

Ressort: Politik

## Sars-CoV2 - Symbolpolitik und Maskenpflicht

### Politische Kompetenzsimulation

Kassel, 27.10.2020, 16:04 Uhr

**GDN** - In immer mehr Kommunen legen Lokalpolitiker eine Tragepflicht von Mund-Nase-Bedeckung in Innenstädten fest. Begründet wird dies mit einer hohen 7-Tage-Inzidenz der Sars-CoV2-Infizierten. Warum dies infektionsbremsend wirken soll, wird allerdings nirgends schlüssig erklärt.

Dass Mund-Nase-Bedeckung, wenn sie richtig angewandt wird, Infektionen reduziert, ist wissenschaftlich inzwischen wohl unumstritten. Eine jüngst veröffentlichte japanische Studie errechnet eine Risikominimierung um 70%. Andere Untersuchungen kommen auch auf etwas höhere Werte. Allerdings gelten solche Werte für die Begegnung einer nicht infizierten Person mit einer solchen, die sich in einer ansteckenden Phase befindet. Um die Wirkung auf eine Kohorte zu bewerten, muss zusätzlich auch einkalkuliert werden, wie hoch ein solches Begegnungsrisiko ist.

Ein im Sommer 2020 veröffentlichtes Thesenpapier "Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 - der Übergang zur chronischen Phase -" eines interdisziplinären Autorenteam um Prof. Dr. med. Matthias Schrappe (Köln) setzt sich auch mit der Effektivität dieser Präventionsmaßnahme auseinander. Die Autoren verweisen dazu auf eine Metastudie aus Norwegen von Schünemann et al, 2020: "Danach wird geschätzt, dass 200.000 Menschen eine Maske tragen müssen, um pro Woche eine neue Infektion zu vermeiden. So könne eine 40prozentige Reduktion des relativen Risikos erreicht werden. Diese hohe Anzahl der Maskenträger ist wegen der niedrigen Prävalenz oder Baseline für ein Infektionsrisiko notwendig." (S. 59) Anders hingegen in Einrichtungen des Gesundheitswesens oder der Pflege: "Hier kann das Risiko für eine Infektion für einen von zwei Berufstätigen im medizinischen Bereich wiederum um 40 Prozent gesenkt werden, wenn alle in diesem Umfeld eine Maske tragen." (ebenda)

Weiter heißt es: "Unter Berücksichtigung des norwegischen Beispiels wäre es z.B. schwer vorstellbar, dass ein Arzneimittel positiv bewertet würde, bei dem 200.000 Menschen behandelt werden müssen, um bei einem Patienten einen Vorteil erkennen zu können. Diese Relation liegt weit außerhalb einer akzeptierten Number Needed to Treat (NNT). Dabei sind mögliche unerwünschte Wirkungen z.B. durch einen falschen oder nachlässigen Umgang mit einer Maske, die eine Infektionsgefährdung symptomlos infizierter Personen für andere Menschen darstellen könnten, nicht einmal berücksichtigt (Number Needed to Harm (NNH))." (S. 60)

"Deutsche Gesellschaft für Pneumologie hat sich im Mai 2020 (Dell weg et al. 2020) ebenfalls zum Nutzen von Masken geäußert und kam zu dem Ergebnis (zusammenfassend):

☞ Durch das Tragen von Mund-Nasen-Masken wird die expirierete Aerosolwolke in ihrer Ausdehnung zu einer gegenüberstehenden Person reduziert, jedoch seitwärts und nach oben in geringem Maße umgeleitet.

☞ Der propagierte Sicherheitsabstand von mindestens 1,5 Metern erscheint an Hand der publizierten Daten zu expirierten Aerosolwolken ausreichend zu sein.

☞ Der schützende Effekt der Maske kommt vor allem innerhalb von geschlossenen Räumen zum Tragen. Unter freiem Himmel kann bei Einhalten des Sicherheitsabstandes auf den Mundschutz verzichtet werden.

☞ Masken mit Expirationsventil sollten zum gegenseitigen Schutz nicht eingesetzt werden.

☞ Selbstgefertigte Masken aus verschiedenen Tuchgeweben sind in der Lage, einen Anteil der Bakterien und Viren zu filtern. Die Filterleistung der verschiedenen Materialien ist sehr unterschiedlich. Auf die regelmäßige Reinigung der Maske ist unbedingt zu achten.

☞ Eine geringere Luftdurchlässigkeit ist i.d.R. mit einer besseren Filterleistung verbunden, erhöht aber auch die Belastung der Atempumpe. Bei der Materialauswahl sollte darauf geachtet werden, dass längeres (dauerhaftes) Atmen durch die anliegende Maske erfolgen kann." (S. 61f.)

In den Begründungen für eine Pflicht zum Tragen von Mund-Nase-Bedeckung in Innenstädten wird, wenn es denn eine Begründung überhaupt gibt, darauf verwiesen, der empfohlene Abstand von 1,5 Meter sei dort nicht (immer) einzuhalten. So heißt es z.B. in der Begründung der Allgemeinverfügung der Stadt München vom 23.10.2020 hierzu relativ lapidar:

"Der genannte Bereich wird daher neben den dort beschäftigten Personen auch von Besucher\*innen und Tourist\*innen stark frequentiert, die für eine überdurchschnittlich stark besuchte Innenstadt sorgen. Er lädt aufgrund seiner Ausstattung auch zum

Verweilen ein. Die Kaufingerstraße zählt zu den umsatzstärksten Einkaufsmeilen Deutschlands, die Neuhauser Straße ist eine der beliebtesten Einkaufsstraßen in Deutschland.“ (Quelle: [https://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Referat-fuer-Gesundheit-und-Umwelt/Infektionsschutz/Neuartiges\\_Coronavirus.html#ab](https://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Referat-fuer-Gesundheit-und-Umwelt/Infektionsschutz/Neuartiges_Coronavirus.html#ab))

In der Pressemeldung der Stadt Frankfurt vom 24.10.2020 klingt das noch unkonkreter: “Unser Ziel ist und bleibt es, einen neuen Lockdown zu verhindern. Deshalb: Frankfurt trägt Maske. Alle Frankfurterinnen und Frankfurter sind aufgerufen, mitzuhelfen, die Infektionszahlen wieder abzusenken. Seien sie diszipliniert, tragen Sie Masken, halten sie Abstand und waschen Sie ihre Hände,“ sagten Oberbürgermeister Peter Feldmann, Bürgermeister Uwe Becker und Gesundheitsdezernent Stefan Majer.“ (Quelle: <https://frankfurt.de/aktuelle-meldung/sondermeldungen/frankfurt-traegt-maske>)

Dass es keine schlüssige Begründung für diese Maßnahmen gibt, liegt wohl daran, dass eine solche Begründung mit Vielem zu tun haben würde, aber wohl wenig mit der Infektionslage. Das RKI stellt in seinen täglichen Situationsberichten regelmäßig klar, wo die wesentlichen Infektionsquellen liegen: “Der bundesweite Anstieg wird durch Ausbrüche, welche insbesondere im Zusammenhang mit privaten Treffen und Feiern sowie Gruppenveranstaltungen stehen, verursacht. Auch werden wieder vermehrt COVID-19-bedingte Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen gemeldet.“ (Täglicher Lagebericht “| vom 26.10. 2020; Quelle: [https://www.rki.de/DE/Content/nfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/Okt\\_2020/2020-10-26-de.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/nfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Okt_2020/2020-10-26-de.pdf?__blob=publicationFile))

In der NZZ wird am 23.10.2020 zu den Erkenntnissen der Wissenschaftler Christian Althaus von der Universität Bern oder Christian Drosten von der Charité Berlin berichtet. “Zurzeit gehen Experten davon aus, dass bei Sars-CoV-2 zwischen 10 und 20 Prozent der Infizierten für 80 Prozent der Infektionsfälle verantwortlich sind. Allerdings versteckten sich diese Cluster sozusagen in der flächigen Ausbreitung, sagt Drosten. “| Ein Cluster entsteht, wenn eine infizierte Person durch lautes oder auch feuchtes Sprechen, heftiges Atmen oder Singen sehr viele Virenpartikel ausstößt. Zudem muss diese infizierte Person in ihrer hochinfektiösen Phase sich oft länger und in räumlicher Nähe mit vielen Personen getroffen haben. Besonders stark steigt das Ansteckungsrisiko, wenn solche Superspreeder über längere Zeit in einem geschlossenen, schlecht gelüfteten Raum mit vielen anderen Menschen zusammen waren. Denn dort bleiben die ausgestossenen Virenpartikel als Aerosole in der Luft. In solchen Situationen schützt auch ein Abstand von 1,5 Metern nicht vor einer Infektion, denn ein solcher verhindert zwar direktes Anhusten, nicht aber das Einatmen von mit Viren angereicherter Luft.“ (NZZ, 23.10.2020 “Diffuse Ausbreitung des Coronavirus?“)

Einkaufen im Supermarkt, Theaterbesuche, Konzertbesuche Spaziergänge im Freien oder Besuche von Sportveranstaltungen zählen bisher nicht zu den Infektionstreibern. Das ist auch nicht verwunderlich. Denn neben Abstand gibt es einen zweiten wesentlichen Faktor für eine Übertragung: Die Dauer der Begegnung. Das RKI hat daher Risikobegegnungen in zwei Kategorien eingeteilt. Die Kategorie 1 umfasst Kontakte im Nahfeld (