



MÄRZ 2022
SPECIAL ISSUE 7

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Journal of Health Monitoring

**Nichtinanspruchnahme gesundheitlicher
Versorgungsleistungen während der
COVID-19-Pandemie: Ergebnisse der
CoMoLo-Studie**

Journal of Health Monitoring · 2022 7(S1)

DOI 10.25646/9563

Robert Koch-Institut, Berlin

Christin Heidemann, Lukas Reitzle,
Christian Schmidt, Judith Fuchs,
Franziska Prütz, Christa Scheidt-Nave

Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-
monitoring

Eingereicht: 14.10.2021

Akzeptiert: 20.01.2022

Veröffentlicht: 16.03.2022

Nichtinanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen während der COVID-19-Pandemie: Ergebnisse der CoMoLo-Studie

Abstract

Der vorliegende Beitrag betrachtet auf Datenbasis der in vier besonders von der COVID-19-Pandemie betroffenen Orten durchgeführten Studie CORONA-MONITORING lokal (CoMoLo) die Nichtinanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen in der Bevölkerung ab 18 Jahren ($n=9.002$) bezogen auf die Zeit nach Einführung der Eindämmungsmaßnahmen im März 2020. Die Ergebnisse zeigen, dass etwa ein Drittel der Befragten (35,5%) auf mindestens eine der erfragten Versorgungsleistungen verzichtete. Am häufigsten wurde die Absage zahnärztlicher (15,2%) und fachärztlicher Kontrolltermine (11,8%) angegeben, gefolgt von der Verschiebung physio-, ergotherapeutischer oder logopädischer Behandlungen (6,1%), der Absage hausärztlicher Kontrolltermine (5,8%), der Verschiebung psychotherapeutischer Behandlungen (2,0%) und geplanter Krankenhausbehandlungen (1,8%) sowie dem Verzicht, eine Notaufnahme aufzusuchen (0,7%). Fast 10% der Befragten gaben den Verzicht auf einen Arztbesuch trotz Beschwerden an. Diese Befragten waren im Vergleich zu Befragten ohne einen solchen Verzicht häufiger weiblich und jünger als 35 Jahre, schätzten ihre Gesundheit seltener als sehr gut oder gut ein, hatten häufiger die Diagnosestellung Depression und nutzten alternativ zum Praxisbesuch in der Pandemie häufiger telemedizinische Kontakte. Weitere Analysen zu Entwicklungen des Inanspruchnahmeverhaltens und Veränderungen im Gesundheitszustand im Verlauf der COVID-19-Pandemie sind wichtig.

INANSPRUCHNAHME · VERSORGUNG · ARZTBESUCH · BEHANDLUNG · BESCHWERDEN · TELEMEDIZIN · COVID-19 · SARS-COV-2

1. Einleitung

Seit dem Auftreten der ersten Serie von SARS-CoV-2-Fällen Ende 2019 in China [1] breitet sich das neuartige Coronavirus, das zu einer COVID-19-Erkrankung mit teilweise schweren Verläufen führen kann [2], weltweit aus. In der letzten Januarwoche 2020 gab es den ersten laborbestätigten COVID-19-Fall in Deutschland. Die hohe Infektionsdynamik führte dazu, dass bereits in der zweiten

Märzwoche 2020 jedes Bundesland COVID-19-Fälle meldete [3, 4]. Noch im März 2020 wurden daher auf Ebene des Bundes und der Länder umfassende nichtpharmazeutische Maßnahmen zur Eindämmung des SARS-CoV-2-Infektionsgeschehens eingeführt. Dazu gehörten bevölkerungsbasierte Maßnahmen wie allgemeine Kontaktbeschränkungen (z. B. durch Veranstaltungsverbote, Schließung von Bildungseinrichtungen und Ermöglichung telefonischer Krankschreibungen) und individuelle

infektionshygienische Maßnahmen wie die Einhaltung eines Mindestabstands und das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung [3, 4]. Zu den weiteren Maßnahmen zählte die Stärkung von Intensiv- und Beatmungskapazitäten in Krankenhäusern für COVID-19-Patientinnen und -Patienten durch die teilweise notwendige Verschiebung planbarer Eingriffe [5]. Der Umfang und die zeitliche Befristung dieser Maßnahmen hingen von der Entwicklung der pandemischen Situation ab. So erfolgten ab Ende April 2020 schrittweise Lockerungen und im November 2020 wieder Verstärkungen der Maßnahmen [4].

Bisher liegen erste Auswertungen zu den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und der eingeführten Eindämmungsmaßnahmen auf die gesundheitliche Versorgungssituation der Bevölkerung für das Jahr 2020 vor [6, 7]. So zeigen Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen, dass die Anzahl ärztlicher und psychotherapeutischer ambulanter Leistungen im Jahr 2020 über fast alle Fachbereiche ab März im Vergleich zum entsprechenden Vorjahreszeitraum deutlich zurückging, sich erst im Mai wieder normalisierte und teilweise im dritten und vierten Quartal erneut zurückging [8]. Für stationäre Leistungen ist auf Basis von AOK-Abrechnungsdaten für das Jahr 2020 im Vorjahresvergleich ebenfalls ein Rückgang beschrieben, der im Zeitraum von März bis Mai anzahlmäßig deutlicher ausgeprägt war als im Zeitraum von Oktober bis Dezember und vorwiegend, aber nicht ausschließlich, auf verschiebbare Behandlungsanlässe zutraf [9, 10]. Auch für die Zahl der Notaufnahmebesuche war auf Grundlage einer multizentrischen Datenerhebung in Notaufnahmen mit Beginn der Eindämmungsmaßnahmen im Jahr 2020 ein Rückgang zu beobachten [11]. Die Gründe für die

rückläufigen Behandlungsfälle werden dabei nicht ausschließlich mit Verschiebungen oder Veränderungen im Versorgungsangebot aufgrund prioritär zu behandelnder COVID-19-Fälle zurückgeführt, sondern zumindest teilweise auch auf Ängste vor einer Ansteckung mit SARS-CoV-2 [6].

Die Analysen aus Sicht der Leistungserbringer erlauben nur begrenzt Rückschlüsse auf den Bedarf in der Bevölkerung. So weisen Ergebnisse aus der bundesweiten, bevölkerungsbezogenen Befragungsstudie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) des Robert Koch-Instituts (RKI) für die selbstberichtete Inanspruchnahme zwar ebenfalls auf einen Rückgang allgemein- und fachärztlicher ambulanter Leistungen während der ersten Phase der Eindämmungsmaßnahmen im Vergleich zum Vorjahr hin [12]. Eine auf Personen mit Diabetes fokussierte Auswertung der GEDA-Daten zeigt jedoch zumindest keine relevante Veränderung in der allgemeinärztlichen Inanspruchnahme für diese Gruppe der Befragten mit regelmäßig erforderlichen Hausarztbesuchen [13]. Ähnlich deuten Ergebnisse der Online-Befragungsstudie COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO) darauf hin, dass ein erheblicher Anteil der Teilnehmenden potenziell aufschiebbare Vorsorgetermine aufgrund der COVID-19-Pandemie verschoben hat, die Mehrheit eine Versorgung mit notwendigen Arztbesuchen und Medikamenten jedoch auch in den Phasen der Eindämmungsmaßnahmen im Jahr 2020 als gewährleistet betrachtete [14–16].

Die vorliegende Analyse nutzt bevölkerungsbezogene Daten der im zweiten bis vierten Quartal 2020 vom RKI durchgeführten Studie CORONA-MONITORING lokal (CoMoLo), um folgenden Fragen nachzugehen: 1) Welcher

Etwa ein Drittel aller Befragten hat nach dem Beginn der Eindämmungsmaßnahmen im März 2020 auf mindestens eine der erfragten gesundheitlichen Versorgungsleistungen verzichtet.

Anteil der Befragten war bezogen auf die Zeit der strengen Eindämmungsmaßnahmen seit März 2020 von ausgesetzten gesundheitlichen Leistungen in den verschiedenen Versorgungsbereichen betroffen und 2) wie unterscheiden sich Personen, die trotz gesundheitlicher Beschwerden auf die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen verzichtet haben, von denjenigen, die nicht verzichtet haben?

2. Methode

2.1 CORONA-MONITORING lokal (CoMoLo)

CoMoLo ist eine bevölkerungsbezogene seroepidemiologische Studie, die in vier besonders von der COVID-19-Pandemie betroffenen Orten in Deutschland als Querschnitterhebungen in jeweils unabhängigen Stichproben durchgeführt wurde [17]. Kriterien zur Auswahl der Studienorte waren eine kumulative SARS-CoV-2-Meldeinzidenz von über 500 Fällen pro 100.000 Personen der Bevölkerung vor Studienbeginn und eine Kooperationsbereitschaft vor Ort. Ziel war die Bestimmung der Seroprävalenz (d. h. des Anteils der Bevölkerung mit bisheriger SARS-CoV-2-Infektion insgesamt), die Abgrenzung des Anteils unerkannter beziehungsweise asymptomatischer SARS-CoV-2-Infektionen sowie die Bestimmung der Risikofaktoren für eine Infektion. Ein weiteres Anliegen war die Erfassung von Veränderungen des Gesundheitsverhaltens, des Gesundheitszustandes und der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen im Kontext der Pandemie und der eingeführten Eindämmungsmaßnahmen [18].

Die Querschnitterhebungen basierten auf jeweils zufällig gezogenen Einwohnermeldeamtstichproben in Kupferzell (Baden-Württemberg), Bad Feilnbach (Bayern),

Straubing (Bayern) und Berlin-Mitte [17]. Eingeschlossen wurden Erwachsene ab 18 Jahren, die im Erhebungszeitraum in der jeweiligen Gemeinde mit Hauptwohnsitz gemeldet waren. In einem temporären Studienzentrum mit Untersuchungsbussen oder während eines Hausbesuchs erfolgten ein Rachenabstrich, eine Blutentnahme und eine Befragung auf Basis eines schriftlichen Kurzfragebogens. Teilnehmende wurden um Erlaubnis zur Wiederkontaktierung für eine ausführliche Nachbefragung gebeten. Etwa ein bis zwei Wochen nach der Studienteilnahme fand eine wahlweise webbasierte oder telefonische ausführliche Nachbefragung statt [18, 19].

Nähere Informationen zur Meldeinzidenz, Stichprobenziehung und Untersuchungsmethodik sowie Ergebnisse zur Seroprävalenz und Größenordnung unerkannter beziehungsweise asymptomatischer Fälle je Studienort sind an anderer Stelle gegeben [20–25]. In [Tabelle 1](#) sind die zeitliche Einordnung, die lokale Infrastruktur und das lokale Ausbruchsgeschehen sowie Teilnehmendenzahl, Responsequote und soziodemografische Charakteristika je Studienort zusammengefasst.

2.2 Datenerhebung

Gesundheitliche Versorgungsleistungen

Die im Fokus des vorliegenden Artikels stehende Nichtinanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen wurde im Rahmen der webbasierten oder telefonischen CoMoLo-Nachbefragung über folgende Frage erfasst: „Der 18. März 2020 ist ein zentrales Datum, auf das wir uns in diesem Fragebogen häufiger beziehen. An diesem Tag war die Ansprache der Bundeskanzlerin, in der sie die

Tabelle 1
Übersicht zu Charakteristika der
CoMoLo-Studienorte und -Teilnehmenden
 Quelle: Eigene Darstellung

	Kupferzell	Bad Feilnbach	Straubing	Berlin-Mitte
Zeitliche Einordnung				
Studienzeitraum [20–25]	20.05.–09.06.2020	23.06.–04.07.2020	08.09.–26.09.2020	17.11.–05.12.2020
Nationale COVID-19-Pandemiephase [4, 26]	Beginn Sommerplateau 2020	Sommerplateau 2020	Ende Sommerplateau 2020	Zweite COVID-19-Welle
Charakteristika der Studienorte				
Lokale Raumstruktur [25]	Ländlich	Ländlich	Eher urban	Urban
Lokales Infektionsgeschehen vor Studienbeginn [25]	Hauptsächliches Infektionsgeschehen: Mitte März bis Ende März	Hauptsächliches Infektionsgeschehen: Mitte März bis Mitte April	Hauptsächliches Infektionsgeschehen: Anfang März bis Ende Mai	Diffuses Infektionsgeschehen
	Auslöser: Lokale Veranstaltungen (v. a. Kirchenkonzerte, Feste), Reiserückkehrende aus Skigebieten in Österreich und Italien	Auslöser: Lokale Veranstaltungen (v. a. Veranstaltungen im Kontext von Kommunalwahlen, Feste), Ausbruch in Pflegeheim-einrichtung	Auslöser: Lokale Veranstaltungen (v. a. Ende Februar/Anfang März), Ausbrüche in Pflegeheim-einrichtungen und in der fleischverarbeitenden Industrie	Auslöser: Divers
Charakteristika der Teilnehmenden				
Anzahl Teilnehmende [20–25]	2.203	2.152	2.361	2.286
Responsequote [20–25]	63 %	59 %	30 %	29 %
Altersbereich [24]	18–94 Jahre	18–98 Jahre	18–96 Jahre	18–92 Jahre
Mittelwert des Alters	49 Jahre	51 Jahre	50 Jahre	45 Jahre
Anteil Frauen [25]	48,5 %	50,8 %	49,9 %	47,4 %
Bildungsstatus (ISCED)				
Untere Bildungsgruppe	20,6 %	18,6 %	23,8 %	15,7 %
Mittlere Bildungsgruppe	49,8 %	49,3 %	52,6 %	34,8 %
Obere Bildungsgruppe	29,6 %	32,0 %	23,6 %	49,5 %

ISCED = International Standard Classification of Education [27]

bundesweiten Maßnahmen zur Kontaktbeschränkung empfohlen hat. Denken Sie jetzt bitte an die Zeit nach dem 18. März 2020. Welche der folgenden Ereignisse sind bei Ihnen aufgetreten? Mehrfachangaben möglich.“ Für die Befragung der Teilnehmenden in Berlin-Mitte, welche den größten zeitlichen Abstand zum Bezugsdatum aufwies, wurde folgende Anpassung der obigen Satzformulierung vorgenommen: „Denken Sie jetzt bitte an die *Zeit der strengen Maßnahmen zur Kontaktbeschränkung* nach dem 18. März 2020.“

Die einzelnen erfragten Ereignisse zur Nichtinanspruchnahme, die bei Zutreffen jeweils angekreuzt werden konnten, sind in [Abbildung 1](#) analog zu ihrer Formulierung und Reihenfolge in der Befragung aufgeführt. Gefragt wurde zum einen nach dem Aussetzen von Terminen in den verschiedenen Bereichen der ambulanten ärztlichen Versorgung (hausärztliche, fachärztliche, zahnärztliche Versorgung), wobei explizit unterschieden wurde, ob Termine durch die befragte Person oder die Praxis abgesagt wurden. Zum anderen wurde der Verzicht auf notfallmedizinische

Am häufigsten wurden Absagen von zahnärztlichen und fachärztlichen Kontrollterminen angegeben.

Versorgung über eine Rettungsstelle oder Notaufnahme sowie das Aussetzen beziehungsweise die Verschiebung einer geplanten Krankenhausbehandlung, einer psychotherapeutischen Behandlung oder einer Heilmittelbehandlung (Ergo- und Physiotherapie, Logopädie) erfasst. Darüber hinaus wurde erfragt, ob trotz vorliegender Beschwerden auf einen Arztbesuch verzichtet wurde.

Daran anschließend wurde den Teilnehmenden aus allen vier Studienorten gleichlautend folgende Frage gestellt: „Haben Sie anstelle des Besuchs einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxis telefonische oder telemedizinische Kontaktmöglichkeiten genutzt? Mehrfachangaben möglich.“ Die Antwortoptionen lauteten: „Ja, telefonisch (z. B. Telefonsprechstunden)“, „Ja, telemedizinisch (z. B. Videosprechstunden, E-Mail-Kontakt)“, „Nein“ sowie „Kein Bedarf an Untersuchung oder Behandlung“.

Krankheitsspezifische und soziodemografische Faktoren

In die Analyse sind Informationen zu zwei der drei zentralen Indikatoren des Gesundheitszustandes (als Bestandteile des international bewährten Minimal European Health Module, MEHM [28]) einbezogen: die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes (subjektive Gesundheit) und das Vorliegen chronischer Krankheiten oder länger bestehender Gesundheitsbeschwerden. Die subjektive Gesundheit wurde im Kurzfragebogen mit folgender Frage erfasst: „Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?“. Die fünf Antwortoptionen lauteten: „Sehr gut“, „Gut“, „Mittelmäßig“, „Schlecht“ oder „Sehr schlecht“. Das Vorliegen chronischer Krankheiten oder lang andauernder gesundheitlicher Beschwerden wurde im Nachbefragungsbogen über folgende Frage erfasst: „Haben Sie

eine chronische Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem? Damit gemeint sind Krankheiten oder gesundheitliche Probleme, die mindestens 6 Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden“. Die Antwortoptionen umfassten „Ja“ und „Nein“.

Weiterhin wurden die Teilnehmenden auf Basis folgender Frage um detaillierte Angaben zu ihrer Krankheitsgeschichte gebeten: „Hat ein Arzt oder eine Ärztin bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen festgestellt?“. In einer nachgeschalteten Liste wurde spezifisch nach einzelnen Erkrankungen gefragt, wobei jeweils „Ja“, „Nein“ oder „Weiß nicht“ als Antwortmöglichkeiten vorgegeben waren. In den vorliegenden Beitrag eingeschlossen wurden Informationen aus dem Nachbefragungsbogen zu „Herzinfarkt“, „Durchblutungsstörungen am Herzen, Verengung der Herzkranzgefäße, Angina pectoris (Koronare Herzkrankheit)“, „Herzschwäche/Herzinsuffizienz“, „Vorhofflimmern“, „Schlaganfall“, „Bluthochdruck/Hypertonie“, „Zuckerkrankheit/Diabetes“, „Fettstoffwechselstörung (erhöhte Fettwerte: Cholesterin oder Triglyzeride)“, „Asthma bronchiale“, „Chronische Bronchitis, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Lungenemphysem (chronische Überblähung der Lunge)“, „Chronische Lebererkrankung (Leberzirrhose, Leberschrumpfung, chronische Leberentzündung/Hepatitis)“, „Chronische Nierenerkrankung (Einschränkung der Nierenfunktion, Niereninsuffizienz)“, „Kreislauferkrankung“, „Depression“, „Autoimmunerkrankung (z. B. Rheumatoide Arthritis, Lupus Erythematodes, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Zöliakie, Sarkoidose, Multiple Sklerose)“ sowie aus dem Kurzfragebogen zu „Immunschwäche (z. B. aufgrund einer Erkrankung, Organtransplantation, Chemotherapie oder Einnahme anderer Medikamente wie

Cortison)“. Die Angaben zu den einzelnen körperlichen Erkrankungen wurden zusammenfassend zur Definition einer dichotomen Ja/Nein-Variable „vorbestehende ärztlich diagnostizierte chronische körperliche Erkrankung“ und die Angaben zur Depression separat zur Definition der dichotomen Ja/Nein-Variable „vorbestehende ärztlich diagnostizierte Depression“ genutzt.

Der Bildungsstatus wurde anhand der Version 2011 der Internationalen Standardklassifikation für das Bildungswesen (International Standard Classification of Education, ISCED [27]) in niedrige (ISCED 1–2), mittlere (3–4) und hohe (ISCED 6–8) Bildungsgruppen eingeteilt, in die Angaben zu schulischen und beruflichen Bildungsabschlüssen aus dem Kurz- beziehungsweise Nachbefragungsbogen der Teilnehmenden eingehen.

2.3 Studienpopulation

Die Auswertungen basieren auf gepoolten Querschnittdaten der vier Studienorte (N=9.002). Teilnehmende, von denen kein Nachbefragungsbogen vorliegt (N=985) und welche die Frage zur Nichtinanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen nicht beantworteten (N=54), wurden ausgeschlossen, sodass die Analyse insgesamt 7.963 Teilnehmende (N=4.257 Frauen, N=3.706 Männer) umfasst. In der weitergehenden Analyse wurden zudem Teilnehmende ausgeschlossen, welche die Frage zum telemedizinischen Kontakt als Alternative zum ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxisbesuch nicht beantworteten (N=7) oder für welche nichtplausible Angaben vorlagen (N=83), sodass diese insgesamt 7.873 Teilnehmende (N=4.205 Frauen, N=3.668 Männer) einschloss.

2.4 Statistische Analysen

In deskriptiven Analysen erfolgte die Bestimmung der Anteile ausgesetzter gesundheitlicher Versorgungsleistungen mit 95%-Konfidenzintervallen (KI). Eine zusätzliche Analyse umfasst die Stratifizierung nach Studienort und Geschlecht.

Zur näheren Charakterisierung der besonderen Gruppe von Befragten, die bejahten, trotz Beschwerden auf einen Arztbesuch verzichtet zu haben, wurde diese hinsichtlich soziodemografischer und krankheitsspezifischer Faktoren mit zwei weiteren Gruppen verglichen: 1) mit Befragten, die auf die Frage „Haben Sie anstelle des Besuchs einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxis telefonische oder telemedizinische Kontaktmöglichkeiten genutzt?“ angaben, keinen Bedarf an einer Untersuchung oder Behandlung gehabt zu haben (im Folgenden bezeichnet als Personen ohne einen Bedarf an einer Untersuchung oder Behandlung), und 2) mit Befragten, die nicht bejahten, trotz Beschwerden auf einen Arztbesuch verzichtet zu haben sowie nicht angaben, keinen Bedarf an einer Untersuchung oder Behandlung gehabt zu haben (im Folgenden bezeichnet als Personen ohne einen Verzicht auf einen Arztbesuch bei Beschwerden). Eine zusätzliche Analyse umfasst logistische Regressionsmodelle mit Adjustierung (Kontrolle) für Studienort, Geschlecht, Alter und Bildung.

Alle Ergebnisse wurden unter Berücksichtigung eines Gewichtungsfaktors berechnet, wodurch die jeweilige Stichprobe bezüglich Alter, Geschlecht und Bildungsverteilung (auf Kreisebene gemäß Mikrozensus) an die Bevölkerungsstruktur der jeweiligen Gemeinde angeglichen

Fast ein Zehntel der Befragten gab an, nach Beginn der Eindämmungsmaßnahmen trotz Beschwerden auf einen Arzttermin verzichtet zu haben.

wurde. Um die Gewichtung bei der Berechnung von Konfidenzintervallen und p-Werten angemessen zu berücksichtigen, wurden alle Analysen mit den Surveyprozeduren von SAS 9.4 berechnet. Es wird von einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen Gruppen ausgegangen, wenn der entsprechende p-Wert im Rao-Scott-Chi-Square-Test kleiner als 0,05 ist.

3. Ergebnisse

3.1 Häufigkeiten der Nichtinanspruchnahme von gesundheitlichen Versorgungsleistungen

Insgesamt gab etwa ein Drittel (35,5%) der Befragten an, nach dem 18. März 2020 auf mindestens eine der genannten Versorgungsleistungen verzichtet zu haben (Abbildung 1). Unter den fachspezifischen Versorgungsleistungen wurden

Welche der folgenden Ereignisse sind bei Ihnen in der Zeit nach dem 18. März 2020 aufgetreten?

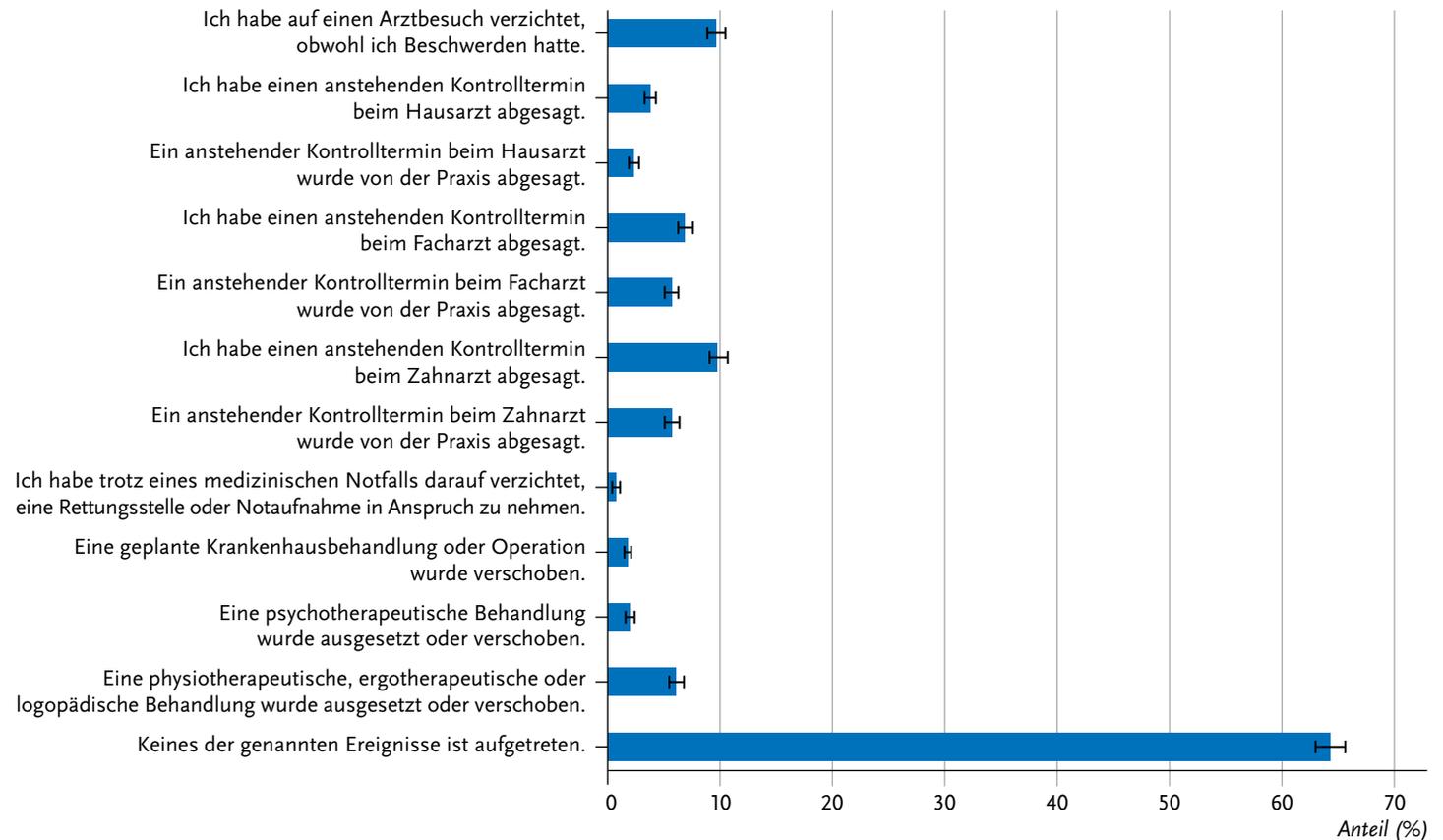


Abbildung 1
Nichtinanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen (Anteile in % mit 95 %-Konfidenzintervall, n=7.963)
Quelle: CoMoLo-Studie

Wer trotz Beschwerden auf einen Arztbesuch verzichtete, war häufiger jünger als 35 Jahre und weiblich, gab seltener eine sehr gute oder gute Gesundheit und häufiger eine ärztlich diagnostizierte Depression an als diejenigen ohne einen solchen Verzicht.

am häufigsten die Absage anstehender zahnärztlicher Kontrolltermine (insgesamt 15,2 %, seitens der Befragten 9,8 %, seitens der Praxis 5,7 %) und fachärztlicher Kontrolltermine (insgesamt 11,8 %, seitens der Befragten 6,9 %, seitens der Praxis 5,7 %) angegeben, gefolgt von der Aussetzung oder Verschiebung einer physiotherapeutischen, ergotherapeutischen oder logopädischen Behandlung (6,1 %) und der Absage eines anstehenden hausärztlichen Kontrolltermins (insgesamt 5,8 %, seitens der Befragten 3,8 %, seitens der Praxis 2,3 %). Im Vergleich dazu seltener wurden die Aussetzung oder Verschiebung einer psychotherapeutischen Behandlung (2,0 %), die Verschiebung einer geplanten Krankenhausbehandlung oder Operation (1,8 %) sowie der Verzicht auf eine Inanspruchnahme einer Rettungsstelle oder Notaufnahme trotz eines medizinischen Notfalls (0,7 %) angegeben. Die allgemein formulierte, das heißt nicht nach Fachrichtung spezifizierte Frage zum Verzicht auf einen Arztbesuch trotz bestehender Beschwerden bejahten insgesamt 9,7 %.

Dieses Muster zeigt sich für jeden Studienort, auch wenn sich die jeweiligen Anteile der nicht in Anspruch genommenen Versorgungsleistungen zwischen den Orten leicht unterscheiden. Zudem besteht dieses Muster für beide Geschlechter, wobei die jeweiligen Anteile der Nichtinanspruchnahme fast aller Versorgungsleistungen bei Frauen höher liegen als bei Männern.

3.2 Charakteristika von Personen mit Verzicht auf einen Arztbesuch trotz vorliegender Beschwerden

Zur Charakterisierung der Befragten, welche trotz Beschwerden auf einen Arztbesuch verzichtet haben,

erfolgten Vergleiche mit Befragten ohne einen Bedarf an einer Untersuchung oder Behandlung sowie mit Befragten ohne Verzicht auf einen Arztbesuch bei Beschwerden.

Befragte, die keinen Untersuchungs- oder Behandlungsbedarf hatten, schätzten jeweils im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen erwartungsgemäß ihren Gesundheitszustand häufiger als gut oder sehr gut ein, berichteten seltener das Andauern einer Krankheit oder eines gesundheitlichen Problems seit mindestens sechs Monaten, gaben seltener vorbestehende ärztlich diagnostizierte chronische körperliche Erkrankungen und seltener eine vorbestehende ärztlich diagnostizierte Depression an. Sie waren zudem seltener niedrig gebildet und häufiger männlich (Tabelle 2). Diese Unterschiede waren auch nach Adjustierung für Studienort, Alter, Geschlecht und Bildung in zusätzlich durchgeführten Regressionsmodellen zu beobachten.

Befragte, die trotz Beschwerden auf einen Arztbesuch verzichtet haben, schätzten im Vergleich zu denjenigen, die bei Beschwerden nicht auf einen Arztbesuch verzichtet haben, ihren Gesundheitszustand seltener als gut oder sehr gut ein, berichteten häufiger das Andauern einer Krankheit oder eines gesundheitlichen Problems seit mindestens sechs Monaten und gaben häufiger eine vorbestehende ärztlich diagnostizierte Depression an. Sie waren zudem häufiger weiblich, unter 35 Jahre alt und im Studienort Berlin wohnhaft. Weiterhin berichteten Befragte, die bei Beschwerden auf einen Arztbesuch verzichtet haben, häufiger die alternative Nutzung einer telefonischen oder telemedizinischen Kontaktmöglichkeit (telefonisch 25,1 %, telemedizinisch 6,2 %,

Tabelle 2
Charakteristika der Studienpopulation
insgesamt und untergliedert in
Personengruppen je nach Angabe eines
Verzichts auf einen Arztbesuch bei Beschwerden
und Angabe eines Untersuchungs-/
Behandlungsbedarfs (n=7.873)
 Quelle: CoMoLo-Studie

Charakteristika	Insgesamt (N = 7.873)	Untergliedert in Personengruppen		
		Personen mit Verzicht auf Arztbesuch bei Beschwerden (N = 708)	Personen ohne Verzicht auf Arztbesuch bei Beschwerden (N = 3.480)	Personen ohne Bedarf an Untersuchung oder Behandlung (N = 3.685)
Soziodemografische Faktoren (Anteile in % oder Mittelwert mit 95 %-KI)				
Studienort				
Kupferzell	24,6 (23,4–25,9)	24,1 (20,6–28,0)	25,2 (23,5–27,0)	24,1 (22,4–25,9)
Bad Feilnbach	24,2 (23,0–25,4)	21,2 (17,9–25,0)	23,2 (21,6–24,9)	25,7 (24,0–27,4)
Straubing	26,2 (25,0–27,5)	23,9 (20,2–28,0)	27,1 (25,2–29,0)	25,9 (24,1–27,7)
Berlin-Mitte	25,0 (23,7–26,3)	30,8 (26,7–35,2)	24,5 (22,7–26,5)	24,3 (22,5–26,3)
Weibliches Geschlecht	49,1 (47,9–50,4)	58,5 (54,1–62,8)	51,5 (49,5–53,5)	45,0 (43,2–46,9)
Alter				
18–34 Jahre	27,7 (26,5–29,0)	30,4 (26,4–34,7)	22,8 (21,0–24,6)	32,2 (30,3–34,1)
35–49 Jahre	24,7 (23,5–26,0)	26,0 (22,3–30,1)	24,7 (22,9–26,6)	24,5 (22,9–26,3)
50–64 Jahre	26,5 (25,3–27,6)	24,0 (20,5–27,9)	28,9 (27,1–30,7)	24,5 (22,9–26,2)
65–74 Jahre	10,7 (10,0–11,4)	8,7 (6,8–11,1)	11,9 (10,8–13,1)	9,8 (8,9–10,9)
≥ 75 Jahre	10,4 (9,6–11,3)	10,9 (8,3–14,2)	11,7 (10,5–13,1)	9,0 (7,9–10,2)
Mittelwert (in Jahren)	48,7 (48,2–49,2)	47,6 (45,9–49,4)	50,7 (49,9–51,5)	46,9 (46,1–47,6)
Bildungsstatus (ISCED) ¹				
Untere Bildungsgruppe	12,8 (11,7–13,9)	16,4 (12,5–21,4)	15,3 (13,7–17,1)	9,5 (8,1–11,2)
Mittlere Bildungsgruppe	50,0 (48,6–51,3)	45,8 (41,5–50,2)	50,6 (48,6–52,6)	50,1 (48,1–52,1)
Obere Bildungsgruppe	37,3 (36,0–38,5)	37,7 (33,9–41,8)	34,1 (32,3–35,9)	40,4 (38,5–42,3)
Krankheitsspezifische Faktoren (Anteile in % mit 95 %-KI)				
Sehr gute/gute subjektive Gesundheit ²	87,8 (86,9–88,7)	73,6 (69,3–77,5)	84,5 (83,0–85,9)	93,7 (92,7–94,6)
Seit mindestens sechs Monaten andauernde chronische Krankheit/andauerndes gesundheitliches Problem ³	34,3 (33,0–35,6)	47,2 (42,7–51,6)	41,6 (39,7–43,6)	24,6 (22,9–26,4)
Jemals ärztlich diagnostizierte chronische körperliche Erkrankung ⁴	45,6 (44,2–46,9)	54,0 (49,5–58,5)	51,9 (49,8–54,0)	37,7 (35,7–39,7)
Jemals ärztlich diagnostizierte Depression ⁵	11,2 (10,3–12,1)	24,1 (20,0–28,7)	13,3 (11,9–14,8)	6,8 (5,7–8,0)
Telefonischer/telemedizinischer Kontakt (Anteile in % mit 95 %-KI)				
Telefonisch	8,5 (7,8–9,3)	25,1 (21,6–28,9)	14,0 (12,7–15,5)	-
Telemedizinisch	2,0 (1,6–2,4)	6,2 (3,9–9,5)	3,2 (2,6–4,0)	-

KI = Konfidenzintervall, ISCED = International Standard Classification of Education [27]

In den einzelnen Strata sind Teilnehmende mit fehlenden Werten ausgeschlossen: ¹N=9, ²N=185, ³N=2, ⁴N=523, ⁵N=205

Wer trotz Beschwerden auf einen Arztbesuch verzichtete, nutzte häufiger eine telefonische oder telemedizinische Kontaktmöglichkeit als diejenigen ohne einen solchen Verzicht.

beziehungsweise insgesamt (telefonisch oder telemedizinisch) 29,1%) als solche, die bei Beschwerden nicht auf einen Arztbesuch verzichteten (telefonisch 14,0%, telemedizinisch 3,2%, beziehungsweise insgesamt (telefonisch oder telemedizinisch) 16,5%) (Tabelle 2). In den nach Studienort, Alter, Geschlecht und Bildung adjustierten Regressionsmodellen blieben die Unterschiede zwischen beiden Gruppen bis auf den Studienort bestehen.

4. Diskussion

Die vorliegenden Ergebnisse auf Basis der bevölkerungsbezogenen CoMoLo-Studie zeigen, dass knapp zwei Drittel der teilnehmenden Erwachsenen aus vier besonders von der COVID-19-Pandemie betroffenen Orten in Deutschland nach Einführung der Eindämmungsmaßnahmen im März 2020 auf keine der erfragten gesundheitlichen Versorgungsleistungen verzichteten. Unter dem Drittel der Befragten, die auf mindestens eine der erfragten Versorgungsleistungen verzichtete, wurde mit jeweils über 10% am häufigsten die Absage zahnärztlicher und fachärztlicher Kontrolltermine sowie mit fast 10% der Verzicht auf einen Arztbesuch trotz vorliegender Beschwerden angegeben. Die Befragten, die trotz Beschwerden auf einen Arztbesuch verzichteten, waren im Vergleich zu Befragten ohne einen solchen Verzicht häufiger unter 35 Jahre alt und weiblich, zeichneten sich durch eine seltenere Einschätzung ihrer Gesundheit als sehr gut oder gut und eine häufigere vorbestehende Diagnose einer Depression aus und nutzten dafür häufiger eine telefonische oder telemedizinische Kontaktmöglichkeit.

4.1 Einordnung der Ergebnisse im Vergleich zu anderen Studien

Studien basierend auf bevölkerungsbezogenen Befragungsdaten

Bisher haben nur wenige bevölkerungsbezogene Studien die Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen im Kontext der COVID-19-Pandemie untersucht und beziehen sich zudem jeweils auf unterschiedliche Fragestellungen und Zeiträume [6, 7].

Ergebnisse der auf Grundlage wiederholter und voneinander unabhängiger Querschnittstichproben durchgeführten Online-Studie COSMO deuten darauf hin, dass die Mehrheit der Befragten ihre Versorgung mit notwendigen Arztbesuchen und Medikamenten in der ersten Pandemiephase als gewährleistet betrachtete. Dabei lag der Anteil, der notwendige Arztbesuche als möglich einschätzte, Anfang April 2020 im Zeitrahmen geltender strenger Eindämmungsmaßnahmen etwas niedriger (87%) als Ende Juli 2020 im Zeitrahmen gelockerter Maßnahmen (94%) [14]. Weitere Ergebnisse der COSMO-Studie weisen darauf hin, dass die Mehrheit der Ende April 2020 Befragten „eher nicht“ bis „überhaupt nicht“ zustimmte, in den letzten vier Wochen Probleme in Bezug auf ihre medizinische Versorgung gehabt zu haben (60%) oder durch Einschränkungen in der medizinischen Versorgung Verschlechterungen im Gesundheitszustand erfahren zu haben (73%) [15]. Dagegen lag der Anteil von Befragten, die im Juli 2020 angaben, seit Pandemiebeginn bestehende Termine für eine Krebsvorsorgeuntersuchung [29], einen Gesundheits-Check-up [30] oder einen Zahnarztbesuch [31] aufgrund der COVID-19-Pandemie aufgeschoben zu haben, bezogen auf

Befragte, für welche ein entsprechender Termin anstand, bei jeweils über 40 % [14]; wobei der überwiegende Anteil der aufgeschobenen Zahnarztbesuche Kontrolltermine umfasste [31]. Übereinstimmend zeigt sich in der vorliegenden Studie, dass die Mehrheit der Befragten keine Absagen von Arzt- oder Behandlungsterminen seit Pandemiebeginn berichtet (64 %) und sich die häufigsten Absagen auf Kontrolltermine beziehen.

Eine weitergehende Analyse der COSMO-Daten zeigt, dass die Mehrheit der Befragten ihre Versorgung mit notwendigen Arztbesuchen auch bezogen auf unterschiedliche Versorgungsleistungen als gewährleistet betrachtete, wobei sich die Angaben von Anfang Dezember 2020 bereits auf die zweite Phase der Eindämmungsmaßnahmen beziehen. So gaben beispielsweise von den 51,7 % der Befragten mit erforderlichen haus- oder fachärztlichen Kontrollterminen insgesamt 3,5 % an, dass notwendige Arztbesuche zurzeit nicht möglich sind; von den 9,9 % mit erforderlicher psychotherapeutischer Behandlung waren es 2,0 %. Dabei ist anzumerken, dass der relative Anteil der Befragten ohne Zugang zu einem Termin bezogen auf die Befragten mit erforderlichem Termin für die unterschiedlichen Versorgungsleistungen variierte. Der relative Anteil war für haus- oder fachärztliche Kontrolltermine sowie für zahnärztliche Kontrolltermine mit jeweils 6,3 % am geringsten und für psychotherapeutische Behandlungen mit 16,5 % am höchsten [16]. Interessanterweise zeigte sich in der vorliegenden Studie eine vorbestehende ärztliche Diagnose einer Depression als assoziierter Faktor der Personengruppe, die trotz Beschwerden auf einen Arztbesuch verzichtete. Insgesamt könnte dies ein Hinweis darauf sein, dass Personen mit aktuellen oder vorhergehenden psychischen Problemen im

Kontext der Eindämmungsmaßnahmen am häufigsten davon betroffen waren, nicht durch benötigte Gesundheitsleistungen versorgt worden zu sein.

Ergebnisse der bundesweiten Studie GEDA 2019/2020-EHIS zur selbstberichteten Inanspruchnahme ambulanter allgemein- und fachärztlicher Leistungen in den letzten vier Wochen vor dem Interview weisen auf einen vorübergehenden Rückgang im Zeitraum der ersten Phase der Eindämmungsmaßnahmen hin. So lag der Anteil von Personen mit einer allgemeinärztlichen Inanspruchnahme im Zeitraum von Anfang April bis Ende Juni 2020 bei 30 % im Vergleich zu 38 % im gleichen Vorjahreszeitraum; der entsprechende Anteil von Personen mit einer fachärztlichen Inanspruchnahme betrug 18 % im Vergleich zu 30 % [12]. Eine weitere GEDA 2019/2020-EHIS-Analyse, die nur Personen mit Diabetes umfasste, zeigte zwar ebenfalls einen Rückgang der fachärztlichen Inanspruchnahme (24 % vs. 43 %), jedoch keine relevante Veränderung der allgemeinärztlichen Inanspruchnahme (62 % vs. 60 %). Als mögliche Erklärungen für diese Beobachtung wurden die Notwendigkeit regelmäßiger Hausarztbesuche der Personen mit Diabetes zur Versorgung ihrer Krankheit und Anpassungen im Versorgungsangebot durch telefonische Beratung diskutiert [13]. Parallelen zur vorliegenden Studie zeigen sich darin, dass der Anteil von Personen mit Absage eines fachärztlichen Kontrolltermins (12 %) höher ist als der Anteil von Personen mit Absage eines hausärztlichen Kontrolltermins (6 %). Zudem deutet sich bei Personen, die trotz Beschwerden auf einen Arztbesuch verzichteten, auch in der vorliegenden Studie eine Rolle der alternativen telemedizinischen Kontaktmöglichkeit an.

Studien basierend auf Abrechnungs- und Leistungsdaten

Der Zusammenhang der Eindämmungsmaßnahmen mit der Nichtinanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen lässt sich ebenfalls auf Basis von Abrechnungs- und Leistungsdaten erkennen.

Eine Auswertung der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen ambulanten Leistungsanspruchnahme für die Monate des Jahres 2020 im Vergleich zu den entsprechenden Vorjahresmonaten zeigt eine Abhängigkeit der beobachteten Veränderungen von den Maßnahmen zur Kontaktbeschränkung. So gingen die Behandlungsfälle über alle Leistungsbereiche ab Anfang März 2020 zurück (April: -22,7%, Mai: -15,5%). Ende Mai 2020 erfolgte eine Normalisierung der Behandlungsfälle und im Juni 2020 wurden Zunahmen beobachtet (Juni: +2,6%), die je nach Leistungsbereich unterschiedlich stark ausfielen. Für die meisten Leistungsbereiche wurden im dritten Quartal 2020 wiederholt Rückgänge oder Annäherungen der Behandlungsfälle an die des Vorjahres (Juli: -1,3%, August: -0,2%, September: +0,7%) und im vierten Quartal 2020 nach anfänglichen Zunahmen erneut Rückgänge festgestellt (Oktober: +6,3%, November: -4,5%, Dezember: -3,0%). Die ambulanten Leistungsdaten zeigen, dass die Rückgänge besonders stark für potenziell verschiebbare Leistungen ausgeprägt sind, wie Früherkennungsuntersuchungen und Schulungen im Rahmen der Disease-Management-Programme, jedoch nicht auf diese begrenzt sind. Ab Mitte März waren beispielsweise auch für ambulante Notfall- und Bereitschaftsdienste deutliche Fallzahlrückgänge zu beobachten [8]. Ein Rückgang der Zahl von Notaufnahmebesuchen im Vorjahresvergleich – sowohl bei ambulantem als auch bei stationärem Verbleib – zeigt sich nach Einführung der Maßnahmen zur

Kontaktbeschränkung ebenfalls auf Grundlage von Daten 36 universitärer und außeruniversitärer Notaufnahmen in Deutschland. Als potenzielle Gründe wurden ein selteneres Auftreten von Verletzungen und Unfällen sowie ansteckenden Erkrankungen, aber auch eine höhere Hemmschwelle der Inanspruchnahme (z. B. aus Sorge vor einer Ansteckung mit SARS-CoV-2) und eine seltenere Verfügbarkeit von Angehörigen (die z. B. insbesondere bei Älteren oft die Notfallversorgung initiieren) diskutiert [11]. Auch hier zeigt sich die Parallele in Bezug zur vorliegenden Studie darin, dass das Aussetzen der Inanspruchnahme größtenteils, jedoch nicht ausschließlich, potenziell verschiebbare Leistungen betraf. So gaben entsprechend der vorliegenden CoMoLo-Ergebnisse 9,7% der Befragten den Verzicht auf einen Arztbesuch trotz Beschwerden und 0,7% den Verzicht auf eine notfallmedizinische Inanspruchnahme an.

Den gesunkenen Behandlungsfällen mit direktem ärztlichen Kontakt stehen deutlich gestiegene Fallzahlen mit telefonischer Beratung (März bis Dezember 2020 im Vergleich zum entsprechenden Vorjahreszeitraum: 6,3 Millionen vs. 3,6 Millionen) und mit Videosprechstunde (2,5 Millionen vs. rund 3.000) gegenüber. Dies wird als Anpassung der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen an die notwendige Versorgung der Patientinnen und Patienten interpretiert [8]. In Anlehnung daran zeigt sich in der vorliegenden Studie, dass ein Teil der Befragten mit Untersuchungs- oder Behandlungsbedarf alternativ telemedizinische Kontaktmöglichkeiten nutzte und dass erwartungsgemäß der entsprechende Anteil unter Personen, die trotz vorliegender Beschwerden auf einen Arztbesuch verzichteten, höher war, als unter Personen, die bei Beschwerden nicht auf einen Arztbesuch verzichteten (29% vs. 17%).

Für stationäre Leistungen sind einer Auswertung aller Krankenhausaufenthalte von AOK-Versicherten zufolge ebenfalls Rückgänge erfolgt, die im Vergleich zum entsprechenden Vorjahreszeitraum am stärksten von März bis Mai 2020 (März: -20,9 %, April: -35,2 %, Mai: -24,0 %), weniger stark in den Sommermonaten (Juni: -6,5 %, Juli: -10,1 %, August: -7,8 %, September: -6,9 %) und wieder stärker von Oktober bis Dezember 2020 (Oktober: -11,4 %, November: -16,9 %, Dezember: -20,2 %) ausgeprägt waren und – ähnlich zu den Beobachtungen basierend auf den bevölkerungsbezogenen Daten und ambulanten Abrechnungsdaten – überwiegend, aber nicht ausschließlich, auf verschiebbare Behandlungsanlässe zutrafen. Als mögliche Einflussfaktoren wurden hierfür zusätzlich zu den bereits im obigen Absatz genannten Faktoren die regulatorischen Vorgaben beziehungsweise Empfehlungen der Politik zur Freihaltung von Intensivkapazitäten und zur Verschiebung von planbaren Krankenhausaufenthalten sowie ein verändertes Einweiseverhalten bedingt durch verminderte Sprechzeiten in ambulanten Praxen angeführt [9, 10]. Auch in der vorliegenden Studie spielte die Verschiebung einer geplanten Krankenhausbehandlung oder Operation bei einem Anteil von 1,8 % der Befragten eine Rolle.

4.2 Stärken und Limitationen

Die in der CoMoLo-Studie erhobenen Daten erlauben insgesamt eine etwas differenziertere Betrachtung der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen aus Bevölkerungssicht als in bisherigen bevölkerungsbezogenen Studien möglich war. Bezüglich des Ergebnisses der

Absage insbesondere – jedoch nicht ausschließlich – von potenziell aufschiebbaren Leistungen sowie der Relevanz alternativer telemedizinischer Kontaktmöglichkeiten stehen sie in Einklang mit Ergebnissen anderer Studien. Zusätzlich integriert die CoMoLo-Studie weitere Fragen, wie zum Verzicht auf einen Arztbesuch trotz Beschwerden sowie zu soziodemografischen und krankheitsspezifischen Faktoren, die durch eine Verknüpfung weitergehende Analysen ermöglichten.

Dennoch ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten, dass Unterschiede der Studienorte in Bezug auf infrastrukturelle und soziodemografische Charakteristika sowie in Bezug auf das lokale Ausbruchsgeschehen bestanden, die unterschiedliche implementierte lokale Eindämmungsmaßnahmen nach sich gezogen haben könnten. Zudem fand die Datenerhebung in den Studienorten zu verschiedenen Zeitpunkten statt, sodass der zeitliche Abstand zum Bezugsdatum des 18. März 2020 variiert. Für die Befragung im Studienort Berlin-Mitte, die den größten zeitlichen Abstand zum Bezugsdatum aufwies, wurde daher ergänzend konkretisiert, bei der Beantwortung an „die Zeit der strengen Maßnahmen zur Kontaktbeschränkung“ zu denken. Die Ergebnisse aus zusätzlichen, hinsichtlich des Studienortes adjustierten beziehungsweise stratifizierten Analysen weisen zudem auf eine Übereinstimmung mit den Hauptaussagen der Analyse mit den gepoolten Daten der vier Studienorte hin. Jedoch könnte das Inanspruchnahmeverhalten in anderen Gemeinden, beispielsweise in solchen mit weniger ausgeprägtem Infektionsgeschehen, abweichend gewesen sein, sodass die Ergebnisse nicht unmittelbar für die erwachsene Gesamtbevölkerung Deutschlands verallgemeinerbar sind.

Weiterhin erlauben auch die in CoMoLo integrierten Fragen nur begrenzte Einblicke in die Versorgungsbedarfe der Bevölkerung. So konnte beispielsweise bei Befragten ohne Verzicht auf gesundheitliche Versorgungsleistungen nicht differenziert werden, welcher Anteil solche Leistungen wahrgenommen beziehungsweise nicht geplant oder nicht benötigt hat. Zudem konnte bei Befragten mit Verzicht auf mindestens eine der abgefragten Versorgungsleistungen keine weitergehende Abfrage dazu erfolgen, welche konkreten Leistungen abgesagt wurden (z. B. Krebsfrüherkennung, Gesundheits-Check-up, Schwangerenvorsorge) und warum (z. B. Angst vor einer Ansteckung mit SARS-CoV-2, Überlastung in der Familie). Eine weitere Limitation zur Einordnung der Ergebnisse ist, dass „Beschwerden“ in der Frage nach einem Arztbesuchverzicht trotz Beschwerden, die fast 10% der Befragten bejahten, nicht näher in ihrer Art oder Schwere charakterisierbar sind. Dies ist darin begründet, dass die Beschwerden durch die Möglichkeit von Mehrfachangaben nicht eindeutig einer anderen Antwort zuzuordnen sind und keine zusätzlichen Freitextangaben möglich waren.

4.3 Fazit

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass 64% der Erwachsenen auch im Rahmen geltender strenger Kontaktbeschränkungen nicht auf Arzt- und Behandlungstermine verzichtet haben. Allerdings war das bei 36% entsprechend nicht der Fall. Jede zehnte Person verzichtete sogar auf einen Arztbesuch, obwohl Beschwerden vorlagen. Diese Personen waren im Vergleich zu Personen ohne einen solchen Verzicht unter anderem seltener durch einen guten

oder sehr guten Gesundheitszustand und häufiger durch eine Depression in der Vergangenheit charakterisiert, nutzten jedoch häufiger telemedizinische Kontaktmöglichkeiten als Alternative zum Besuch einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxis.

Längsschnittliche Analysen zu möglichen gesundheitlichen Auswirkungen durch eine veränderte Versorgungssituation stehen für Deutschland noch weitgehend aus. Die Erfahrungen der vorliegenden und früherer Studien zeigen, wie wichtig es ist, durch externe Bedingungen bedingte Veränderungen des Versorgungsangebotes und Inanspruchnahmeverhaltens auch aus der Sicht der Betroffenen zu analysieren. Nur so lassen sich in der Zusammenschau mit Ergebnissen aus Routinedaten Schlüsse ziehen, wie die Versorgung im Hinblick auf Krisensituationen gestaltet werden muss, um vulnerable Gruppen vor Versorgungsengpässen zu schützen.

Korrespondenzadresse

Dr. Christin Heidemann
Robert Koch-Institut

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin

E-Mail: HeidemannC@rki.de

Zitierweise

Heidemann C, Reitzle L, Schmidt C, Fuchs J, Prütz F et al. (2022) Nichtinanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen während der COVID-19-Pandemie: Ergebnisse der CoMoLo-Studie. J Health Monit 7(S1): 2–19. DOI 10.25646/9563

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:
www.rki.de/journalhealthmonitoring-en

Datenschutz und Ethik

Alle Studien des Robert Koch-Instituts unterliegen der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Die Ethikkommission der Ärztekammer Berlin hat die Studie CORONA-MONITORING lokal unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und der Durchführung der Studie zugestimmt (Eth-11/20). Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studien sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

Förderungshinweis

Die Studie CORONA-MONITORING lokal wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung

Wir danken allen Kolleginnen und Kollegen des Robert Koch-Instituts in Abteilung 2, Abteilung 3 und beim Zentrum für Biologische Gefahren und Spezielle Pathogene für die Unterstützung. Ein besonderer Dank gilt den Kolleginnen und Kollegen der Survey-Administration, des epidemiologischen Zentrallabors und dem Feldteam. Allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern danken wir sehr herzlich

für ihre Unterstützung der Studie CORONA-MONITORING lokal. Zudem danken wir den lokalen Behörden und anderen Unterstützenden vor Ort für ihr Engagement.

Literatur

1. Huang C, Wang Y, Li X et al. (2020) Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* 395(10223):497–506
2. Potere N, Valeriani E, Candeloro M et al. (2020) Acute complications and mortality in hospitalized patients with coronavirus disease 2019: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care* 24(1):389
3. Grote U, Arvand M, Brinkwirth S et al. (2021) Maßnahmen zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie in Deutschland: nichtpharmakologische und pharmakologische Ansätze. *Bundesgesundheitsbl* 64(4):435–445
4. Wieler LH, Rexroth U, Gottschalk R (2021) Emerging COVID-19 success story: Germany's push to maintain progress. *OurWorldInData.org*. <https://ourworldindata.org/covid-exemplar-germany?country=> (Stand: 14.01.2022)
5. Osterloh F (2020) Krankenhäuser verschieben planbare Eingriffe. *Dtsch Arztebl International* 117(12):A575–577
6. Scheidt-Nave C, Barnes B, Beyer AK et al. (2020) Versorgung von chronisch Kranken in Deutschland – Herausforderungen in Zeiten der COVID-19-Pandemie. *Journal of Health Monitoring* 5(S10):2–28. <https://edoc.rki.de/handle/176904/7033> (Stand: 11.05.2021)
7. Narres M, Linnekamp U, Hochlenert D et al. (2021) Die Versorgungssituation von Menschen mit Diabetes mellitus in Zeiten der COVID-19-Pandemie. Version 01. Kompetenznetz Public Health COVID-19, Bremen. https://www.public-health-covid19.de/images/2021/Ergebnisse/230310_Hintergrundpapier_Nicht-COVID_Diabetes_finaliter.pdf (Stand: 11.05.2021)
8. Mangiapane S, Zhu L, Kretschmann J et al. (2021) Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme während der COVID-Krise: Tabellarischer Trendreport für das Jahr 2020. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Berlin. https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Publikationen/Trendreport_4_Leistungsanspruchnahme_COVID_2021-04-19.pdf (Stand: 06.09.2021)

9. Günster C, Drohan D, Hentschker C et al. (2020) WIdO-Report: Entwicklung der Krankenhausfallzahlen während des Coronavirus-Lockdowns. Nach ICD-Diagnosekapiteln und ausgewählten Behandlungsanlässen. WIdO, Berlin.
https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Bilder/News/2020_06_WIdO-Report_FZ-Entwicklung_Lockdown.pdf (Stand: 11.05.2021)
10. Mostert C, Hentschker C, Scheller-Kreinsen D et al. (2021) Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Krankenhausleistungen im Jahr 2020. In: Klauber J, Wasem J, Beivers A et al. (Hrsg) Krankenhaus-Report 2021: Versorgungsketten – Der Patient im Mittelpunkt. Springer Berlin. Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S. 277–306
11. Slagman A, Behringer W, Greiner F et al. (2020) Medical Emergencies During the COVID-19 Pandemic. *Dtsch Arztebl International* 117(33–34):545–552
12. Damerow S, Rommel A, Prütz F et al. (2020) Die gesundheitliche Lage in Deutschland in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie. Zeitliche Entwicklung ausgewählter Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring* 5(4):3–22.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/7548.2> (Stand: 25.4.2021)
13. Du Y, Baumert J, Damerow S et al. (2021) Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen während der COVID-19-Pandemie bei Menschen mit Diabetes in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 6(2):54–61.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/8397> (Stand: 14.01.2022)
14. Heidemann C, Paprott R, Huebl L et al. (2021) Selbst eingeschätzte medizinische Versorgung im Verlauf der SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland: Ergebnisse der COSMO-Studie. *Epidemiologisches Bulletin* 46:3–10.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/7466.2> (Stand: 10.03.2021)
15. Hajek A, De Bock F, Wieler LH et al. (2020) Perceptions of Health Care Use in Germany during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health* 17(24):9351
16. Reitzle L, Schmidt C, Farber F et al. (2021) Perceived Access to Health Care Services and Relevance of Telemedicine during the COVID-19 Pandemic in Germany. *Int J Environ Res Public Health* 18(14)
17. Robert Koch-Institut (RKI) (2021) Studie CORONA-MONITORING lokal.
www.rki.de/corona-monitoring-lokal (Stand: 16.09.2021)
18. 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.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/6929.4> (Stand: 12.05.2021)
19. Santos-Hövenner C, Neuhauser HK, Rosario AS et al. (2020) Serology- and PCR-based cumulative incidence of SARS-CoV-2 infection in adults in a successfully contained early hotspot (CoMoLo study), Germany, May to June 2020. *Euro Surveill* 25(47)
20. Corona Monitoring lokal (2021) Eckdaten für Kupferzell (aktualisiert am 15.09.2021).
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/cml-studie/Dokumente/Factsheet_Kupferzell.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 14.01.2022)
21. Corona Monitoring lokal (2021) Eckdaten für Bad Feilnbach (aktualisiert am 15.09.2021).
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/cml-studie/Factsheet_Bad_Feilnbach.html (Stand: 14.01.2022)
22. Corona Monitoring lokal (2021) Eckdaten für Straubing (aktualisiert am 15.09.2021).
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/cml-studie/Factsheet_Straubing.html (Stand: 14.01.2022)
23. Corona Monitoring lokal (2021) Eckdaten für Berlin-Mitte (aktualisiert am 15.09.2021).
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/cml-studie/Factsheet_Berlin-Mitte.html (Stand: 14.01.2022)
24. Neuhauser H, Buttman-Schweiger N, Ellert U et al. (2021) Seroepidemiologische Studien zu SARS-CoV-2 in Stichproben der Allgemeinbevölkerung und bei Blutspenderinnen und Blutspendern in Deutschland – Ergebnisse bis August 2021. *Epidemiologisches Bulletin* 37:3–12.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/8743> (Stand: 14.01.2022)
25. Robert Koch-Institut (2022) Sachbericht – Seroepidemiologische Studie zur Abschätzung der Verbreitung von SARS-CoV-2 in der Bevölkerung an besonders betroffenen Orten in Deutschland. CORONA-MONITORING lokal. Abschlussbericht 2021. Robert Koch-Institut, Berlin.
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/cml-studie/Dokumente/Abschlussbericht_2021.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 07.02.2022)

26. Schilling J, Buda S, Fischer M et al. (2021) Retrospektive Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie in Deutschland bis Februar 2021. *Epidemiologisches Bulletin* 15:8–17.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/7935> (Stand: 14.01.2022)

27. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2017) Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED).
[https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:International_standard_classification_of_education_\(ISCED\)/de](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:International_standard_classification_of_education_(ISCED)/de) (Stand: 25.05.2021)

28. Cox B, van Oyen H, Cambois E et al. (2009) The reliability of the Minimum European Health Module. *Int J Public Health* 54(2):55–60

29. Hajek A, De Bock F, Huebl L et al. (2021) Determinants of Postponed Cancer Screening During the COVID-19 Pandemic: Evidence from the Nationally Representative COVID-19 Snapshot Monitoring in Germany (COSMO). *Risk Manag Healthc Policy* 14:3003–3011

30. Hajek A, De Bock F, Kretzler B et al. (2021) Factors associated with postponed health checkups during the COVID-19 pandemic in Germany. *Public Health* 194:36–41

31. Hajek A, De Bock F, Huebl L et al. (2021) Postponed Dental Visits during the COVID-19 Pandemic and their Correlates. Evidence from the Nationally Representative COVID-19 Snapshot Monitoring in Germany (COSMO). *Healthcare (Basel)* 9(1):50

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter, Dr. Franziska Prütz,
Dr. Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel, Dr. Livia Ryl,
Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

Bildnachweis

Aufnahme von SARS-CoV-2 auf Titel und Marginalspalte:
© CREATIVE WONDER – stock.adobe.com

ISSN 2511-2708

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit