

Ein Vergleich vergangener pandemischer Infektionskrankheiten mit der COVID-19-Pandemie – Strategische Betrachtung einiger Maßnahmen

von René Gottschalk

Diskurs | 13

Die mit dem Beginn der dritten massiven Einschränkungphase verbundene Hoffnung auf einen Rückgang der Fallzahlen erfüllte sich nicht. Die Fallzahlen blieben bestenfalls gleich oder stiegen sogar. Erst das Frühjahr und insbesondere der Sommer dieses Jahres brachten deutlich sinkende Fallzahlen – dies alles festgemacht an der seit nunmehr 1,5 Jahren vorgegebenen „7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner“.

Es muss die Frage gestellt werden: Ist die derzeitige gültige Strategie des „Containments“ die Richtige - also die Strategie, die Ausbreitung von COVID-19 vor allem durch Nachverfolgung von Kontaktpersonen von durch einen Labortest identifizierten Infizierten einzugrenzen? Oder sind nicht von den politischen Ebenen Entscheidungen getroffen wurden, die in die völlig falsche Richtung führ(t)en. Insbesondere muss der Diskurs möglich sein, ob die Shutdown-Maßnahmen nicht zumindest mitverantwortlich für den Verlauf der Pandemie ist.

Das Schließen von Museen, Messen, Opern- und Schauspielhäusern, Fußballstadien, botanischen und zoologischen Gärten und nicht zuletzt von Restaurants war aus der Sicht der Gesundheitsbehörde kontraproduktiv. Von der desaströsen Wirkung auf die Wirtschaft ganz zu schweigen. Es ist absolut unsinnig, in Haushalten gewisse Lockerungen zu beschließen, gleichzeitig aber die Orte mit geringer Übertragungswahrscheinlichkeit zu schließen oder den Besuch stark einzuschränken. Im Gegenteil: Hätte man im Bereich des Haushaltes stärkere Einschränkungen durchgesetzt, hingegen aber die obengenannten Bereiche mit entsprechenden Hygienekonzepten geöffnet, wären die Einschränkungen im häuslichen Bereich sehr wahrscheinlich wesentlich besser akzeptiert und befolgt worden.

Es ist durch Studien bewiesen, dass Kinder nur ausnahmsweise Erwachsene anstecken. Dennoch wurden die Schulkinder durch anlasslose Schnelltests gegängelt, und auch für das Schuljahr 2021/2022 wird wieder mit Masken- und Testpflicht gedroht, um einen Präsenzunterricht „durchführen zu können“. Immerhin dürfen unsere Schulkinder wieder in die Schule – das hätten sie aber aus infektiologischer Sicht zu jeder Zeit dieser Pandemie problemlos gedurft.

Absolut nicht evidenzbasiert ist der massive Ruf nach Luftfiltergeräten, von denen man sich namentlich in Schulen geradezu Wunder verspricht. Dies ist keineswegs der Fall, weswegen Behörden und Institutionen, die sich mit solchen raumluftechnischen Geräten auskennen (z. B. das Umweltbundesamt, Gesundheitsämter), diese auch nicht empfehlen – schon gar nicht in Klassenräumen als Ersatz für das regelmäßige Lüften, das immer gemacht werden sollte!

Wie mussten sich Schulkinder fühlen, als sie nur mit vielen, maximal einschränkenden Vorgaben zum Unterricht gehen durften, gleichzeitig aber 60.000 Besucher im Wembleystadion beim Endspiel der Fußballeuropameisterschaft zugelassen waren? Sind die Maßnahmen gerechtfertigt und mit dem Ermessensspielraum, den man immer beachten und nutzen muss, vereinbar? Sind sie die am wenigsten eingrei-

fenden, dennoch effizienten Maßnahmen – ein Primat, dem die Gesundheitsbehörden immer zu folgen haben, bevor sie die Grundrechte der Bürgerinnen und Bürger außer Kraft setzen dürfen? Dies vor allem unter dem Gesichtspunkt, dass es nicht gelungen ist, das Maskentraggebot in der Öffentlichkeit und die Kontaktbeschränkungen in den privaten Haushalten wirklich umzusetzen.

Daher ist es bei Kenntnis einiger wesentlicher epidemiologischer und seuchenhygienischer Gesichtspunkte keineswegs überraschend, dass diese Maßnahmen nicht von Erfolg gekrönt sind – im Gegenteil: Auch die mehr als eingreifende Lockdown-Politik änderte nichts an dieser Tatsache. Dies hängt mit den Zielparametern zusammen, die von praktisch allen politisch Verantwortlichen, aber auch von einigen Virologen, Modellierern und Epidemiologen als unabdingbar im Management der COVID-19-Pandemie angesehen werden, die unbedingt erreicht werden müssen, um die schwerwiegenden Einschränkungen wieder lockern oder aufheben zu können.

Betrachten wir einige der seuchenhygienischen Vorgaben näher:

1. „PCR-positiv getestete Personen entsprechen tatsächlich Infizierten, die in der Gesamtstatistik des Robert Koch-Instituts gezählt werden müssen.“

Das Gleichsetzen von PCR-positiv getesteten Personen mit infektiologischen Fällen, die in der Gesamtstatistik des Robert Koch-Instituts (RKI) gezählt werden, ist infektiologisch nicht haltbar. Das Gleiche gilt für die Todesfallstatistik – jeder Todesfall wird bei einem positiven PCR-Testergebnis auf COVID-19 diesen Gesamt-Todesfallzahlen zugerechnet – unabhängig von jeder Kausalität.

Eine Infektionskrankheit setzt die Krankheit voraus – der Labortest, der nachweisen soll, dass die vermutete Infektionserkrankung tatsächlich durch den jeweiligen Erreger verursacht wurde, bestätigt die Verdachtsdiagnose oder erlaubt, sie zu verwerfen.

Bei COVID-19 ist dieser Weg zur Diagnosefindung umgedreht worden: Ein positiver PCR-Test, unabhängig davon, ob der Patient schwer erkrankt oder völlig asymptomatisch ist, führt zur Diagnose: „Fall an COVID-19“ oder „verstorben an COVID-19“. Dabei ist oft nicht feststellbar, ob dieser Patient überhaupt infiziert ist, wichtiger: infektiös ist, oder ob er z. B. die Erkrankung bereits unbemerkt hinter sich brachte (was zur sogenannten „stillen Feiung“ führt) und lediglich „Bruchstücke“ des Virus nachgewiesen werden.

Bei dieser Erkrankung ist zusätzlich festzuhalten, dass ein Großteil der positiv Getesteten keine oder allenfalls milde Symptome aufweist. Während jedoch die Ansteckungsfähigkeit bei mildem Verlauf spätestens nach 9 Tagen endet, bleibt die PCR bis zu 9 Wochen positiv, sodass viele asymptomatisch positiv Getestete die Infektion schon viele Wochen zuvor durchgemacht haben dürften (siehe Cevik, M.