

# Corona-Lockdown, eine Endlosschleife

Seit Mai 2020 hat mein Text zum Thema „Corona“ im Internet gestanden. Die Website wurde häufiger besucht, als vorher. Daraus schließe ich auf ein gewisses Interesse an meiner Meinung. Nun ist es Zeit, aktuelle Gedanken zu sortieren und übersichtlich darzustellen.

## 1. Die aktuelle Situation

Gegenwärtig haben wir es mit einem heftigen Lock-down zu tun. Bis Anfang März waren mehr Geschäfte und Freizeiteinrichtungen geschlossen, als je zuvor. Dieser Lock-down ist Ergebnis staatlichen Handelns mit dem Ziel, die Ausbreitung der Epidemie begrenzen. Dabei handelt der Staat, genau genommen die Ministerpräsidenten-Konferenz, wie Maikäfer, die auf den Rücken gefallen sind: Es wird heftig mit Armen und Beinen in der Luft gewedelt, in der Hoffnung, damit die Situation in den Griff zu bekommen. Wie das im Einzelnen aussieht, soll im Folgenden näher betrachtet werden.

### 1.1. Inzidenzwerte

Als Dreh- und Angelpunkt bei der Corona-Bekämpfung wird die Inzidenz angesehen. In der medizinischen Statistik wird so die Häufigkeit von Ereignissen - hier von neu auftretenden Krankheitsfällen - innerhalb einer Zeitspanne und Personengruppe bezeichnet. An diesen täglich neu berechneten Zahlen wird das staatliche Handeln ausgerichtet. Unter den Verantwortlichen, d.h. Ministerpräsidenten und Kanzlerin hat man sich zu Beginn der Pandemie geeinigt, dass die Zahl von 50 Infektionen je 100.000 Einwohner innerhalb von 7 Tagen die Schwelle sein soll, oberhalb der Einschränkungen des öffentlichen Lebens und Ähnliches erforderlich sind.

Die Begründung für diesen Schwellenwert ist keine wissenschaftliche, sondern eine organisatorische: Bis zu diesem Wert glaubte man, in der Lage zu sein, die sogenannte Kontakt-Vorwärtsverfolgung leisten zu können. Mittlerweile werden immer neue Schwellenwerte eingeführt und quasi gleitend eingesetzt; auch diese sind willkürlich gewählt worden.

Man muss zunächst die Frage stellen: Mit welchem Zahlenmaterial wird gearbeitet, und wie wird es verarbeitet? Die Inzidenzwerte sind die vom Robert-Koch-Institut (RKI) veröffentlichten Zahlen für die Neu-Infektionen. Diese sind aber kein Abbild des in der Bevölkerung stattfindenden Infektionsgeschehens. Neuinfektionen werden aufgrund von anlassgesteuert durchgeführten Tests festgestellt, also wenn eine Erkrankung vorliegt oder z.B. ein freiwilliger Test vorgenommen wird. Die Verteilung dieser Tests über die Bevölkerung ist somit zufällig, und das Verfahren ist damit unsystematisch.

Dieser Fehler ist nicht vernachlässigbar, weil Infektionen mit asymptomatischem oder sehr leichtem Verlauf nicht erfasst werden. Dies ist die wenig beachtete Dunkelziffer, die in der sog. Heinsberg-Studie<sup>1</sup> mit etwa Faktor 10 angenommen wurde. Das heißt, dass den beobachteten Infektionen die zehnfache Anzahl an unmerkten Infektionen zu addieren ist. Wenn auch der absolute Wert in der Heinsberg-Studie umstritten ist, muss man doch davon ausgehen, dass die Dunkelziffer deutlich über der beobachteten Inzidenz liegt.

### 1.2. Kontakt-Verfolgung

Mit dieser Methode soll, ausgehend von einer einzelnen Infektion, der Weg des Virus verfolgt werden und besonders die Personen identifiziert werden, die von der infizierten Person angesteckt worden sein könnten. Das Ziel ist, mit diesem Verfahren potentiell Infizierte in Quarantäne zu isolieren und so ein Werkzeug in die Hand zubekommen, um die Infektionskette proaktiv abzuschneiden.

Die Kontaktverfolgung wurde den Gesundheitsämtern als Aufgabe zugeordnet. Um dies leisten zu können, wurden sie so weit personell aufgestockt, dass sie ihrer Aufgabe bis zu einem Inzidenzwert von 50 gewachsen wären.

Wenn die diesem Verfahren zugrunde liegende Theorie zutreffend wäre, hätte sich die Krankheit binnen weniger Wochen totlaufen müssen. Das Gegenteil war der Fall: die Zahlen gingen mit zunehmender Geschwin-

---

<sup>1</sup> Heinsberg-Studie

digkeit „durch die Decke“. Wie ist das zu erklären?

### **1.2.1. Warum wirkte die Kontaktverfolgung nicht?**

Die Vorwärts-Kontaktverfolgung wird ausgelöst durch eine beim örtlich zuständigen Gesundheitsamt einlaufende Meldung über ein (Virus-)positives Testergebnis. Das Personal des Gesundheitsamtes nimmt daraufhin telefonisch Kontakt zu der betroffenen Person auf, um zu erfahren, wann und wo die Infektion stattgefunden hat. Außerdem wird nach den Kontaktpersonen gefragt, die gleichzeitig angesteckt worden sein könnten. Über diese Personen und die betroffene Person wird dann eine vierzehntägige Quarantäne verhängt.

Die Wahrscheinlichkeit, mit diesem Verfahren ein Abbild des tatsächlichen Infektionsweges zu erhalten, ist sehr gering. Zunächst besteht für die befragte Person die Schwierigkeit, den Vorgang der Ansteckung einem bestimmten zurückliegenden Ereignis zuzuordnen. Gelingt dies, ist die Erfassung der weiteren Kontakte beim Infektionsereignis sowie der Kontakte der infizierten Person zwischen Beginn der Infektiosität und Beginn der Quarantäne im Wege des Telefon-Interviews nicht wirklich erfolgversprechend. Dazu kommt noch, dass manche Befragte sich bei der Antwort überlegen, ob sie dazu beitragen sollen, einen bestimmten Menschen in Quarantäne zu schicken.

Die Rückwärts-Kontaktverfolgung ist eher darauf angelegt, zurückliegende Infektionsvorgänge zu analysieren, um möglichst spezifische Maßnahmen zu entwickeln, mit denen solche Vorgänge in der Zukunft zu vermeiden sind.

Es ist möglich, beide Verfahren zu kombinieren, indem man die Informationen über die Infektionsvorgänge bei der Vorwärtsverfolgung mit erfasst und dann auswertet. Das geschieht seit dem Herbst auch - vorher fehlte die entsprechende Software.

## **1.3. Lock-down**

Die Inzidenzwerte waren durch die Kontaktverfolgung nicht zu beeinflussen. Dieser Zustand konnte von den Ministerpräsidenten und der Bundesregierung nicht hingenommen werden. Die Öffentlichkeit verlangte von der „Obrigkeit“ einen Beweis für ihre Handlungsfähigkeit. Dieser Beweis war dann der Lock-down.

Unter Lock-down versteht man ein Bündel von Maßnahmen, die dem Zweck dienen, die Anzahl von Kontakten zwischen Menschen zu reduzieren. Da alle Kontakte potentiell mit Infektionen verbunden sind, wird davon ausgegangen, dass auf diese Weise die Anzahl der Infektionen im gleichen Maße zurückgeht, wie die Anzahl der Kontakte.

Am 28.10. wurde ein „Teil-Lock-down“ angeordnet. Da dieser keine Auswirkung auf die Entwicklung der Inzidenzen hatte, wurden am 25.11., am 15.12. und am 5.1.2021 Verschärfungen vorgenommen, ohne eine Wirkung zu entfalten. Das Robert-Koch-Institut hatte seine liebe Not damit, fortlaufend Erklärungen für diese Unstimmigkeit zu finden. Gleichzeitig wurde gebetsmühlenartig wiederholt, dass „noch wenige Wochen“ Geduld erforderlich sei, bis die Maßnahmen wieder gelockert werden könnten.

Die Vorstellung, dass die Reduktion der Anzahl sämtlicher Kontakte zu einer proportionalen Abnahme der Anzahl der Infektionen führt, wird dem tatsächlichen Infektionsgeschehen nicht gerecht. Psychologische und soziologische Effekte werden nicht erfasst, Das Ergebnis ist u.U. eine weite regionale Spreizung der Inzidenzwerte.<sup>2</sup>

## **1.4. Eigenschaften von Corona**

Im Folgenden sollen einige epidemiologische Aspekte in den Blick genommen werden.

### **1.4.1. Verbreitung**

Corona wird überwiegend durch Einatmen von Virus-belasteten Tröpfchen oder Aerosolen übertragen. Die Übertragung durch Schmier-Infektion ist von untergeordneter Bedeutung (<20%).

Unter „Coronavirus SARS-CoV-2“ veröffentlicht das RKI folgende Einordnung von Kontaktpersonen der Kat. 1: „A: Enger Kontakt (<1,5 m, Nahfeld) länger als 15 Minuten ohne adäquaten Schutz“ und B: „Kontakt unabhängig vom Abstand mit wahrscheinlich hoher Konzentration infektiöser Aerosole im Raum > 30 Minu-

---

<sup>2</sup> LN vom 27.02.21

ten.“<sup>3</sup>

Von adäquatem Schutz wird gesprochen, wenn beide Kontaktpersonen korrekt angelegten Mund-/Nasenschutz tragen.

#### **1.4.1.1. Aerosole**

Aerosole sind seit Beginn der Pandemie intensiv beforscht worden, wobei die Modellierung der Verteilung einen breiten Raum einnahm, während der quantitative Zusammenhang zwischen Viruslast und Infektionspotential weitgehend unklar blieb. Mithin ist jedes Aerosol potentiell gefährlich. Im Ergebnis besteht somit überall eine Infektionsgefahr, wo sich eine Aerosolwolke gebildet haben kann.

#### **1.4.2. Immunität**

Bei allen Seuchen ist die Frage der Immunität von Interesse. Dabei ist zu unterscheiden zwischen Immunität nach überstandener Krankheit und Immunität nach einer Impfung.

Besonders bei sog. Kinderkrankheiten wie z.B. Windpocken und Masern bildet sich nach Heilung eine Immunität aus, die bewirkt, dass eine weitere Infektion beim selben Patienten nicht möglich ist. Damit ist auch die Weiterverbreitung des entsprechenden Erregers durch diese Person nicht mehr möglich. Eine solche Immunität wird als „steril“ bezeichnet.

Anders verhält es sich bei Corona-Viren: Auch Personen, die die Krankheit bereits überstanden haben, können sich wieder infizieren.<sup>4</sup> In aller Regel bewirkt die vorangegangene Immunisierung in diesen Fällen einen erheblich leichteren Verlauf. Von einer sterilen Immunität kann aber nicht sicher ausgegangen werden, d.h. das Virus kann von diesen Personen weiterverbreitet werden,

Immunität durch Impfung wirkt ähnlich wie Immunität durch natürliche Infektionen mit dem Unterschied, dass für Impfstoffe eine quantitative Wirksamkeit angegeben werden kann. Diese wurde für jedes Produkt gesondert im Rahmen des Zulassungsverfahrens ermittelt. Zur Wirksamkeit von Immunität durch natürliche Infektionen gibt es neue Hinweise, die besagen, dass diese ähnlich wirksam ist, wie eine Impfung. Hinsichtlich der Dauer der Immunität sowohl durch Impfung als auch durch natürliche Infektion fehlen noch Untersuchungen; erste Daten weisen auf eine Schutzdauer von mindestens acht Monaten hin.

Unter Herdenimmunität versteht man den Effekt, dass innerhalb einer Population ein gewisser Anteil immuner Individuen (entstanden durch Impfung oder abgelaufene Infektionen) auch nichtimmunen Personen einen relativen Schutz bietet. Quantitative Angaben gibt es dazu nicht. Herdenimmunität setzt sterile Immunität voraus, kann also im Zusammenhang mit Corona nicht angenommen werden.

In der öffentlichen Berichterstattung wird Herdenimmunität anscheinend mit Durchseuchung gleichgesetzt. Letztere bezeichnet den Zustand einer Population, die ganz oder teilweise Antikörper gegen eine Infektionskrankheit aufweist. Die vollständige Durchseuchung infolge Corona müsste theoretisch dazu führen, dass keine schweren bzw. tödlichen Krankheitsverläufe mehr auftreten.

Als Ergebnis all dieser Informationen muss man sagen, dass Immunität gegen Corona nur weitgehender Schutz vor schweren Krankheitsverläufen bedeutet.

#### **1.4.3. Verlaufsschwere in Abhängigkeit vom Lebensalter**

Sehr aufschlussreich wäre an dieser Stelle eine Darstellung der Anzahl der stationär in Krankenhäusern wegen Corona versorgten Menschen, zugeordnet zum Lebensalter. Ebenso wichtig wäre die Aufschlüsselung nach Intensiv-Pflege und Beatmungspflicht. Diese Daten stehen leider nicht zur Verfügung.

#### **1.4.4. Letalität**

Aus den vom RKI veröffentlichten Zahlen<sup>5</sup> geht hervor, dass das Risiko eines tödlichen Krankheitsverlaufs stark mit dem Lebensalter der Patienten variiert. In Deutschland sind in den Altersgruppen <50 Jahre ca. 0,8% aller Corona-Todesfälle zu beobachten gewesen. Die Gesamt-Population dieser Altersgruppen umfasst 46,168 Mio. Zwischen 50 und 60 Jahren kommen weitere 2,5% Todesfälle dazu aus einer Population von 17,53 Mio. Es ergibt sich daraus, dass auf die übrigen 25 % der Bevölkerung 97,4% der Corona-Todesfälle

---

<sup>3</sup> RKI: Kontaktpersonen-Nachverfolgung...

<sup>4</sup> LN: Infektion Geimpfter

<sup>5</sup> RKI nach statista

entfallen. Sie werden deshalb zu den vulnerablen Gruppen gerechnet.

Da die Verstorbenen überwiegend vor ihrem Tod Krankenhaus-Versorgung oder sogar Intensiv-Pflege in Anspruch genommen haben, kann man bezüglich der altersbezogenen Kurven für Letalität und schwere Verläufe von qualitativ ähnlichen Verläufen ausgehen. Anhaltspunkt für den Abstand beider Kurven ist das summierte Verhältnis der Zahl von Krankenhaus-Patienten zu Sterbefällen in Schleswig Holstein in Höhe von 3:1 Anfang März 2021.<sup>6</sup>

Es ist noch darauf hinzuweisen, dass ein großer Teil der dort dargestellten Sterbefälle infolge Corona auf Menschen entfällt, die in stationären Pflege-Einrichtungen gelebt haben. Für Schleswig-Holstein wird dieser Anteil in den Monaten Nov./Dez. 2020 mit 89 % angegeben. Die FAZ hat als Durchschnittswert für Deutschland 40% ermittelt, wobei allerdings erhebliche regionale Unterschiede bestehen, z.B. in Hamburg 60%.<sup>7</sup>

### **1.4.5.Situationsabhängiges Risiko**

Das RKI hat in einer „Toolbox“<sup>8</sup> für verschiedene „Settings“ das Infektionsrisiko bewertet. Für Einzelhandel, Hotels und Zusammenkünfte im Freien wird das Risiko als niedrig angesehen. Für Gastronomie, Theater, Kinos und Museen sowie für Personen-Nahverkehr gilt das Risiko als moderat.

### **1.4.6.Mutationen**

Alle Viren mutieren mit der Zeit, wobei viele Mutationen nicht auffallen, weil sie weder den Krankheitsverlauf noch das Verbreitungsverhalten beeinflussen. Es gab sogar Mutationen, die das Verbreitungsverhalten negativ beeinflusst haben, so dass die Mutanten binnen kurzem ausgestorben waren.

Zur Zeit sind in Deutschland drei Typen von Mutanten von Bedeutung, die nach den Ländern der ersten Entdeckung als „britische“, „südafrikanische“ und „brasilianische“ Mutanten bezeichnet werden. Von diesen ist die britische Mutante zur Zeit die problematischste, da sie sich deutlich schneller verbreitet als bisher bekannte. Nach derzeitiger Kenntnis ist die Wahrscheinlichkeit schwerer Krankheitsverläufe und die Letalität um 50% erhöht. Schnellere Verbreitung bedeutet allerdings auch schnelleren Fortschritt bei der Durchseuchung.

## **1.5.Maßnahmen gegen Corona**

Man sollte aktiven und passiven Schutz vor und Therapie von Corona unterscheiden. Aktiver und passiver Schutz sind z.B. im Lärmschutz übliche Begriffe.

Zum aktiven Schutz gehören in diesem Sinne alle Maßnahmen, mit denen die infizierte Person andere vor einer Infektion schützt. Passiver Schutz umfasst Maßnahmen gegen das Aufnehmen von Viren. Einige Maßnahmen wirken in beide Richtungen.

### **1.5.1.Abstand und Hygiene**

Abstand wirkt sowohl aktiv als auch passiv dann, wenn er mindestens 1,5 m beträgt. Kurzfristige Unterschreitungen von <15 Min. beeinflussen die Schutzwirkung nicht. (S. Kap. 1.4.1)

Hygiene wirkt überwiegend passiv. Der Umfang der notwendigen Maßnahmen ist situationsabhängig. Das bedeutet, dass für Arbeitsstätten und Unternehmen mit Publikumsverkehr von den Unternehmern den örtlich zuständigen Behörden Hygiene-Konzepte zur Genehmigung vorzulegen sind. Die entsprechenden Vorgaben sind in Landesverordnungen niedergelegt.

Aktiv wirkende Hygiene findet im Gesundheitswesen und bei körpernahen Dienstleistungen statt (Friseure etc.). Diese sollte aber selbstverständlich und eigentlich nicht von Corona abhängig sein.

### **1.5.2.Masken**

Die zu Beginn der Pandemie am Markt verfügbare Menge an Masken war nicht annähernd ausreichend, um alle Menschen adäquat auszustatten. Aus diesem Grund wurden als Mund/Nasen-Bedeckung alle Textilien verstanden, die Mund und Nase gleichzeitig bedeckten. Quantitative Forderungen an das Rückhaltevermö-

---

<sup>6</sup> LN Anf. März

<sup>7</sup> zitiert nach NZZ ([www.nzz.ch/international](http://www.nzz.ch/international)): „Coronavirus in Deutschland: Die neusten Entwicklungen“ aktualisiert 06.03.2021

<sup>8</sup> RKI: „ControlCOVID, Strategie und Handreichung zur Entwicklung von Stufenkonzepten bis Frühjahr 2021“ (Stand 18.02.2021)

gen von Tröpfchen und Aerosolen wurden nicht gestellt. Es soll an dieser Stelle den Menschen gedankt werden, die es freiwillig übernommen haben, vorwiegend aus Stoffresten Masken herzustellen und durch die Vielfalt der Stoffe zur Belebung des Bildes in der Öffentlichkeit beigetragen haben.

Seit dem 20.01. sind nur noch qualifizierte Masken zugelassen. Dabei sind zwei Typen zu unterscheiden: Die sog. OP-Maske und die FFP2-Maske (die ausländischen Standards wie N95 und KN95 sind FFP2 vergleichbar).

Aktiv wirkt die OP-Maske, die die Umgebung vor ausgeatmeten Tröpfchen und Aerosolen schützt. Dieser Schutz ist nicht vollständig, wird aber in der Praxis als ausreichend angesehen.

Aktiv und passiv wirkt die FFP2-Maske, die zusätzlich zu der Schutzwirkung der OP-Maske den Träger auch vor dem Einatmen von Tröpfchen und Aerosolen schützt. Letztere Wirkung wird aber nur erreicht, wenn die Maske sorgsam angelegt wird, so dass sie ringsum dicht abschließt. In diesem Zustand ist der Atemwiderstand höher als bei einer OP-Maske.

Visiere und andere Vorrichtungen sind Spezialanwendungen vorbehalten.

### **1.5.3. Impfung**

Auf die Impfung gegen das Corona-Virus werden große Hoffnungen gesetzt. Nach derzeitigem Wissensstand liegt der Wert darin, dass bei geimpften Personen eine Infektion mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Erkrankung mit lediglich leichtem oder asymptomatischem Verlauf führt. Es kann nach derzeitigem Kenntnisstand nicht davon ausgegangen werden, dass eine Impfung zu einer sterilen Immunität führt.

Die Impfung ist also als rein passive Schutzmaßnahme anzusehen. Die Frage, ob geimpften Personen Ausnahmen von Infektionsschutz-Beschränkungen gewährt werden können, ist nach derzeitigem Kenntnisstand zu verneinen.

### **1.5.4. Therapie**

Bisher ist kein Arzneimittel zur Behandlung von Corona-Patienten am Markt verfügbar. Es gibt lediglich Berichte über vielversprechende Entwicklungen.

### **1.5.5. Testung<sup>9</sup>**

#### **1.5.5.1. PCR-Tests**

Die zuverlässigsten Tests sind PCR-Tests, die aufgrund einer Sensitivität von 96% nahezu jeden Infizierten ab dem 3. Tag nach Ansteckung feststellen. Die Analyse im erforderlichen Spezial-Labor dauert allerdings mehrere Stunden. Aufgrund des Benachrichtigungsweges dauert es u.U. Tage, bis das Ergebnis beim Probanden vorliegt.

#### **1.5.5.2. Schnelltests**

Antigentests mit Teststreifen können außerhalb von Laboren durchgeführt werden. Da das Ergebnis nach 15 - 20 Min. vorliegt, werden sie als Schnelltests bezeichnet. Sie sind für positive Ergebnisse sehr zuverlässig; bei negativen Ergebnissen ist die Zuverlässigkeit wegen geringerer Spezifität schlechter.

Beiden Testverfahren ist gemeinsam, dass die Probenahme durch Abstrich im Rachenraum bzw. in der Nase erfolgt. Dies ist ein sensibles Verfahren, das bei unsachgemäßer Durchführung das Testergebnis verfälschen kann.

Es werden auch Spuck- und Gurgeltests angeboten, bei denen diese Problematik entfällt.

#### **1.5.5.3. Testergebnis**

Über die Verwendung des Ergebnisses eines Schnelltests gibt es wohl noch keine Festlegungen. Ist ein Ergebnis positiv, folgt daraus selbstverständlich gemäß Zielsetzung der Testung z.B. ein Zugangsverbot. Bei negativem Ergebnis kann wegen der geringeren Zuverlässigkeit des Verfahrens keine Unbedenklichkeit festgestellt werden, solange keine Kontrolle durch einen zusätzlichen PCR-Test erfolgt ist. Damit ist der Nutzen eines Schnelltests eingeschränkt.

---

<sup>9</sup> NZZ\_Beitrag zu Testung

Zusätzlich ist zu beachten, dass positive Testergebnisse den Gesundheitsbehörden zu melden sind. Diese geben die Daten an das RKI weiter, das sie u.a. in die Berechnung der Inzidenz einbezieht.

#### **1.5.5.4. Antikörper-Tests**

Bei diesem Verfahren wird eine kleine Blutprobe auf einem Teststreifen analysiert. Das Ergebnis liegt innerhalb von 15-20 Min. vor und besagt, ob Immunität durch Impfung oder eine überstandene Infektion besteht.

## **2. Staatliches Handeln**

Welches ist das öffentliche Interesse, das staatliches Eingreifen bei einer Pandemie rechtfertigt?

Schon zu Beginn der Pandemie wurde vom RKI betont, dass der Überlastung des Gesundheitssystems entgegengewirkt werden müsse. Insbesondere sollten Situationen vermieden werden, in denen Patienten ausgewählt werden müssen, denen aus Kapazitätsgründen keine angemessene Versorgung mehr gewährt werden kann (Triagierung).

Zu Beginn der Pandemie wurde deshalb festgelegt, dass Infektionen möglichst vollständig zu unterbinden sind, um potentiell schwere bzw. tödliche Krankheitsverläufe zu vermeiden. Als Kennzahl für das Infektionsgeschehen wurde die 7-Tage-Inzidenz gewählt (s. 1.1).

Es ist zu beachten, dass in Deutschland jeder Infektionsfall dem Ort zugeordnet wird, an dem der Betroffene mit Wohnsitz gemeldet ist. Damit wird der Ort der Infektion z.B. bei Reiserückkehrern falsch dargestellt.

Während der „ersten Welle“ von Februar bis April wurde außerdem vorsorglich eine große Anzahl von Intensiv-Pflegebetten freigehalten sowie Beatmungs-Plätze geschaffen, um unter keinen Umständen Patienten abweisen zu müssen. Zu diesem Zweck wurden planbare Operationen größtenteils verschoben. Am Ende dieser Phase ergab sich ein erheblicher Leerstand in diesen Bereichen, der hohe Kosten bei den Krankenhausbetreibern verursachte. Die „zweite Welle“ führte nach organisatorischen Anpassungen aufgrund der Erfahrungen mit Corona zu einer hohen Auslastung der Intensiv-Bereiche, aber allenfalls zu regionalen Überlastungen, in deren Folge Patienten verlegt werden mussten. Auf nationaler Ebene bestand niemals die Gefahr der Überlastung des Gesundheitssystems, da auch bei einer Verdoppelung der Anzahl der Covid-Patienten die Behandlungskapazität ausgereicht hätte.<sup>10</sup>

### **2.1. Auflagen für die Bevölkerung**

Pandemie-Bekämpfung ist im Wesentlichen ein breit angelegtes Unterbinden von potentiell ansteckenden Kontakten. Dies geschieht durch Einschränkung von persönlichen Freiheiten in unterschiedlichem Umfang. Diese Maßnahmen sind durch das Infektions-Schutz-Gesetz prinzipiell legalisiert. Die Einzelheiten werden durch Landesverordnungen geregelt, die in Abhängigkeit von der Entwicklung der Pandemie Verschärfungen oder Lockerungen vorsehen können. Gegenwärtig ist die Bereitschaft groß, die Eingriffe zu verschärfen, während Rücknahmen von Beschränkungen sehr zurückhaltend vorgenommen werden. Ein Blick auf die wichtigsten Maßnahmen:

#### **2.1.1. Quarantäne**

Quarantäne ist ein uraltes Verfahren: Durch Absonderung von Infizierten wird die übrige Bevölkerung vor Infektion geschützt. Die Absonderung wurde beendet, wenn niemand mehr Symptome zeigte, also die Erkrankten entweder genesen oder gestorben waren.

Im Rahmen der Corona-Bekämpfung gibt es unterschiedliche Ausformungen dieser Maßnahme:

##### **2.1.1.1. Absonderung einer Person mit Symptomen**

Menschen, die offensichtlich erkrankt sind, sollten sich nicht in die Öffentlichkeit und damit auch nicht zur Arbeitsstelle begeben. Sie müssen sich in häusliche Absonderung begeben und ärztlich betreuen lassen. Die Genesung wird durch negativen Test bestätigt und damit die Maßnahme beendet.

##### **2.1.1.2. Arbeitsquarantäne**

Diese Maßnahme kommt zur Anwendung, wenn z.B. Beschäftigte in einer Pflegeeinrichtung mit einer infizierten Person Kontakt hatten. In diesem Fall wird über die Betroffenen 14-tägige Quarantäne verhängt. So-

---

<sup>10</sup> DIVI-Gesamtgraphik

weit diese Beschäftigten systemrelevant, d.h. für den Weiterbetrieb der Einrichtung unentbehrlich sind, führen sie ihre Arbeit fort und nutzen für den Arbeitsweg im gewohnten Umfang öffentliche Verkehrsmittel. Ein Einkauf, selbst von Gütern des täglichen Bedarfs ist ausgeschlossen.

### **2.1.1.3. Quarantäne im Rahmen der Kontaktverfolgung**

Dies ist eine besonders schwerwiegende Beeinträchtigung der persönlichen Freiheit. Das Gesundheitsministerium in Kiel hat verlautbart: „...So seien die Gesundheitsämter angewiesen, nicht nur Infizierte, sondern auch enge Kontaktpersonen generell für 14 Tage in Quarantäne zu schicken, ohne dass die Möglichkeit bestehe, diese vorzeitig zu beenden. Das gelte auch bei Symptommfreiheit.“<sup>11</sup>

In einer älteren Veröffentlichung wurde von einem Gesundheitsamt angegeben, dass von 1200 Quarantänen in 800 Fällen die Betroffenen sich als negativ erwiesen haben. Diese Menschen wurden also unnötigerweise Ihrer Freiheit beraubt. Zum Vergleich: Wer wegen des Vorwurfs einer Straftat von der Polizei festgehalten wird, ist innerhalb von 48 Stunden einem Haftrichter vorzuführen, der die Maßnahme überprüft.

### **2.1.2. Maskenpflicht**

Die Vorschrift, Operations-Masken oder FFP2-Masken zu tragen, wo der Mindestabstand von 1,5 m nicht eingehalten werden kann, wird mittlerweile weitgehend befolgt. Dies ist für die Funktion des ÖPNV von großer Bedeutung.

Die Ausformung dieser Pflicht ist von den Landesbehörden abhängig. So kann es dazu kommen, dass z.B. eine Landesregierung FFP2-Masken für Situationen vorschreibt, für die anderswo Operations-Masken ausreichen. Darf man das als Behördenaktionismus zum Vortäuschen von erhöhter Effizienz bei der Pandemie-Bekämpfung betrachten?

Grundsätzlich sind aktiv wirkende Masken (vorwiegend Operations-Masken) ein unverzichtbares Mittel, um vulnerable Gruppen der Bevölkerung vor Infektion zu schützen.

Passive Masken nach FFP2- oder vergleichbaren Standards sind angehörigen vulnerabler Gruppen zu empfehlen, wenn sie sich in Bereiche mit Menschenansammlungen begeben. Eine Verpflichtung zur Benutzung besteht normalerweise nicht.

### **2.1.3. Versammlungsverbote**

Um Versammlungsverbote plausibel zu machen, werden gerne Fotos von Menschenansammlungen herangezogen, die mit Tele-Objektiv aufgenommen wurden und so die sichtbaren Abstände verkürzen. Die so dargestellte Enge löst aber lediglich das Eingreifen von Ordnungskräften aus, die die Ansammlungen zerstreuen. Es ist mir kein Fall bekannt, in dem Ansteckungen und nachfolgend schwere Krankheitsverläufe bei den Teilnehmern dokumentiert wurden.

Das RKI stuft jedenfalls das Infektionsrisiko bei Versammlungen im Freien - auch Parks und Spielplätze - als gering ein.<sup>12</sup>

Groteske Auswüchse dieser Regelungswut sind Vorschriften, die in die Wohnung eingreifen, indem z.B. vorgeschrieben wird, dass nur eine Person mit höchstens zwei anderen Personen in deren Wohnung zusammen treffen darf, wenn diese zu einem Hausstand gehören. Es kann nicht verwundern, wenn solche Vorschriften nicht ernst genommen und deshalb von der Bevölkerung nicht umgesetzt werden.

## **2.2. Einschränkungen des Wirtschaftslebens**

Dieser Bereich ist besonders brisant, weil hier die Lasten sehr unterschiedlich verteilt sind.

In der Industrie und im Handwerk, ausgenommen körpernahe Dienstleistungen, gibt es zwar erhöhte Hygienemaßnahmen, die aber den Rahmen des üblichen Arbeitsschutzes nicht wesentlich überschreiten. Dies ist deshalb gerechtfertigt, weil nur 20% aller Infektionen am Arbeitsplatz stattfinden.

Härter trifft es den Handel. Es dürfen nur Läden geöffnet werden, die Waren des täglichen Bedarfs führen. Die Tatsache, dass der Staat festlegt, welches der tägliche Bedarf ist, wird von Menschen, die in der DDR aufgewachsen sind, nicht für ungewöhnlich gehalten.

---

<sup>11</sup> RKI: Kontaktpersonen-Nachverfolgung...

<sup>12</sup> s. Abschn. 1.4.5

Der Tourismus zusammen mit dem Gastgewerbe wird von der Politik zur Ursuppe aller Infektionen erklärt und deshalb nahezu komplett stillgelegt. Im Tourismus sind noch beruflich notwendige Übernachtungen erlaubt, in der Gastronomie wie auch im Handel werden Außerhaus-Verkäufe gestattet, die wegen des administrativen Aufwandes aber nicht profitabel sind.

Friseure und andere körpernahe Dienstleistungen, sowie viele kleine Gewerbetreibende mit Kundenkontakt mussten bis vor Kurzem geschlossen bleiben.

Das Wirtschaftsleben ist gewissermaßen der starke Hebel, mit dem man glaubt, das Infektionsgeschehen beeinflussen zu können. Es finden sich immer wieder Möglichkeiten, noch mehr Einschränkungen durchzusetzen, und es wird mit immer groteskeren Varianten von „Erleichterungen“ gelockt, z. B. Einkaufen im Möbelhaus mit Voranmeldung und Hinterlegung der Kunden-Personalien.

Dass die Handhabung dieser Einschränkungen zum Teil sehr fragwürdig ist, zeigt ein Beispiel aus dem Handel: Weil ein Verwaltungsgericht unterschiedliche Öffnungsvorschriften für Buchhandel (normaler Verkauf unter Hygieneauflagen) und anderem Nonfood-Handel (nur Einkauf nach Voranmeldung) beanstandet hatte, wurde die Gleichbehandlung dadurch hergestellt, dass der Buchhandel dem anderen Nonfood-Handel gleichgestellt wurde.

Ein anderes Beispiel aus dem Tourismus: Nachdem die Balearen nicht mehr als Hochinzidenzgebiet galten und etliche Deutsche dort ihren Urlaub verbrachten, wurden für diese ohne medizinische Begründung erschwerende Vorschriften wie zwangsweise Tests und Quarantäne überlegt. Dies ist eine schikanöse Vorgehensweise, die geeignet ist, das Vertrauen in den Rechtsstaat nachhaltig zu beschädigen!

Da Wirtschaftsbetriebe wegen des Planungsvorlaufs für die Wiederaufnahme des Betriebes eine Perspektive benötigen, werden Lockerungen in Trippelschritten formuliert, die aber sämtlich an die Entwicklung der Inzidenz gebunden sind. Damit gibt es für die Wirtschaft weiterhin keine zeitliche Perspektive.

## 2.3. Entschädigungen

Da der Lock-down zunächst nur auf kurze Zeit angelegt war, wurden Entschädigungen für die Einbußen, die die für die betroffenen Betriebe zu erwarten waren, „ins Schaufenster gestellt“, d.h. es wurden schnelle und unbürokratische Hilfen vom Finanzminister zugesagt. Von schneller Hilfe kann man wohl kaum sprechen, wenn Mittel erst drei Monate nach Ablauf des Zeitraums, für den sie gelten sollen, beantragt werden können. Die Tatsache, dass Steuerberater, ohne die die Ausarbeitung eines Antrages nicht möglich ist, davor warnen, dass die Erstattungen nicht mit dem Subventionsrecht der EU kompatibel sind und deshalb Rückforderungen drohen, zeigt dass das Antragsverfahren alles andere als unbürokratisch ist. (Die Methode, viel zuzusagen aber später davon zurückzutreten, haben die Impfstofflieferanten ähnlich praktiziert.)

Der wahre Wert dieser Ankündigungen liegt darin, dass von Einschränkungen betroffene Unternehmer nicht mehr mit dem Hinweis auf Vermögensschäden klagen konnten, da es wegen der zugesagten Entschädigung an einer tatsächlichen Betroffenheit fehlte.

## 3. Bewertung

Bei der Bewertung des Umganges mit der Pandemie muss man berücksichtigen, dass wir jetzt bereits ein Jahr lang ihrer Einwirkung ausgesetzt sind. Zu Beginn dieser Zeit gab es wenig Wissen über das Virus, und so wurden Standard-Verfahren angewendet, die bei Infektionen üblich sind. Das ist nicht zu kritisieren.

Im Laufe der Zeit haben sich in vieler Hinsicht Erkenntnisse ergeben, die Anlass gegeben hätten, die Verfahrensweisen zu überdenken. Dies ist nicht in ausreichendem Umfang geschehen. Damit fehlte auch die Unterstützung der politischen Willensbildung.

Als Berater der Politik wurden überwiegend Mediziner herangezogen, die aufgrund ihres Berufsethos bemüht sind, jede Infektion zu bekämpfen und dabei keine Rücksicht auf die Auswirkungen auf Wirtschaft, Gesellschaft usw. akzeptieren.

Es ist Zeit, sich wieder auf das Ziel zu besinnen und den Kurs neu zu bestimmen!

### 3.1. Das Ziel ist...

dafür zu sorgen, **dass das Gesundheitssystem nicht durch Corona-Patienten überlastet wird.** Es besteht also kein öffentliches Interesse daran, jede einzelne Infektion zu unterbinden.



Im Unterschied zu anderen Ländern hat sich das deutsche Gesundheitssystem als sehr robust erwiesen. Auch in der Phase der höchsten Belastung wurden weniger als 90% der Kapazitäten in Anspruch genommen. Daher hat nie die Gefahr einer nicht zu bewältigenden Überlastung bestanden.

Insofern sind Inzidenzwerte, die nicht die Schwere der Krankheit berücksichtigen, kein zielführendes Kriterium für Maßnahmen gegen Corona.

## **3.2. Berücksichtigung der Erfahrungen**

Schwere Krankheitsverläufe wurden vorwiegend bei Menschen höheren Alters gesehen. In den Altersgruppen bis 50 Jahre wurden lediglich 0,8% aller Todesfälle beobachtet, in der Gruppe 50 - 60 Jahre weitere 2,5%. Dies sind etwa 75% der Bevölkerung<sup>13</sup>. Hieraus folgt, dass keine Maßnahmen zum Schutz dieser Altersgruppen erforderlich sind. Die Wahrscheinlichkeit, dass diese Menschen zur Überlastung des Gesundheitssystems beitragen, ist offensichtlich gering.

Aufgrund der schwer einzuschätzenden Dunkelziffer haben neben den erwiesenen Infektionen auch weitere schwach- oder asymptomatische Infektionen stattgefunden. Die dadurch erzeugte „Herdenimmunität“ ist nicht erfasst worden. Testung auf Antikörper z.B. im Rahmen einer Blutuntersuchung könnte den Probanden einen Hinweis auf ihre Gefährdung durch Ansteckung geben. Für vulnerable Gruppen sollte diese Untersuchung bis zu einer Impfung mindestens einmal durchgeführt werden.

Inzidenzwerte lassen keine Rückschlüsse auf die zu erwartende Belastung des Gesundheitssystems zu. Ihr Wert für die Forschung ist unbestritten.

## **4. Schlussfolgerung**

Aus den obigen Ausführungen lassen sich m. E. folgende Maßnahmen ableiten:

### **4.1. Kitas und Schulen öffnen**

Kitas, Schulen jeder Art, Universitäten und Sportstätten können uneingeschränkt geöffnet werden. Die „Klientel“ gehört überwiegend Altersgruppen unter 50 Jahren an und ist damit nur unerheblich an der Belegung von Krankenhäusern beteiligt. Das Personal, soweit es einer vulnerablen Gruppe angehört, ist passiv durch Impfung oder FFP2-Masken zu schützen.

### **4.2. Theater, Kinos, Museen öffnen lassen**

Museen und Galerien können unter Einhaltung der üblichen Sicherheitskonzepte öffnen. Theater und Kinos können unbeschränkt geöffnet werden, wobei sich vulnerable Gruppen im Saal passiv durch FFP2-Masken schützen sollten.

### **4.3. Einzelhandel freigeben**

Der Einzelhandel ist bei Einhaltung der aktiven Maskenpflicht wieder freizugeben, da die Infektionsgefahr lt. RKI gering ist<sup>14</sup>. Die Kundschaft wird sich überwiegend aus Menschen unter 60 Jahren zusammensetzen (75% der Bevölkerung). Der übrige, vulnerable Teil der Bevölkerung sollte sich ggf. zusätzlich passiv schützen.

### **4.4. Beherbergungsbetriebe öffnen lassen**

Auch hier ist die Infektionsgefahr gering. Es besteht kein Grund, Einschränkungen zu verfügen.

### **4.5. Gastronomie erlauben**

Gastronomie ist ohne Einschränkungen zu erlauben. Im Innenbereich sollte dafür gesorgt werden, dass Gästegruppen nicht gegen ihren Willen an einem Tisch zusammen sitzen müssen.

---

<sup>13</sup> s. Abschn. 1.4.4

<sup>14</sup> s. Abschn. 1.4.5

## **4.6.Körpernahe Dienstleistungen und Fitnessstudios**

Unter Einhaltung der normalen Hygiene-Standards dürfen diese Betriebe ihre Dienste anbieten, wobei in Wartebereichen aktive Masken angelegt werden sollten.

## **4.7.Freie Aktivität im Freien**

Aktivitäten im Freien sind uneingeschränkt zulässig. Versammlungen sowie informelle Treffen unterliegen keinen Beschränkungen durch Corona-Schutzbestimmungen.

## **4.8.Treffen in privaten Räumen...**

...unterliegen keinen Corona-Bestimmungen.

## **4.9.Grundsatz**

Solange die Personen der Altersklasse >50 und durch Vorerkrankungen gefährdete Personen nicht ausreichend immunisiert sind, müssen da, wo vulnerable Personen zwangsläufig auf potentiell infektiöse Personen treffen und Abstände nicht eingehalten werden können, aktive Masken getragen werden. Das gilt im Freien nur da, wo sich zwangsläufig länger andauernd (>15 Minuten) Menschenansammlungen bilden und keine Möglichkeit besteht, Abstand zu halten.

## **5. Schlussbemerkung**

Dieses Papier soll keinesfalls die Schwere der Corona-Erkrankung im Einzelfall leugnen. Als Kriterium für die Gestaltung unseres Lebens ist diese aber nicht geeignet. Die Priorität liegt in der Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit unseres Gesundheitssystems, das in der Lage sein muss, alle Menschen bedarfsgerecht zu versorgen. Die aktuell gültigen Vorschriften des Infektionsschutzes berücksichtigen nicht die Kenntnisse und Erfahrungen, die in den zurückliegenden 12 Monaten gewonnen wurden und gehen infolge dessen über das notwendige Maß hinaus. Dies kann angesichts der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Schäden, die anderweitig umfänglich diskutiert werden, nicht hingenommen werden.

Es wird nach derzeitigem Wissensstand nicht möglich sein, das Corona-Virus auszurotten. Wir werden aber auf Dauer mit dem Virus leben können, wenn wir eine hohe Durchseuchung erreicht haben und diese durch regelmäßiges Impfen aufrecht erhalten.

Hartmut Angenendt

**N.B.: Die Fußnoten verweisen auf die entsprechenden Erläuterungen im „Annex“ zu diesem Artikel.**