

Prost!

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

vor weniger als zwei Jahren publizierte ein internationales Wissenschaftlerteam eine systematische Übersicht zum Thema „**Gefahr von Alkohol**“ im *Lancet*. Titel der Arbeit: „*Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016*“ <https://t1p.de/fh53>

Die wichtigste, aber vielleicht auch umstrittenste Kernaussage der Arbeit lautete: „**The level of consumption that minimises health loss is zero**“. Und in einem Begleitkommentar britischer Autoren hieß es zur Bestätigung: „**No level of alcohol consumption improves health**“ <https://t1p.de/9mhe>

Sieht man sich die Daten genauer an, würde einem die nachfolgende Grafik aus der Arbeit den Eindruck vermitteln, als würde ein „*Standarddrink*“ pro Tag (definiert als **10 g reiner Äthylalkohol**) die Konsumenten gerade nochmals vor der Keule der erhöhten Sterblichkeit bewahren.

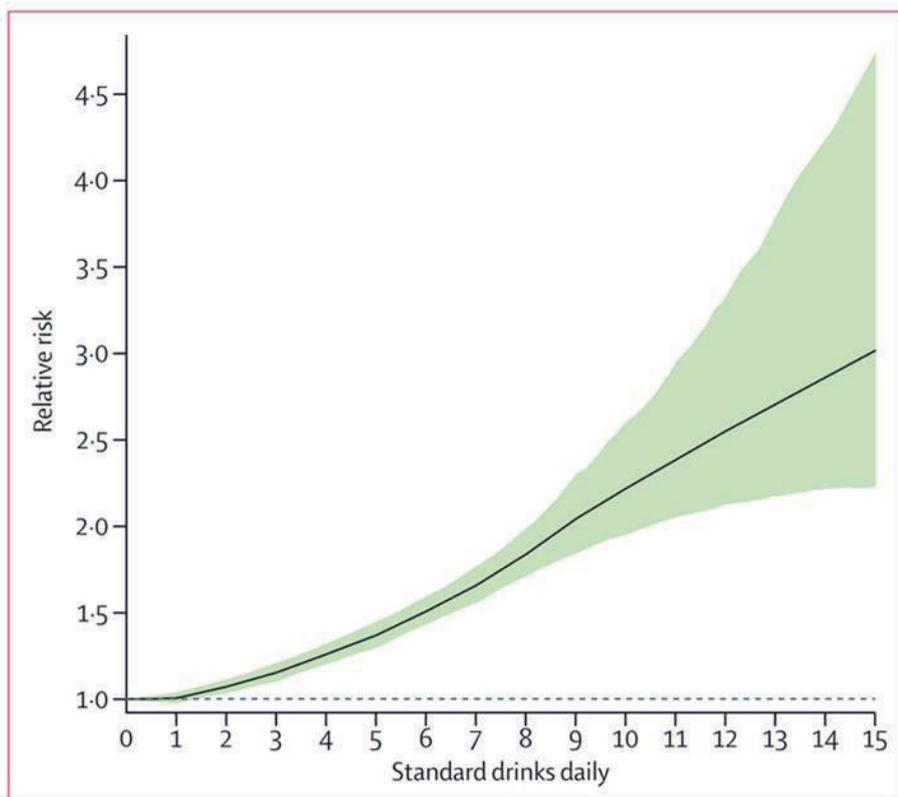
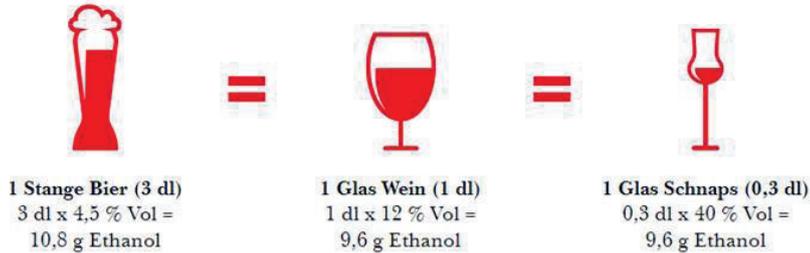


Figure 5: Weighted relative risk of alcohol for all attributable causes, by standard drinks consumed per day
Age-standardised weights determined by the DALY rate in 2016, for both sexes. The dotted line is a reference line for a relative risk of 1. DALY=disability-adjusted life-year.

Wenn Sie jetzt glauben, dass der in dieser Studie definierte Standarddrink einem Glas Wein oder Bier

entspricht, haben Sie sich allerdings getäuscht. Rein theoretisch könnte man sich zwar an die folgende Abbildung aus der Schweiz halten <https://t1p.de/zxk6>



In der Wirklichkeit des Alltags aber sieht das dann eher so aus:



Folgt man diesen Berechnungen, würde ein halber Liter Bier bereits 18g Alkohol enthalten und ein Glas mit 150ml Rotwein (13,5% Vol) 16,2g.

Natürlich besteht kein Zweifel an der unumstrittenen Tatsache, dass unmäßiger Alkoholkonsum mit einer statistisch signifikant erhöhten Sterblichkeit einhergeht.

Vertieft man sich allerdings in die internationale Literatur, so entdeckt man schnell, dass die warnenden Daten der Lancet-Veröffentlichung nicht unwidersprochen bleiben.

► Eine der zahlreichen Studien, die den Befunden des *Gobal-Burden*-Artikels widersprechen, ist 2017 im renommierten *Journal of the American College of Cardiology* publiziert worden <https://t1p.de/akug>

Die folgende Tabelle stammt aus dieser Arbeit, in der 333.247 US-amerikanische Teilnehmer/innen über 18 Jahre zu ihren Trinkgewohnheiten interviewt wurden (aus dem Ursprungs-Panel ausgeschlossen waren 33.129 Personen wegen fehlender Daten bzw. Schwangerschaft).

Supplemental Table 1 Hazards ratios for all-cause and cause-specific mortality according to alcohol consumption status (Exclusion of participants with physician diagnosed diseases)

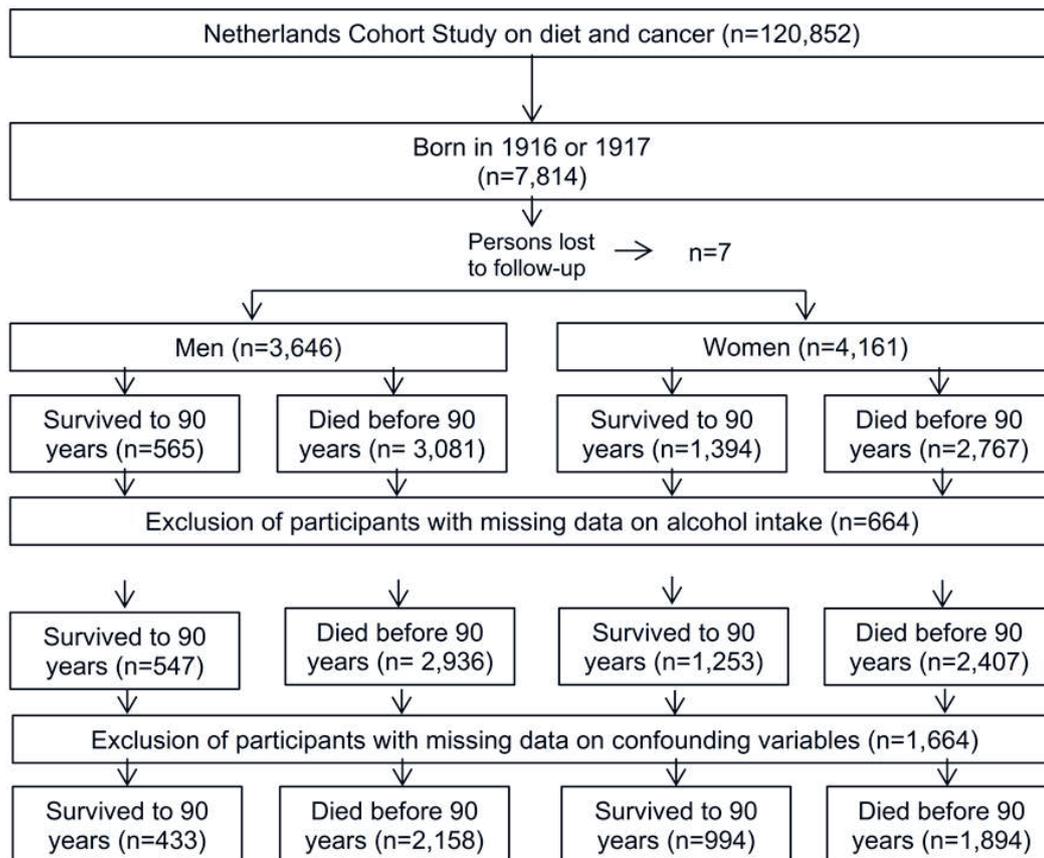
	Alcohol consumption status					
	Lifetime abstainer	Lifetime infrequent drinker	Former drinker	Light	Moderate	Heavy
All-cause						
Model 1, HR (95% CI)	1	1.11 (1.02-1.21)	1.17 (1.08-1.28)	0.74 (0.69-0.80)	0.78 (0.72-0.84)	1.62 (1.45-1.82)
Model 2, HR (95% CI)	1	0.99 (0.91-1.08)	0.97 (0.89-1.06)	0.74 (0.69-0.79)	0.75 (0.69-0.81)	1.22 (1.09-1.37)
2-yr lag model, HR (95% CI)	1	1.01 (0.92-1.11)	0.95 (0.86-1.05)	0.75 (0.70-0.81)	0.77 (0.70-0.85)	1.22 (1.08-1.39)
Cancer						
Model 1, HR (95% CI)	1	1.22 (1.03-1.45)	1.30 (1.09-1.57)	0.86 (0.75-0.97)	0.99 (0.85-1.16)	2.14 (1.77-2.60)
Model 2, HR (95% CI)	1	0.99 (0.83-1.17)	0.97 (0.80-1.18)	0.76 (0.67-0.87)	0.84 (0.72-0.99)	1.42 (1.16-1.72)
2-yr lag model, HR (95% CI)	1	1.08 (0.90-1.29)	0.98 (0.80-1.21)	0.79 (0.68-0.91)	0.88 (0.74-1.05)	1.48 (1.20-1.83)
CVD						
Model 1, HR (95% CI)	1	1.16 (0.98-1.37)	1.00 (0.83-1.22)	0.71 (0.62-0.82)	0.72 (0.60-0.86)	1.19 (0.93-1.51)
Model 2, HR (95% CI)	1	1.01 (0.86-1.19)	0.79 (0.65-0.96)	0.69 (0.60-0.80)	0.69 (0.56-0.83)	0.86 (0.67-1.09)
2-yr lag model, HR (95% CI)	1	1.02 (0.85-1.23)	0.78 (0.62-0.97)	0.71 (0.60-0.84)	0.73 (0.59-0.91)	0.91 (0.70-1.19)
Heart disease						
Model 1, HR (95% CI)	1	1.31 (1.09-1.57)	1.12 (0.91-1.39)	0.74 (0.64-0.87)	0.72 (0.58-0.89)	1.24 (0.94-1.64)
Model 2, HR (95% CI)	1	1.12 (0.93-1.34)	0.86 (0.69-1.07)	0.71 (0.60-0.83)	0.67 (0.54-0.85)	0.85 (0.64-1.12)
2-yr lag model, HR (95% CI)	1	1.10 (0.89-1.36)	0.84 (0.66-1.08)	0.74 (0.61-0.89)	0.72 (0.56-0.92)	0.90 (0.66-1.22)
Cerebrovascular disease						
Model 1, HR (95% CI)	1	0.74 (0.50-1.09)	0.63 (0.40-0.99)	0.63 (0.48-0.84)	0.73 (0.50-1.05)	1.04 (0.59-1.82)
Model 2, HR (95% CI)	1	0.70 (0.47-1.03)	0.55 (0.35-0.87)	0.66 (0.48-0.89)	0.76 (0.52-1.10)	0.90 (0.50-1.63)
2-yr lag model, HR (95% CI)	1	0.80 (0.52-1.21)	0.53 (0.33-0.85)	0.64 (0.45-0.89)	0.83 (0.55-1.27)	1.02 (0.54-1.93)

Model 1: Adjusted for sex, age and race/ethnicity;

Model 2: Additionally adjusted for education, marital status, body mass index, physical activity, smoking, and physician-diagnosed diseases (hypertension, heart disease, stroke, cancer and diabetes);

2-yr lag model: Lagged analyses excluded individuals who died within the first 2 years after administration of the respective NHIS and adjusted for potential covariates listed in Model 2.

- Ein Standarddrink wird hier mit 14 g reinem Alkohol angegeben.
 - Als *leichter* Trinker wird ein Mensch bezeichnet, der bis zu drei Standarddrinks/Woche zu sich nimmt,
 - als *moderater* Trinker 3-7 Standarddrinks/Woche für Frauen und 3-14 Standarddrinks/Woche für Männer.
- ▶ Der harte Endpunkt der Gesamtsterblichkeit ist erst bei schweren Trinkern signifikant erhöht; bis zur moderaten Trinkgewohnheit bleiben die Ergebnisse gegenüber Abstinenter ohne auffallenden Unterschied. Im Gegenteil: Es entsteht der Eindruck, dass leichtes bis moderates Trinken einen Überlebensvorteil darstellt.
- **An die Maßgabe eines zurückhaltenden Alkoholgenusses mag sich auch halten, wer gerne 90 Jahre alt werden möchte.** Zumindest sagt das die soeben in der Zeitschrift *Age and Ageing* veröffentlichte *Netherlands Cohort Study* <https://t1p.de/ci3j>.
 - 7.807 Teilnehmer/innen, die zwischen 1916 und 1917 geboren wurden, füllten im Jahre 1986 einen Fragebogen aus und wurden bis 2006/2007 nachverfolgt, einem Zeitpunkt, zu dem ein Alter von 90 Jahren erreicht war (Ex-Trinker waren ausgeschlossen).



- Die höchste Wahrscheinlichkeit, dieses gesegnete Alter zu erreichen, war bei einem **täglichen Alkoholkonsum zwischen 5 und 15g** gegeben (RR=1.36 [95% KI, 1.20–1.55] im Vergleich zu Abstinenten).

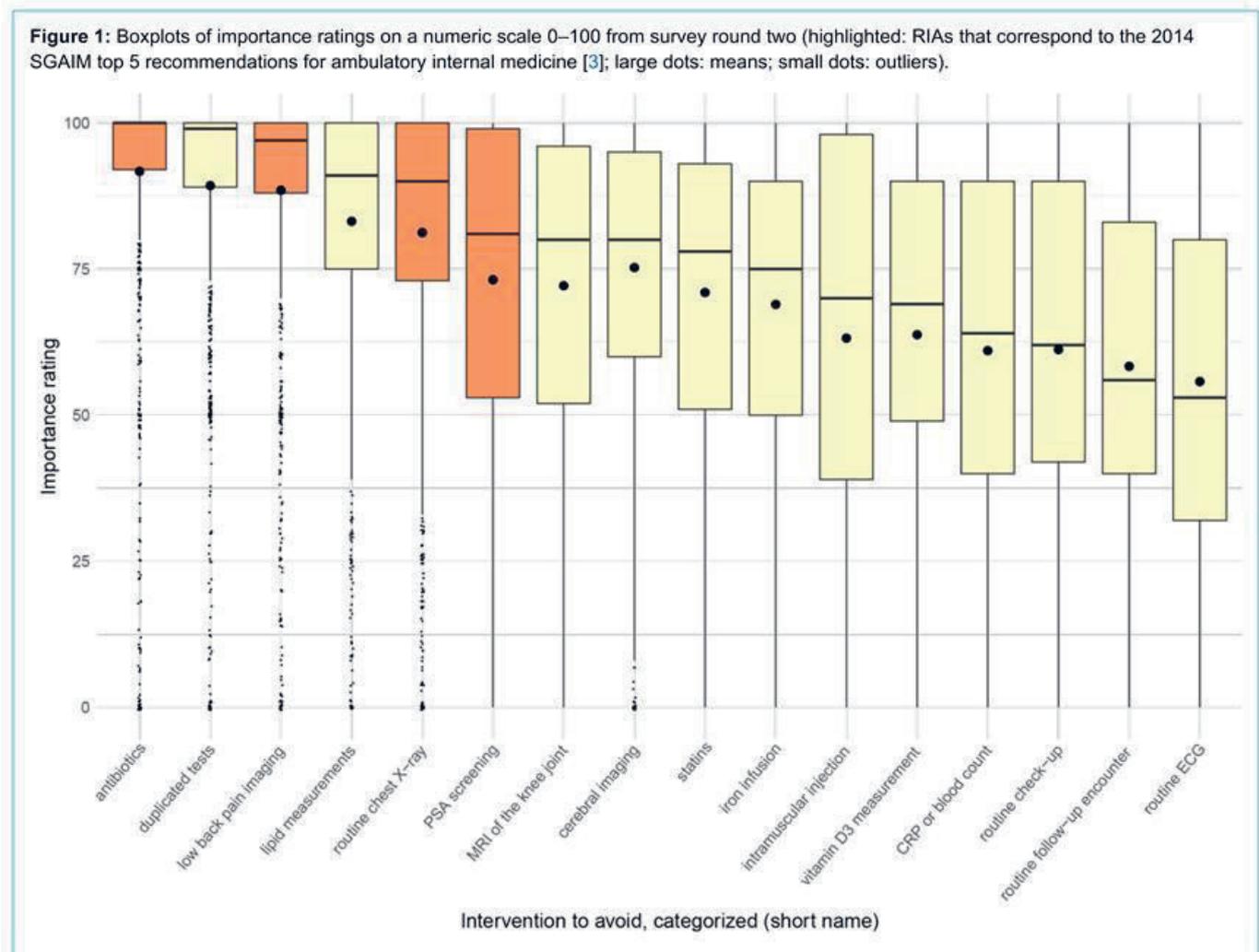
An dieser Stelle erlaube ich mir schon mal, ein virtuelles Glas auf Ihre Gesundheit zu heben 😊

Welche Interventionen in der täglichen Praxis sind Ihrer Meinung nach überflüssig und zu vermeiden?

Diese Frage beantworteten in zwei Delphi-Runden die Mitglieder der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (entspricht der deutschen DEGAM).

In der ersten Runde antworteten 7.4% (538/7318) der Angeschriebenen und in Runde zwei 18.2% (1357/7468). Insgesamt wurden 1.074 Vorschläge gemacht; unter den 16 häufigsten fanden sich 13, die in verschiedenen „Choosing wisely“-Listen aufgeführt waren.

Hier sind die Ergebnisse. Platz 1: Antibiotika bei Virusinfektionen, Platz 2: Duplikation von bereits vorliegenden Untersuchungsergebnissen, Platz 3: Bildgebung bei unkomplizierten Rückenschmerzen



- Die Originalarbeit aus der Swiss Medical Weekly (Federführung: Prof. Neuner-Jehle, Allgemeinmedizin der Universität Zürich) finden Sie unter <https://t1p.de/hfim>

„Die Maschine und das Blut“ ...

... heißt ein brisanter Artikel in der ZEIT (der zusammen mit sieben internationalen Medienpartnern recherchiert wurde) <https://t1p.de/smzc> Dabei geht es um die Vermutung, dass **Plasmapherese-Geräte der US-amerikanischen Firma Haemonetics Gesundheitsschäden bei Spendern verursachen könnten**. Wie mehrere Whistleblower aussagten, käme es beim Betrieb der Maschine zu schwarzen Ausflockungen, die aus dem maschinellen Abrieb stammten und mutmaßlich in den Kreislauf der Plasmaspender zurückfließen könnten.

Mit der wohl unbestreitbaren Aussage ► „Fremdmaterial jeglicher Art darf durch eine Plasmaspende nicht in den Körper kommen“, wird Prof. Rainer Blasczyk zitiert, der Leiter des Instituts für Transfusionsmedizin und Transplantat-Engineering an der Medizinischen Hochschule Hannover.

In Frankreich ist der Einsatz der Maschinen nach dem Vorwurf einer Patientin, bei der sich nach mehreren Plasmaspenden Krebs entwickelte, untersagt worden. *In vielen anderen Ländern der Welt, auch in*

Deutschland, ist die Maschine bis heute allerdings weiter in Betrieb.

- Die Hersteller-Firma Haemonetics sagt, die französische Medizinproduktebehörde sehe durch die Partikel kein Risiko für Spender oder Patienten gegeben. Sie hat am Publikationsdatum des ZEIT-Artikels (2.7.2020) der Darstellung widersprochen <https://t1p.de/2tc3>

Corona

- **Die Hypertonie soll kein Risikofaktor für schwere bzw. tödliche Verläufe von Covid-19 sein**, berichtet ein soeben in der Zeitschrift *Nature* publizierter Artikel <https://t1p.de/da3h>

Die Studie (von Autoren u.a. aus dem *Nuffield Department of Primary Care Health Sciences* der *University of Oxford*, und der *School of Hygiene and Tropical Medicine* in London) vergleicht 10.926 Todesfälle durch Covid-19 mit 17.278.392 Erwachsenen (nur England, nicht Schottland oder Wales) aus der Datenbank eines in hausärztlichen Praxen prominent vertretenen Softwareanbieters (*The Phoenix Partnership*). Die Plattform, auf der die Daten in pseudonymisierter Form gesammelt wurde, kann man finden unter <https://opensafely.org>

Auf der nachfolgenden Abbildung sieht man die Vorerkrankungen, die auch viele andere Analysen als Risikofaktoren für einen schweren bzw. tödlichen Verlauf identifiziert haben (*beim Faktor Nikotinabusus gibt es unverändert widersprüchliche Befunde*). Mit einem Unterschied: Hypertonie.

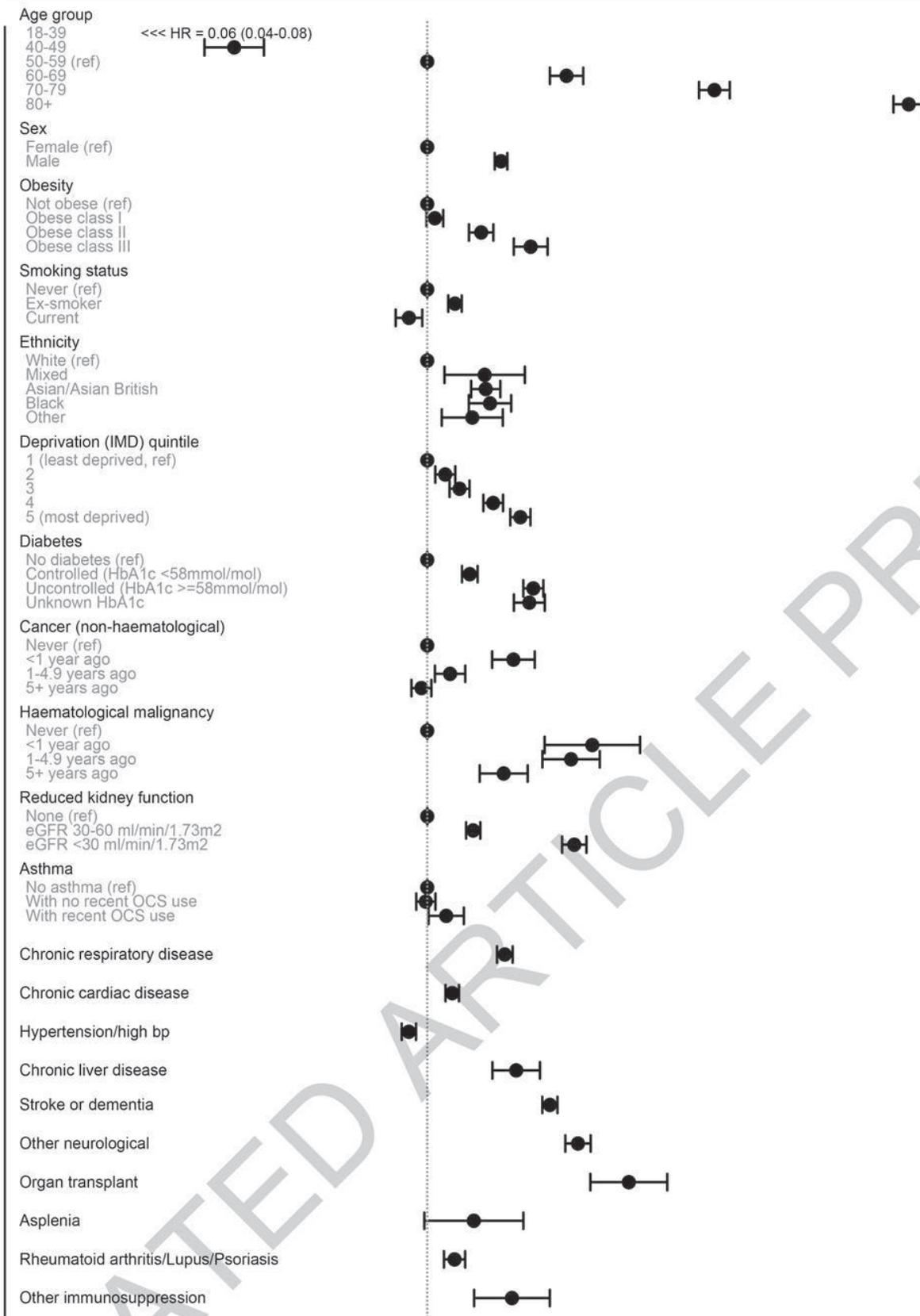


Fig. 3 | Estimated Hazard Ratios (shown on a log scale) for each potential risk factor from a multivariable Cox model. Error bars represent limits of the 95% confidence interval for the hazard ratio. Obese class I: 30-34.9kg/m², class II: 35-39.9kg/m², class III: >=40kg/m². OCS=oral corticosteroid. All HRs are

adjusted for all other factors listed other than ethnicity. Ethnicity estimates are from a separate model among those with complete ethnicity data, and are fully adjusted for other covariates. Total n = 17,278,392 for non-ethnicity models, and 12,718,279 for ethnicity model.

- Die Studie leidet allerdings unter erheblichen Störfaktoren, die von den Autoren selbst angeführt werden und die in der Studienperiode 1. Februar – 1. Mai 2020 besonders relevant waren (mehrfach in den Benefits abgehandelt):
- Die gerade für Allgemeinärzte landesweit fehlenden Testangebote,
- die massiven Schwierigkeiten, rechtzeitig an eine Testmöglichkeit zu kommen (insbesondere bei der Hochrisikogruppe der Altenheim-Bewohner),
- die potentiellen Fehlklassifikationen,
- die von der Analyse wegen nicht vorhandener Daten ausgeschlossenen 142.641 Personen,
- der fehlende Datenbestand aus den Hausarztpraxen Londons, die lediglich zu 17% bei diesem Softwareanbieter registriert waren.

Vielleicht erinnern sich einige Leser/innen noch an das Benefit vom 20.5.2020, in dem eine Studie in über 500 Hausarztpraxen im *Lancet Infectious Diseases* besprochen wurde <https://t1p.de/6wls>.

In dieser Untersuchung waren aufgrund heftiger *confounding factors* weder schweres Übergewicht, Hypertonie, oder Diabetes noch chronische Lungenerkrankungen und Immunsuppression als Risikofaktoren benannt worden.

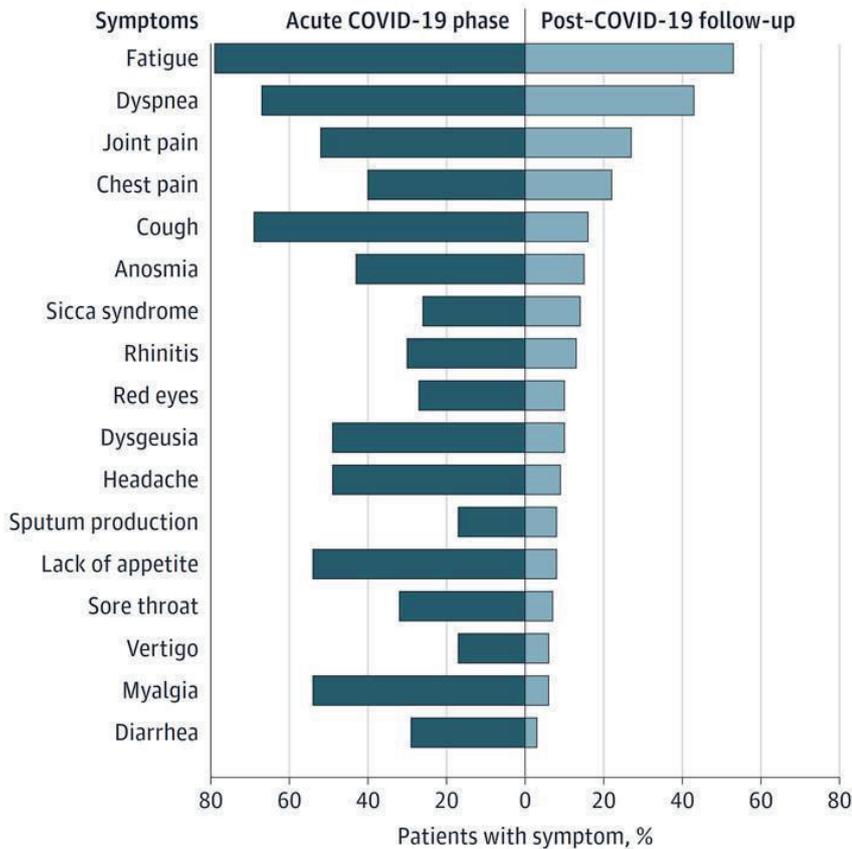
- **Quintessenz:** Die Daten einer großen, in einem renommierten Journal publizierten Studie bestätigen weitgehend die bekannten Risikofaktoren für Covid-19-Todesfälle. Die fehlende Assoziation zum Bluthochdruck dürfte den erheblichen Limitationen der Arbeit zuzuschreiben sein.
- **Post-Covid-Syndrom** nennt man anhaltende Beschwerden nach „überstandener“ Covid-19 Erkrankung (die Betroffenen heißen in den Nachrichtensendungen „Genesene“...). Berichte darüber waren bisher nur in Laienmedien zu finden.

Jetzt publizieren italienische Autoren in der JAMA eine Studie an 143 Patienten, die nach einem im Mittel 14-tägigen Krankenhausaufenthalt fieber- und symptomfrei, sowie nach zwei negativen PCR-Tests entlassen worden waren (das RKI sieht negative Abstriche am Ende der Quarantäne lediglich für Patienten aus dem Gesundheitswesen vor) <https://t1p.de/52qi>

Die Teilnehmer an der Untersuchung (37% Frauen) waren im Mittel 56.6 Jahre alt; bei 73% war eine Pneumonie diagnostiziert worden. 28 der Patienten waren intensivpflichtig, sieben davon waren beatmet worden.

60 Tage nach Auftreten der ersten Symptome waren nur 12.6% beschwerdefrei, über die Hälfte litt an drei oder mehr Beschwerden (überwiegend Müdigkeit/Erschöpfung, Atemnot, Gelenksbeschwerden und Brustschmerzen).

Figure. COVID-19-Related Symptoms



The figure shows percentages of patients presenting with specific coronavirus disease 2019 (COVID-19)-related symptoms during the acute phase of the disease (left) and at the time of the follow-up visit (right).

- Wer sich für diese zunehmend häufig berichtete Chronizität interessiert, findet im Netz zahlreiche Websites:
- Auf BMJ Opinion findet sich ein Bericht unter dem Titel „Patients’ experiences of “**longcovid**” are missing from the NHS narrative <https://t1p.de/80uk>
- **Paul Garner**, Professor für Infektionskrankheiten an der Liverpool School of Tropical Medicine, schildert seine Erfahrungen mit den Nachwehen seiner Covid-19 Erkrankung im BMJ Blog <https://t1p.de/rek4>
- **Peter Piot**, Professor für globale Gesundheit und Direktor der London School of Hygiene and Tropical Medicine sowie Mitglied der Leopoldina, berichtete schon im Mai über seine chronischen Probleme in der Zeitschrift *Science* <https://t1p.de/5se3> (Benefit vom 20. Mai)
- **Yochai Re'em**, Psychiater in New York, klagt über seine fast unerträglichen Symptome (seit mehr als 100 Tagen) auf dem Portal *Statnews* <https://t1p.de/tinv>

Seit April 2020 läuft unter der Federführung des RKI eine **Studie in 29 Regionen Deutschlands, um das Vorliegen von Antikörpern gegen SARS-CoV-2 zu untersuchen** (IgG-ELISA).

Am 13.7. hat das RKI im *Epidemiologischen Bulletin* eine Zwischenauswertung der bisher untersuchten 11.695 Proben (ca. 20 % des geplanten Studenumfanges) bekanntgegeben.

Ergebnisse:

- Der Anteil von Personen mit spezifischen Antikörpern gegen SARS-CoV-2 unter blutspendenden Erwachsenen ist mit 1.3% niedrig,
- Männer (1,8%) waren signifikant häufiger von SARS-CoV-2-Infektionen betroffen als Frauen (0,8%),
- Personen der Altersgruppen 20-39 Jahre und 50-59 Jahre waren signifikant häufiger seropositiv als die 40-49-Jährigen,
- die Regionen Freiburg und München-Ost haben den höchsten Anteil an Seropositiven.

Die deutschlandweite Testung wird bis Ende September alle 14 Tage in der Gruppe der spendenden Personen wiederholt und fortlaufend ausgewertet <https://t1p.de/aj9z>

- Die Empfehlungen des RKI, wer in Deutschland unter welchen Voraussetzungen getestet werden sollte, finden sich in einer Übersicht unter der Überschrift „**Nationale Teststrategie SARS-CoV-2**“.

Übersicht - Nationale Teststrategie SARS-CoV-2

/!\ Vereinfachte Darstellung, Stand 30.06.2020. Für eine Aufzählung der spezifischen Einrichtungen und Personengruppen ist die Rechtsverordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 verbindlich.

				Empfehlung PCR-Testung				Mögliche Priorisierung von Kapazitäten bei Engpässen		
				Akut*	Regelmäßig**	Stichprobenartig*	Kostenregelung			
Grundsätzlich gilt: 1) Erweiterte Basishygiene 2) Symptom-Monitoring 3) Gemäß Vorschriften Bund/Länder - Nutzung von Mund-Nasen-Schutz - Abstandsgebot	Symptomatische Personen			✓			K	1		
	Allgemeinbevölkerung	Kontaktpersonen: Personen mit Kontakt zu bestätigtem COVID-19 Fall (z. B. gleicher Haushalt, 15-minütiger Kontakt, sowie über Corona-Warn-App)		✓			RVO, K	2		
		Bei Ausbrüchen: Personen in Einrichtungen oder Unternehmen nach §§ 23 Abs. 3 und 36 Abs. 1 IfSG, z.B. Arztpraxen, Kitas, Schulen, Asylbewerberheime		✓			RVO	3		
		Bei Aufenthalt in Gebieten mit erhöhter lokaler Inzidenz über 50 /100.000 in 7 Tagen				✓	RVO	5		
	Asymptomatische Personen	Krankenhäuser/ Ambulante und stationäre Pflege /	Vor (Wieder-)Aufnahme in sowie vor ambulanten Operation unter Berücksichtigung der epidemiologischen Lage		✓			RVO, K (KHG)	3	
			Alle Patienten/Bewohner/Betreute bei Ausbrüchen		✓			RVO	2	
			Alle Patienten/Bewohner/Betreut ohne COVID-19 Fall unter Berücksichtigung der epidemiologischen Lage				✓	RVO	5	
		Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen	Personal	Gesamtes Personal bei Ausbrüchen		✓			RVO	2
				Gesamtes Personal ohne COVID-19 Fall unter Berücksichtigung der epidemiologischen Lage				✓	RVO	4
			Besucher	Alle Besucher bei Ausbrüchen		✓			RVO	3

Legende
 * Wiederholung bis zu einmal pro Person
 ** Wiederholung bis zu einmal alle 14 Tage pro Person
 ✓ Testung empfohlen
 ✓ Testung empfohlen, Umfang der zu testenden Personen im Ermessen lokaler Behörden (Bundesland / ÖGD)
 K = Krankenbehandlung, KHG = Krankenhausfinanzierungsgesetz
 RVO = RVO zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2



| 01.07.2020 |

<https://t1p.de/n16i>

- Es gibt zahlreiche Veröffentlichungen, die nachweisen, **wie lange sich SARS-CoV-2 auf diversen unbelebten Materialien** (wie z.B. Treppengeländer, Türklinken, Wasch- und Toilettenbecken – englischer Überbegriff: „fomites“) **halten kann**. Die längste bislang berichtete Zeitdauer betrug immerhin sechs Tage.

Theoretisch können solche Kontaminationen zu einer Infektion bzw. Erkrankung führen.

Daher trifft man in den meisten Restaurants und einigen Läden oft auf Behälter mit einer alkoholischen Lösung und der schriftlichen Aufforderung an die Anwesenden, sich die Hände zu desinfizieren. Viele Personen, die das machen, träufeln sich eine oft winzige Menge auf die Hände, reiben diese für wenige Sekunden ein und haben dann vielleicht das Gefühl, „den Hygienebedingungen entsprochen“ zu haben.

► Wie gefährlich eine Schmierinfektion im Alltag ist (ich spreche hier nicht von Krankenhäusern, sondern vom öffentlichen Raum), bleibt allerdings unklar. Mir ist keine einzige Publikation bekannt, die eine solche Übertragung zweifelsfrei nachgewiesen hätte.

- Emanuel Goldman, Professor für Mikrobiologie, Biochemie und Molekulare Genetik an der *Rutgers University in Newark* sagt – respektlos! - in einem kurzen Kommentar im *Lancet*:

„A clinically significant risk of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) transmission by fomites (inanimate surfaces or objects) has been assumed on the basis of studies **that have little resemblance to real-life scenarios**“.

Seine Schlussfolgerung lautet: „In my opinion, the chance of transmission through inanimate surfaces is very small, and only in instances where an infected person coughs or sneezes on the surface, and someone else touches that surface soon after the cough or sneeze (within 1–2 h)“.

Der Text („Exaggerated risk of transmission of COVID-19 by fomites“) ist selbstredend **kein Votum gegen das Händewaschen mit Wasser und Seife** (!) <https://t1p.de/05qi>

Zum Schluss noch ein Satz, den sich manche Zeitgenossen vielleicht mehrfach durchlesen sollten. Er stammt von dem 45 Jahre alten Schriftsteller *Daniel Kehlmann* („Die Vermessung der Welt“ u.a. Romane), ausgesprochen am 11. Juli 2020:

„...das ist das Hauptproblem – der Twitter-Mechanismus, sachliche Verkürzung mit extremer Bereitschaft zur Empörung zu verbinden“.

Herzliche Grüße

Michael M. Kochen