersgruppe und Vorliegen einer chronischen Erkrankung.

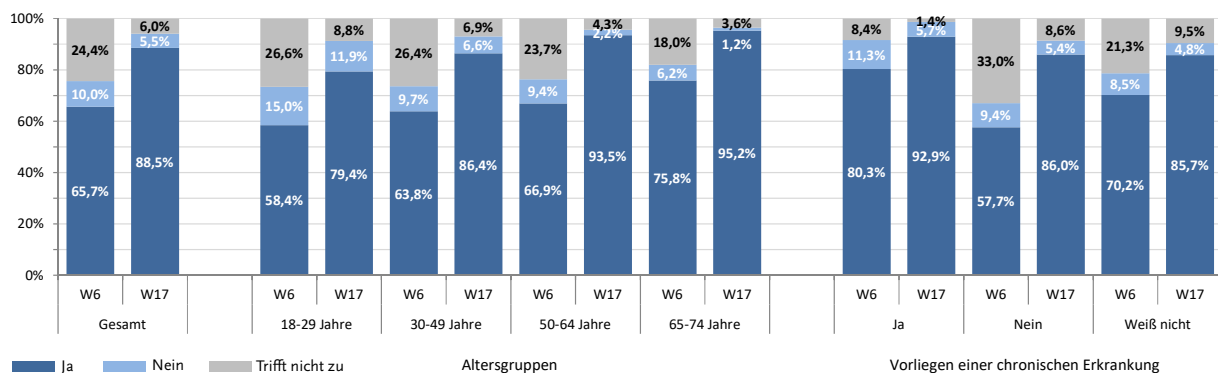


Abb. 2 | Angaben zur selbst eingeschätzten Möglichkeit der Wahrnehmung von Arztbesuchen (Welle 6: N = 1.022; Welle 17: N = 1.001). Gesamt, nach Altersgruppe und Vorliegen einer chronischen Erkrankung.

schen Frauen und Männern feststellen. Hinsichtlich der Bildung ließen sich keine signifikanten Unterschiede feststellen: Die Versorgung mit Medikamenten wurde in allen drei Bildungsgruppen im April bei über 90 % als sichergestellt eingeschätzt (Untere: 95,9 %; Mittlere: 95,0 %; Obere: 91,6 %) und zeigte sich auch im Juli vergleichbar (Untere: 90,8 %; Mittlere: 91,1 %; Obere: 93,1 %). Dem allgemeinen Trend folgend zeigte sich für die Möglichkeit zur Wahrnehmung von notwendigen Arztkontakten im April eine etwas niedrigere Zustimmung (Untere: 89,5 %; Mittlere: 87,0 %; Obere: 86,2 %) als im Juli (Untere: 94,5 %; Mittlere: 93,8 %; Obere: 94,3 %) (Daten nicht gezeigt).

Anteile der Teilnehmenden aus Welle 6 und Welle 17, welche die medikamentöse und ärztliche Versorgung für sich selbst als relevant und sichergestellt einschätzen – differenziert nach Alter und Vorliegen einer chronischen Erkrankung: Mit zunehmendem Alter und bei Vorliegen einer chronischen Erkrankung wurden die Versorgungsfragen von den Teilnehmenden zu beiden Zeitpunkten häufiger als relevant eingestuft (s. [Abb. 1](#) und [Abb. 2](#)).

Unter Teilnehmenden, für welche die Versorgungsfragen relevant waren, bejahten Ältere (65–74 Jahre) häufiger als Jüngere (18–29 Jahre), dass eine Medikamentenversorgung sichergestellt ist: 98,6 % vs. 84,3 % im April und 98,8 % vs. 79,4 % im Juli (s. [Tab. 1](#)). Ebenso bejahten Ältere häufiger als Jüngere, dass eine ärztliche Inanspruchnahme möglich ist: 92,4 % vs. 79,5 % im April und 98,8 % vs. 87,0 % im Juli (s. [Tab. 2](#)). Bei Vorliegen im Vergleich zur Abwesenheit chronischer Erkrankungen bejahten Teil-

nehmende im April ähnlich häufig (94,7 % vs. 91,8 %) und im Juli sogar etwas häufiger (96,1 % vs. 89,5 %) die Sicherstellung ihrer Medikamentenversorgung (s. [Tab. 1](#)). Zu beiden Zeitpunkten bejahten die Teilnehmenden mit und ohne Angabe chronischer Erkrankungen ähnlich häufig die Möglichkeit für eine ärztliche Inanspruchnahme (87,6 % vs. 86,0 % im April und 94,2 % vs. 94,1 % im Juli; s. [Tab. 2](#)). In multivariaten Regressionsmodellen bestätigten sich die deskriptiv beobachteten Zusammenhänge (s. [Tab. 1](#) und [Tab. 2](#)).

Anteile der Teilnehmenden aus Welle 17, welche anstehende Krebsvorsorgeuntersuchungen, Gesundheits-Check-ups bzw. Zahnarzttermine und deren Inanspruchnahme angaben – differenziert nach Alter und Vorliegen einer chronischen Erkrankung: Zusätzliche Fragen an Teilnehmende der im Juli durchgeführten Welle 17 zeigen, dass rückblickend auf den Zeitraum seit Pandemiebeginn im März in der jüngsten Altersgruppe (18–29 Jahre) im Vergleich zu den höheren Altersgruppen sowie bei Abwesenheit chronischer Erkrankungen im Vergleich zum Vorliegen chronischer Erkrankungen seltener Termine zur Krebsvorsorge bzw. zum Gesundheits-Check-up anstanden. Für Zahnarzttermine gab es hingegen keine deutlichen Unterschiede (Daten nicht gezeigt).

Unter Teilnehmenden ab 30 Jahren mit anstehenden Terminen berichteten Ältere (65–74 Jahre) jeweils häufiger als Jüngere (30–49 Jahre) von einer Inanspruchnahme ihrer Krebsvorsorge (67,9 % vs. 41,5 %), ihres Gesundheits-Check-ups (79,6 % vs. 43,7 %) bzw. ihres Zahnarztbesuchs (71,2 % vs.

Ist Ihre Versorgung mit notwendigen Medikamenten zurzeit sichergestellt?

	Welle 6					Welle 17				
	Antworthäufigkeit				Odds Ratio	Antworthäufigkeit				Odds Ratio
	ja		nein			ja		nein		
n	% (95 % KI)	n	% (95 % KI)	OR (95 % KI)	n	% (95 % KI)	n	% (95 % KI)	OR (95 % KI)	
Gesamt	719	93,3 (91,2–94,8)	52	6,7 (5,2–8,8)		817	92,1 (90,1–93,7)	70	7,9 (6,3–9,9)	

Vulnerable Gruppen

Altersgruppe

18–29 Jahre	102	84,3 (76,7–89,8)	19	15,7 (10,2–23,3)	Referenz	127	79,4 (72,4–85,0)	33	20,6 (15,0–27,6)	Referenz
30–49 Jahre	263	92,6 (88,9–95,1)	21	7,4 (4,9–11,1)	2,3 (1,2–4,6)	288	92,0 (88,4–94,6)	25	8,0 (5,4–11,6)	3,0 (1,7–5,6)
50–64 Jahre	215	95,6 (91,9–97,6)	10	4,4 (2,4–8,1)	3,9 (1,7–9,2)	243	96,0 (92,8–97,9)	10	4,0 (2,1–7,2)	7,8 (3,5–17,3)
65–74 Jahre	139	98,6 (94,5–99,6)	2	1,4 (0,4–5,5)	12,7 (2,8–58,6)	159	98,8 (95,2–99,7)	2	1,2 (0,3–4,8)	25,8 (5,8–113,9)

Chronische Erkrankung

Nein	382	91,8 (88,8–94,1)	34	8,2 (5,9–11,2)	Referenz	459	89,5 (86,5–91,9)	54	10,5 (8,1–13,5)	Referenz
Ja	301	94,7 (91,6–96,7)	17	5,3 (3,3–8,4)	1,1 (0,6–2,1)	342	96,1 (93,5–97,7)	14	3,9 (2,3–6,5)	2,0 (1,1–3,9)
Weiß nicht	36	97,3 (83,1–99,6)	1	2,7 (0,4–16,9)	3,2 (0,4–24,7)	16	88,9 (64,7–97,2)	2	11,1 (2,8–35,3)	0,6 (0,1–2,9)

Tab. 1 | Angaben (% , 95 % KI) und Odds Ratios (OR, 95 % KI, adjustiert für Altersgruppe bzw. Vorliegen chronischer Erkrankungen sowie Geschlecht und Bildung) zur selbst eingeschätzten Sicherstellung der Medikamentenversorgung bei Personen, welche die Frage als zutreffend betrachteten (Welle 6: N = 771; Welle 17: N = 887). *Blaue Schattierung markiert vulnerable Gruppen.*

Sind die für Sie notwendigen Arztbesuche und -kontakte zurzeit möglich?

	Welle 6					Welle 17				
	Antworthäufigkeit				Odds Ratio	Antworthäufigkeit				Odds Ratio
	ja		nein			ja		nein		
n	% (95 % KI)	n	% (95 % KI)	OR (95 % KI)	n	% (95 % KI)	n	% (95 % KI)	OR (95 % KI)	
Gesamt	671	86,8 (84,2–89,0)	102	13,2 (11,0–15,8)		886	94,2 (92,5–95,5)	55	5,8 (4,5–7,5)	

Vulnerable Gruppen

Altersgruppe

18–29 Jahre	101	79,5 (71,6–85,7)	26	20,5 (14,3–28,4)	Referenz	154	87,0 (81,2–91,2)	23	13,0 (8,8–18,8)	Referenz
30–49 Jahre	256	86,8 (82,4–90,2)	39	13,2 (9,8–17,6)	1,7 (1,0–3,0)	312	92,9 (89,6–95,2)	24	7,1 (4,8–10,4)	2,3 (1,2–4,4)
50–64 Jahre	192	87,7 (82,6–91,4)	27	12,3 (8,6–17,4)	1,9 (1,0–3,5)	260	97,7 (95,1–99,0)	6	2,3 (1,0–4,9)	8,6 (3,3–22,6)
65–74 Jahre	122	92,4 (86,5–95,9)	10	7,6 (4,1–13,5)	3,2 (1,4–7,3)	160	98,8 (95,2–99,7)	2	1,2 (0,3–4,8)	16,2 (3,6–72,6)

Chronische Erkrankung

Nein	369	86,0 (82,4–89,0)	60	14,0 (11,0–17,6)	Referenz	528	94,1 (91,8–95,8)	33	5,9 (4,2–8,2)	Referenz
Ja	269	87,6 (83,4–90,9)	38	12,4 (9,1–16,6)	1,0 (0,6–1,6)	340	94,2 (91,2–96,2)	21	5,8 (3,8–8,8)	0,7 (0,4–1,2)
Weiß nicht	33	89,2 (74,5–95,9)	4	10,8 (4,1–25,5)	1,3 (0,4–3,8)	18	94,7 (70,5–99,3)	1	5,3 (0,7–29,5)	0,9 (0,1–7,3)

Tab. 2 | Angaben (% , 95 % KI) und Odds Ratios (OR, 95 % KI, adjustiert für Altersgruppe bzw. Vorliegen chronischer Erkrankungen sowie Geschlecht und Bildung) zur selbst eingeschätzten Möglichkeit der Wahrnehmung von Arztbesuchen bei Personen, welche die Frage als zutreffend betrachteten (Welle 6: N = 773; Welle 17: N = 941). *Blaue Schattierung markiert vulnerable Gruppen.*

47,2 %). Dagegen waren bei Vorliegen im Vergleich zur Abwesenheit chronischer Erkrankungen keine Unterschiede bezüglich der Inanspruchnahme anstehender Krebsvorsorgen (54,6 % vs. 53,0 %) und

Gesundheits-Check-ups (59,9 % vs. 57,8 %) und lediglich eine Tendenz für eine seltenere Inanspruchnahme anstehender Zahnarztbesuche (53,0 % vs. 59,7 %) zu beobachten (s. Tab.3).

Haben Sie seit März 2020 Krebsvorsorgeuntersuchungen (z.B. Früherkennung von Darmkrebs, Hautkrebs, Brustkrebs, Prostatakrebs etc.) wegen der Corona-Situation aufgeschoben? (Welle 17)					
	Antworthäufigkeit				Odds Ratio
	ja		nein		
	n	% (95 % KI)	n	%	OR (95 % KI)
Gesamt	115	46,7 (40,6–53,0)	131	53,3 (47,0–59,4)	
Vulnerable Gruppen					
Altersgruppe					
18–29 Jahre	5	23,8 (10,2–46,2)	16	76,2 (53,8–89,8)	0,2 (0,1–0,7)
30–49 Jahre	55	58,5 (48,3–68,1)	39	41,5 (31,9–51,7)	Referenz
50–64 Jahre	38	48,7 (37,8–59,8)	40	51,3 (40,2–62,2)	0,6 (0,3–1,1)
65–74 Jahre	17	32,1 (20,9–45,8)	36	67,9 (54,2–79,1)	0,3 (0,2–0,7)
Chronische Erkrankung					
Nein	62	47,0 (38,6–55,5)	70	53,0 (44,5–61,4)	Referenz
Ja	49	45,4 (36,2–54,9)	59	54,6 (45,1–63,8)	0,8 (0,5–1,5)
Weiß nicht	4	66,7 (26,6–91,7)	2	33,3 (8,3–73,4)	1,8 (0,3–10,8)
Haben Sie seit März 2020 Gesundheits-Check-Ups wegen der Corona-Situation aufgeschoben? (Welle 17)					
Gesamt	162	41,4 (36,6–46,4)	229	58,6 (53,6–63,4)	
Vulnerable Gruppen					
Altersgruppe					
18–29 Jahre	23	43,4 (30,8–57,0)	30	56,6 (43,0–69,2)	0,6 (0,3–1,1)
30–49 Jahre	76	56,3 (47,8–64,4)	59	43,7 (35,6–52,2)	Referenz
50–64 Jahre	43	41,0 (31,9–50,6)	62	59,0 (49,4–68,1)	0,5 (0,3–0,9)
65–74 Jahre	20	20,4 (13,5–29,6)	78	79,6 (70,4–86,5)	0,2 (0,1–0,4)
Chronische Erkrankung					
Nein	79	42,2 (35,3–49,5)	108	57,8 (50,5–64,7)	Referenz
Ja	79	40,1 (33,5–47,1)	118	59,9 (52,9–66,5)	1,0 (0,7–1,6)
Weiß nicht	4	57,1 (22,9–85,7)	3	42,9 (14,3–77,1)	2,3 (0,5–11,4)
Haben Sie seit März 2020 einen Zahnarztbesuch wegen der Corona-Situation aufgeschoben? (Welle 17)					
Gesamt	220	43,3 (39,0–47,7)	288	56,7 (52,3–61,0)	
Vulnerable Gruppen					
Altersgruppe					
18–29 Jahre	36	36,4 (27,5–46,3)	63	63,6 (53,7–72,5)	0,5 (0,3–0,9)
30–49 Jahre	105	52,8 (45,8–59,6)	94	47,2 (40,4–54,2)	Referenz
50–64 Jahre	58	42,3 (34,3–50,8)	79	57,7 (49,2–65,7)	0,7 (0,4–1,0)
65–74 Jahre	21	28,8 (19,5–40,2)	52	71,2 (59,8–80,5)	0,4 (0,2–0,7)
Chronische Erkrankung					
Nein	127	40,3 (35,0–45,9)	188	59,7 (54,1–65,0)	Referenz
Ja	87	47,0 (39,9–54,3)	98	53,0 (45,7–60,1)	1,5 (1,0–2,2)
Weiß nicht	6	75,0 (37,6–93,7)	2	25,0 (6,3–62,4)	4,6 (0,9–24,0)

Tab. 3 | Angaben (%; 95 % KI) und Odds Ratios (OR; 95 % KI, adjustiert für Alter bzw. Vorliegen chronischer Erkrankungen sowie Geschlecht und Bildung) zum Aufschieben einer Krebsvorsorge, eines Gesundheits-Check-ups bzw. eines Zahnarztbesuchs aufgrund der Corona-Situation bei Personen, für welche ein entsprechender Termin anstand (Welle 17: N = 246 mit Krebsvorsorge, N = 391 mit Gesundheits-Check-up, N = 508 mit Zahnarzttermin). *Blaue Schattierung markiert vulnerable Gruppen.*

Diskussion

Vergleich mit bisherigen Studien

Eine Befragung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von Gesundheitsministerien aus über 150 Ländern weist darauf hin, dass die Versorgungsangebote für Menschen mit chronischen Erkrankungen während der Pandemie insbesondere in Ländern mit vorbestehend knappen Ressourcen eingeschränkt war.⁹ Für Deutschland fasst ein Übersichtsartikel zusammen, dass die empirische Datenlage zur Abbildung von Veränderungen der Versorgungssituation chronisch kranker Personen im Zeitraum von März bis Juni 2020 begrenzt war.¹⁰ Für den ambulanten Bereich gibt es Hinweise für eine Abnahme von Behandlungsfällen in ärztlichen Praxen zu Pandemiebeginn. Jedoch erfolgten auch rasche Anpassungen; so wurde beispielsweise eine deutliche Zunahme in der Inanspruchnahme von telefonischen Beratungen und Videosprechstunden in der ambulanten Versorgung beobachtet.^{10,11} Der Übersichtsartikel kommt zu dem Schluss, dass die Situation weiter beobachtet werden muss und insbesondere auch Informationen zur subjektiven Einschätzung von Versorgungsengpässen und Gründen für ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten in der Bevölkerung benötigt werden.¹⁰

Die COSMO-Studie ermöglichte zu zwei verschiedenen Zeitpunkten (Anfang April nach Einführung und im Juli nach Lockerung der Maßnahmen) mit zwei gestellten Fragen einen ersten Einblick zur selbst eingeschätzten Versorgungssituation von Erwachsenen im Alter von 18 bis 74 Jahren. Die Versorgung mit notwendigen Arzneimitteln im April schätzte gemäß der vorliegenden Analyse der überwiegende Anteil aller Befragten (93,3 %) – darunter auch Personen mit chronischen Erkrankungen (98,6 %) bzw. in höherem Alter (94,7 %) – als sichergestellt ein, obwohl vom Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein starker Rückgang der Verordnungen von Arzneimitteln in den Monaten April und Mai beschrieben wurde.¹² Nach Lockerung der Maßnahmen im Juli zeigte sich keine Änderung hinsichtlich der Einschätzungen zur Versorgung mit notwendigen Medikamenten in der vorliegenden Analyse.

Hinsichtlich der Möglichkeit zur Inanspruchnahme notwendiger Arzttermine gibt im April ein Teil der

Befragten (13,2 %) an – darunter auch Personen mit chronischen Erkrankungen (12,4 %) bzw. in höherem Alter (7,6 %) – dass notwendige Termine nicht möglich waren. Allerdings wurde nicht explizit gefragt, ob die Termine von den Praxen abgesagt oder von den Befragten selbst verschoben wurden (z. B. aus Angst vor Ansteckung). Der Bericht des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung legt nahe, dass die meisten Arztpraxen auch im März geöffnet waren, da sich die Zahl der abrechnenden Praxen nur gering verändert hat.¹¹ Allerdings zeigt sich eine Priorisierung: Während dringend notwendige Termine zur Versorgung von chronisch Kranken wie Dialysebehandlungen weiter stattfanden, gingen aufschiebbare Behandlungsanlässe, wie Früherkennungsuntersuchungen (z. B. Hautkrebscreening, Mammographie-Screening) oder Zahnvorsorgeuntersuchungen deutlich zurück.^{11,13} Die Ergebnisse der vorliegenden COSMO-Analyse stehen hiermit in Einklang und zeigen, dass unter den im Juli Befragten rückblickend auf den Zeitraum seit Pandemiebeginn im März insgesamt 46,7 % einen anstehenden Termin zur Krebsvorsorge, 41,4 % einen anstehenden Gesundheits-Check-up und 43,3 % einen Zahnarztbesuch verschoben haben.

Nach dem Inkrafttreten von Lockerungen der Maßnahmen zeichnete sich auf Basis der vorliegenden Analyse eine Verbesserung der wahrgenommenen ärztlichen Versorgung ab; so gaben im Juli weniger Teilnehmende als im April an, dass notwendige Arzttermine nicht möglich waren. Dies zeigte sich sowohl bei Befragten insgesamt (5,8 % vs. 13,2 %), als auch in den Untergruppen von Personen mit chronischen Erkrankungen (5,8 % vs. 12,4 %) bzw. in höherem Alter (1,2 % vs. 7,6 %). Allerdings gibt es auch Hinweise, dass noch nicht alle Personen mit chronischen Erkrankungen wieder erreicht wurden. Eine Auswertung des *Disease-Management-Programms* (DMP) für Diabetes mellitus Typ 2 zeigt hierbei, dass insbesondere weniger adhärente Gruppen aktuell von der Versorgung schlechter erreicht werden.¹⁴

Stärken und Limitationen

Die COSMO-Studie erfasst Wahrnehmungen, Einstellungen, Wissen und Verhalten in der Bevölkerung zeitnah zum aktuellen SARS-CoV-2-Pandemiegeschehen und ermöglicht als wiederholte

Querschnittsstudie für ausgewählte Fragestellungen die Abbildung von Zeitvergleichen. Die 18- bis 74-jährigen Teilnehmenden wurden aus einem Befragtenpool so gezogen, dass sie in der Verteilung von Alter und Geschlecht sowie Bundesland der deutschen Bevölkerung entsprechen.^{15–17} Dennoch kann mit dem Design der Online-Befragung sowie mit den relativ geringen Rücklaufquoten (< 20%)¹⁸ ein Selektionsbias und damit eine eingeschränkte Repräsentativität der Ergebnisse für die erwachsene Bevölkerung Deutschlands verbunden sein. Zudem sind Personen ab 75 Jahren nicht berücksichtigt und multimorbide Personen, wie in anderen bevölkerungsbezogenen Studien, aufgrund ihrer erschwerten Erreichbarkeit vermutlich unterrepräsentiert.

Zusammenfassung und Ausblick

Die COSMO-Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Mehrheit der 18- bis 74-jährigen Bevölkerung die Versorgung mit notwendigen Medikamenten und die Möglichkeit für notwendige Arztbesuche im bisherigen Pandemieverlauf als gewährleistet betrach-

tete. Dies galt für Personen aller Altersgruppen und auch für Personen, die das Vorliegen chronischer Erkrankungen angaben. Da jedoch insbesondere im April ein Teil der Befragten angab, dass notwendige Arzttermine nicht wahrgenommen werden konnten, erscheint es wichtig, im weiteren Verlauf der Pandemie mit aktuell wieder steigenden Infektionszahlen Analysen zu versorgungsrelevanten Fragestellungen fortzusetzen. Hierbei sollte auch die Bevölkerung ab 75 Jahren eingeschlossen und Unterschiede nach sozialen Ressourcen auf individueller und regionaler Ebene analysiert werden. Auch vertiefende Analysen aus bereits abgeschlossenen oder fortlaufenden Datenerhebungen, wie COSMO 60+, CORONA-MONITORING lokal¹⁹ sowie der App-basierten Studie Corona Health^{20,21} können hierzu beitragen.

Literatur

- 1 Robert Koch-Institut (2020) Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) – 14.03.2020 – Aktualisierter Stand für Deutschland. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-03-14-de.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 15.10.2020)
- 2 Bund und Länder (2020) Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 22. März 2020 – Beschluss. <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975226/1733246/e6d6ae0e89a7ffealeb-f6f32cf472736/2020-03-22-mpk-data.pdf?download=1> (Stand: 15.10.2020)
- 3 Osterloh F (2020) Coronavirus: Krankenhäuser verschieben planbare Eingriffe. *Dtsch Arztebl* 117(12):A-575 / B-497
- 4 Bund und Länder (2020) Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 12. März 2020 – Beschluss. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/beschluss-zu-corona-1730292> (Stand: 15.10.2020)
- 5 Robert Koch-Institut (2020) SARS-CoV-2 Steckbrief zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) – Stand 16.10.2020. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html (Stand: 29.10.2020)
- 6 Karagiannidis C, Mostert C, Hentschker C et al. (2020) Case characteristics, resource use, and outcomes of 10 021 patients with COVID-19 admitted to 920 German hospitals: an observational study. *Lancet Respir Med* 8(9):853-862
- 7 COSMO Konsortium (2020) COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO) – Ergebnisse aus dem wiederholten querschnittlichen Monitoring von Wissen, Risikowahrnehmung, Schutzverhalten und Vertrauen während des aktuellen COVID-19 Ausbruchsgeschehens. <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/archiv/21-01/cosmo-analysis.html> (Stand: 15.10.2020)
- 8 Betsch C, Wieler LH, Bosnjak M et al. (2020) Germany COVID-19 Snapshot MONitoring (COSMO Germany): Monitoring knowledge, risk perceptions, preventive behaviours, and public trust in the current coronavirus outbreak in

- Germany. <https://www.psycharchives.org/handle/20.500.12034/2386> (Stand: 15.10.2020)
- 9 World Health Organization (2020) Rapid assessment of service delivery for NCDs during the COVID-19 pandemic. <https://www.who.int/publications/m/item/rapid-assessment-of-service-delivery-for-ncds-during-the-covid-19-pandemic> (Stand: 15.10.2020)
- 10 Scheidt-Nave C, Barnes B, Beyer A-K et al. (2020) Versorgung von chronisch Kranken in Deutschland – Herausforderungen in Zeiten der COVID-19-Pandemie. *Journal of Health Monitoring* in Druck: Erscheinungsdatum: 11.11.2020
- 11 Mangiapane S., Zhu L., Czihal T. et al. (2020) Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme während der COVID-Krise – Tabellarischer Trendreport für das 1. Quartal 2020. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Berlin
- 12 GKV-Spitzenverband (2020) Gamsi-Telegramm – Arzneimittel-Verordnungen in der Pandemie. https://www.gkv-90prozent.de/ausgabe/19/kurz-meldungen/19_gamsi-telegramm/19_gamsi-telegramm.html (Stand: 19.10.2020)
- 13 Bundeszahnärztekammer (2020) Repräsentative Erhebung analysiert die Auswirkungen der Corona-Krise in Zahnarztpraxen. <https://www.bzaek.de/presse/presseinformationen/presseinformation/repraesentative-erhebung-analysiert-die-auswirkungen-der-coronakrise-in-zahnarztpraxen.html>
- 14 Messer M, Starke D, Wagner P et al. (2020) Die Versorgungssituation von Nicht-COVID-19-Erkrankten in Zeiten von Corona. https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/20-09-10_Hintergrundpapier_Versorgung-Nicht-Covid-1.pdf (Stand: 19.10.2020)
- 15 Betsch C, Wieler LH, Habersaat K et al. (2020) Monitoring behavioural insights related to COVID-19. *Lancet* 395(10232):1255-1256
- 16 Betsch C, Korn L, Felgendreff L et al. (2020) German COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO) – Welle 6 (07.04.2020). <https://www.psycharchives.org/handle/20.500.12034/2491> (Stand: 15.10.2020)
- 17 Betsch C, Korn L, Felgendreff L et al. (2020) German COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO) – Welle 17 (21.07.2020). <https://www.psycharchives.org/handle/20.500.12034/2772> (Stand: 15.10.2020)
- 18 Gilan DA, Röthke N, Blessin M et al. (2020) Psychomorbidity, resilience, and exacerbating and protective factors during the SARS-CoV-2-pandemic – a systematic literature review and results from the German COSMO-PANEL. *Dtsch Arztebl Int* 117:625-632
- 19 Santos-Hövenner C, Busch MA, Koschollek C et al. (2020) Seroepidemiologische Studie zur Verbreitung von SARS-CoV-2 in der Bevölkerung an besonders betroffenen Orten in Deutschland – Studienprotokoll von CORONA-MONITORING lokal. *Journal of Health Monitoring* 5(S5):2-18
- 20 Corona Health (2020) Anonyme Umfragen über die Auswirkungen der COVID-19 Pandemie, Tipps und Neuigkeiten. <https://www.corona-health.net/> (Stand: 19.10.2020)
- 21 Edler J, Pryss R, Baumeister H et al. (2020) Adult mental health during the covid-19 pandemic – Results from the CORONA HEALTH App Study. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/PYUAV> (Stand: 19.10.2020)

Autorinnen und Autoren

^{a)} Dr. Christin Heidemann | ^{a)} Dr. Rebecca Paprott |

^{b)} Dr. Lena Huebl | ^{a)} Dr. Christa Scheidt-Nave |

^{c)} Dr. Lukas Reitzle

^{a)} Robert Koch-Institut, Abt. 2 Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, FG 25 Körperliche Gesundheit

^{b)} Sektion Tropenmedizin, Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin und 1. Medizinische Klinik und Poliklinik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg

^{c)} Robert Koch-Institut, Abt. 2 Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, FG 24 Gesundheitsberichterstattung

Korrespondenz: HeidemannC@rki.de

Empfohlene Zitierweise

Heidemann C, Paprott R, Huebl L, Scheidt-Nave C, Reitzle, L: Selbst eingeschätzte medizinische Versorgung im Verlauf der SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland: Ergebnisse der COSMO-Studie

Epid Bull 2020; 46:3–10 | DOI 10.25646/7208.2

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und der Autor geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.