

Glechner A, Stratil JM, Bombana M, Griebler U, Zeeb H, Gartlehner G. COVID-19-Pandemie: Sind harte Lockdowns unwirksam? Warum die Studie von Bendavid et al. dafür kein Beweis ist. Z Allg Med 2021; 97: 103–107

Leserbrief von Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz

Ablehnen reicht nicht – es ist schwieriger

Einmal abgesehen davon, dass es ungewöhnlich ist, die Kritik an einer Studie nicht in der Zeitschrift zu formulieren, in der die Studie erschienen ist (hier die internationale Zeitschrift *Europ J Clin Invest*), sondern in einer anderen (hier der nationalen ZFA), kann ich den meisten Aspekten der Kritik an der Bendavid-Studie nicht folgen. Die Autoren der ZFA-Analyse beurteilen mittels des Instruments ROBINS-1 die Methodik der Arbeit von Bendavid et al. ROBINS dient allein dazu, mögliche *bias* – also systematische Verzerrungen – einer Studie abzuschätzen, deren Verzerrungsrichtung kann damit jedoch nicht bestimmt werden.

Damit kann man also nicht – wie aber die Autoren sagen – „schwere methodische Fehler“ nachweisen. Es sei denn diese *bias* hätte man leicht (oder auch aufwendig) umgehen können. Hinweise zu solchen „Umgehungsmöglichkeiten“ geben die ZFA-Autoren nicht und auch Bendavid et al. machen nur eine Darstellung eben dieser *bias* in der „discussion“, den „methods“ als auch in der Einleitung.

Entsprechend vorsichtig sind Bendavid et al. mit ihrer Zusammenfassung der Ergebnisse: Sie hätten einen deutlich positiven Effekt auf die Infektionszahlen in allen bis auf einem Land mittels verschiedener Interventionsmaßnahmen nachgewiesen, aber sie hätten keinen – wie sie sagen – „nennenswerten Effekt“ durch striktere Lock-down-Maßnahmen zusätzlich gefunden. Ein solcher könnte aber realiter dennoch vorhanden, aber durch *bias* verdeckt sein; nennenswert groß könnte ein solcher zusätzlicher Effekt des strikten Lock-downs aber nicht sein – wie ihre paral-

lel angewendeten Modellrechnungen zeigten.

Und nun kommt man zu dem Problem, was jegliche Studien zum Nutzen oder Schaden bei komplexen Interventionen haben – insbes. dann, wenn es sozial getragene Interventionen sind: Ein Vergleich zwischen unterschiedlichen Kollektiven – in diesem Fall Ländern – ist damit immer voller *bias* – dazu braucht man bei solchen Studien nicht ROBINS. Bendavid et al. führen für solche *bias* dazu u.a. an: unterschiedliche Geschwindigkeiten der Ausbreitung des Virus vor Intervention, unterschiedliche Strenge des Einhaltens und der Kontrolle der Präventionsmaßnahmen sowie der Registrierung von „Fällen“, unterschiedlicher kultureller und auf das Wohnen bezogener Hintergrund und viele Gründe mehr.

Aber was tun, wenn bei Abschätzungen zu Nutzen und Schaden so viele *bias* nicht methodisch aus dem Wege zu räumen sind und zugleich RCTs sozial und ohne wirklichen Zwang zum Einhalten der Gruppenzugehörigkeit nicht möglich sind? Einfach nur nach behaupteten Plausibilitäten – die hier aber zu Einschränkungen des sozialen Lebens führen – handeln und Effekte getroffener Maßnahmen nicht untersuchen, da Untersuchungen dazu immer mit *bias* ausgestattet sind? Muss man nun darauf bauen, dass das, was man tut und verordnet, gut ist? Spätestens dann aber muss man auch gedanklich zulassen, dass man auch Zweifler an dem Weg zum Erreichen des Guten hat, die ebenfalls nichts wirklich „nachweisen“ können – und damit wären wir in der „Vor-EbM-Zeit“.

Ich denke, man muss sich bei solchen komplexen sozialen Interventionen mit nur einer Annäherung an die Realität durch Nutzen-Schadens-Studien – aus Mangel an besseren Alternativen – begnügen (*best evidence* ist das Stichwort).

Denn eine andere Alternative besteht nämlich ansonsten – hier am gleichen Thema festgemacht – nur noch darin, allein die „harten Fakten“ (die aber leider auch nicht immer so ganz hart und vergleichbar sind) zu nehmen und sich „dann seine eigenen Gedanken zu machen“, wie man ein relativ gut datenabgesichertes Ergebnis nun interpretieren soll. Nimmt man dazu z.B. die Sterblichkeiten im Ländervergleich und in der Zeitentwicklung, so ist dies methodisch zu erfassen beruhigend einfach. Nur wie kann man dann das Ergebnis erklären, dass z.B. die Übersterblichkeit in Österreich so viel höher ist als im Vergleich zum identisch großen – und mit vergleichbarer Stadt-Land-Bevölkerungsverteilung – Schweden? [1]. Damit erscheint man zwar weniger methodisch angreifbar, aber ist, methodisch bedingt, zugleich weiter davon entfernt, beantworten zu können, was nun an Maßnahmen gegen die Sterblichkeit wirkte.

Dann aber ist man auf erklärende Vorkenntnisse zum Thema und damit ableitbare plausible Erklärungsansätze angewiesen – dies aber ist kein kleinerer *bias*! Die Autoren der ZFA-Analyse deuten eigentlich an, ebenfalls zur Position der Akzeptanz der „best evidence“ sich zu bekennen, wenn sie nämlich im letzten Satz schreiben, dass eine bessere (gemeint methodisch bessere) Studie „wahrscheinlich nicht valide durchführbar“ sei.

Literatur

1. Parildar U, Perara R, Oke J. Excess mortality across countries in 2020. www.cebm.net/covid-19/excess-mortality-across-countries-in-2020/

Korrespondenzadresse

Prof. Emerit. Dr. med.
Heinz-Harald Abholz
Institut für Allgemeinmedizin (ifam)
c/o Centre for Health and Society (chs)
Gebäude 17.11, 2. Etage
Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf

Blumenthal S, Donner-Banzhoff N, Popert U, Kühlein T. Zwischen Heilkunst und Kommerz: Welche Ökonomie verträgt „gute“ Medizin? Z Allg Med 2021; 97: 66–71

Leserbrief von Dr. med. Gernot Rüter

Der „besondere Artikel“ entstammt der Feder angesehener Protagonisten der DEGAM und der akademischen Allgemeinmedizin in Deutschland. In der Selbstreflexion der Autoren werden die dort formulierten zehn Thesen als Anregung zur Diskussion vorgestellt. Die Thesen zu diskutieren scheint mir bedeutsam, nicht weil ich etwas gegen sie hätte, sondern weil sie wert sind, diskutiert zu werden und weil weiter darüber nachgedacht werden sollte.

Im Artikel wird in eine Mikroebene der Ärzt:innen-Patient:innenbeziehungen und eine Makroebene politischer und gesellschaftlicher Entscheidungsprozesse geschieden. Der Begriff „Entscheidung“, gepaart mit ressourcenschonender, ökonomischer Zielerreichung, ferner mit den Begriffen Indikation und Rationalisierung setzt einen ersten Reflexionsanreiz. Denkerische Prozesse weg von der einzelnen Ärztin, der einzelnen Patientin und beider psychosozialer Beziehungskontexte bedeuten immer Vergrößerung und ein „Weiter weg“ im Zoom. In der hausärztlichen Arbeit bleiben Ziele aber oft kleinteilig und vage („ich will besser schlafen können, besser mit der pubertierenden Tochter, dem Ehepartner zurechtkommen, weniger (oft) Kreuzschmerzen haben, seltener Harnwegsinfekte, möglichst nicht wieder einen Herzinfarkt bekommen, kein Rezidiv meines Brustkrebses erleiden“).

Bei solchen typischen Wünschen und Aufträgen hausärztlicher Patienten ist die Zielerreichung schwer zu definieren. Für einen Teil dieser Ziele können Studienevidenzen und Leitlinien herangezogen werden, für andere nicht. Gleiches gilt für den Begriff der Indikation. Bei den beispielhaft angegebenen Zielen ist oft schwer, die Indikation für eine spezielle Maßnahme oder eben deren Nicht-Indikation zu formulieren, was dann das IGeL-Thema streift. Oft lie-

gen hausärztliche Handlungsstränge in der Haltung, im Erzeugen von Atmosphären, von Geborgenheit und dem explizit angesprochenen Vertrauen. Vertrauen wird im Artikel nicht weiter definiert. Ich sehe Vertrauen als die auf Erfahrung gestützte emotionale Gewissheit, vom Gegenüber auch dann nicht verletzt zu werden, wenn man verletzlich ist. Der kranke Mensch ist als solcher potenziell verletzlich.

Viele der formulierten Gedanken, einmündend in die zehn Thesen lassen sich am Beispiel des sogenannten **Routine-Hausbesuchs** darlegen. Hier treffen gleichsam die geschilderte Mikroebene (Beziehung) und die Makroebene (pauschaliertes Honorar, Primärarztssystem) aufeinander. Gibt es für ihn eine Rationale, ist er indiziert, kann damit ein gewünschtes und sinnvolles Ziel erreicht werden? Ist ein sinnvolles Ziel, Krankenhaus- und Pflegeheimaufenthalte zu vermeiden oder hinauszuschieben? Ist ein mögliches Ziel auch schon, Sorge zu signalisieren, durch den Besuch Wertschätzung für die Person, die die Pflege leistet, zum Ausdruck zu bringen? Ist sinnvoll, die häusliche Situation, das Potenzial drohender Erschöpfung, von Gewaltrisiko infolge Dekompensation, von Pflege- und Medikationsfehlern oder -erfolgen, Vernachlässigung, Nahrungs- und Flüssigkeitsmangel, den Heilungsverlauf von Wunden abschätzen zu können? Hilft der Besuche, notwendige Therapie-(Labor-)Kontrollen vorzunehmen? Darf ich den Hausbesuch unterlassen, ausdünnen, weil er nicht (mehr) extra honoriert, sondern in der Pauschale versenkt ist?

Zeigt mir – ganz allgemein – der pauschalierte „Ziffernkranz“, welche Leistungen ich extra als IGeL in Rechnung stellen darf oder zeigt er mir vielmehr, welche Leitungen ich erbringen *muss*, weil ich das Honorar dafür schon in der Pauschale bekommen habe?

Eine amerikanische Untersuchung aus 2015 zeigt, dass regel-

mäßige Hausbesuche mit deutlich weniger Krankenhauseinweisungen verbunden waren, weniger Übersiedlungen in Pflegeheime und andererseits häufiger Praxen, besonders spezialistische, aufgesucht wurden [1]. Die Frage, ob solche Besuche überhaupt, von wem und in welcher Frequenz vorgenommen werden, gehört zu den geschilderten kleinen, eher unscheinbar anmutenden täglichen Entscheidungen in der Hausarztpraxis, die aber regelhaft dem Konzept gemeinsamer Entscheidungsfindung folgen.

Minutiöse Darstellungen der hausärztlichen Sprechstunde lassen in beinahe beliebiger Breite und Tiefe deren Komplexität erkennen. [2]. Eine analoge Darstellung von Hausbesuchen wäre möglich, vielleicht auch lohnend. Daran entlang könnten die in der Arbeit formulierten Thesen überprüft und untermauert werden. Das Spannungsfeld aus der (regelmäßig als „anekdotisch“ vernachlässigten) Mikro- und der Makroebene könnte so dargelegt werden. Z. B.: These 8: „Im deutschen Gesundheitswesen benötigen wir anstelle monetärer Anreize und Sanktionen alternative Steuerungselemente im Sinne eines schon im Studium beginnenden Verständnisses für die Aufgaben einer Profession bis hin zur Sanktionierung eines merkantilen und damit unprofessionellen Verhaltens“ und in These 9: „Gute Medizin erfordert moralisches (Selbst-)Bewusstsein, die Fähigkeit zur ethischen Reflexion, ein hohes Maß an Professionalität- kurz eine professionelle ärztliche Haltung. Diese sollte in Aus-, Weiter-, und Fortbildung vermittelt werden.“ Man könnte ergänzen: ... und möglichst fortgesetzt selbst erfahren werden.

Literatur

1. Mattke S, Han D, Wilks A, Sloss E. Medicare home visit program associated with fewer hospital and nursing home admissions, increased office visits. *Health Aff* 2015; 34: 2138–46

2. Volck G, Kalitzkus V. Passung im Minutentakt – die Komplexität einer Hausarztpraxis. Z Allg Med 2012; 88: 105–7

Korrespondenzadresse

Dr. med. Gernot Rüter
 Facharzt für Allgemeinmedizin,
 Chirotherapie – Palliativmedizin
 Blumenstr. 11
 71724 Benningen
 rueter@telemed.de

Leserbrief von Dr. med. Iris Veit

Großen Dank an die Autor:innen, dieses Thema aufgegriffen und so gut strukturiert zu haben. Eine weitere These könnte ergänzt werden. Neben Anregungen zur Selbstreflexion in Aus- und Weiterbildung und Sanktionierung von Fehlverhalten sind auch Praxisstrukturen oder Praxisregeln hilfreich, um „gute“ Medizin zu ermöglichen. Um Beziehungsmedizin zu ermöglichen, sollte eine geregelt persönliche Zuordnung zwischen Ärzt:in und ihrer Patient:in auch in komplexen Versorgungsstrukturen ermöglicht werden. Unter wachsender Teilzeitarbeit und Schichtdiensten auch in Hausarztpraxen wird ein solcher Fokus immer wichtiger. Für Notfälle wird eine andere Regel gelten. Doch für die regelmäßigen oder vereinbarten Termine sollte jede Hausarztpraxis den Patient:innen einen Zugang zu ihrer Ärzt:in gewährleisten und von vorneherein anbieten.

Zur die Rationalisierung medizinischer Leistungen (These 2): Wir können den Patient:innen Kontrolle bieten und ihre Selbstwirksamkeit stärken dadurch, dass wir sie proaktiv wieder einbestellen. Gemeinsam mit unseren Patient:innen werden wir beim nächsten Termin gemeinsam beobachten und beurteilen, wie sich die Beschwerden entwickelt haben. Das schafft Sicherheit.

In These 8 werden Steuerungselemente benannt. Bei diesen Steuerungselementen sollten auch Balintgruppen benannt werden. Sie sind ein altbewährtes Instrument der Selbstreflexion, die – meine Erfahrung bestätigen das – auch die ökonomischen Fragen in der Interaktion mitreflektieren.

Korrespondenzadresse

Dr.med. Iris Veit
 Fachärztin für Allgemeinmedizin/
 Psychotherapie
 Wielandstr. 76
 44791 Bochum
 info@irisveit.de

Antwort von Dr. med. Sandra Blumenthal für die Autor:innen

Wir möchten uns bei beiden Verfasser:innen der Leserbriefe herzlich bedanken. Unser Beitrag war eine Aufforderung zu weiterführenden Diskussionen in der Community, verbunden mit der Bitte um Ergänzungen unserer Thesen und wurde sowohl von Iris Veit als auch von Gernot Rüter ganz wunderbar als solche aufgefasst. Iris Veit danken wir herzlich für die praktischen Ergänzungen zur Umsetzung „guter Allgemeinmedizin“ in größeren Praxiseinheiten. Ein Gedanke von Iris Veit verdient unserer Ansicht nach besondere Aufmerksamkeit: das persönliche und kontinuierliche Kennen von Patient:innen, die Beziehung. Dies mit neuen Arbeitszeitmodellen weiterhin zu gewährleisten, ist eine Herausforderung, die es sich jedoch lohnt anzugehen, denn die kontinuierliche und vertrauensvolle Beziehung von Hausärzt:innen und ihren Patient:innen ist ein guter Gegenpol zu ökonomischem Denken oder Tendenzen der Kommerzialisierung. Die Umsetzungsmöglichkeiten der kontinuierlichen therapeutischen Beziehung verdient gerade in der Zeit von COVID-bedingten Beschränkungen erhöhte Aufmerksam-

keit. Und vermutlich einen eigenen Artikel dazu. Die von Iris Veit erwähnten Balintgruppen sind in der Tat ein sehr gutes Beispiel für die Möglichkeiten von Hausärzt:innen zur Selbstreflexion. Danke für diese Ergänzung! Gernot Rüter verweist mit Recht auf die Bedeutung der Mikroebene in der täglichen Begegnung in der hausärztlichen Praxis – wir danken ihm herzlich für seinen Vorschlag einer Definition des Begriffs „Vertrauen“. Gerne nehmen wir für zukünftige Arbeiten seine Anregung auf, anhand spezifischer hausärztlicher Tätigkeiten oder Situationen (wie dem sogenannten „Routinehausbesuch“) unsere Thesen auf Gültigkeit zu überprüfen. Nach Erscheinen unseres Beitrags bot sich plötzlich ein weiteres Thema zur Prüfung und Erweiterung unserer Thesen an: An unzähligen Plakatwänden dieses Landes werden wir und unsere Patient:innen mit dem Versuch einer neuen Form der Kommerzialisierung hausärztlicher Medizin konfrontiert: Ein Apothekenonlinehändler, der gemeinsam mit den Anbieter:innen einer Plattform für Videosprechstunden „Gesundheit neu denken will“. Die Digitalisierung der Allgemeinmedizin wird uns zukünftig Chancen bieten, aber uns vielleicht auch (noch!) stärker als zuvor zwingen unser Gesundheitssystem gegen merkantile Interessen zu schützen. Wir freuen uns sehr, in diesen Leserbriefen „Mitdenker:innen“ für diese anspruchsvolle, zukünftige Aufgabe gefunden zu haben und danken an dieser Stelle auch jenen, die uns auf anderen Wegen Ihre Diskussionsbeiträge zukommen ließen.“

Korrespondenzadresse

Dr. med. Sandra Blumenthal
 Charité – Universitätsmedizin Berlin
 Institut für Allgemeinmedizin
 Kompetenzzentrum Weiterbildung Berlin
 Charitéplatz 1, 10117 Berlin
 sandra.blumenthal@web.de

Leserbriefe an die ZFA reichen Sie bitte online über den Editorial Manager ein
 (www.editorialmanager.com/zfa).

Wenn „alle Stricke reißen“, können Sie auch einen der Herausgeber/innen (Adressen im Impressum) anschreiben.