Keine Pandemie, sondern eine Endemie

geschrieben von Admin | 1. November 2020

Danach wütete der Schwarze Tod bis zu Beginn des 18. Jahrhunderts immer wieder in aller Welt und forderte noch viele Millionen Tote. Ende des 19. Jahrhunderts kam es noch einmal zu einer Pest-Pandemie mit über 12 Millionen Toten.

COVID-X ist eine Endemie

Heute sprechen wir mit Bezug auf COVID-19 auch von Pandemie. Doch eine solche gab es (nach der klassischen Pandemie-Definition, nicht der vor einigen Jahren von der WHO beschlossenen) mit COVID-19 nie. Der Grund: Es gab weltweit bei einer Bevölkerung von 7 Milliarden nur maximal 1 Millionen Tote, von denen bis zu 50 Prozent iatrogen gestorben sind, das bedeutet, durch die falsche ärztliche Behandlung: Durch Hospitalisierung und Infektion mit nosokomialen, antibiotikaresistenten Bakterien, kontraindizierte (therapeutisch nicht erlaubte) Beatmung oder durch Behandlung mit Hydroxychloroquin, was bei Favismus, einer unter Schwarzen stark verbreiteten Erbkrankheit, oft tödlich ist. Pro Jahr sterben etwa 70 Millionen Menschen, schlimmstenfalls sind dieses Jahr ein Prozent davon an COVID-19 gestorben, allerdings fast alle eines natürlichen Todes, da die Krankheit vor allem für sehr alte, schwer vorerkrankte Menschen am Ende ihres Lebens tödlich ist und nur ausnahmsweise unter 70-Jährige tötet. Deswegen gibt es auch seit dem Sommer keine Übersterblichkeit mehr. Deren leichte Erhöhung hat sich bis dahin ausgeglichen, weil die Toten, die während des Höhepunkts der globalen Ausbreitung des Erregers zwischen Februar und April gestorben waren, bis dahin eines anderen Todes gestorben wären. Bei einer Pandemie wären viel mehr Menschen erkrankt und gestorben, die Überlastung der Gesundheitssysteme in einigen Regionen und Städten ist Ausdruck kollektiven ärztlichen Versagens, man hätte viele Menschen zu Hause lassen und vor dem Bakterientod im Krankenhaus bewahren können.

Wir hatten also keine SARS-CoV-2-Pandemie, sondern wir haben eine Endemie. Damit wird eine Krankheit bezeichnet, die sich ständig in einer Bevölkerung befindet, weil die Erreger sich immer wieder replizieren und Menschen infizieren, ohne jemals ganz aus der Population zu verschwinden. Dies kann einerseits daran liegen, dass die Erreger ein Reservoir haben, indem sie sich replizieren können, um immer wieder Menschen zu befallen. So ist es bei den Plasmodien, die in Anopheles-Mücken ihr Reservoir haben und durch deren Stich auf den Menschen übertagen werden, in denen sie die Krankheit Malaria hervorrufen. Oder die Erreger können aus der menschlichen Population nicht eliminiert werden, weil sie sich so schnell verändern, dass sie in der Lage sind, immune Personen erneut zu infizieren. Wie funktioniert das? Das lehrt uns die Geschichte von SARS-CoV-X.

Der Zyklus von SARS-CoV-X

COVID-19 *war* eine Viruspneumonie, an der etwa 1,5 bis 2 von tausend infizierten Menschen und 3–4 von 10.000 Menschen unter 70 Jahren starben, die besten Zahlen hat Ioannidis. Als Erreger von COVID-19 wurde das Virus SARS-CoV-2 identifiziert.
Es weist eine recht hohe Ähnlichkeit mit anderen Coronaviridae auf, weshalb wahrscheinlich nur maximal 20 Prozent der Bevölkerung infiziert wurden. Der Rest hatte vermutlich genug Kreuzimmunität von den anderen endemischen Coronaviridae. Danach waren stark betroffene Regionen wie Norditalien, der südliche Teil des Staates New York oder Schweden, das einzige europäische Land, das ein adäquates Management der Krankheit durchgeführt hat, durchseucht und verfügten über Herdenimmunität; Wir dürften nun auch kurz davor sein. Während dieser ganzen Zeit mutierte das Virus, inzwischen handelt es sich nicht mehr um SARS-CoV-2, sondern um SARS-CoV-X. Wenn so ein Virus diesen Winter auf einen Menschen trifft, der immun gegen SARS-CoV-2 ist oder nur kreuz-immun dagegen war, hat es wieder eine Chance, diesen zu infizieren und mit geringer Wahrscheinlichkeit auch einen schweren Verlauf auszulösen. Das ist dann aber nicht mehr COVID-19, sondern COVID-20. Das Virus wird nur weiterhin SARS-CoV-2, das Krankheitsbild COVID-19 genannt, aber es sind andere Erreger, und die sind nun endemisch. So geht das mit den Grippeviren schon, seit es Tiere mit Lungenatmung gibt.

Dies ist der endemische Zyklus von SARS-CoV-X, den wir auch von anderen Grippeviren wie den Influenza oder den Rhinoviren kennen. Die hohen Mutationsraten der Viren erlauben es ihnen, sich in der Bevölkerung immer weiter zu replizieren und auch den Impfkampagnen zu entgehen, da der Impfstoff stets lediglich gegen ein Virus immunisiert, das es nicht mehr gibt, wenn der Impfling ihn erhält. Bestenfalls erhält der Impfling, wenn er jung ist, eine Kreuzimmunität gegen den Urenkel des Virus, gegen das er geimpft wurde. Bei den Risikogruppen, in denen die Letalität überhaupt messbar ist, haben solche Impfstoffe hingegen keinerlei Wirkung – sie anzuwenden ist (teures) magisches Denken. Wir betreiben es bei Influenza seit Jahrzehnten, an der Alterssterblichkeit durch Grippe hat das nichts verändert. Deswegen ist der Impfstoff, an dem so fiebrig gearbeitet wird, für die Endemie irrelevant, genau wie wir das von den anderen Grippeerregern kennen. Ebenfalls magisches Denken sind die Masken, deren Gitterstruktur zwar Bakterien aufhalten kann, aber keine 20 bis 40 mal kleineren Viren.

Wenn es SARS-CoV-2 schon nicht mehr gibt, warum funktionieren die PCR-Reaktionen, mit denen die Nukleinsäure des Virus nachgewiesen wird, dann noch? Weil das Virus an der Stelle, an der der Nachweis ansetzt, relativ stabil ist und die PCR auch funktioniert, wenn einzelne Nukleotide bereits mutiert sind, insbesondere, wenn diese sich zwischen (und nicht an) den Nukleotidprimern befinden, mit denen die PCR durchgeführt wird. Selbstverständlich ist es medizinisch falsch, aufgrund des Nukleinsäurenachweises von Infizierten zu sprechen, wie das nun ständig getan wird. Wahrer wird es dadurch aber nicht. Denn infiziert ist nur

jemand, in dem sich das Virus repliziert und bei dem Zellen des Atemtraktes kaputt gehen; nur so ein Mensch ist auch infektiös. Dafür braucht man mindestens Schnupfen, schlimmstenfalls eine Pneumonie. Doch die meisten Virus-positiv Getesteten haben keine Symptome. Daher ist es auch vollkommen falsch, den Anteil dieser positiv Getesteten an allen Getesteten als Inzidenz zu bezeichnen, was nun fälschlicherweise getan wird. Denn die Inzidenz ist als die Anzahl der jährlichen Neuerkrankungen mit einer Krankheit auf 100.000 Einwohner definiert.

Update/Korrektur vom 2.11.12 (15:06)

An COVID-19 sind in Deutschland vor dem Ende dieser sanften Endemie etwa 9.000 Menschen gestorben (die seit Oktober Gestorbenen sterben an COVID-20); geht man davon aus, dass 50-mal mehr schwer an COVID-19 erkrankt waren (ca. 5 Prozent der Infizierten, was eine valide Annahme darstellt), hatten wir etwa 60 Neuerkrankungen auf 100.000 Einwohner. Das ist die Inzidenz von SARS-CoV-2 im medizinischen Sinne, die der koronaren Herzkrankheit ist 10 mal höher (600).

SARS-CoV-X ist nun also endemisch, genau wie die anderen Grippeviren: Weitere Coronaviridae, die Rhino-, Entero- und Mastadenoviren und die Paramyxoviridae sowie die Influenza (die echte Grippe). Das hat medizinisch gar nichts zu bedeuten, so war es schon immer. Dementsprechend sollte sich die Gesundheitspolitik wieder auf die wahren Probleme konzentrieren, beispielsweise die anstehende Krise der Gesetzlichen Krankenversicherung, wenn aufgrund der Wirtschaftskrise die Beiträge der Arbeitgeber und -nehmer zu 20–30% ausfallen. Dann fehlen dort 60 bis 90 Milliarden Euro pro Jahr oder mehr, und früher oder später wird man die Leistungen reduzieren müssen. Hier stellen sich die eigentlichen Fragen nach der Krankenversorgung, nicht bei einer milden Endemie.

Johannes Eisleben *ist Arzt, Mathematiker und Publizist.*

Der Beitrag erschien zuerst bei ACHGUT hier