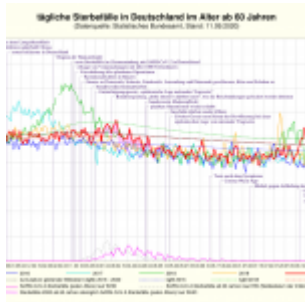


Bericht zur Coronalage 16.09.2020: Und wieder – keine nationale Bedrohung



Den [Bericht Stand Anfang August](#) hatte ich Ihnen schon vorgestellt. Das Sentinel Überwachungssystem besteht aus ausgewählten Praxen und Krankenhäusern, anhand derer man die Situation auf ganz Deutschland bezogen einschätzt.

Hat sich etwas geändert?

Im Bericht heißt es:

„Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist von der 33. bis zur 36. Kalenderwoche (KW) 2020 gestiegen. Auch die Werte der ARE-Konsultationsinzidenz (Arbeitsgemeinschaft Influenza) sind im Berichtszeitraum kontinuierlich gestiegen und befinden sich noch auf einem jahreszeitlich üblichen Niveau. Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen von der 32. bis zur 33. KW zunächst zurückgegangen, aber anschließend bis zur 35. KW 2020 deutlich angestiegen und befindet sich auf einem jahreszeitlich üblichen, relativ niedrigen Niveau.“

Über die Gründe hierfür kann man nur spekulieren. Meiner Meinung nach sind die Daten bezüglich des Aufsuchens einer Arztpraxis bei Erkältungssymptomen stark beeinflusst von der psychologischen Dynamik der Coronaangst und des stattgefundenen Lockdowns. Generell wurden relativ häufig Rhinoviren nachgewiesen, die allermeist harmlos sind. Außerdem auch viele Influenzaviren unterschiedlichen Typs.

„Seit der 40. KW 2019 wurden 916 Influenzaviren identifiziert, darunter 375 (41 %) Influenza A(H1N1)pdm09- und 414 (45 %) Influenza A(H3N2)-sowie 127 (14 %) Influenza B-Viren.“

Es ist insgesamt ein leichter Anstieg der Atemwegserkrankungen zu sehen, der jedoch im üblichen Maß liegt.

Für Gesamtdeutschland wurden seit der 40. KW 2019 nach dem Infektionsschutzgesetz insgesamt 188.102 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt. Bei 16 Prozent der Fälle wurde angegeben, dass die Patienten hospitalisiert waren. Das wären dann

etwa 30.000 stationär behandelte Influenzapatienten. Seit der 40. KW 2019 wurden insgesamt 544 Todesfälle mit Influenzavirusinfektion übermittelt. Ich gehe davon aus, dass die Todesursache Influenza und die Todesursache Covid mit unterschiedlichen Maßstäben ermittelt wird. Es handelt sich um die bekannte Problematik „mit oder an“. Ich hoffe, dass diesbezüglich irgendwann durch eine sorgfältige Studienarbeit Licht in dieses Dunkel kommt.

Wie ist die Sentinel-Situation im Falle der Infektion mit SARS CoV-2? Man hat auch nachträglich alle eingesandten Proben zusätzlich auf den neuen Coronavirus überprüft. Ergebnis:

„Seit der 40. KW 2019 bis 36 KW 2020 wurden bisher in 4.132 untersuchten Sentinelproben insgesamt in 13 (0,3 %) Proben SARS-CoV-2 nachgewiesen. Alle SARS-CoV-2-Nachweise wurden im Zeitraum zwischen der 10. bis 15. KW 2020 detektiert. Seit der 16. KW 2020 gab es keine Nachweise mehr von SARS-CoV-2 im Sentinel.“

Für Patienten von Arztpraxen bleibt eine Infektion mit SARS-CoV-2 die absolute Ausnahme.

Relativ niedriges Niveau

Die für die Einordnung als Bedrohung für die Gesellschaft durch SARS-CoV-2 wichtigsten Sentineldaten (harte Endpunkte siehe [mein Beitrag vom 11.9.](#)) liefern die Sentinel-Krankenhäuser. Man spricht dabei von „schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI)“. Die SARI-Fallzahlen befinden sich in der 35. KW 2020 in allen Altersgruppen auf einem jahreszeitlich üblichen, relativ niedrigen Niveau. Es findet sich in diesem Monatsbericht das gleiche Ergebnis wie schon im Vorbericht:

„In 70 Sentinel-Krankenhäusern waren im Zeitraum von der 32. KW bis zur 35. KW 2020 insgesamt 3 % der SARI-Fälle (Hauptdiagnose Influenza, Pneumonie oder sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege) mit COVID-19 hospitalisiert (Abb. 5).“

Außerdem eine Einschätzung bezüglich der Schwere von Covid-19:

„Dabei hat sich unter anderem die vorläufige Einschätzung bestätigt, dass hospitalisierte COVID-19-Patienten mit einer SARI im Schnitt besonders häufig und besonders lange beatmet werden müssen.“

Im Klartext: Nur 3 Prozent aller im Krankenhaus behandelten Atemwegsinfektionen sind dem SARS-CoV-2 Virus zuordenbar. 97 Prozent basieren auf anderen Erregern, die potenziell alle lebensgefährlich sind. Bei der Schwere der Krankheit Covid geht das RKI von einer häufigeren Beatmungspflicht im Krankenhaus aus als bei Influenza. Dazu bitte ich auch nochmal das [Interview](#) nachzulesen mit Dr. Thomas Voshaar, Präsident des Verbandes pneumologischer Kliniken. Die Sterblichkeit von Covid-19 liegt ganz sicher nicht über der einer Influenza. Zum Thema Infektions-Todesrate anhand der RKI Zahlen und deren extreme Unstimmigkeiten können Sie [hier](#) noch einmal nachschauen.

Und wieder und wieder: keine nationale Bedrohung

Es bleibt dabei: Die harten Endpunkte sprechen eindeutig gegen das Vorliegen einer außergewöhnlichen Situation. Völlig unabhängig davon muss die Diskussion geführt werden, wie gefährlich Covid-19 als schwere Erkrankung für den Betroffenen ist und welche Therapien dagegen entwickelt werden können. Dies auseinander zu halten, erfordert eine Disziplin im Denken, um die sich viele Kollegen nicht bemühen.

Das ist zum Teil persönlich verständlich, wenn man direkt mit schwer an Covid-19 Erkrankten zu tun hat. Es entschuldigt dieses im Prinzip unprofessionelle Versäumnis jedoch nicht. Würden wir beispielsweise präventive Therapien und Medikationen von einem auf einer kardiologischen Intensivabteilung arbeitenden Herzspezialisten bestimmen lassen, der unter dieser fehlenden Denkdisziplin leidet, wäre eine massive Übertherapie in der Bevölkerung die Folge, mit mehr Schaden als Nutzen.

Eine reale Gefahr, beispielsweise bei der Massenverordnung von Cholesterinsenker bei Gesunden, ohne belastbare, sprich mit harten Endpunkten (z.B. Senkung von Herzinfarkten) belegte Begründung. Cholesterinsenker sind sehr nebenwirkungsreiche Medikamente, die nur dann verordnet werden sollten, wenn solche Endpunkte nachweisbar sind. Das gilt für Patienten mit einer klaren Entwicklung zur Gefäßverkalkung (Atherosklerose), aber ganz sicher nicht für Gesunde, die lediglich einen hohen Cholesterinspiegel aufweisen. Solche Zusammenhänge deckt nur die Epidemiologie auf, und auch nur dann, wenn sie sich an die eigenen Qualitätskriterien der Studieninterpretation hält. Der führende Wissenschaftler auf diesem Gebiet ist Professor John Ioannidis von der Stanford Universität, der folgerichtig und wie mehrfach hier auf Achgut.com erwähnt, die Corona-Lage dann auch korrekt als nicht besonders außergewöhnlich und die schweren Schutzmaßnahmen als überzogen und irrational einschätzt.

Wer zum Beispiel mit der Autorität des Leiters einer Intensivabteilung die allgemeine Corona-Panik verstärkt, beteiligt sich, im Gesamten betrachtet, obwohl ihm selbstverständlich Dank für seine direkte Arbeit am Patienten gebührt, an einer falschen epidemiologischen Einschätzung. Er versteht nicht, dass seine Einschätzung nicht zu einer Diskussion genutzt wird, wie schwer die Erkrankung für den Einzelnen ist, sondern dazu, die Gefahr für die Allgemeinheit maßlos zu überschätzen. Mit den völlig unnötigen, schweren Folgeschäden, unter denen wir noch lange zu leiden haben werden.

Nachtrag: Eines zeigt dieser neue Monatsbericht deutlich: Wenn sich nun ausgerechnet nach Einführen einer umfassenden Maskenpflicht, die Situation der Atemwegsinfektionen auf das in dieser Jahreszeit übliche Niveau eingependelt hat, dann ist dies ein belastbares Indiz dafür, dass die Maskenpflicht, die üblichen Infektionen nicht beeinflusst. Es sei denn, sie würde spezifisch nur SARS-CoV-2 aufhalten, denn dieser Erreger kommt ganz offensichtlich sehr selten, im Gegensatz zu Influenza- oder Rhinoviren, vor. Da jedoch bezgl. wissenschaftlich-rationaler Redlichkeit schon alle Schamgrenzen gefallen sind, wird dies ganz bestimmt demnächst einer der üblichen Experten behaupten.

Der Beitrag erschien zuerst bei ACHGUT [hier](#)