

# Bericht zur Coronalage 11.09.2020: Verschleierung und Maskierung



Und deshalb um Missverständnisse zu vermeiden, auch hier gleich die tausendfach wiederholte Feststellung: Ja, Covid-19 ist eine schwere Erkrankung, vielleicht sogar schwerer als eine Influenza. Aber nein, es gibt keine belastbaren Belege, dass Covid-19 eine Epidemie mit außergewöhnlicher nationaler Tragweite ist. Wie geht man in einer seriösen Medizin vor, wenn man, beispielsweise in einer Behandlungsleitlinie, den Nutzen einer Therapie einstufen möchte? Indem man sich ausschließlich auf sogenannte harte Endpunkte in hochwertigen Studien fokussiert.

Für eine Schutzmaßnahme, genauso wie für Vorsorgeuntersuchungen und Therapien, gilt die ärztliche Grundregel, dass die Therapie nicht mehr Schäden anrichten soll als die Erkrankung selbst. Um Nutzen und Schaden abschätzen zu können, ist es – neben dem offensichtlichen Augenschein – essenziell, Studiendaten korrekt zu interpretieren. Für eine solche Bewertung gilt eisern: Ein Ersatzparameter kann keine belastbare Aussage ermöglichen. Dies leisten nur harte Endpunkte. Zum Beispiel galt für die Einstellung eines erhöhten Blutzuckers jahrelang das allgemeine Therapieziel, ihn zu senken. Doch dieses Therapieziel hat für den Patienten, für sich alleine gesehen, keine Bedeutung. Erst wenn man nachweist, dass man damit auch Durchblutungsstörungen oder Schlaganfälle reduziert, hat die Therapie der Blutzuckersenkung einen echten Nutzen.

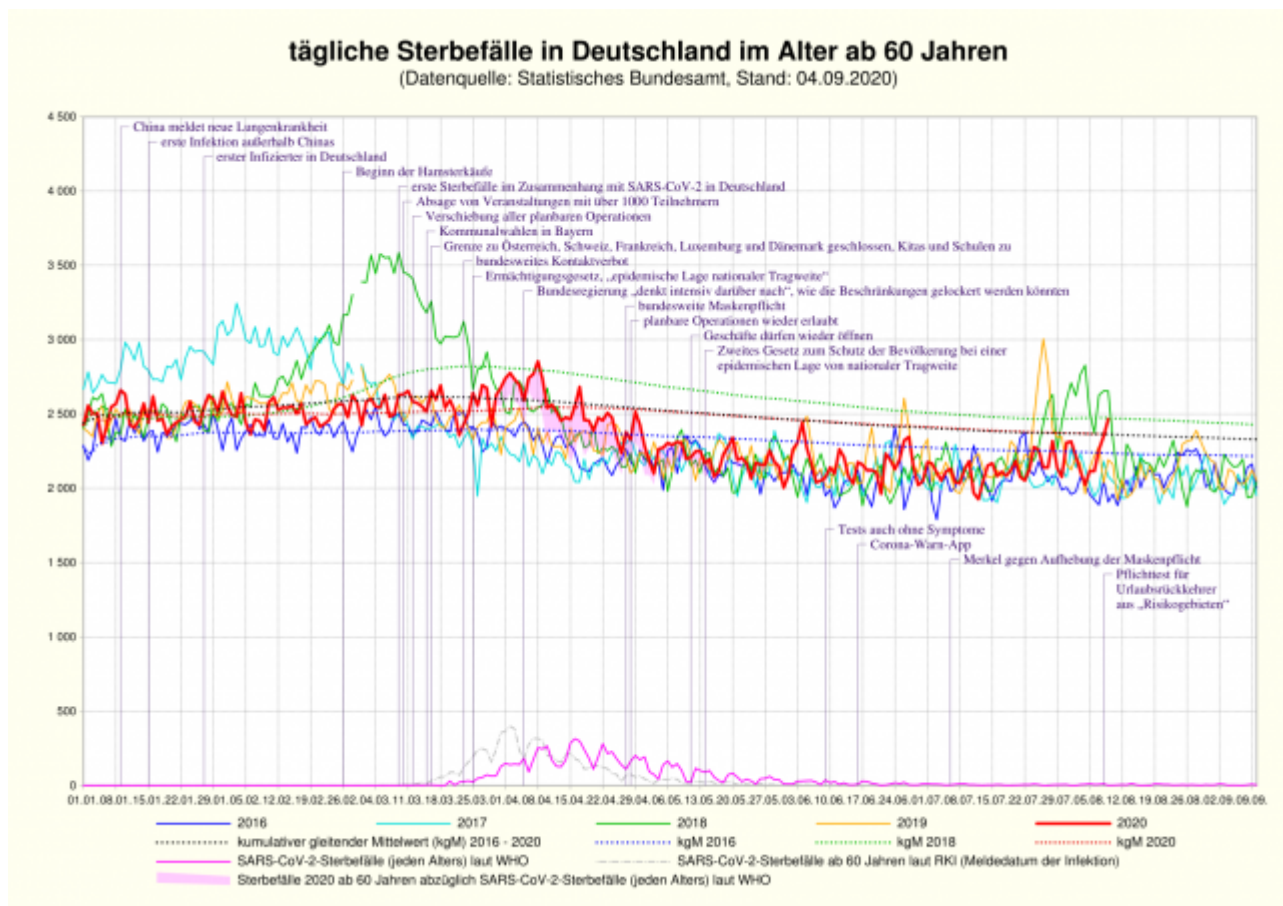
Somit gilt der Blutzucker lediglich als Ersatzparameter, Gefäßschäden oder früherer Tod dagegen als harte Endpunkte. Nachdem in der Medizin in mühevoller Weise die Forderung nach harten Endpunkten als Beleg eines Therapienutzens nach und nach durchgesetzt wird, ist es gelungen, viele überflüssige Behandlungen zu erkennen und Patienten besser vor unnötigen Nebenwirkungen zu schützen. Eine Senkung des Blutzuckerspiegels führt nämlich in sehr vielen Fällen nicht zu einer Verbesserung der Gesundheit. Deshalb wurde der Grenzwert, ab dem eine Behandlung wirklich Nutzen bringt, auch wieder erhöht. Sehr viele Patienten profitieren von solchen Fortschritten.

## **Die entscheidenden Fragen**

Im Falle der Lungenerkrankung Covid-19, die sehr wahrscheinlich auf dem SARS-CoV-2 Virus, einem neuen Coronavirus, beruht, sind die harten Endpunkte vor allem die Zahl der deswegen stationär behandelten Patienten und die Zahl der Todesopfer. Die Zahlen der „Neuinfektionen“, die täglich gemeldet werden,

sind lediglich Ersatzparameter. Warum es unseriös ist, dabei von „Neuinfektionen“ zu sprechen, das wurde in den letzten Wochen [ausreichend und erschöpfend auf Achgut.com dargestellt](#).

Es geht um das Problem der Verfälschung der Ergebnisse durch falsch positive Ergebnisse bei sehr niedriger Prävalenz. Seit Monaten liegt die Zahl der positiv Getesteten stets um 1 Prozent, egal, ob bei 100.000 Tests pro Woche, oder wie aktuell bei 1,1 Millionen. Doch wie beim Blutzucker sagen diese Zahlen für sich alleine betrachtet nichts aus. Viel entscheidender ist die Frage, inwieweit führen diese 1 Prozent positiv Getesteten dann in der Realität zu einer erhöhten [Krankenhausrate](#) oder [Todesopfern](#). Und hier ist kein Bezug erkennbar. Die Covid-Zahlen sinken seit April und sind aktuell auf einem Niveau von 227 stationär auf Intensivstation Behandelten und wöchentlich 20–50 Todesfällen (bei 30.000 Intensivbetten und wöchentlich 17.500 allgemeinen Todesfällen in Deutschland). Setzt man dies ins Verhältnis zu den allgemeinen Kollateralschäden der Schutzmaßnahmen, würden diese Maßnahmen niemals in einer modernen, medizinischen Leitlinie als Therapie empfohlen werden. Man würde dringend davon abraten.



Ich möchte noch einmal auf den letzten Teil des Beitrages „Zweite Welle: Entweder unmöglich oder harmlos“ von Michael Alberts eingehen, der gestern, am 10.9., auf [Achgut.com veröffentlicht wurde](#). Er enthält eine einfache wie brillante Überlegung, auf die bisher noch niemand gekommen ist, obwohl sie sich direkt anbietet. Verknüpft man nämlich die Infektions-Todesrate (*infection fatality rate*: IFR) mit den aktuellen Testzahlen,

erledigt sich das Problem Corona als nationale Bedrohung wie von selbst, und zwar aufgrund zweier Möglichkeiten. Und das geht so.

**Möglichkeit 1:** Derzeit werden wöchentlich 1,1 Millionen Tests durchgeführt. Lassen wir kurz das Problem der falsch positiven Ergebnisse außen vor. Ergebnis seit Wochen: Unabhängig von der Gesamttestzahl sind stets um die 1 Prozent positiv. Aktuell also ca. 10.000 pro Woche. Wenn man nun die restlichen 79 Millionen testen würde, welchen Prozentsatz an positiven Testungen müsste man dann veranschlagen? Sind wir großzügig und sagen nur 0,1 Prozent, weil es ja weniger Reiserückkehrer gibt oder Menschen mit Erkältungssymptomen. Dann wären es wöchentlich 79.000. Plus die 10.000 real positiv Getesteten wären dies 89.000, sagen wir vereinfacht 100.000.

Die Zahl der Todesopfer, die derzeit COVID zugerechnet werden, schwankt seit Wochen zwischen 20 bis 50. Nehmen wir für unsere Rechnung 50: bei 100.000 Infizierten pro Woche und einer Todeszahl von 50 läge die IFR dann sensationell niedrig bei 0,05. Also vielfach geringer als bei einer Grippe. SARS-CoV-2 hätte jeden Schrecken für die Gesellschaft verloren. Warum? Vielleicht hat das Virus an Krankheitspotenzial verloren, vielleicht hat man entscheidend bei der Behandlung dazugelernt? Wie auch immer, eine zweite Welle wäre bei dieser IFR auf jeden Fall für die Gesellschaft harmloser als jede bisherige Grippe, einschließlich der ziemlich harmlosen Schweinegrippe.

**Oder Möglichkeit 2:** Die Zahlen, mit denen das RKI hantiert, suggerieren eher eine IFR um 1 Prozent. Also 1 Toter pro 100 Infizierte. Aber: Dann müssten wir bei 100.000 wöchentlich Neuinfizierten auch 1.000 Tote pro Woche haben. Es sind aber nur 20 bis 50. Wenn das RKI recht hätte, was wäre die einzig logische Schlussfolgerung? Die allermeisten der aktuell positiven Testergebnisse müssten dann falsch positiv sein. Sonst ginge diese Rechnung nicht auf. Und damit wäre belegt, dass sich kaum noch jemand ansteckt. Ein deutlicher Hinweis auf eine erworbene oder eine teils bereits vorbestehende Herdenimmunität.

## **Keine nationale Bedrohung durch Corona**

Das bedeutet entweder, eine zweite Welle ist gar nicht möglich oder sie wäre harmlos. Suchen sie sich eine der zwei Möglichkeiten aus, wenn sie eine andere Möglichkeit zur Interpretation finden, bitte melden. Ich habe einige mir bekannte medizinische Kapazitäten, darunter Universitätsklinikleiter, darum gebeten – keiner konnte diese Schlussfolgerung entkräften. Diese einfache Rechnung zeigt ziemlich eindeutig: Das Thema nationale Bedrohung durch Corona ist vom Tisch.

Sie sehen, die aktuelle Diskussion über die Maske ist unter dem Gesichtspunkt Coronaschutz sinnfrei, denn die Maske soll vor einem Phantom schützen. Wer nun dagegen mit schweren Einzelfällen aus dem Bekanntenkreis argumentiert, darf die Prioritäten nicht verwechseln. Geht es um die Diskussion, ob Covid eine schwere Erkrankung ist, dann sind diese Berichte wichtig. Geht es um die Frage, ob Covid die Gesellschaft bedroht, dann geht es ausschließlich um die besagten Endpunkte, und diese beantworten diese Frage eindeutig mit nein.

Doch für zukünftige, vielleicht tatsächlich die Gesellschaft bedrohende

Pandemien, wäre es sinnvoll, um das Potenzial eines Maskenschutzes zu wissen.

Prof. Christof Kuhbandner hat mir diesen wirklich sehr guten Artikel, publiziert in der Zeitschrift Krankenhaushygiene, zugesandt mit der Bitte um Verbreitung. In diesem Artikel wird die Empfehlung vom RKI zur Maskenpflicht, bzw. die wissenschaftlichen Grundlagen, auf welcher diese Empfehlung beruht, [kritisch bewertet](#) .

Autorin ist Professorin Ines Kappstein, eine wirklich absolut hochkarätige und thematisch einschlägig bewanderte Person. Sie ist Fachärztin für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, Fachärztin für Hygiene und Umweltmedizin und seit mehr als 25 Jahren in verschiedenen Großkliniken (darunter zwei Unikliniken) als Krankenhaushygienikerin tätig. Die Schlussfolgerung für die Anwendung von Masken im öffentlichen Raum lautet:

*„Der Gebrauch von Masken im öffentlichen Raum ist schon allein aufgrund des Fehlens von wissenschaftlichen Daten fragwürdig. Zieht man dazu noch die erforderlichen Vorsichtsmaßnahmen in Betracht, müssen Masken nach den aus Krankenhäusern bekannten Regeln im öffentlichen Raum sogar als ein Infektionsrisiko betrachtet werden.*

*Werden Masken von der Bevölkerung getragen, ist also potenziell das Infektionsrisiko erhöht, ganz gleich, ob es medizinische Masken sind oder ob es sich um wie auch immer gestaltete sogenannte Community-Masken handelt. Betrachtet man die Vorsichtsmaßnahmen, die das RKI wie ebenso die internationalen Gesundheitsbehörden ausgesprochen haben, müssten alle Behörden die Bevölkerung sogar dahingehend informieren, dass Masken im öffentlichen Raum möglichst gar nicht getragen werden sollen. Denn ganz gleich, ob Pflicht für alle Bürger oder freiwillig getragen von den Bürgern, die das aus welchen Gründen auch immer wollen, bleibt es ein Faktum, dass Masken in der Öffentlichkeit mehr Schaden als Nutzen bringen können.“*

## **Maske: Es bleibt hoch spekulativ**

Frau Kappstein ist sehr renommiert und positioniert sich eindeutig. Nun steht aber außer Zweifel, dass Infizierte in öffentlichen Bussen und Fahrstühlen andere anstecken können. Im Sinne eines Superspreaders. Dazu gibt es glaubwürdige Berichte, zum Beispiel [hier](#) und [hier](#). Was meint die weitere Fachwelt dazu? Im Folgenden zwei Übersichtsarbeiten. Solche „systematic reviews“ fassen viele Studien zusammen und versuchen eine allgemeine Erkenntnis daraus zu generieren.

[Diese große Übersichtsarbeit](#) „Masks for prevention of viral respiratory infections among health care workers and the public“ zum Thema Influenza kommt zum Schluss: „Diese systematische Übersichtsarbeit hat begrenzte Hinweise gefunden, dass der Gebrauch von Masken vielleicht das Risiko einer viralen Atemwegserkrankung mindert.“ (Englisch Original: “This systematic review found limited evidence that the use of masks might reduce the risk of viral respiratory infections.”) Im Text finden sich Arbeiten, in denen die Unterschiede Maske/ohne Maske nicht groß, oft gar nicht vorhanden und oft statistisch nicht relevant sind. Die Maskenbedingungen dieser Studien sind oft kontrolliert, z.B. Krankenhauspersonal, und entsprechen nicht den

Bedingungen in der Realität. Usw. und so fort.

**Die zweite Übersichtsarbeit** „Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission...“ bezieht sich direkt auf das Coronavirus und die Schutzmaßnahmen. Doch sie besteht wiederum nur aus reinen Beobachtungsstudien, die per se keine Beweiskraft haben. Also statistisch nur Spekulationsniveau besitzen. Sie kommt zum Schluss, dass Masken einen Nutzen haben. Aber hier ist die Kernaussage: “Belastbare statistisch hochwertige Studien sind notwendig, um die Gründe für diese Schutzmaßnahmen besser zu belegen. Aber diese vorliegende systematische Bewertung ist der derzeit beste verfügbare Beleg (Anm. für die Schutzmaske), um in der Zwischenzeit eine Orientierungshilfe zu bieten.“ (Englisch Original: “Robust randomised trials are needed to better inform the evidence for these interventions, but this systematic appraisal of currently best available evidence might inform interim guidance.”)

Und da liegt der Hase im Pfeffer. Denn in der Medizin wird sehr oft der Fehler gemacht, dass man die beste Evidenz als ausreichend ansieht, um Entscheidungen zu treffen. Das ist gefährlich, denn die beste Evidenz ist oft viel zu schwach, nicht ausreichend und sogar oft irreführend. Die eingangs erwähnte unreflektierte Blutzuckerabsenkung ist auch aufgrund solch schlechter Bewertungsgrundlagen verordnet worden. Sehr viele Menschen sind in den letzten Jahrzehnten an nächtlichen, unnötig medikamentös verursachten Unterzuckerungen gestorben. Wir reden über zehntausende Opfer. Erst hochwertige Studien haben diese Fehlbehandlungen aufgedeckt. Um verantwortlich zu handeln, braucht es eine ausreichende Evidenz, und die liegt ganz offensichtlich bezüglich öffentlichen Maskenpflicht anhand der derzeitigen Studienlage nicht vor.

## **Ein weiteres Corona-Fiasko der Vernunft**

Es gibt sicher noch aktuellere Studien. Aber aufgrund der realen, chaotischen Anwendungspraxis, der unterschiedlichen Qualität der Masken und allen weiteren, unbekanntem Störfaktoren werden sie nicht über das Niveau einer Spekulation hinauskommen. Wer nun sagt, obwohl man es nicht sicher weiß, sollte man die Schutzmaßnahmen trotzdem durchführen, denn besser ein spekulativer Schutz als gar keiner, der möge noch mal den ersten Teil dieses Beitrages lesen und den Artikel von Professorin Ines Kappstein.

Ich selbst bin vor allem Praktiker. Es genügt ein Blick in Einkaufsstrassen, Supermärkte oder Bahnhöfe. Es herrscht Chaos. Masken werden kurz unter die Nase gezogen, in Hosentaschen gesteckt, x-fach getragen. Im Operationssaal dagegen trägt man die Maske, ohne sie anzufassen und wirft sie nach der Operation sofort weg. Sollen Masken tatsächlich einmal vor einer gefährlichen Pandemie schützen, muss dem Ganzen zwingend eine sorgfältige, jahrelange Schulung vorausgehen. Und – da die Motivation letztlich das wichtigste für eine disziplinierte Durchführung ist, sollte man die Menschen nicht mit unhaltbarer Panik dauerbeschallen, sondern sie ruhig und kompetent mit soliden Informationen versorgen, wie gefährlich die Situation wirklich ist. Davon sind wir derzeit jedoch Lichtjahre entfernt.

Am anschaulichsten fasst der Pharmazeut **Prof. Dr. Markus Veit** mit seinem auf

Achgut bereits verlinkten [Weckruf die Masken-Situation zusammen](#). Es handelt sich schlicht um ein weiteres Corona-Fiasko der Vernunft und der Kompetenz. Wenn ich [in meiner Heimatzeitung](#) lesen muss, es sei geplant, auf dem Schulhof Strafzahlungen für Kinder bei Verletzung der Maskenpflicht einzuführen, fehlen mir die Worte.

#### **Nachtrag:**

Wie bestellt [berichtet heute die Bildzeitung](#) über die äußerst sinnvolle Empfehlung von Prof. Dr. Torsten Bauer, Vize-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie, nicht den Ersatzparameter „Zahl der Neuinfektionen“ sondern den harten Endpunkt „Höhe der Krankenhausauslastung durch Corona-Patienten“ als Parameter zur Beurteilung der Situation heranzuziehen.

*Wenn Ihnen dieser Beitrag plausibel erscheint, dann verbreiten Sie ihn gerne unter Nennung der Quelle weiter.*

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