

Folgen der SARS-CoV-2-Pandemie für Europa

Krebspatienten können nicht warten

Während der Covid-19-Pandemie haben Patienten weniger Untersuchungen zur Krebsvorsorge in Anspruch genommen. Auch im Gesundheitswesen selbst gab es Probleme durch fehlende Ressourcen und durch andere Prioritäten. Mit einer Literaturübersicht und mit Experteninterviews zeigen die Autoren, wie Gesundheitssysteme darauf reagieren.

>> SARS-CoV-2 hat nicht nur infektiologische Folgen für die Gesundheit. Eine umfassende Literaturanalyse befasst sich jetzt mit Effekten auf maligne Erkrankungen¹. Hinzu kamen Interviews mit 17 Entscheidern aus dem Gesundheitsbereich. Die Arbeit zeigt, dass es während der Pandemie zu weniger Krebsvorsorge, zu weniger Untersuchungen bei Krebsverdacht und zu weniger Krebsdiagnosen gekommen ist. Das liegt am Verhalten von Patienten selbst, aber auch an sinkenden Kapazitäten oder an sonstigen Einschränkungen durch Covid-19 (Abb. 1). Zwar hat sich die Situation mittlerweile etwas normalisiert, und Patienten stehen mehr Leistungen im Gesundheitswesen zur Verfügung. Dennoch besteht dringender Handlungsbedarf.

Verzögerte Diagnostik: Daten aus mehreren EU-Nationen

Zum Hintergrund: Mittlerweile häufen sich eindeutige Belege für die Auswirkungen der Pandemie auf maligne Erkrankungen. Beispielsweise veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Ergebnisse einer 2020 durchgeführten Umfrage. Experten fanden heraus, dass die Behandlung von Krebs in mehr als 40 Prozent aller untersuchten Länder während der Pandemie unterbrochen wurde². Und Analysen des niederländischen Krebsregisters zeigen bei Krebs rückläufige Fallzahlen von bis zu 40 Prozent auf dem Höhepunkt der Pandemie³. In Slowenien wurden drei nationale Krebsfrüherkennungsprogramme zeitweise eingestellt. Außerdem kam es zu einem erheblichen Rückgang der Zahl an initialen Überweisungen und der ersten ambulanten Besuche bei Onkologen. Auch bei Röntgenaufnahmen, Mammographien und Ultraschalluntersuchungen brach die Zahl der Leistungen stark ein⁴.

Die spanische Gesellschaft für Kardiologie warnt vor weniger Arzt-Patienten-Kontakten und vor weniger interventionellen Eingriffen in Covid-19-Zeiten⁵. Ähnliche Trends hat die spanische Föderation für Brustkrebs erfasst

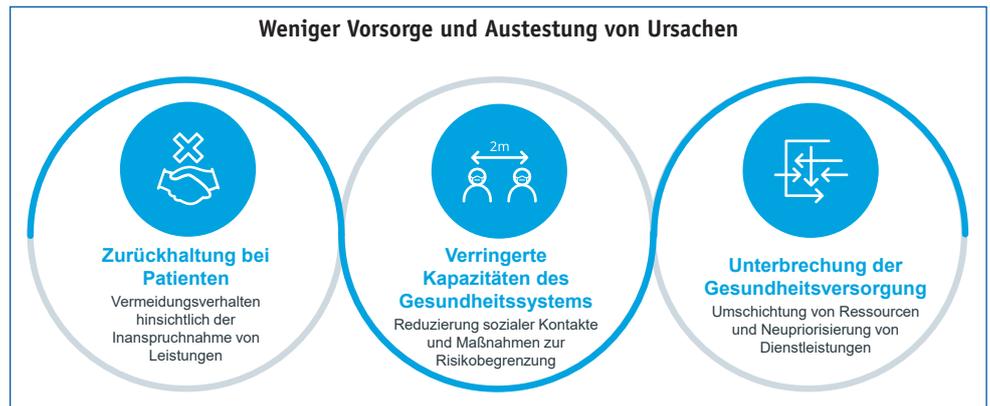


Abb. 1: Weniger Vorsorge und Austestung von Ursachen. Quelle: IQVIA Institute for Human Data Science; Report: „Cancer Won't Wait: Building Resilience In Cancer Screening and Diagnostics in Europe Based On Lessons from the Pandemic“. IQVIA Institute for Human Data Science, März 2021.

– mit weniger Diagnosen, weniger Konsultationen und weniger planbaren chirurgischen Eingriffen⁶. In Frankreich versuchten Onkologen, trotz SARS-CoV-2 Patienten wie früher zu betreuen. Dennoch kam es zu einem beispiellosen Rückgang im gesamten Leistungsspektrum⁷. Die französische Krebsgesellschaft „La Ligue Contre le Cancer“ rechnet mit schätzungsweise 30.000 unentdeckten Krebsfällen als Folge der Pandemie⁸.

Unterschiedliche maligne Erkrankungen – unterschiedliche Folgen

Für mehrere Krebsarten, darunter Darmkrebs, Speiseröhrenkrebs, Lungenkrebs, Leberkrebs, Blasenkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs, Magenkrebs, Kehlkopfkrebs und Mundrachenkrebs, erwarten britische Onkologen, dass drei Monate Verzögerung bei der Diagnose mit einer um 10% niedrigeren 10-Jahres-Überlebensrate in Verbindung steht⁹. Spanische Onkologen gehen davon aus, dass bei einigen Krebsarten wie Lungenkrebs, der generell eine der schlechtesten Prognosen hat, der Effekt bei bis zu 33% liegen könnte¹⁰.

Ein ähnliches Bild ergibt sich in Österreich, wo der Lockdown zu weniger neu diagnostizierten gynäkologischen Krebserkrankungen inklusive Brustkrebs geführt hat. Dies gilt als großes Problem, denn viele Krebsarten gelten heute bei früher Diagnose als potenziell heilbar¹¹. Ernüchternde Analy-

sen kommen ebenfalls aus Italien. Experten rechnen in nächster Zeit mit mehr Brustkrebs in fortgeschrittenen Stadien – und mit mehr Chemotherapien, mehr Bestrahlungen und mehr chirurgischen Eingriffen¹².

Hautkrebs ist eine weitere besorgniserregende maligne Erkrankung in Covid-19-Zeiten, wie Daten eines niederländischen Krebsregisters zeigen. Bereits in den ersten Monaten der Pandemie kam es zu beträchtlichen Einbrüchen bei neuen Diagnosen, verglichen mit dem Zeitraum vor Covid-19¹³.

Schweden hat während des Höhepunkts der Pandemie sogar manche Vorsorgeuntersuchungen ausgesetzt. Zum Beispiel verringerte sich in 18 von 21 Gesundheitsregionen die Zahl an Mammographie-Screenings¹⁴. Und in Stockholm ging die Zahl der Krebsdiagnosen im April und Mai 2020 um 30 Prozent zurück, gemessen am Vergleichszeitraum vor der Pandemie. Regionale Medien berichteten von einem weiteren Beispiel. So haben Ärzte 50 Prozent weniger Patienten mit Verdacht auf Lungenkrebs an Spezialisten überwiesen als in früheren Jahren¹⁵.

Auf der Suche nach Ursachen

Diese europaweit beobachteten Trends gehen sowohl auf Probleme in Gesundheitssystemen als auch auf die Angst vieler Laien zurück. Interviews zeigen, dass Patienten während Zeiträumen mit hoher SARS-CoV-2-

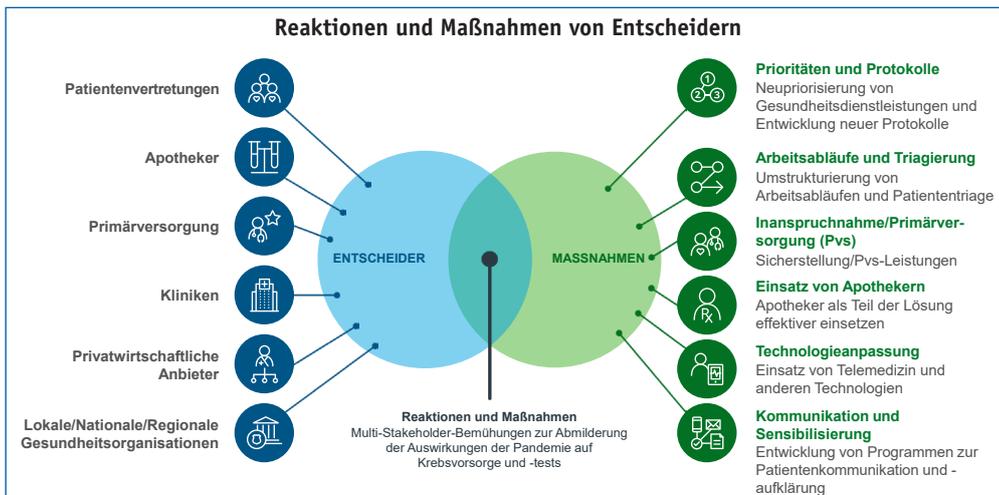


Abb. 2: Reaktionen und Maßnahmen von Entscheidern. Quelle: IQVIA Institute for Human Data Science; Report: „Cancer Won't Wait: Building Resilience In Cancer Screening and Diagnostics in Europe Based On Lessons from the Pandemic“. IQVIA Institute for Human Data Science, März 2021.

Aktivität Kontakte zu Arztpraxen oder Kliniken oft vermieden haben. Sie hatten Sorge, sich bei Kontakten mit Ärzten zu infizieren. In Italien gab es sogar Hinweise darauf, dass Krebspatienten Symptome heruntergespielt haben, um einen Arztbesuch zu vermeiden¹⁶. Dies alles geschah trotz zahlreicher Kampagnen von Ärztenverbänden oder Ministerien. Patienten in Großbritannien wiederum vereinbarten keine Termine, aus Sorge, Ärzte oder Kliniken zu überlasten.

Gesundheitssysteme vieler Länder haben nämlich aus unterschiedlichen Gründen Leistungen zur Prävention oder Diagnostik maligner Erkrankungen heruntergefahren. Ein Beispiel: Der National Screening Service in Irland erklärte, dass Maßnahmen zum Schutz von Personal und Teilnehmern dazu führten, dass man in Covid-19-Zeiten weniger Menschen untersuchen könne als zuvor¹⁷.

In vielen Ländern Europas scheint die Darmkrebs- und Brustkrebs-Vorsorge stark betroffen zu sein. Großbritannien hat deshalb versucht, die Terminfindung zu flexibilisieren. Sprich: Patienten konnten sich selbst für passende Termine entscheiden. Das Prozedere benachteiligt womöglich Menschen, die von sich aus eher nicht die Initiative ergreifen. Vor Covid-19 bekamen sie Termine zugeteilt.

Den Rückstau verringern: So reagieren Gesundheitssysteme

Doch wie geht es jetzt weiter? Mittlerweile zeigt sich ein Silberstreif am Horizont. Diverse Impfstoffe wurden zugelassen. Sie wirken – wenn auch in unterschiedlichem Maße – gegen den Wildtyp und gegen neu auftretende Varianten von SARS-CoV-2. Mit

Fortschreiten der Impfkampagnen hat sich in vielen Ländern Europas die Sieben-Tage-Inzidenz deutlich verringert – und Entscheider versuchen, mit unterschiedlichen Strategien den Behandlungsrückstau bei Patienten mit malignen Erkrankungen zu verringern (Abb. 2).

Arztpraxen und Kliniken stellen wieder mehr Ressourcen für Screenings zur Verfügung. Früher oder später wird es deshalb zu einem Peak mit neu diagnostizierten malignen Erkrankungen kommen. Darauf sollten sich Gesundheitssysteme bald vorbereiten. In den USA wird etwa versucht, begrenzte Ressourcen bei endoskopischen Untersuchungen Patienten mit besonders hoher Priorität zur Verfügung zu stellen¹⁸. Britische Gesundheitsbehörden planen, regionale Krebszentren stärker in die Versorgung von Patienten einzubinden¹⁹. Onkologen vor Ort arbeiten auch an neuen Protokollen, damit Patienten schneller Zugang zu Diagnostik und Therapie erhalten.

Darüber hinaus spielt Kommunikation eine wichtige Rolle, wie die Netherlands Comprehensive Cancer Organisation als Qualitätsinstitut für onkologische und palliative Forschung und Praxis berichtet. Sie will mit zielgruppengerechten Angeboten Patienten ermutigen, auch in Pandemiezeiten ihren Hausarzt aufzusuchen. Und Mediziner ihrerseits sollten nicht zögern, Erkrankte bei Verdacht an einen Onkologen zu überweisen. Großbritannien setzt auf eigene Kampagnen²⁰, während Ärzte in Italien strukturierte Informationen zur Laienkommunikation erhalten haben. Aus Großbritannien kommt die Idee, neben Ärzten in die Primärversorgung auch Gemeindefrauen und Krankenschwestern einzubeziehen²¹.

Andere Ansätze beinhalten eine grundlegendere Umstrukturierung der Primärversorgung. Dazu könnte zum Beispiel gehören, dass sich Organisationen auf lokaler Ebene neu strukturieren – durch die Einteilung in Covid-19 und in andere Indikationen. In Großbritannien gibt es auch den Vorschlag, Geräte aus der Sekundärversorgung auch in der Primärversorgung einzusetzen. Das spart Zeit.

Stärken und Schwächen moderner Technologien in der Onkologie

Eine weitere Besonderheit prägte die Covid-19-Ära. Neue Technologien haben seit dem Frühjahr

2020 immens an Bedeutung gewonnen. Dazu zählen Arzt-Konsultationen per Video oder per Telefon, Online-Tools zur Terminbuchung in Praxen, aber auch Social Media. Solche Lösungen gab es schon lange, doch erst Covid-19 hat ihnen zum Durchbruch verholfen.

Daraus lässt sich nicht ableiten, dass persönliche Konsultationen der Vergangenheit angehören. Wahrscheinlich werden hybride Ansätze mit Vor-Ort-Kontakten und mit digitalen Tools unsere Zukunft prägen²². Denkbar wäre auch, dass Patienten Ärzte zwar in deren Praxis besuchen, aber, falls erforderlich, ein Familienmitglied digital zugeschaltet wird. In der Onkologie eignen sich Videosprechstunden nur bei einzelnen Fragestellungen wie der Verlaufskontrolle.

Diesem optimistischen Blick stehen Grenzen gegenüber. Manche Bürger haben keinen Zugriff auf digitale Systeme, weil ihnen der Internet-Zugang fehlt, weil sie weder Computer noch Smartphone nutzen oder weil sie mit Online-Interaktionen überfordert sind. Das betrifft Senioren häufiger als jüngere Menschen. Und auch nicht jeder Arzt ist fit in moderner Online-Kommunikation.

Lösungen kommen aus mehreren EU-Ländern. In Spanien helfen Freiwillige älteren Menschen im Umgang mit diesen Systemen. Und Bulgarien hat Ärzten teilweise Schulungen für digitale Interaktionen angeboten.

Covid-19 als Chance für Veränderungen

Innovative Technologien können noch mehr. Erste Untersuchungen aus Großbritannien zeigen Vorteile bei der Priorisierung onkologischer Patienten, bei der Sammlung von

Daten für die Versorgungsforschung oder bei der Einführung von Online-Terminbuchungssystemen. Die Zukunft wird geprägt durch eine bessere Nutzung von Krankenakten, wie es im estnischen Patientenportal schon heute der Fall ist. Algorithmen aus dem Bereich der künstlichen Intelligenz erkennen bei digitalen Screenings in Daten Muster, die Hinweise auf maligne Erkrankungen liefern.

Auch bei der Wissensvermittlung zeigen sich einige Vorteile. In Großbritannien wurden erstklassige Referenten aus aller Welt für Zoom-Meetings eingeladen; sie hätten kaum Zeit gehabt, anzureisen und vor Ort neue Forschungsergebnisse vorzustellen. Wissenschaftliche Online-Kongresse aller Fachbereiche sind auch für Teilnehmer leichter erreichbar – bei geringerem Zeitaufwand ohne Reise- oder Übernachtungskosten.

Wissen ist ebenfalls ein wichtiger Aspekt bei der Laienkommunikation. In den letzten Monaten haben viele Menschen begonnen,

sich für Gesundheitsthemen zu interessieren. Darin steckt die Chance, Routineuntersuchungen und Check-ups stärker ins Bewusstsein der Bevölkerung zu rücken.

Covid-19 hat dem Gesundheitswesen auch die einmalige Gelegenheit geboten, Dienstleistungen umzustrukturieren, etwa durch mehr Flexibilität der Kapazitäten in Krankenhäusern und durch eine stärkere Patientenzentrierung. Darauf sollte sich niemand ausruhen. Ärzte und Krankenhäuser müssen für künftige Herausforderungen flexibel bleiben.

EU-Staaten im Kampf gegen Krebs: Alleine stark – gemeinsam stärker

Die Pandemie hat auch gezeigt, dass Krankheiten keine Grenzen kennen: ein wichtiger Gedanke nicht nur für SARS-CoV-2. Im Rahmen der Europäischen Gesundheitsunion verpflichteten sich EU-Mitgliedstaaten, Diagnostik, Therapie und Prävention chro-

Zitationshinweis

Aitken, M., Moore, E.: „Krebspatienten können nicht warten“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/21), S. 36-38. <http://doi.org/10.24945/MVF.04.21.1866-0533.2330>

nischer Krankheiten wie Krebs voranzubringen²³. Medizinische Leistungen sollen, so das Ziel, innovativ und für alle Menschen verfügbar sein.

Der europäische Plan zur Krebsbekämpfung präzisiert zahlreiche Maßnahmen. Gesundheitspolitiker wollen erreichen, dass alle besonders gefährdeten Menschen bis 2025 Screenings auf Brustkrebs, Gebärmutterhalskrebs und Darmkrebs erhalten. Es geht aber auch darum, die Forschung voranzubringen und neue Technologien stärker als bisher zu implementieren. <<

von: Murray Aitken¹ und Emma Moore²

1: Executive Director, IQVIA Institute for Human Data Science

2: Head of Market Research & Consultancy, IQVIA

Deutsche Bearbeitung: Dr. Gisela Maag, Pressesprecherin, IQVIA Deutschland (Kontakt: Gisela.Maag@iqvia.com)

Literatur

- 1: Aitken M et al., 2021: Cancer Won't Wait, Building resilience in cancer screening and diagnostics in Europe based on lessons from pandemic. IQVIA, March 2021. <https://www.iqvia.com/insights/the-iqvia-institute/reports/cancer-wont-wait> World Health Organisation: Breast Cancer Now Most Common Form of Cancer. Geneva. World
- 2: Health Organisation, 2021 Feb. 3, <https://www.who.int/news/item/03-02-2021-breast-cancer-now-most-common-form-of-cancer-who-taking-action>
- 3: IJzerman M. and Emery J. Is a delayed cancer diagnosis a consequence of COVID-19? The University of Melbourne: Pursuit, Health and Wellbeing; 2020 Apr 30. <https://pursuit.unimelb.edu.au/articles/is-a-delayed-cancer-diagnosis-a-consequence-of-covid-19>
- 4: Zadnik V, Mihor A, Tomsic S, Zagar T, Bric N, Lokar K, et al. Impact of COVID-19 on cancer diagnosis and management in Slovenia – preliminary results. *Radiol Oncol.* 2020 Jul 29;54(3):329-34. <https://doi.org/10.2478/raon-2020-0048>
- 5: Petrova D, Pérez-Gómez B, Pollán M, Sánchez MJ. Implications of the COVID-19 pandemic for cancer in Spain. *Med Clin (Engl Ed).* 2020 Sep 25; 155(6):263-66. <https://doi.org/10.1016/j.medcle.2020.04.018>
- 6: De Benito E. La covid no interfiere en el cancer de mama, pero retrasa su diagnostico [Covid does not interfere with breast cancer, but it delays its diagnosis]. *El Pais (Madrid Ed.).* 2020 Oct 19. <https://elpais.com/sociedad/2020-10-18/la-covid-no-interfiere-en-el-cancer-de-mama-pero-retrasa-su-diagnostico.html>
- 7: Méréo F. Un cancer n'attend pas, même en temps de coronavirus. *Le Parisian* 2020 Apr 28. <https://www.leparisien.fr/societe/sante/un-cancer-n-attend-pas-meme-en-temps-decoronavirus-28-04-2020-8307123.php>
- 8: The Connexion. 30,000 cancer cases undetected in France due to Covid-19 [Internet]. Monaco: ENGLISH LANGUAGE MEDIA Sarl, 2020 Oct 26. <https://www.connexionfrance.com/French-news/30-000-cancer-cases-undetected-France-due-to-Covid-19>
- 9: Sud A, Torr B, Jones ME, Broggio J, Scott S, Loveday C, et al. Effect of delays in the 2-week-wait cancer referral pathway during the COVID-19 pandemic on cancer survival in the UK: a modelling study. *Lancet Oncol.* 2020 Aug; 21(8): 1035-1044. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30392-2](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30392-2)
- 10: La 'pandemia paralela' al Covid-19: retrasos diagnosticos y mas mortalidad [The 'parallel pandemic' to Covid-19: diagnostic delays and more mortality]. *Diario de Sevilla* 2020 Oct 6. https://www.diariodesevilla.es/espana/pandemia-paralela-Covid-19-diagnosticos-mortalidad_0_1507949746.html
- 11: Tsibulak I, Reiser E, Bogner G, Petru E, Hell-Teutsch J, Reinhaller A, et al. Decrease in gynecological cancer diagnoses during the COVID-19 pandemic: an Austrian perspective. *Int J Gynecol Cancer* 2020;30:1667-71. <https://ijgc.bmj.com/content/30/11/1667>, DOI: 10.1136/ijgc-2020-001975
- 12: Vanni G, Pellicciaro M, Materazzo M, Palombi L, Buonomo OC. Breast Cancer Diagnosis in Coronavirus-Era: Alert From Italy. *Front Oncol* [Internet]. 2020 May 22; 10: 938. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fonc.2020.00938>
- 13: Dinmohamed AG, Visser O, Verhoeven RHA, Louwman MWJ, van Nederveen FH, Willems SM, et al. Fewer cancer diagnoses during the COVID-19 epidemic in the Netherlands. *Lancet Oncol.* 2020 Jun 01; 21(6): 750-751. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30265-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30265-5)
- 14: Baral S, Chandler R, Prieto RG, Gupta S, Mishra S, Kulldorff M. Leveraging epidemiological principles to evaluate Sweden's COVID-19 response. *Ann Epidemiol.* 2021;54:21-26. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2020.11.005>
- 15: Radio Sweden: Worries grow over undetected cancer cases as pandemic pauses screenings; 2020 May 06. <https://sverigesradio.se/artikel/7467201>
- 16: Vrdoljak E, Sullivan R, Lawler M. Cancer and coronavirus disease 2019; how do we manage cancer optimally through a public health crisis? *Eur J Cancer.* 2020 Jun 01;132:98-99. [https://www.ejccancer.com/article/S0959-8049\(20\)30180-5/fulltext](https://www.ejccancer.com/article/S0959-8049(20)30180-5/fulltext)
- 17: Horgan-Jones J. 'Massive catch-up' needed for main cancer screening programmes. *Irish Times* [Internet] (Dublin) 2020 Sep 01 [cited 2021 Jan 4]; [about 1 p.]. Available from: <https://www.irishtimes.com/news/health/massive-catch-up-needed-for-main-cancer-screening-programmes-1.4343205>
- 18: Xiao AH, Chang SY, Stevoff CG, Komanduri S, Pandolfino JE, Keswani RN. Adoption of Multi-society Guidelines Facilitates Value-Based Reduction in Screening and Surveillance Colonoscopy Volume During COVID-19 Pandemic. *Dig Dis Sci* [Internet]. 2020 Aug 16 [cited 2021 Jan 5] <https://link.springer.com/article/10.1007%2F10620-020-06539-1>
- 19: Markar SR, Clarke J, Kinross J, on behalf of PanSurG Collaborative group. Practice patterns of diagnostic upper gastrointestinal endoscopy during the initial COVID-19 outbreak in England. *Lancet Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2020 Jul 16;5(9):804-05. [https://www.thelancet.com/journals/langas/article/PIIS2468-1253\(20\)30236-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langas/article/PIIS2468-1253(20)30236-3/fulltext)
- 20: Helsper CW, Campbell C, Emery J, Neal RD, Li L, Rubin G, et al. Cancer has not gone away: A primary care perspective to support a balanced approach for timely cancer diagnosis during COVID-19. *Eur J Cancer Care (Engl)* [Internet]. 2020 Jul 7 [cited 2021 Jan 4]; 29(5): e13290. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ecc.13290>
- 21: Jones D, Neal RD, Duffy SRG, Scott SE, Whitaker KL, Brain K. Impact of the COVID-19 pandemic on the symptomatic diagnosis of cancer: the view from primary care. *Lancet Oncol.* 2020 Aug; 21(6): 748-750. [https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(20\)30242-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(20)30242-4/fulltext)
- 22: Helsper CW, Campbell C, Emery J, Neal RD, Li L, Rubin G, et al. Cancer has not gone away: A primary care perspective to support a balanced approach for timely cancer diagnosis during COVID-19. *Eur J Cancer Care (Engl)* [Internet]. 2020 Jul 7 [cited 2021 Jan 4]; 29(5): e13290. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ecc.13290>
- 23: European Commission. European Health Union: Protecting the health of Europeans and collectively responding to cross border health crises. Brussels. European Commission, 2021 Feb 21. https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-waylife/european-health-union_en