

// Simon Reif (ZEW Mannheim) und Sabrina Schubert (ZEW Mannheim)

Vorsorgelücke während der Coronavirus-Pandemie – Vorsorgeuntersuchungen in der Krise

Zusammenfassung

- Vorsorgeuntersuchungen zum Beispiel zur Krebsfrüherkennung sind ein wichtiges Instrument zur Reduktion der Krebsmortalität.
- Während der ersten Phase der Coronavirus-Pandemie ist die Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen stark zurückgegangen.
- Ein Grund für den Rückgang der Vorsorgeuntersuchungen ist die Angst vor Ansteckung in Arztpraxen.
- Kostenlose Corona-Schnelltests beim Arztbesuch können ein Baustein sein, um das Ansteckungsrisiko beim Arztbesuch weiter zu senken.

1. Einleitung

Die Corona-Pandemie zeigt ihre Auswirkungen in jedem Lebensbereich. Es ist die tiefgreifendste Gesundheitskrise seit Jahrzehnten und das nicht nur für direkt von einer Covid-19-Erkrankung Betroffene; sie schlägt sich auf alle Bereiche des Gesundheitssystems nieder. Zum Weltkrebstag veröffentlichte Zahlen legen nahe, dass präventive Arztbesuche und Vorsorgemaßnahmen während der Pandemie stark abgenommen haben und verschoben wurden (BARMER, 2021; TK, 2021). Da regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen oft schwere Krankheitsverläufe verhindern können, besteht die Gefahr, dass die Vorsorgelücke das Mortalitätsrisiko an eigentlich behandelbaren Krankheiten erhöht.

In dieser Kurzexpertise geben wir zuerst einen Überblick über die Wichtigkeit von Vorsorgeuntersuchungen und zeigen dann, dass eine Vielzahl von Ergebnissen einen starken Rückgang der Vorsorgeuntersuchungen während der Coronavirus-Pandemie beschreibt. Als nächstes zeigen wir anhand von Google Suchanfragen, dass der Rückgang der Vorsorgeuntersuchungen zumindest teilweise durch das empfundene Risiko sich in der Arztpraxis mit dem Coronavirus anzustecken, erklärt werden kann. Zum Schluss diskutieren wir Vorschläge, wie die Vorsorgelücke geschlossen werden kann.

2. Vorsorgeuntersuchungen wichtig für Krankheitsprävention

Es ist breiter wissenschaftlicher Konsens, dass bei einer Krebserkrankung die Verzögerung der Behandlung die Sterblichkeit extrem erhöhen kann (Hanna et al., 2020). Eine frühe Diagnose ist daher oft wesentlich für Behandlungserfolg und Überlebenswahrscheinlichkeit. Krebsfrüherkennungsprogramme zielen darauf ab, Krebserkrankungen im frühen Stadium zu diagnostizieren, in denen sie teilweise heilbar oder mit besseren Überlebenswahrscheinlichkeiten verbunden sind. Die geringere Mortalitätsrate bei steigenden Krebsprävalenzen in der Bevölkerung in den westlichen Ländern lässt sich, zumindest teilweise, auf bessere Früherkennungsmaßnahmen zurückführen (Weir, 2003). Selbst wenn negative Nebeneffekte der Screenings und Probleme wie Überdiagnose und Übertherapie einbezogen werden, überwiegen zumeist die Vorteile einer frühen Diagnose (Hiom, 2015).

Für Erwachsene in Deutschland sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss eine Reihe an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zur Brustkrebs-, Darmkrebs-, Gebärmutterhalskrebs-, -Prostatakrebs- und Hautkrebsvorsorge vorgesehen.¹

3. Vorsorgeuntersuchungen während der Coronavirus-Pandemie

Internationale Entwicklungen während der Pandemie

Eine umfassende Analyse zu der Entwicklung von Vorsorgeuntersuchungen während der Coronavirus-Pandemie ist noch nicht möglich, da vor allem für die zweite Jahreshälfte 2020 noch wenige Daten vor-

¹ Das Leistungsspektrum, das in Deutschland empfohlen wird und das Versicherte beanspruchen können, wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt, in dem die Partner des deutschen Gesundheitssystems zusammenkommen. Die hier beschlossenen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen gelten als wirtschaftlich sinnvoll und es handelt sich um Krankheiten, bei denen eine wirksame Behandlung bei früher Diagnose möglich ist. Neben den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sind auch U-Untersuchungen für Kinder und Jugendliche, Kontrollbesuche in der Zahnarztpraxis, allgemeine Gesundheitschecks in der Hausarztpraxis oder Screenings der Bauchorta empfohlen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2021).

liegen. Die ersten verfügbaren Daten zeigen allerdings einen deutlichen Rückgang bei Vorsorgeuntersuchungen weltweit. Anhand von Routinedaten aus dem Vereinten Königreich ist erkennbar, dass Krebsscreenings zwischen 40 Prozent (Lungenkrebs, Darmkrebs) und 89 Prozent (Brustkrebs) im Zeitraum von Januar bis April 2020 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum zurückgegangen sind (London et al., 2020). Simulationen für Großbritannien gehen davon aus, dass die verzögerte Diagnose von Krebserkrankungen aufgrund der Corona-Pandemie die fünf-Jahres-Sterblichkeit bei Brust-, Darm-, Speiseröhren- und Lungenkrebs um etwa fünf Prozent steigern könnte (Maringe et al., 2020).

Auch verschiedene Analysen aus den USA zeigen einen sehr deutlichen Rückgang in der Krebsvorsorge während der ersten Welle der Coronavirus-Pandemie. Von März bis Juli 2020 fiel im Vergleich zum selben Zeitraum 2019 die Anzahl der Krebsscreenings ebenfalls um bis zu 80 Prozent (Patt et al., 2020). Anhand weiterer Routinedaten finden auch Bakouny et al. (2021) einen Rückgang von verschiedenen Krebsvorsorgeuntersuchungen von 60 bis 80 Prozent gegenüber vorpandemischen Zeiten während der ersten Corona Welle (März-Mai). Für die Sommermonate Juni, Juli und August lässt sich dagegen ein viel geringerer Rückgang feststellen.

Kenntnislage in Deutschland

Erste Analysen auf Basis von Routinedaten für Deutschland zeigen einen Rückgang bei Früherkennungsuntersuchungen auf Gebärmutterhalskrebs um 32 Prozent (TK, 2021) im ersten Halbjahr 2020 und einen Rückgang bei Prostata-, Brustkrebs-, und Darmkrebsvorsorge um 10-15 Prozent (BARMER, 2021) im zweiten Quartal 2020. Auch die Anzahl der diagnostizierten Erkrankungen ist um über 20 Prozent zurückgegangen, wie Daten aus Arztpraxen zeigen (Jacob et al., 2021). Abrechnungsdaten aus den ersten drei Quartalen 2020 von 16 der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (alle Bundesländer außer Bremen) zeigen ebenso, dass die Zahl der Vorsorgeuntersuchungen im März und April deutlich eingebrochen ist. Die Daten zeigen, dass auch in Deutschland die Anzahl der Untersuchungen zeitweise um über 80 Prozent unter denen des Vorjahres lag. Wie auch in den USA, lässt sich im zweiten Quartal eine Normalisierung in Deutschland feststellen, teilweise lassen sich sogar Nachholeffekte messen. Im dritten Quartal sind diese Entwicklungen wieder rückläufig gewesen (Mangiapande et al., 2021).

Angst vor Ansteckung als Grund für weniger Vorsorgeuntersuchungen

Sowohl Daten aus Deutschland als auch aus den USA deuten darauf hin, dass Arztbesuche und Vorsorgeuntersuchungen in den ersten Monaten der Coronavirus-Pandemie stark zurückgegangen sind – in Phasen mit niedriger Inzidenz aber teilweise wieder auf Vorjahresniveau waren (Bakouny et al., 2021; Mangiapande et al., 2021). Dieses Muster legt einen Zusammenhang zwischen wahrgenommener Ansteckungsgefahr und der Wahrscheinlichkeit von Arztbesuchen nahe. In einer repräsentativen Umfrage unter der US-amerikanischen Bevölkerung gaben 40 Prozent der Befragten an, Arztbesuche wegen Angst vor Covid-19 zu vermeiden (Czeisler et al., 2020). Ähnliche Ergebnisse liegen auch für Deutschland vor. Das RKI befragt zusammen mit der Universität Erfurt und anderen Projektpartnern in Querschnitterhebungen seit Beginn der Pandemie immer wieder Personen zu Corona-relevanten Themen. Befragungsdaten dieser COSMO-Studie zeigen, dass zwischen März und Juli elf Prozent der Teilnehmenden eine Krebsvorsorgeuntersuchung aufgeschoben haben, Gesundheitscheckups aufgrund der Corona-Situation bei 16 Prozent der Befragten verschoben wurden und Zahnarztbesuche bei mehr als jedem Fünften unterblieben sind (Betsch et al., 2020).

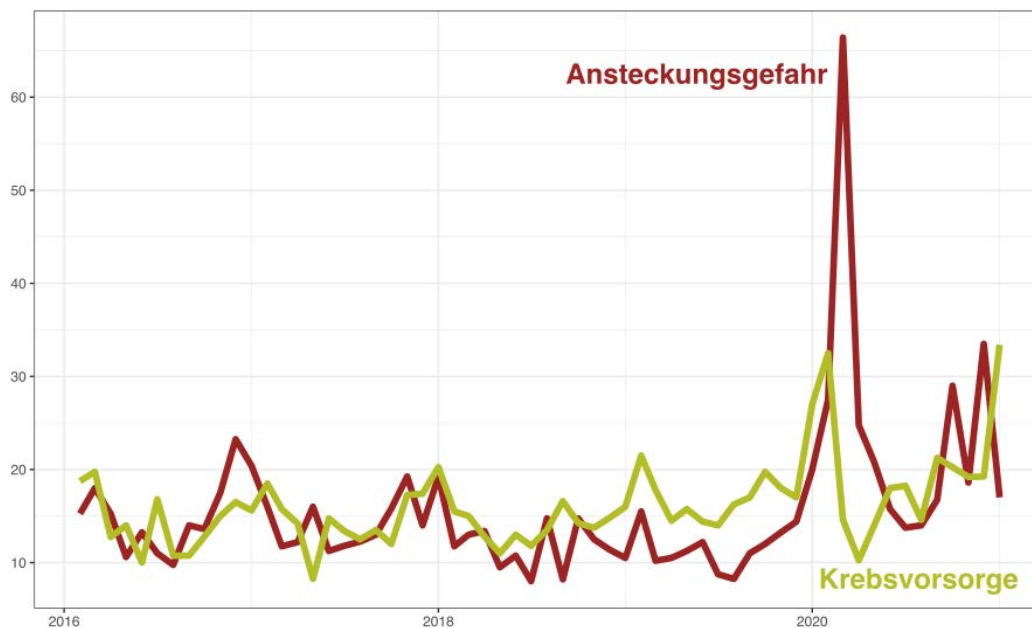
4. Analyse mit Google Trends Daten

Um mehr darüber zu erfahren, ob tatsächlich das wahrgenommene Ansteckungsrisiko ein Grund für die niedrige Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen ist, haben wir Suchhäufigkeiten auf Google analysiert. Da viele Menschen auf Onlinesuchen zurückgreifen, um sich zu informieren, können aus dem Suchverhalten Erkenntnisse über das Verhalten gewonnen werden (Arora et al., 2019). Bei Google Trends wird die Suchhäufigkeit pro Woche normiert auf einen Indexwert von 0 bis 100 für den gewünschten Zeitraum ausgegeben (Google, 2021). Die Suchdaten haben wir mit dem *gtrendsR* Paket für die Statistiksoftware R erfasst (Massicotte & Edelbuettel, 2020).

Für die vorliegende Analyse haben wir exemplarisch die Suchhäufigkeiten nach „Ansteckungsgefahr“ und „Krebsvorsorge“ verglichen. Suchen nach „Ansteckungsgefahr“ sollen hier einen Indikator für die Angst vor einer Coronainfektion darstellen. Die Annahme dahinter ist, dass Menschen häufiger nach Ansteckungsgefahr suchen, wenn ihre Sorge vor Ansteckung größer ist. Die Suche nach „Krebsvorsorge“ ist unser Indikator für das Interesse an Vorsorgeuntersuchungen.

Ein deskriptiver Vergleich der durchschnittlichen Suchhäufigkeit pro Monat zwischen Februar 2016 und Januar 2021 ist in Abbildung 1 dargestellt. Der Verlauf beider Suchhäufigkeiten verhält sich bis zum Jahr 2019 sehr ähnlich und liegt auf niedrigem Niveau. Ab Januar 2019 wird im Vergleich häufiger nach „Krebsvorsorge“ gesucht. Zu Beginn der Coronavirus-Pandemie gibt es einen starken Anstieg der Suchanfragen nach „Ansteckungsgefahr“ und einen deutlichen Rückgang der Suchen nach „Krebsvorsorge“. Seit Sommer 2020 steigt die Suchhäufigkeit nach „Krebsvorsorge“ wieder, während die Suchen nach „Ansteckungsgefahr“ volatil, aber auf hohem Niveau bleiben. Die Ausschläge der Suchhäufigkeiten seit Beginn der Coronavirus-Pandemie lassen vermuten, dass bei hoher Sorge um Ansteckungen das Interesse an Krebsvorsorge niedrig ist.

Abbildung 1: Suchhäufigkeit „Ansteckungsgefahr“ und „Krebsvorsorge“



Monatliche Mittelwerte der Suchhäufigkeiten für Deutschland von Februar 2016 bis Januar 2021. Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von Google-Trends-Daten

Um ein genaueres Verständnis vom Zusammenhang der Suchanfragen nach „Ansteckungsgefahr“ und „Krebsvorsorge“ zu bekommen, analysieren wir Suchintensitäten auf Bundeslandebene. Die Kombination der Suchanfragen aus den verschiedenen Bundesländern erlaubt uns Erkenntnisse aus der Variation in der wahrgenommenen Ansteckungsgefahr durch den unterschiedlichen Verlauf der Pandemie zu gewinnen. Mit einem Panel aus 848 Bundesland-Wochen-Beobachtungen von Februar 2020 bis Januar 2021, also dem Zeitraum der Corona-Pandemie in Deutschland, schätzen wir zuerst den Zusammenhang zwischen den Suchanfragen nach „Ansteckungsgefahr“ und „Krebsvorsorge“. Als zweiten Schritt untersuchen wir, ob ein Zusammenhang zwischen der tatsächlichen Inzidenz pro Woche und den Suchanfragen nach „Krebsvorsorge“ vorliegt. Wir verwenden jeweils drei Spezifikationen. Zuerst verwenden wir Bundesland-Fixe-Effekte um für regionale Unterschiede zu kontrollieren (I). Als nächstes verwenden wir zusätzlich Monats-Fixe-Effekte um für bundesweite Zeittrends zu kontrollieren (II). Im letzten Schritt werden Bundesland- und Wochen-Fixe-Effekte verwendet, eine Spezifikation, die Schwankungen im Wochenverlauf auf Bundeslandebene berücksichtigt (III).

Die Regressionsergebnisse sind in Tabelle 1 dargestellt. Es besteht ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen den Suchanfragen nach „Ansteckungsgefahr“ und „Krebsvorsorge“. Der Zusammenhang ist am stärksten in der einfachsten Spezifikation und wird kleiner, je mehr für bundesweite Zeittrends kontrolliert wird. Auffällig ist, dass kein signifikanter Zusammenhang zwischen tatsächlicher Inzidenz und der Suche nach „Krebsvorsorge“ vorliegt.

Tabelle 1: Regressionsergebnisse zur Erklärung Suchhäufigkeit „Krebsvorsorge“

	(I)	(II)	(III)
Suchintensität Ansteckungsgefahr	-0,095*** (0,018)	-0,073 ** (0,021)	-0,054** (0,018)
R ²	0,11	0,21	0,39
Inzidenz pro 100.000 EW	0,012 (0,006)	-0,003 (0,011)	-0,002 (0,018)
R ²	0,10	0,21	0,39
Bundesland-FE	X	X	X
Monats-FE		X	
Wochen-FE			X

N = 848 Bundesland-Wochen Beobachtungen von Februar 2020 bis Januar 2021. Alle Beobachtungen nach Bevölkerungszahl gewichtet. * p < 0.1, ** p < 0.05, *** p < 0.01. Standardfehler (in Klammern) auf Bundeslandebene geclustert. Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von Google-Trends & RKI.

Neben den graphischen Zeitreihenergebnissen zeigen auch die Regressionsergebnisse mit verschiedenen Fixen-Effekten einen negativen Zusammenhang zwischen der Online Suche nach „Ansteckungsgefahr“ und „Krebsvorsorge“. Da die Suchintensität nach „Ansteckungsgefahr“ und der tatsächlichen Inzidenz nur schwach korreliert ist, ist zu vermuten, dass das wahrgenommene Infektionsrisiko einen stärkeren Einfluss auf die Bereitschaft hat, eine Krebsvorsorge durchzuführen, als das tatsächliche Infektionsrisiko.

5. Mögliche Ansätze zum Schließen der Vorsorgelücke

Unsere empirischen Analysen liefern einen weiteren Hinweis zur Unterstützung der bereits in der Literatur aufgestellten Hypothese, dass Arztbesuche aufgrund des wahrgenommenen Ansteckungsrisikos nicht wahrgenommen werden. Während es bislang keine Studien gibt, die ein erhöhtes Ansteckungspotential bei Arztbesuchen sehen, ist das Sicherheitsgefühl der Patienten beim Gang zum Arzt niedrig. Um die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen wieder auf ein vorpandemisches Niveau anzuheben, ist es somit wichtig, dass die Angst vor einer Corona-Ansteckung beim Arztbesuch gesenkt wird. Einen Beitrag für eine erhöhte subjektiv wahrgenommene Sicherheit könnten Antigen-Schnelltests in Arztpraxen liefern. Eine Befragung von 700 Zahnärzten im April 2020 ergab, dass eine große Mehrheit Schnelltests als Weg zur Senkung des Infektionsrisikos bei der Behandlung sehen (Gambarini et al., 2020). Ein wesentlicher Baustein zur Eindämmung der Virusausbreitung ist die schnelle Identifikation und Isolation von Infizierten. Durch umfassende, für Patientinnen und Patienten kostenlose Schnelltest in Arztpraxen steht ein Weg zur Verfügung, einerseits unentdeckte Infektionsketten zu unterbrechen – und gleichzeitig die Angst vor Ansteckungen bei Vorsorgeuntersuchungen zu reduzieren.

Abbildung 2: Teststrategie in Deutschland

Nationale Teststrategie SARS-CoV-2
Stand 08.02.2021

Für eine Aufzählung der spezifischen Einrichtungen und Personengruppen ist die Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 verbindlich.

			Empfehlung Test-Typ						
			PCR-Test ²	Antigentest ⁸	Frequenz	Kosten-Regelung	Priorisierung		
Grundsätzlich gilt: 1) Erweiterte Basishygiene 2) Symptom-Monitoring 3) Gemäß Vorschriften Bund/Länder: Abstand halten, Hygieneregeln einhalten, Alltagsmaske tragen, Lüften (AHA+L)	Symptomatische Personen¹ Asymptomatische Personen	Allgemeinbevölkerung (exponiert) Kontaktpersonen: Personen mit Kontakt zu bestätigtem COVID-19 Fall (z.B. gleicher Haushalt, 15-minütiger Kontakt, sowie über Corona-Warn-App) Bei Ausbruch: Personen in Einrichtungen oder Unternehmen nach §§ 23 Abs. 3 und 36 Abs. 1 IfSG, z.B. Arztpraxen, Kitas, Schulen, Asylbewerberheime	■	■ ⁴	●	K	1		
		Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen für -Menschen mit Behinderungen -Rehabilitation -Ambulante Operationen -Ambulante Pflege -Ambulante Dialyse -Hospizdienste, Tageskliniken	Patienten, Bewohner, Betreute (Wieder-)Aufnahme sowie vor ambulanten Operationen oder vor ambulanter Dialyse bei Ausbruch	■	■ ⁴	●	VO, K (KHG)	3	
			ohne COVID-19 Fall	■	■ ^{5,6}	●	VO	2	
		Personal	bei Ausbruch	■	■ ^{5,6}	●	VO	2	
			ohne COVID-19 Fall	■ ¹¹	■ ⁷	●	VO	4	
		Besucher	vor Besuch der Einrichtung	■	■ ^{7,9}	●	VO	5	
			bei Ausbruch	■	■ ^{5,6}	●	VO	2	
		(Zahn)-, Arztpraxen, weitere Praxen¹⁰, Rettungsdienste	Personal	bei Ausbruch	■	■ ^{5,6}	●	VO	2
			ohne COVID-19 Fall	■	■ ⁷	●	VO	4	

- Empfohlen
- Möglich
- Möglich bei begrenzter Kapazität
- Möglich, Kosten nicht durch VO gedeckt
- Akut (Wiederholung bis zu einmal pro Person)
- Regelmäßig, abhängig von Testkonzept der Einrichtung/Unternehmen

- 1) Differenzialdiagnostische Aspekte berücksichtigen (z.B. Influenza)
- 2) Labor-basierte (einschließlich solcher zur Feststellung von Virusvarianten) und Point-of-Care PCR-Tests
- 3) Bei positivem Antigen-Testergebnis Bestätigung durch PCR
- 4) Falls schnelles Resultat notwendig
- 5) Ggf. zur Kohorten-Isolierung
- 6) Z.B. auch labor-basierte Antigen-Tests zur Entlastung von Kapazitäten
- 7) Empfehlungen für Reihentestungen: Abstimmung mit der lokalen Gesundheitsbehörde, erhöhte 7-Tage-Inzidenz, von z.B. >50/100.000, Einhaltung der Hygienemaßnahmen
- 8) Empfohlen bei 7-Tage-Inzidenz >50/100.000, Einhaltung der Hygienemaßnahmen
- 9) Nur Point-of-Care Antigentest gemäß VO
- 10) Praxen anderer humanmedizinischer Heilberufe nach §23 Abs. 3 Satz 1 Nr. 9 IfSG
- 11) Veranlassung durch Öffentlichen Gesundheitsdienst erforderlich

K = Krankenbehandlung
KHG = Krankenhausfinanzierungsgesetz
VO = Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2

Quelle: RKI (2021)

Aktuelle Testsituation in Arztpraxen

Die nationale Teststrategie des Bundes sieht derzeit keine regelmäßigen Tests in Arztpraxen für Patienten und Patientinnen vor. Bisher sind nur Tests für das Personal der Arztpraxen vorgesehen, wobei regelmäßige Tests vorgeschlagen werden, jedoch kein konkreter Turnus für Antigentests beim Personal vorgegeben ist (siehe Abbildung 2). Ein regelmäßiger Test des Personals mit Schnelltests würde auch hier mehr Sicherheitsgefühl schaffen und das Personal schützen.

Patienten und Patientinnen ohne Symptome können sich bisher nur auf eigen Wunsch bei ihrem Arztbesuch testen lassen. Dieser Test wird dann als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) angesehen und die Kosten sind vom Patienten oder der Patientin selbst zu tragen. Durch die Gebührenordnung der Ärzte ist ein Rahmen für die Vergütungen von Schnelltest vorgegeben, durch den die Preise zwischen 25 bis 50 Euro pro Test variieren.

Geht man davon aus, dass das potenzielle Ansteckungsrisiko Menschen von Arztbesuchen abhält, sind Schnelltests vor allem dann ein denkbare Mittel, wenn diese Tests möglichst umfangreich angewendet werden. Bei selbst zu tragenden Kosten ist dies jedoch ein unrealistisches Szenario. Würden alle Patientinnen und Patienten standardmäßig und kostenfrei vor Eintritt in eine Arztpraxis getestet, könnte das Ansteckungsrisiko und die Angst vor Ansteckung gesenkt werden.

Nutzung von Antigen-Schnelltests

Als Goldstandard zur Diagnostik des Sars-Cov-2-Virus gelten PCR (Polymerase Chain Reaction) Tests. Die derzeit zugelassenen Antigen-Schnelltests variieren in ihrer Genauigkeit, sind allerdings alle dem PCR-Test unterlegen. Die Spezifität ist über die Fabrikate hinweg in ersten Studien hoch, die Sensitivität schwankt auf niedrigerem Niveau (beispielsweise Berger et al., 2020; Bulilete et al., 2020; Igloi et al., 2020; Krüger et al., 2020). Der Vorteil von Schnelltests liegt in der schnellen Verfügbarkeit des Testergebnisses in 15-30 Minuten. Durchführung von PCR-Tests an der Tür der Arztpraxis würde keine schnelle Identifikation von Infizierten ermöglichen und die Kapazitäten von PCR-Test sind begrenzt.

Auch wenn durch Schnelltests falsch-positive oder falsch-negative Testergebnisse entstehen, so würde doch die Gesamtwahrscheinlichkeit, dass Infizierte im Wartezimmer sind, reduziert sein. Oft wird im Zuge der Diskussion die Gefahr angesprochen, dass Personen sich in falscher Sicherheit wiegen könnten, wenn sie durch einen Schnelltest ein falsch-negatives Ergebnis bekommen. Doch das ändert nichts an der Ausgangssituation, dass eine Person in Unkenntnis über eine vorhandene Infektion ist. Alle Menschen sind derzeit angehalten sich an Hygieneregeln zu halten. Die negativen Auswirkungen sind also begrenzt.

Die WHO weist in ihrem Implementationsguide zur Nutzung von Antigentests darauf hin, dass Schnelltests zur frühen Erkennung von Corona-Erkrankten in Gesundheitseinrichtungen genutzt werden können (WHO, 2020). Auch britische Wissenschaftler rufen dazu auf, die Vorteile von Antigen-Tests zu sehen und die Sensitivität nicht als zu großes Problem einzustufen. Wiederholte und breit angewendete Tests können die Fehlerraten ausgleichen und die Vorteile, einzelne Fälle zu erkennen, können durchaus überwiegen (Mina et al., 2020). Zuvor hatte eine breit diskutierte Pilotstudie, die eine Massentestung mit Antigentest in Liverpool analysierte, ergeben, dass nur knapp die Hälfte aller positiven Fälle mit dem Antigen Test identifiziert worden sind (Wise, 2020).

Bei einer Test-Studie in Deutschland, die PCR und Antigen-Tests in der Notaufnahme eines Maximalversorgers vergleicht, wird zwar die ungenauere Performance des Schnelltests gegenüber den PCR Tests

bestätigt. Schnelltests können allerdings dennoch eine geeignete Screening Methode für kurze Besuche, wie etwa Besuche im Krankenhaus sein, da auch hier der Vorteil des Aufspürens positiver Fälle weitreichenden Nutzen hat (Paul et al., 2020).

Schnelltests beim Arzt als Teil einer umfangreichen Teststrategie

Eine Einführung von kostenfreien Schnelltests birgt das Risiko, dass Arztbesuche nur aufgrund der Tests und nicht aus medizinischen Gründen nachgefragt werden. Um solche Fehlallokationen zu vermeiden, ist eine ganzheitliche Teststrategie notwendig. Neben der Verfügbarkeit von Schnelltests zur Selbstanwendung sollte mit eigens eingerichteten Schnelltestzentren eine kostenfreie, niedrighschwellige Testmöglichkeit angeboten werden. In einigen Regionen, u.a. den Städten Tübingen, Nürnberg, Osnabrück und den Landkreisen Hof, Pfaffenhofen und Schmalkladen-Meiningen wird dies bereits umgesetzt. Durch eine umfangreiche, vielseitige Teststrategie kann dafür gesorgt werden, dass die Arztpraxen keinen zusätzlichen Andrang stemmen müssen.

Weitere Maßnahmen zur Erhöhung von Vorsorgeuntersuchungen

Schnelltests sind nur eine Option, das Vertrauen in einen Arztbesuch zu stärken. Das medizinische Personal und die Verbände haben bereits seit Beginn der Pandemie Hygienekonzepte und Sicherheitsmaßnahmen entwickelt, um sich und Patienten und Patientinnen zu schützen. Die weiterhin strenge und sichtbare Befolgung der Hygieneregeln ist ein wichtiges Zeichen an Patienten und Patientinnen, dass Infektionsschutz ernst genommen wird. Konsequentes Einhalten der Maßnahmen reduziert die Ansteckungsgefahr auch für das Personal erheblich und trägt grundsätzlich zur Eindämmung der Pandemie bei. Weitere Maßnahmen können ergriffen werden, um die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen zu beeinflussen. In den Google-Trend-Daten ist jeweils zum Weltkrebstag eine deutlich erhöhte Anzahl an Suchanfragen zu Krebsvorsorgeuntersuchungen zu erkennen. Dies zeigt, dass Medienkampagnen und Aufklärung wichtige Begleitfaktoren sind, um Personen für das Thema zu sensibilisieren. Gezielte Kampagnen, dass Vorsorgeuntersuchungen auch in pandemischen Zeiten relevant sind, können neben anderen Maßnahmen einen Beitrag leisten, die Vorsorgelücke zu schließen.

6. Fazit

Die Anzahl der Krebsvorsorgeuntersuchungen ist vor allem während der ersten Welle der Coronavirus-Pandemie im Frühjahr 2020 stark zurückgegangen. Bislang gibt es keine Hinweise auf signifikante Nachholeffekte oder einer Normalisierung der Nachfrage. Aus Befragungsdaten geht hervor, dass Angst vor Ansteckung eine wichtige Rolle bei ausbleibenden Arztbesuchen spielt. Wir können einen solchen Zusammenhang mit Suchhäufigkeiten auf Google-Trends-Daten bestätigen. Das Aufschieben von Vorsorgeuntersuchungen kann sich langfristig negativ auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirken weshalb Vorsorgeuntersuchungen nicht auf einen Zeitpunkt nach einer möglichen Impfung verschoben werden sollten. Daher sind Maßnahmen notwendig, die die subjektiv wahrgenommene Ansteckungsgefahr reduzieren und die die Nachfrage nach Vorsorgeleistungen erhöhen. Ein hier diskutierter Vorschlag sind umfangreiche Corona-Schnelltests für Patienten und Patientinnen vor Betreten einer Arztpraxis. Durch diese breite Testung können positive Fälle, zumindest zu einem gewissen Anteil, identifiziert und aus dem Praxisbetrieb ausgeschlossen werden. Wenn es sich so erreichen ließe, dass der erwartete Nutzen

der Vorsorgeuntersuchung die wahrgenommene Ansteckungsgefahr überwiegt, sind auch Nachholdefekte denkbar. Auch andere Maßnahmen, wie Medienkampagnen zur Aufklärung oder erhöhte öffentliche Aufmerksamkeit, wie jüngst zum Weltkrebstag, können einen Beitrag leisten, die Bevölkerung wieder dazu zu sensibilisieren, Vorsorgeuntersuchungen wahrzunehmen.

Literaturverzeichnis

- Arora, V. S., McKee, M., & Stuckler, D. (2019). Google Trends: Opportunities and limitations in health and health policy research. *Health Policy*, 123(3), 338–341.
- Bakouny, Z., Paciotti, M., Schmidt, A. L., Lipsitz, S. R., Choueiri, T. K., & Trinh, Q.-D. (2021). Cancer Screening Tests and Cancer Diagnoses During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Oncology*.
- BARMER. (2021). *Weltkrebstag am 4. Februar – Weniger Krebsvorsorge im Nordosten wegen Corona*. Pressemitteilung. <https://www.barmer.de/presse/bundeslaender-aktuell/mecklenburg-vorpommern/aktuelles/weniger-krebsvorsorge-corona-278756>
- Berger, A., Ngo Nsoga, M. T., Perez-Rodriguez, F. J., Aad, Y. A., Sattonnet-Roche, P., Gayet-Ageron, A., Jaksic, C., Torriani, G., Boehm, E., Kronig, I., Sacks, J. A., de Vos, M., Bausch, F. J., Chappuis, F., Kaiser, L., Schibler, M., Eckerle, I., & for the Geneva Centre for Emerging Viral Diseases. (2020). *Diagnostic accuracy of two commercial SARS-CoV-2 Antigen-detecting rapid tests at the point of care in community-based testing centers* (Preprint 2020.11.20.20235341). medRxiv.
- Betsch, C., Korn, L., Felgendreff, L., & Eitze, S. (2020). *COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO)-Welle 17*. https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/archiv/17-01/cosmo-analsis.html#15_medizinische_versorgung
- Bulilete, O., Lorente, P., Leiva, A., Carandell, E., Oliver, A., Rojo, E., Pericas, P., & Llobera, J. (2020). *Evaluation of the Panbio™ rapid antigen test for SARS-CoV-2 in primary health care centers and test sites* (Preprint 2020.11.13.20231316). medRxiv.
- Czeisler, M. É., Marynak, K., Clarke, K. E. N., Salah, Z., Shakya, I., Thierry, J. M., Ali, N., McMillan, H., Wiley, J. F., Weaver, M. D., Czeisler, C. A., Rajaratnam, S. M. W., & Howard, M. E. (2020). Delay or Avoidance of Medical Care Because of COVID-19-Related Concerns—United States, June 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(36), 1250–1257.
- Gambarini, E., Galli, M., Di Nardo, D., Miccoli, G., Patil, S., Bhandi, S., Giovarruscio, M., Testarelli, L., & Gambarini, G. (2020). A Survey on Perceived COVID-19 Risk in Dentistry and the Possible Use of Rapid Tests. *The Journal of Contemporary Dental Practice*, 21(7), 718–722.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2021). *Früherkennungsuntersuchungen*. <https://www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/ambulant/frueherkennung-krankheiten/>
- Google. (2021). *Google Trends*. Google Trends. <https://trends.google.de/trends/?geo=DE>
- Hanna, T. P., King, W. D., Thibodeau, S., Jalink, M., Paulin, G. A., Harvey-Jones, E., O’Sullivan, D. E., Booth, C. M., Sullivan, R., & Aggarwal, A. (2020). Mortality due to cancer treatment delay: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, m4087.
- Hiom, S. C. (2015). Diagnosing cancer earlier: Reviewing the evidence for improving cancer survival. *British Journal of Cancer*, 112(S1), 1–5.
- Iglói, Z., Velzing, J., van Beek, J., van de Vijver, D., Aron, G., Ensing, R., Benschop, K., Han, W., Boelsums, T., Koopmans, M., Geurtsvankessel, C., & Molenkamp, R. (2020). *Clinical evaluation of the Roche/SD Biosensor rapid antigen test with symptomatic, non-hospitalized patients in a municipal health service drive-through testing site* (Preprint 2020.11.18.20234104). medRxiv.
- Krüger, L. J., Gaeddert, M., Tobian, F., Lainati, F., Gottschalk, C., Klein, J. A. F., Schnitzler, P., Kräusslich, H. G., Nikolai, O., Lindner, A. K., Mockenhaupt, F. P., Seybold, J., Corman, V. M., Drosten, C., Pollock, N. R., Knorr, B., Welker, A., de Vos, M., Sacks, J. A., & Denkinger, C. M. (2020). *Evaluation of the accuracy and ease-of-use of Abbott PanBio—A WHO emergency use listed, rapid, antigen-detecting point-of-care diagnostic test for SARS-CoV-2* (Preprint 2020.11.27.20239699). medRxiv.

- London, J. W., Fazio-Eynullayeva, E., Palchuk, M. B., Sankey, P., & McNair, C. (2020). Effects of the COVID-19 Pandemic on Cancer-Related Patient Encounters. *JCO Clinical Cancer Informatics*, 4, 657–665.
- Mangiapande, S., Zhu, L., Czihal, T., & von Stiiifried, D. (2021). *Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme während der COVID-Krise*. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung. https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Publikationen/Trendreport_3_Leistungsanspruchnahme_COVID_final.pdf
- Massicotte, P., & Eddelbuettel, D. (2020). *GtrendsR* (1.4.7) [R].
- Mina, M. J., Parker, R., & Larremore, D. B. (2020). Rethinking Covid-19 Test Sensitivity—A Strategy for Containment. *New England Journal of Medicine*, 383(22), e120.
- Patt, D., Gordan, L., Diaz, M., Okon, T., Grady, L., Harmison, M., Markward, N., Sullivan, M., Peng, J., & Zhou, A. (2020). Impact of COVID-19 on Cancer Care: How the Pandemic Is Delaying Cancer Diagnosis and Treatment for American Seniors. *JCO Clinical Cancer Informatics*, 4, 1059–1071.
- Paul, G., Plecko, T., Sethi, S., Schilling, T., Wienand, O., Jürgensen, J. S., & Menzel, C. U. (2020). Klinische Performance eines neuen SARS-CoV-2-Antigen-Tests in der Notaufnahme eines Maximalversorgers. *Epidemiologisches Bulletin*, 3, 13–18.
- RKI. (2021, Februar 8). *Nationale Teststrategie*. https://www.rki.de/SharedDocs/Bilder/InfAZ/neuartiges_Coronavirus/Teststrategie.jpg;jsessionid=F8AD6A4CA5321D3057CA529422E3401B.internet071?__blob=normal&v=11
- TK. (2021). *Weltkrebstag: Frauen gehen seltener zur Krebsfrüherkennung | Die Techniker—Presse & Politik*. Pressemitteilung. <https://www.tk.de/presse/themen/praevention/gesund-leben/weniger-frauen-bei-krebsfrueherkennung-2099714>
- Weir, H. K. (2003). Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975-2000, Featuring the Uses of Surveillance Data for Cancer Prevention and Control. *CancerSpectrum Knowledge Environment*, 95(17), 1276–1299.
- WHO. (2020). *SARS-CoV-2 antigen-detecting rapid diagnostic test. An implementation guide*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337948>
- Wise, J. (2020). Covid-19: Lateral flow tests miss over half of cases, Liverpool pilot data show. *BMJ*, m4848.

Autorenteam

Sabrina Schubert

ZEW – Leibniz-Zentrum für Europäische
Wirtschaftsforschung Mannheim GmbH

L 7, 1

68161 Mannheim

www.zew.de

sabrina.schubert@zew.de

Simon Reif*

ZEW – Leibniz-Zentrum für Europäische
Wirtschaftsforschung Mannheim GmbH

L 7, 1

68161 Mannheim

www.zew.de

simon.reif@zew.de

Tel.: +49 (0)621 1235-171

* Ansprechpartner für Rückfragen

ZEW-Kurzexpertise

Herausgeber: ZEW – Leibniz-Zentrum für europäische Wirtschaftsforschung Mannheim GmbH

L 7, 1 · 68161 Mannheim · Deutschland · info@zew.de · www.zew.de · twitter.com/ZEW

Präsident: Prof. Achim Wambach, PhD · Geschäftsführer: Thomas Kohl

Redaktionelle Verantwortung: Sabine Elbert · cvd@zew.de

Anmerkung zum Zitieren aus dem Text: Es ist gestattet, Auszüge aus dem Text in der Originalsprache zu zitieren, insofern diese durch eine Quellenangabe kenntlich gemacht werden.