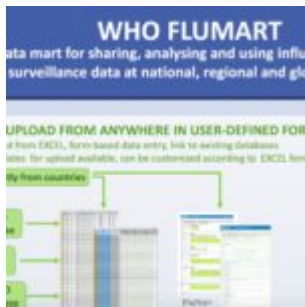


Wo ist die Grippe geblieben?



Ein Kollege hat mich auf die [WHO-FluMart](#) aufmerksam gemacht. Sie finden auf dieser offiziellen WHO-Seite eine weltweite Influenza-Erhebung bezüglich der Grippehäufigkeit. Eine Standardisierungsplattform vieler Quellen, Labore, nationale Erhebungen etc. zum Thema Grippe. Wie man sich das vorstellen muss, zeigt [diese Grafik](#). Dort ist die Influenza ab Frühjahr dieses Jahres einfach verschwunden. Dies war in keinem der vorangehenden Jahre der Fall. Die Influenza überlebt auf niedrigem Niveau im Sommer, um dann meist im Herbst wieder anzusteigen.

Wer es genau wissen und sehen will, muss leider folgenden komplizierten Weg gehen (oder einfach einen Absatz weiter unten weiterlesen). Da es keine direkte Verlinkung zu den Grafiken gibt, müssen Sie selbst bitte Folgendes tun: [Folgen Sie diesem Link](#). Es öffnet sich eine Seite mit vier Feldern, die interaktiv sind.

Wählen Sie im 1. und 3. Feld jeweils 2020 und im 2. Feld: KW1 und im 4. Feld: KW 53. Wenn sie dann auf Display report klicken, dann sehen Sie eine Grafik, die die Messungen aller bekannten Influenzastämme weltweit darstellt und zwar ab der 1. Woche 2020 bis aktuell. Man erkennt, ab KW 13 wurden kaum noch Influenzafälle gemeldet und ab KW 17 gar keine mehr – bis heute. Tun Sie das Gleiche, indem Sie andere Jahre einstellen. Beispielsweise im 1. und dem 3. Feld das Jahr 2019. Und danach jeweils 2018 und so weiter.

Nun stellt sich die Frage: Gibt es eine plausible Erklärung dafür, dass nur im Jahr 2020 die Grippe ab KW 17 weltweit verschwunden ist? Die großen Medien stellen diese Frage meinem Überblick nach gar nicht erst.

Man [warnt lieber alarmistisch](#) vor der nächsten Grippewelle, und das mit den Bildern aus 2018. Damals war in der Tat eine echte Übersterblichkeit in Deutschland zu verzeichnen, und man konnte tatsächlich überall in Deutschland Betten auf den Gängen sehen, weil die Zimmer belegt waren. Doch war dies kaum eine Schlagzeile wert, geschweige denn kam jemand auf die Idee, einen Lockdown zu verhängen. Warum auch, es war ein mittelschweres, medizinisches Problem, welches einer medizinischen Diskussion von Fachleuten bedarf und besser gelöst werden sollte. Vorschläge dazu finden Sie weiter unten. Die eigentliche Frage bezüglich der Grippe lautet derzeit jedoch, ist es wirklich realistisch, dass sie seit Frühjahr komplett verschwunden ist, oder sind vielleicht ein Teil der als Covid gezählte Patienten in Wirklichkeit Grippefälle?

Auch scheint keinem der Verfasser solcher Grippe-Beiträge aufzufallen, dass sie in ihren Berichten indirekt zugeben, dass die Virensaison in Deutschland etwa 2018 viel schlimmer war als die Situation heute, etwa [hier](#). Damals herrschte eine echte Übersterblichkeit, im Gegensatz zu heute. Das könnte Anlass sein, etwas beruhigter zu sein und für die Frage, ob die Maßnahmen überzogen und aufgrund ihrer Willkürlichkeit eine unzulässige Einschränkung unsere Grundrechte darstellen.

Viel dringlicher ist es, nach Lösungen innerhalb des Gesundheitssystems zu suchen. Wie beispielsweise die Ergänzung vieler Pflegeheime mit einer geriatrischen, palliativ ausgerichteten Intensiv-Pflegeabteilung unter ständiger ärztlicher Überwachung. Das würde viel besser dafür sorgen, dass alte Menschen ihr Lebensende nicht vereinsamt und getrennt von ihren Angehörigen an dem gefährlichsten Ort, in den sie verlegt werden können, verbringen müssen. Das Problem [nosokomiale](#) Infektionen bringt nach RKI-Schätzung 10.000 bis 20.000 Menschen jährlich in Deutschland um, in südlichen Ländern noch mehr. Hauptansteckungsort: die Intensivabteilung.

Die Behandlung ist Teil der Übersterblichkeit

Allerdings haben die Niederlande das Problem der nosokomialen Infektionen besser im Griff, aber dennoch verhältnismäßig mehr Covidtote zu verzeichnen. Ich persönlich glaube, dass alte Menschen mit Lungenentzündung vor allem durch eines bedroht sind, die viel zu frühe Intubationsnarkose bei Einweisung in ein Krankenhaus. Wie mir erfahrene Leiter von Lungenkliniken mitteilen, scheint das Problem der zu frühen Intubationsnarkose bei Virusneumonien immer noch nicht durchgedrungen zu sein.

Es ist insbesondere für notärztlich sozialisierte Anästhesisten eine ungewohnte Vorstellung, bei einer sehr niedrigen Sauerstoffsättigung, aber Ansprechbarkeit des Patienten, von einer Intubation abzusehen. Eine Einstellung, die bei Unfallopfern Leben rettet. Bei einer viral geschädigten Lunge jedoch ist es ganz offensichtlich besser, abzuwarten, auch bei beängstigend niedriger Sauerstoffsättigung. Nach drei Tagen sei dann das Größte ausgestanden. Dazu braucht es keine Intensivabteilung, nur aufmerksames Pflegepersonal und einen Arzt vor Ort, der, falls die Ansprechbarkeit nicht mehr gegeben ist, dann die invasive Beatmung zügig durchführt.

Erfahrene Klinikleiter, die lungenfachärztlich geprägt sind, berichten mir, dass eine Verlegung auf Intensiv dann nur sehr selten notwendig wird und die kritische Phase allermeist nach 3 Tagen überstanden ist. Wer jedoch mit virengeschädigter Lunge invasiv beatmet wird, stirbt sehr häufig oder kommt meist nicht mehr gesund von der Beatmung los. Die schnelle Intubation scheint vor allem in den Ländern üblich zu sein, in denen auch eine Übersterblichkeit gemessen wird. Die Corona-Todesraten bei Intubation betragen in Wuhan 97 Prozent, in New York 80 Prozent und in Deutschland 54 Prozent. Die schnelle Intubation ist wohl besonders auch in Frankreich üblich. Diese Zahlen habe ich mündlich von Lungenärzten, eine entsprechende Publikation ist in Vorbereitung. Das wirklich Ärgerliche ist ein typisches Verhaltensmuster von leitenden Mediziner, auch bekannt als [Sammelweis-Reflex](#).

So werden anscheinend aktuell Angebote, dieses Problem hochkompetent vor einem größeren Kreis vorzutragen, abgelehnt, mit dem Hinweis, dies würde nur verwirren. Es ist durchaus zu vermuten, dass die erhebliche Übersterblichkeit 2018 in Deutschland mit geschätzten 25.000 Toten zum Teil auf dieses antiquierte Revierverhalten zurückzuführen ist. Ich muss zugeben, dass mir dies auch nicht ausreichend bewusst war.

Grippe-situation in Deutschland

In Deutschland erfasst das Robert-Koch-Institut im extra dafür entwickelten Projekt [GrippeWeb](#) die Situation. Dort werden Stichproben erfasst, um dann eine belastbare Vorstellung des aktuellen Grippeverlaufes des jeweiligen Jahres zu bekommen.

Im Wochenbericht KW 43 kann man lesen.

„Die geschätzte Rate der für die Bevölkerung in Deutschland neu aufgetretenen, akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist in der 43. Kalenderwoche (KW) (19.10. – 25.10.2020) gesunken ist. Die Rate der grippeähnlichen Erkrankungen (ILI, definiert als ARE mit Fieber) ist im Vergleich zur Vorwoche ebenfalls gesunken. Alle Proben werden am RKI auf 21 verschiedene Atemwegserreger, darunter Influenzaviren und SARS-CoV-2, untersucht. Bisher sind 299 Probenpaare am RKI eingegangen (Datenstand: 26.10.2020). In keiner Probe wurden bisher Influenzaviren nachgewiesen.“

Dieser Bericht spricht dafür, dass die Schutzmaßnahmen die Ausbreitung von Krankheitserregern relevant eindämmen. Influenza ist nicht gefunden worden.

In den [Sentinelberichten](#) entwickeln sich aktuell die SARI und ARE Fälle so:

„Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE-Raten) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 44. KW 2020 im Vergleich zur Vorwoche bundesweit stabil geblieben. Im ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza) wurden im Vergleich zur Vorwoche insgesamt mehr Arztbesuche wegen ARE registriert, die Werte befinden sich insgesamt über den Werten der Vorsaisons. Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance schwerer akuter respiratorischer Infektionen (ICOSARI) lagen validierte Daten bis zur 43. KW 2020 vor. Die Gesamtzahl stationär behandelter Fälle mit akuten respiratorischen Infektionen (SARI-Fälle) ist stark angestiegen. Dabei ist der Anteil an COVID-19-Erkrankungen bei SARI-Fällen weiter deutlich angestiegen und lag in der 43. KW 2020 bei 32%.“

Dieser Bericht spricht nun gerade nicht dafür, dass die Schutzmaßnahmen die Ausbreitung von infektiösen Atemwegserkrankungen relevant eindämmen. Wie im Frühjahr übrigens auch. Das widerspricht dem GrippeWeb aus gleichem Hause. Der Grund hierfür ist für mich unklar.

Bezüglich der Influenza liest man weiter im Sentinel-Wochenbericht:

„Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 44. KW 2020 in insgesamt 21 (51%) der 41 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 19 (46%) Proben mit Rhinoviren und zwei (5%)

Proben mit SARS-CoV-2. Influenzaviren wurden nicht nachgewiesen. Aufgrund der geringen Zahl eingesandter Proben ist keine robuste Einschätzung zu derzeit eventuell noch zirkulierenden Viren möglich. Für die 44. Meldewoche (MW) 2020 wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bislang 14 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das Robert Koch-Institut übermittelt (Datenstand: 3.11.2020). ... Im europäischen Influenzanezwerk berichteten 24 Länder (darunter Deutschland) für die 43. KW 2020 eine Influenza-Aktivität unterhalb des nationalen Schwellenwertes, drei Länder berichteten über eine niedrige Influenza-Aktivität. Für die 43. KW 2020 wurden in zwei (1%) von 236 Sentinelproben Influenzaviren detektiert.“

Demnach ist die Influenza-Aktivität in Deutschland derzeit sehr niedrig.

Aus meinem Netzwerk: Ein Chefarzt eines sehr großen Krankenhauses berichtet auf die Frage, ob die Influenza verschwunden ist:

„Nein, habe genügend ambulante Patienten, bei denen eine (Influenza) gefunden wurde, ich denke vor lauter Covid wird nicht dokumentiert, denke (weiß nicht) aber auch, dass durch Schutzmaßnahmen insgesamt weniger Influenza Fälle auftreten, sehe auch weniger „Grippe-Kranke“ im Zentrallabor.“

Doppelinfectionen sind nicht ausgeschlossen, aber normalerweise wird bei „Grippe“ ja auch kein Influenza Test gemacht, man geht zum Hausarzt ... Interessant, dass im Frühjahr weniger Antibiotika verschrieben wurden und keine vermehrten Toten durch bakterielle Pneumonie auffielen.“

Ein Epidemiologe schreibt dazu:

„Immerhin fast keine Influenzaviren. Die einfachen resp. Infekte sind endemisch. Die Influenza kommt oft aus dem Ausland, und da gibt es ungleich weniger Kontakt!“

Influenza weltweit

Ich halte es für ausgeschlossen, dass die Influenza zu Gänze seit der KW 17 verschwunden ist. Das Problem ist, dass virale Atemwegserkrankungen klinisch kaum voneinander zu unterscheiden sind. Alles, was zu Covid geschrieben wird, lässt sich auch auf Influenza übertragen, von den Symptomen wie zu den Langzeiteffekten. Die Diagnose Covid-19 ist definitiv nicht über den Test zu stellen, sondern klinisch zunächst über Symptome einer schweren Atemwegsinfektion, und dann anhand des einzigen wohl typischen Befundes: typische Infiltrate der Lunge, erkennbar nur im Rahmen eines CTs. Ein Herzinfarktpatient oder ein Unfallopfer ohne Lungenentzündung liegen definitiv nicht wegen Covid im Krankenhaus. Es ist grob irreführend, diese nur aufgrund eines positiven Tests als Covid-Patient zu listen.

Doch welche Länder haben ausreichend Computertomographen in jedem Krankenhaus, um für jeden Patienten die Diagnose Covid-19 durch den typischen CT-Befund abzusichern. Das dürfte in Ländern wie Brasilien, Indien, vielleicht auch Spanien und sicher in den County-Hospitals in den USA, wo die Nichtversicherten behandelt werden, eher die Ausnahme sein. Stimmt die WHO-Grippestatistik, ist die plausibelste Erklärung für das „Verschwinden“ der

Grippe, dass weltweit viele Covid-Kranke in Wirklichkeit eine Grippe haben.

Fazit und Ausblick

In Deutschland ist die Rate an Influenzainfektionen derzeit niedrig. Die Annahme erscheint dennoch logisch, dass weltweit sehr viele als Covid-Patienten gezählte Erkrankte, sogar dann, wenn sie eine Lungenentzündung haben und/oder einen positiven SARS-CoV-2 Test aufweisen, kein Covid-19 haben, sondern aufgrund von Influenza symptomatisch wurden. Vereinzelt wird dies auch für Deutschland gelten.

Ceterum censeo: In keiner Weise, ganz egal unter welchen Maßnahmen auch immer, liegt in Deutschland medizinisch 2020 eine außergewöhnliche Situation vor. Ein Thema, welches ausschließlich anhand harter Statistik zu diskutieren ist. Punktuelle Überlastungen sind dagegen das tägliche Brot der Medizin in den Wintermonaten und systembedingt ganz und gar nicht außergewöhnlich. Entsprechende, hoch emotionalisierte Einzelberichte verstellen den Blick aufs Ganze. Viel geeigneter ist diese aktuelle Belegungsstatistik der Helioskliniken, die für 89 Krankenhäuser steht. Es spricht für sich, wenn ich den Verantwortlichen Mut konstatieren muss, diese zu veröffentlichen. Denn der geringe Covid-Anteil an der Belegung [konterkariert die Panik](#).

Schauen sie insbesondere auf die obigen drei nebeneinanderstehenden Kästen. Die ersten beiden repräsentieren die harten Endpunkte Krankenhausbelegung in Bezug auf Normalstation und Intensivstation. Während der dritte Kasten lediglich den Ersatzparameter positive Testergebnisse repräsentiert. Dieser wird allgemein immer noch irreführend als Fälle aufgeführt und [ohne Bezug zu einer belastbaren repräsentativen Aussage](#).

Die Belegungszahlen sind auch gar nicht das eigentliche Problem. Eine außergewöhnliche Situation entsteht allein durch die Panik, die symptomatische Menschen viel zu schnell in die Krankenhäuser treibt, den ständigen Quarantäneausfall positiv getesteten, aber symptomfreien Personals und die unglaublich schweren Arbeitsbedingungen infolge vermehrt unter Quarantänebedingungen zu pflegender Patienten, wo alleine schon eine einfache Blutabnahme wegen der Schutzmaterialien eine Stunde in Anspruch nimmt.

Das Positive

Die Medizin kann durch den Druck einer, meiner Meinung nach, künstlich geschaffenen, außergewöhnlichen Situation auch lernen:

1. Am dringendsten müssen wir darüber nachdenken, wie wir zukünftig besser mit viralen Atemwegserkrankungen bei alten, insbesondere pflegebedürftigen Menschen umgehen. Die wohl sinnvollste Antwort: Ergänzung der Pflegeheime mit einer geriatrischen, palliativ ausgerichteten, intensivmedizinischen Abteilung. Dies würde Unmengen von Krankenhausbetten ersetzen, wo immer noch alte Menschen viel zu invasiv behandelt werden mit dem hohen Risiko eines unwürdigen Todes. Wir dürfen uns diesem Drama, welches uns allen irgendwann droht, nicht verschließen durch wohlfeiles Euthanasiegefähr-Gerede.
2. Wie behandeln wir eigentlich Atemwegsinfektionen in der Hausarztpraxis?

Offensichtlich ambulant immer noch viel zu häufig mit Antibiotika. Außerdem, das beziehe ich auch auf mich, haben viele Ärzte bisher zu sorglos infektiöse Patienten im Wartezimmer mit Nichtinfizierten auf engstem Raum platziert, anstatt sie voneinander zu trennen. Diese Trennung hat die Corona-Krise erzwungen, und dies sollte auch beibehalten werden.

3. In den Krankenhäusern sollte Revierverhalten und Semmelweis-Reflex schleunigst überwunden werden, um die Erkenntnisse der Pulmologie zum Thema stationäre Behandlung von Virus Pneumonien durchzusetzen. Das wird zukünftig viele Leben retten. Wohin mit den [unnötig bestellten Beatmungsgeräten](#)? Das ist eine andere Frage.

4. Wir Ärzte müssen viel stärker als bisher darauf drängen, dass unsere medizinischen Funktionäre und Behördenleiter eine Grundkompetenz und -motivation besitzen, die es ihnen ermöglicht, frühzeitig und klar gegen panische Fehlentwicklungen im Namen der Gesundheit einzuschreiten. Vor allem, bevor die Deutung politisch-medial zementiert und die Wirklichkeit ausgeblendet wird. Wir dürfen es nicht zulassen, wenn angeblich im Namen der Gesundheit Grundrechte und Demokratie beschädigt werden. Das gilt auch dann, wenn eine schlechte Politik nicht mehr unmittelbar zu stoppen ist. Denn es wird wesentlich für den Ausgang juristischer Klagen sein, wenn sich möglichst viel Kompetenz frühzeitig öffentlich positioniert hat. In diesem Sinne Respekt vor den Kollegen, die [dieses Positionspapier](#) mit Unterstützung so vieler Fachgesellschaften initiiert haben.

Auch wenn nun versucht wird, die Verfasser [in üblicher Weise zu desavouieren](#), solche öffentlichen Positionierungen sind, wie alle ärztlichen Aufrufe zur Vernunft, immens wichtig.

Nachtrag:

Thomas Maul machte mich auf folgende bemerkenswerte Statistik der zentralen amerikanischen Gesundheitsbehörde CDC aufmerksam. Offiziell werden dort, Stand 10.11.2020, 220.199 „Corona-Tote“ gezählt.

(<https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid19/index.htm>) Ganz abgesehen von den Begleiterkrankungen, sie wissen „mit oder an“, wiesen diese Verstorbenen den kritischen Verlauf einer Lungenentzündung ohne Influenza (sic) in einer Zahl von 101.119 auf. Von den anderen 119.000 Toten hatten 94.277 auch eine Influenza Infektion. Wie Influenza ermittelt wurde, z.B. durch einen Test, ist mir nicht bekannt. Das legt den Schluss ziemlich nahe, dass es einen beträchtlichen Anteil an Grippetoten unter den offiziell an Corona-Verstorbenen in den USA gibt.

https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid_weekly/index.htm#Comorbidities

In eigener Sache:

Manche Leser merken bei meinen Beiträgen an, dass diese zu lang und damit schwer zu lesen sind, manche wiederum finden die Fülle von Information und Aspekten gut. Ich versuche mich kurz zu fassen, was zugegebenermaßen nicht immer gelingt. Im Zweifel geht es im Moment vor allem um breite Information, weil sie in den etablierten Medien einfach fast nur noch einseitig in Form von Panikmache vorkommt. Wenn es nur um meine Deutung der aktuellen Corona-

Krise ginge, könnte ich dies in fünf Sätzen ausdrücken. Aber ohne Anspruch, die einzig richtige zu sein.

Deswegen möchte ich Ihnen die Chance geben, eine eigene Deutung zu finden aufgrund der zur Verfügung gestellten Informationen (wenngleich ich mir manchmal Klartext nicht verkneifen kann). Deswegen die Länge. Ich bitte auch zu bedenken, dass dies irgendwo zwischen Sprechstunde und Einschlafen erfolgt, also nebenberuflich. Wäre die Zeit grenzenlos, wären noch tiefergehende Analysen möglich. Ich finde jedoch, dass das, was man in wenigen Stunden recherchieren kann, völlig ausreicht, um das Irrationale der jetzigen Situation deutlich zu machen.

Auch meinen einige Leser, das Ganze sei prinzipiell verlorene Liebesmüh, da die, die es lesen müssten, dies eh nicht tun würden. Das stimmt wahrscheinlich, aber ich bin nun mal Optimist und möchte diesen Fatalismus nicht teilen. Sicher bewirken Berichte wie die meinen kurzfristig wenig. Aber seien Sie gewiss, die Wenigsten, die für den Murks des aktuellen Krisenmanagements verantwortlich sind, sind böartige, totalitäre Schweinehunde. Vielmehr sitzen sie, aus Gründen, wie ich sie [in meinem Moralismus-Beitrag](#) beschrieben habe, in Bezug auf ihre Qualifikation einfach am falschen Platz.

Sie sind komplett überfordert. Ich bekomme so viele ganz hervorragende Rückmeldungen zu meinen Berichten mit eindrucklichen Schilderungen von Kollegen aus Ämtern und Ministerien, die diese Inkompetenz und die Feigheit ihrer obersten Vorgesetzten eindrucksvoll schildern. Dies deckt sich mit meinen Erfahrungen mit Teilnehmern aus Talkshows und Hintergrundgesprächen. [Der Fall Stephan Kohn](#) steht exemplarisch für die Unfähigkeit und Feigheit der Vorgesetzten eines gesamten Ministeriums.

Das bedeutet: dranbleiben. Nicht in die eigene Panik-Frustrations-Falle laufen. Wir leben in einer Demokratie, und wir haben eine leistungsfähige Justiz, wenn auch zu häufig mit Schlagseite. Doch die vielen juristischen Rücknahmen von Corona-Maßnahmen stimmen hoffnungsvoll, sind sie doch eine Ohrfeige für die Politik. Auch werden die Klagen gegen Facebook von Achgut stets gewonnen, dank Joachim Steinhöfel und den finanziellen Unterstützern.

Gegen Inkompetenz wird sich sachliches Dagegenhalten, wo immer man ist, langfristig auszahlen. Corona bietet eine große Chance für einen allgemeinen Stimmungsumschwung, weg von Moralismus hin zu Vernunft. Ich wage mich mal vor: Spätestens im Frühjahr werden die meisten das Panik-Inkompetenz-Corona-Krisenmanagement am eigenen Leib spüren, finanziell und psychologisch. Sie werden zunehmend fragen, wozu eigentlich. Dann wird die Bereitschaft, die wirklichen Zahlen endlich wahrzunehmen, deutlich zunehmen. Die Mühlen der Demokratie mahlen langsam, aber sie mahlen.

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