

# **SARS-COV-2 Infektionsrisiko**

## **in der HP-Praxis**

*Da Heilpraktiker:innen mit Privatpraxen einen Versorgungsauftrag im Gesundheitswesen wahrnehmen, ist die differenzierte Darstellung aller Gegebenheiten, welche die Analyse des Gefahrenpotentials und der Vorsichtsmaßnahmen in Bezug auf eine Sars-Cov-2 Infektion möglich machen, sinnvoll.*

*In dieser Abhandlung wird das Alltagsgeschehen einer HP-Praxis mit Fachrichtung Homöopathie einschließlich aller Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe analysiert und transparent dargestellt.*

***Sie dienen zur individuellen Zusammenstellung von Argumentationen gegenüber lokalen Gesundheitsämtern bzgl. der einrichtungsbezogenen Immunitätsnachweispflicht und sich den daraus ergebenden Konsequenzen.***

***Aus Gründen der Lesbarkeit wurden die Datenquellen separiert, da sie zum Teil sehr umfangreich sind und das Ganze dann schnell auf mehrere hundert Seiten angewachsen wäre. Sie sind hinter den Aussagen mit [Q1...n] gekennzeichnet und können bei Interesse unter Angabe der Quellennummer angefordert werden.***

*Die Informationen sind referenziert geprüft und durch ein QM-Peer Review gegangen.*

## Inhalt

Allgemeinarztpraxis, Psychotherapiepraxis und HP-Praxis Fachrichtung Homöopathie .....	3
Management des Infektionsgeschehens.....	4
Erweiterte Praxishygiene .....	5
Einschätzen der Aerosol-Verbreitung .....	5
Kontaktgestaltung.....	5
Hygienische Optimierung der Praxisorganisation .....	6
Luftreinigung.....	6
Patientenmonitoring .....	6
Selbstmonitoring.....	6
Zusammenfassung .....	7
Checkliste zur Praxishygiene.....	8
Patientenaufkommen.....	8
Patientenkontakt im Wartebereich reduzieren.....	8
Infektionsmanagement.....	8
Hausbesuche .....	8
Beobachtung des Infektionsgeschehens .....	9
Sorgfältige Standardhygiene .....	9
Erweiterte Praxishygiene.....	9
Kontaktgestaltung während Behandlung .....	9
Patientenmonitoring .....	9
Selbstmonitoring.....	9
Hintergrundanalyse zum Infektionsgeschehen.....	10
Erläuterung zu den Aussagen des Wochenberichtes des RKI.....	10
Aktueller Wochenbericht .....	10
Aktuelle Symptomatik.....	13
Aktuelle Symptomatik nach Häufigkeit.....	14
Masken und ihre Schutzwirkung.....	14
Lüften und Raumdesinfektion .....	15
Hintergrund Informationen zur Sars-Cov-2 Immunisierung.....	17
Wirksamkeit der Sars-Cov-2 Immunisierungen durch mRNA Impfungen .....	17

## Allgemeinarztpraxis, Psychotherapiepraxis und HP-Praxis Fachrichtung Homöopathie

Im Unterschied zur Allgemeinarztpraxis ist die HP-Praxis mit Fachrichtung klassische Homöopathie in der Regel eine reine Bestellpraxis. Alle Behandlungen sind freiwillige Wahlleistungen des Patienten ohne Behandlungspflicht. Ein koordiniertes Terminmanagement mit weitestgehender Vermeidung von Patientenbegegnungen ist möglich.

Aufgrund der langen Konsultationszeiten mit Individualbetreuung ist die HP-Praxis mit Fachrichtung Homöopathie vom hygienischen Profil daher am ehesten mit einer psychotherapeutischen Praxis vergleichbar. Der typische Patientenkontakt ist die Eins zu Eins Begegnung. Bei Kindern, Pflegebedürftigen oder älteren Menschen kommt eine, sehr selten zwei Begleitpersonen des gleichen Haushaltes hinzu.

### Unterschied zur allgemeinmedizinischen Facharztpraxis

Die in der Hausarztpraxis häufigen Beratungs- und Behandlungsanliegen, wie

- Verschreibung rezeptpflichtiger Arzneimittel
- Einstellung und Monitoring bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes, KHK u.a.
- Überweisungen zur Facharzt Diagnostik
- Attest-Anliegen, Klären eines Versorgungsanspruches mit Kostenträgern
- Feststellen der Arbeitsunfähigkeit

entfallen. Übersicht zu den Einzelheiten der Primärversorgung in der Allgemeinmedizin siehe:

[http://www.content-info.org/public/berichtsband/CONTENT\\_Berichtsband\\_2.pdf](http://www.content-info.org/public/berichtsband/CONTENT_Berichtsband_2.pdf)

Unterschiede zur reinen Psychotherapie Praxis, die zusätzlich hygienischer Regeln bedürfen, sind:

- Durchführung von körperlichen Untersuchungen
- Laborleistungen: Häufiger Urinkontrolle, seltener: Schnelltests auf BZ, D-Dimere (Thromboseverdacht)
- Behandlung von akuten und chronischen körperlichen Leiden auch ohne psychosomatischen oder somatoformen Bezug

Das Patientenaufkommen beträgt selbst bei maximaler Auslastung und durchschnittlichen Konsultationszeiten - von 30-60 min pro Patient - im Wochendurchschnitt nur ein Viertel bis ein Fünftel im Vergleich zur allgemeinmedizinischen Facharztpraxis.

Eine Situation in der sich Patienten im Wartebereich begegnen, die nicht aus einem Haushalt stammen ist konzeptionell selten. (s.u.)

Da bis zu Zweidrittel aller HP-Praxen mit Fachrichtung Homöopathie als Teilzeitpraxen im Zweitberuf betrieben werden, ist das tatsächliche Patientenaufkommen insgesamt eher noch niedriger einzuschätzen. [Genaue Datenanalyse auf Anfrage]

## Management des Infektionsgeschehens

### **Für Heilpraktiker:innen besteht laut IFSG für Patienten mit Covid 19 in der akuten, infektiösen Phase ein Behandlungsverbot.**

Aus diesem Grunde, und auch zum Schutz aller, erfolgt bereits bei Terminvergabe eine eingehende Patientenbefragung auf Infektionsverdacht. Hierfür werden neben den Richtlinien des RKI v.a. die aktuellen wissenschaftlichen Veröffentlichungen zusammen berücksichtigt *↗Hintergrund des Infektionsgeschehens*.

Bei höheren Inzidenzzahlen wurden und werden aus Sicherheitsgründen regelmäßige Schnelltests vorgeschrieben, welche Patient:innen ganz unabhängig vom Praxisbesuch durchführen und in aller Regel von sich aus mitteilen. In der gegenwärtigen Alltagssituation ist es eher so, dass sich Patient:innen eigenverantwortlich bei Terminanfrage vergewissern, „ob sie mit Schnupfen kommen dürfen, da ihr Test negativ gewesen sei“ und ihn mehrheitlich ungefragt schon beim Betreten der Praxis vorzeigen.

Zusätzlich besteht nach IFSG §24 die Möglichkeit, bei Verdacht auf ein Infektionsgeschehen, oder bei einem zeitnahen Kontakt eines Patienten zu Erkrankten (K1), in der Praxis zur Absicherung einen Antigen-Schnelltest [Q1] unter Einhaltung der erforderlichen Sicherheitsmaßnahmen vor Beginn einer Behandlung durchzuführen. Dies gilt insbesondere auch für Immunisierte incl. Booster, die nach aktuellen Erkenntnissen ebenfalls Virusträger sein können [Q2].

Für jede Heilpraktiker:in besteht die Möglichkeit an Schulungen zur Durchführung von Tests teilzunehmen.

Liegt ein Infektionsverdacht bei der Terminvergabe vor, kommt die Patient:in gar nicht erst in die Praxis und wird bei symptomatischen Verdachtsmomenten oder positivem Schnelltest in der Praxis zum PCR-Bestätigungstest [Q3] weitergeleitet.

Vor Hausbesuchen wird der aktuelle Infektionsstatus abgefragt. Werden Patient:innen in Pflegeeinrichtungen mitbetreut, geltenden die Vorschriften vor Ort.

Bei einem fraglichen Kontakt wäre die Heilpraktiker:in eine K1 Person, müsste die Arbeit unverzüglich unterbrechen und den eigenen Infektionsstatus sicher abklären. Dadurch wäre die Versorgung aller weiteren Patienten unmittelbar unterbrochen und behindert. Aus diesem Grunde werden sich verantwortliche Behandler:innen nicht leichtfertig in eine solche Situation hinein manövrieren.

Zusätzlich wird das allgemeine Infektionsgeschehen, die aktuelle Verbreitung von Viren bei Atemwegsinfektionen, die Relevanz in Bezug auf Altersgruppen und das SARI Geschehen regelmäßig in den RKI-Wochenberichten nachverfolgt, um eine aktualisierte Einschätzung der Infektionssituation zu erlangen, wie es für eine sorgfältige Patientenberatung sinnvoll und erforderlich ist.

↗ Aktueller Bericht: [https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2021\\_2022/2021-48.pdf](https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2021_2022/2021-48.pdf)

## Erweiterte Praxishygiene

Die hygienischen Auflagen, wie die grundlegende allgemeine Desinfektion von Flächen, Instrumenten und Handhygiene, nach einem vom örtlichen Gesundheitsamt geprüften Praxishygieneplan, werden seit dem Covid-19-Geschehen um folgende Aspekte erweitert:

### Einschätzen der Aerosol-Verbreitung

**Konsequentes Stoßlüften während längerer Konsultationen und zwischen den Patienten ist die primäre Infektionsprophylaxe.** Um hier die individuellen Praxisgegebenheiten zu erfassen, sind daher Raum-Aerosol-Schätzungen zur Risikoabwägung aller beeinflussenden Faktoren hilfreich und sinnvoll. Sie geben eine ungefähre Vorstellung über das individuelle Gefahrenpotential. Hierfür eignet sich folgende Simulation, die einfach zu bedienen ist:

<https://www.zeit.de/wissen/2021-11/aerosol-rechner-delta-variante-innenraeume-geimpft-ungeimpft>

Eingestellt werden können hier zur Berechnung folgende Kriterien

- Räumliche Gegebenheiten: Baugröße, Raumhöhe
- Lüftungssituation
- Personenanzahl
- Einfluss von Masken
- Redeanteil und Lautstärke der Sprechenden sowie
- die Kontaktzeit

Die Modellierung erlaubt eine Einschätzung des potentiellen Infektionsrisikos durch Aerosolübertragung in der individuellen Situation.

### Kontaktgestaltung

Reduktion einer Aerosolübertragung während der Patientenbegegnung durch:

- Optimierung durch Abstand von durchschnittlich eineinhalb bis zwei Metern während der Anamnese-situation
- das Tragen von medizinischem Mund-Naseschutz (Op-Masken, ggf. FFP-2-Maske bei Risikopatienten) während körpernaher Tätigkeiten wie klinische Untersuchungen oder Körpertherapien, z.B. manualtherapeutische Eingriffe.

Einhalten besonders sorgfältiger Standardhygiene:

- unmittelbare Hand-Unterarmdesinfektion vor jedem Patientenkontakt
- die konsequente Desinfektion von Untersuchungsgeräten (z.B. Stethoskop, Reflexhammer etc.) bzw. die Verwendung von Einmalprodukten (z.B. Otoskop- Aufsätze, Nasenspekulae)
- Auflagen und Desinfektion der Untersuchungs-liege nach Diagnostik / Behandlung

## Hygienische Optimierung der Praxisorganisation

Hierunter fallen Maßnahmen zur Kontaktreduktion und das Tragen von Atemschutzmasken.

- Die Terminvergabe wird so strukturiert, dass Begegnungen von Patient:innen im Wartebereich weitgehend vermieden werden.
- Sicherheitsabstand von 1,5-2m durch entsprechendes Auseinanderstellen von Stühlen im Wartebereich und Bodenmarkierungen der Stuhlstandorte
- Das Tragen von Masken wird von den Patient:innen beim Eintritt in die Praxis ohnehin freiwillig eingehalten und bedarf in aller Regel keiner gesonderten Aufforderung.

Hinzu kommen:

- Aushängen bzw. Auslegen von Informationsmaterialien zum Infektionsgeschehen,
- Angebote zur zusätzlichen Handdesinfektion im Wartezimmer / Patienten-WC, sowie
- die Schulung von Praxis-Mitarbeiter:innen. <https://vah-online.de/de/>

## Luftreinigung

Größere Praxen nutzen zusätzlich die Möglichkeit von Raumluft-Desinfektionsgeräten, um die Entstehung von übertragungsfähigen Aerosolen weiter wirksam zu reduzieren.

## Patientenmonitoring

Für alle krankheitsbedingt häufigen Kontakte während einer Behandlung, wie sie gerade in einer homöopathischen Therapie mit einem konzeptionell engmaschigen Monitoring vorgesehen sind, erfolgen Verlaufskontrollen des Krankheitsverlaufs, z.B. bei fiebernden Kindern in der häuslichen Betreuung ggf. auch mehrfach täglich, bei Schmerzpatienten oder Angststörungen u.v.m. schon aus praktischen Gründen über Telefon bzw. Video-Sprechstunde.

Unberührt davon sind notwendige körperliche Untersuchungen, für welche die Patient:innen stets gezielt einbestellt oder ggf. an einen Facharzt weiter delegiert werden.

Das Angebot der Videosprechstunde bei bekanntem Krankheitsgeschehen wird – unter Berücksichtigung der DSGVO-Auflagen für eine maximal sichere Vertraulichkeit des Patienten – durchgeführt. Genutzt werden nur Dienste mit entsprechendem Sicherheitsprotokoll.

## Selbstmonitoring

Eine regelmäßige Durchführung von Selbsttests – (falls vorhanden) gemeinsam mit Mitarbeiter:innen, Kolleg:innen (Vieraugenprinzip) bzw. alternativ Testung in Testzentren – wird eigenverantwortlich nach aktuell geltenden Empfehlungen in Abhängigkeit zum Infektionsgeschehen eingehalten.

Bei Verdachtsmomenten auf eine Infektion (pos. AG-Test und Symptome) wird ein PCR-Test veranlasst und ein Patientenkontakt vorsorglich ausgesetzt.

Der Grund für diese selbst auferlegte Pflicht ist auch einfach zu verstehen: Bei der allgemein einseitig negativ ausgerichteten medialen Berichterstattung gegen den HP-Beruf, insbesondere noch in der Kombination Heilpraktiker:in und Homöopathie, besteht in der Kollegenschaft keinerlei Interesse daran, als leichtfertiger Superspreader mangels Hygiene in den Medien zu erscheinen. Nicht nur für sich selbst, sondern auch für den Beruf.

Auch existiert kein ersichtlicher Grund, weshalb die Gesundheit gerade chronisch Kranker durch mangelnde Vorsicht einer Behandler:in gefährdet werden sollte. Dies ergibt sich schon aus dem Vertrauensverhältnis zwischen den Patient:innen und ihrer Behandler:in, dem ethischen Grundsatz folgend:

*primum non nocere secundum cavere tertium sanare*

Erstens nicht schaden, zweitens vorsichtig sein, drittens heilen

## Zusammenfassung

Die Analyse zeigt, dass schon aus ganz praktischen Gegebenheiten des Praxisablaufes und des im Vergleich zur Facharztpraxis geringen Patientenaufkommens die Möglichkeit, in der Heilpraktikerpraxis mit Fachrichtung Homöopathie, mit Sars-Cov2-Infizierten in Berührung zu kommen, eher unwahrscheinlich ist.

Die beschriebenen zusätzlichen Vorsichtsmaßnahmen werden schon aus einem vitalen Interesse der eigenen Existenzgrundlage und der ethischen Berufsverpflichtung eingehalten.

Nach menschlichem Ermessen liegt unter diesen Bedingungen in der HP-Praxis keine erhöhte Infektionsgefahr im Vergleich zur Hausarztpraxis vor, sie kann insgesamt als eher unterdurchschnittlich eingeschätzt werden.

Grund dafür sind - unabhängig von dem Einhalten aller Hygieneregeln - die Bedingungen der allgemeinmedizinischen Facharztpraxis:

- deutlich höhere Patientenzahlen
- kurze Konsultationszeiten, um 7 min pro Patient:in
- viele akute Patienten, die ohne Anmeldung erscheinen
- wodurch immer wieder lange Wartezeiten entstehen (>60 min)

Patienten dürfen sich deshalb in der HP-Praxis mit Fachrichtung Homöopathie sicher fühlen und Vertrauen haben, dass sie von ihrer Behandler:in mit Sorgfalt in einem geschützten Raum nach bestem Wissen und Gewissen unter Beachtung optimaler Hygienekonzepte auf dem aktuell wissenschaftlichen Stand, betreut werden.

## Checkliste zur Praxishygiene

Die Checkliste dient zur schnellen Überprüfung des erweiterten Hygienestandards zur Vermeidung von SARS-COV\_2 Infektionen in der HP-Praxis mit Fachrichtung Homöopathie. Es werden alle Möglichkeiten als Empfehlung aufgezählt, welche je nach individuellen Praxisgegebenheiten zur Anwendung kommen können.

## Patientenaufkommen

Dokumentation des durchschnittlichen, wöchentlichen Patientenaufkommens im Praxiskalender

- Notieren der Konsultationszeit und Dauer
- Unterscheidung zwischen telefonischem Kontakt, Videocall, Präsenztermin mit/ohne körperliche Untersuchung, Körpertherapie

## Patientenkontakt im Wartebereich reduzieren

- Ausreichende Zeitabstände zwischen Konsultationen
- Telefon-/Videokonsultation abwechselnd mit Präsenzterminen
- Auslegen vom Informationsmaterial zum Infektionsgeschehen
- Tragen von MNS im Wartebereich (i.d.R. freiwillige Patientenleistung)
- geringe Wartezeiten

## Infektionsmanagement

- Bei Terminvergabe klären, ob es Kontakt zu Kranken gab, wenn ja wann?
- Eigene Symptome – welche, wann? Positiver Antigentest - ja oder nein?
- Anteil der Patienten, die eigenverantwortlich vor Termin einen Test gemacht haben
- Infektionsverdacht seitens des Behandlers? Dann Telefon-/Videocall? Wenn AG-Test positiv und symptomatisch, in jedem Falle zum PCR-Bestätigungstest weiterleiten
- Präsenztermin: Schnelltest beim Patienten durchführen, wenn positiv, zum PCR weiterleiten
- Geltende Sicherheitsbestimmungen zum Durchführen des Schnelltests einhalten
- Patient über aktuelle Quarantäne-Situation aufklären (Merkblatt aushändigen)

## Hausbesuche

- Bei Verdacht auf Kontakt (K1-Situation) über 4-5 Tage tgl. Selbstmonitoring. ggf. PCR-Test
- Bei Eintritt in Pflegeheime oder Betreuungseinrichtungen dortige Sicherheitsbestimmungen im Vorfeld klären und sorgfältig beachten

## Beobachtung des Infektionsgeschehens

- RKI Wochenberichte checken und Patienten in der Konsultation sachlich informieren

## Sorgfältige Standardhygiene

- Desinfektion von Untersuchungsgeräten nach Gebrauch
- Verwendung von Einmalprodukten
- Verwendung von Papierauflagen und Desinfektion der Untersuchungsliege nach Gebrauch

## Erweiterte Praxishygiene

- Bedingungen der Aerosolausbreitung nach räumlichen Gegebenheiten prüfen
- angepasstes Stoßlüften
- Risikoprofil prüfen: Personenanzahl, Redeanteil, Lautstärke der Sprechenden, Kontaktzeit, Einfluss von Maskentragen, Abstand der Sprechenden
- Luftreinigung durch Raumluft-Desinfektionsgeräte (Wartebereich, Sprechzimmer, Untersuchungsbereich)
- Handdesinfektion für Patienten (Warte- und Sanitärbereich)
- **Hygiene-Schulung von Mitarbeitern**

## Kontaktgestaltung während Behandlung

- Abstand von 1,5-2m einhalten
- medizinischer Mund-Nasen-Schutz bei körpernahen Tätigkeiten
- Hand-Unterarm-Desinfektion vor Patientenkontakt
- Instrumenten-Desinfektion nach Untersuchung, wo möglich Einmalprodukte

## Patientenmonitoring

- Bei notwendigen häufigen Kontrollen Telefon-/Videosprechstunde
- Bei besonderer Gefährdung: Verkürzung der Präsenzzeit in der Praxis auf notwendige körperliche Untersuchungen
- Delegation körperlicher Untersuchungen an Facharzt

## Selbstmonitoring

- Regelmäßige AG-Tests durchführen, Häufigkeit nach aktueller Infektionslage
- Nur BfArM-zugelassene Tests<sup>1</sup> verwenden
- Bei Verdachtsmomenten PCR-Test

---

<sup>1</sup> [https://www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Aufgaben/Spezialthemen/Antigentests/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Aufgaben/Spezialthemen/Antigentests/_node.html)

## Hintergrundanalyse zum Infektionsgeschehen

Stand 07.04.2022

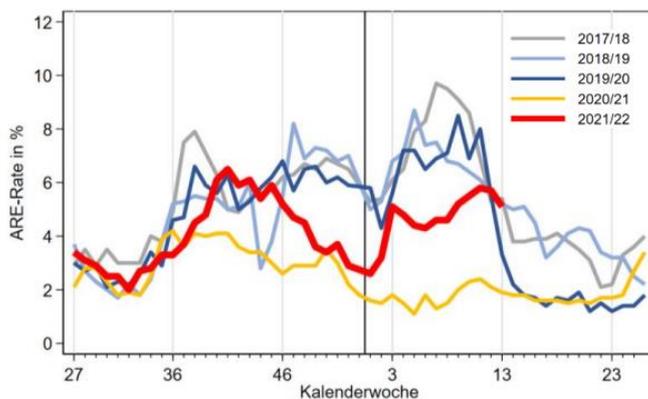
### Erläuterung zu den Aussagen des Wochenberichtes des RKI

Die Wochenberichte sind Stichprobenmeldungen, vergleichbar mit einer gut gemachten ersten Hochrechnung am Wahlabend. Sie beruhen auf intelligenten Schätzungen, kommen der Realität recht nahe, sind jedoch nicht absolut zu interpretieren. Auch liegen zum Zeitpunkt der Meldungen nicht immer alle Zahlen aus allen Regionen vollständig vor. Eine regelmäßige Nachverfolgung und Auswertung hilft zur Einschätzung des jeweils aktuellen Geschehens und kann daher auch zur Angstreduktion der Patienten herangezogen werden.

### Aktueller Wochenbericht

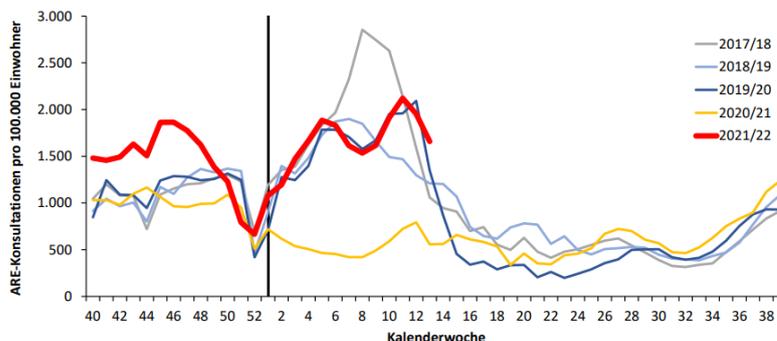
[https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2021\\_2022/2022-13.pdf](https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2021_2022/2022-13.pdf)

Eine kritische differenzierte Analyse des Infektionsgeschehens im Jahresvergleich.



**Abb. 1:** Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2017/18 bis 2021/22, bis zur 13. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Der Vergleich der akuten respiratorischen Erkrankungen zeigt in der aktuellen Saison 2021/22 einen moderaten Verlauf. Im Vergleich zu den Jahren 2017/18 ...18/19 und ...19/20 niedriger, jedoch höher als 2020/21, dem Jahr des *Dauerlockdown* mit umfangreichen Kontaktsperrern.



**Abb. 2:** Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in den Saisons 2017/18 bis 2021/22 bis zur 13. KW 2022. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Konsultationsinzidenzen zeigen ein ähnliches Bild, Werte zwischen 500 bis 2000 / 100.000 Einwohner sind über die Jahre übliche Gesamtzahlen, der Peak 2017 mit bis zu 3000 im Durchschnitt war eine Ausnahme. Im Mittel werden 5-20 von 1000 Personen pro Woche krank. Heraus fällt 2020/21 mit Dauerlockdown, mit < 5 Erkrankte/Wo von 1000 Menschen, mit anderen Worten 0,5% der Bevölkerung.

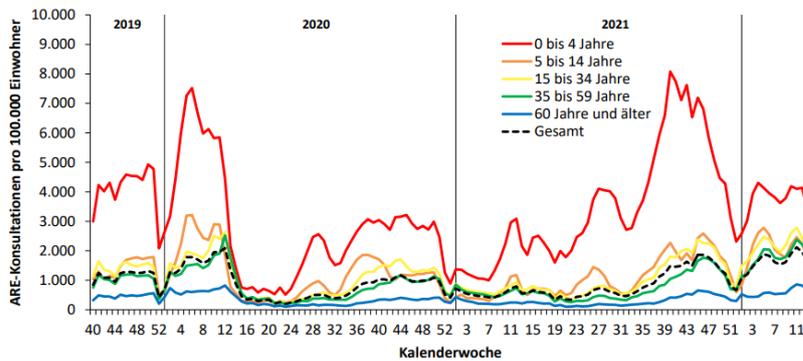


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2019 bis zur 13. KW 2022 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

Die Konsultationsinzidenz nach Altersgruppen zeigt eine deutliche Ausnahme für Kinder bis 4 Jahre. Offensichtlich hat es durch die Kontaktsperre 2020 eine geringe Zahl an Infektionen gegeben. Dafür sind es 2021 im Herbst deutlich mehr und länger als 2019/20. Ein Effekt, der darauf hinweist, dass die Infektionsrate beim Immuntraining praktisch um ein Jahr verschoben wurde. Der zweite Effekt ist für die postulierte COVID-19 Risikogruppe > 60 Jahre (blaue Kurve) zu erkennen. Es gab ohne Impfung mit Lockdown und Impfung mit Kontaktbeschränkungen einen ähnlichen Verlauf über die letzten drei Jahre.

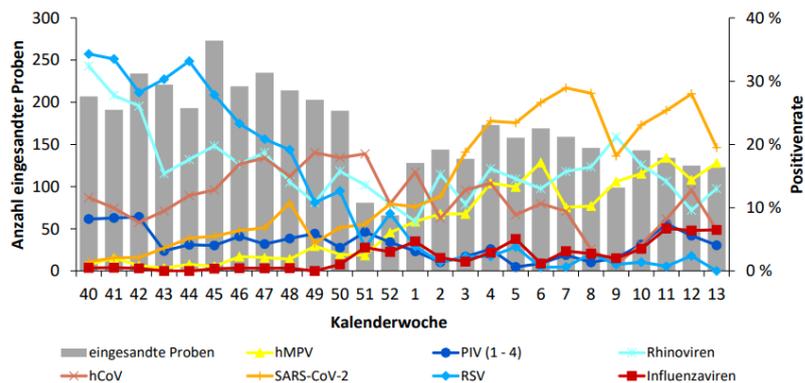


Abb. 4: Anteil der Nachweise mit Inflenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren (Positivrate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ für Inflenzaviren eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2021 bis zur 13. KW 2022.

Die Virennachweise zeigen, dass 2021/22 im Herbst, zu der Hochphase der Infektion für Kinder RSV und Rhinoviren dominant waren. Der Anstieg der Sars-Cov-2 Erreger zeigt sich erst ab Mitte Januar, mit den dann dominanten Omikron-Varianten.

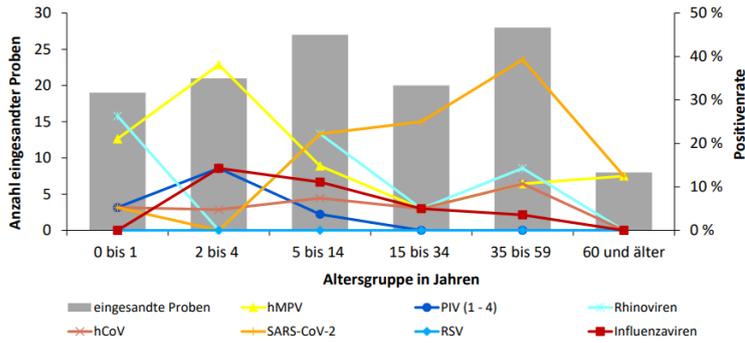


Abb. 6: Anteil (Positivitäten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 13. KW 2022.

Die Aufschlüsselung der Meldung nach Altersgruppen zeigt, dass Kleinkinder kaum von SARS-COV-2 betroffen sind. Die höchsten Zahlen finden sich bei Erwachsenen zwischen 35-59 Lj.

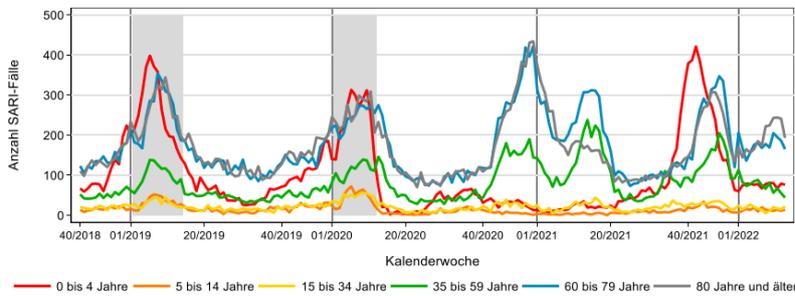


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 40. KW 2018 bis zur 13. KW 2022, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

Die schweren akuten respiratorischen Infektionen, welche stationär behandelt werden, bestätigen die bisherigen Aussagen. In der Altersgruppe der Kleinkinder fielen stationäre Behandlungen 2020/21 praktisch aus, sind dafür 2021/22 deutlich mehr. Der höchste Peak der Aufnahmen aus der Gruppe ab dem 79. Lebensjahr war zu Zeiten des Lockdowns und liegt auch dieses Jahr trotz hoher Durchimpfungsrate dieser Gruppe (> 90%) auf einem hohen Niveau.

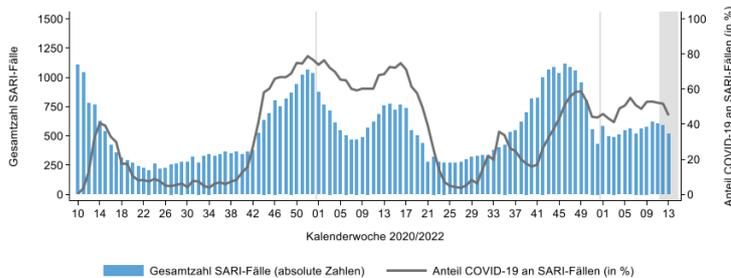


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1) unter SARI-Fällen, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 10. KW 2020 bis zur 13. KW 2022, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Für den grau markierten Bereich ist in den folgenden Wochen noch mit Änderungen in den Fallzahlen zu rechnen.



**Abb. 9:** Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 10. KW 2020 bis zur 13. KW 2022, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Für den grau markierten Bereich ist in den folgenden Wochen noch mit Änderungen in den Fallzahlen zu rechnen.

Eine ähnliche Aussage lässt sich auch aus den beiden abschließenden Darstellungen erkennen. Hierbei muss beachtet werden, dass hier der Maßstab verzerrt ist. Während die blauen Balken den zeitlichen Verlauf der Gesamtzahl der SARI-Fälle darstellen, ist die graue Kurve der prozentuale Anteil davon mit SARS-COV-2 positiver Bestätigung. Zu den Hochzeiten während des Lockdown 2020 /21 waren bis zu 80% der Intensivpflichtigen SARI Fälle mit Sars-Cov-2 infiziert.

## Aktuelle Symptomatik

Von Beginn an bis heute sind in Deutschland nie eindeutige Daten zu absoluten Zahlen der tatsächlich Erkrankten (nicht nur Testpositiven) und ihren charakteristischen Erkrankungszeichen systematisch erhoben worden [Q4].

Dies hätte nur durch systematisch durchgeführte Beobachtungsstudien erfasst werden können, sei es für die Sicherheit der diagnostischen Tests, der charakteristischen Symptomatik sowie für den Effekt der präventiven Maßnahmen einschließlich der Sars-Cov-2 Immunisierung durch mRNA Impfstoffe.

Die Veröffentlichungen beruhen daher meistens auf Modellrechnungen, die mittels statistischer Schätzungen vorgenommen werden. Hier liegt ein primärer Grund, weshalb die tatsächlich erforschbaren Fakten, die Real World Data *RWD*, welche in Ländern, wie England, Dänemark, Israel u.a. durch wissenschaftliche Auswertung von Beobachtungsstudien zu anderen Schlussfolgerungen Anlass geben und sich deutlich von dem unterscheiden, was die deutsche Politik propagiert und die Mainstream-Presse in Wort, Bild und Ton veröffentlicht. [Q5]

Das, was aufgrund von Modellrechnungen erwartet wird, muss in der Realität nicht so eintreten und sollte deswegen keine Grundlage für Entscheidungsträger sein. Zum Beispiel wurden Beschlüsse zum einrichtungsbezogenen Immunitätsnachweis im November aufgrund von solchen Berechnungen zur *Variant-of-Concern-Delta* vorgenommen, die sich dann plötzlich mit der Omikron-Variante im Januar grundlegend änderten, die Virusvariante ist infektiöser und deutlich weniger pathogen. Ein für Epidemien historisch schon häufig belegter Verlauf [Q6].

## Aktuelle Symptomatik nach Häufigkeit

Ein einfacher Blick auf Wikipedia zeigt, dass sich mit der Variante Omikron auch die Schwerpunkte der Symptomatik änderten. [https://de.wikipedia.org/wiki/SARS-CoV-2-Variante Omikron](https://de.wikipedia.org/wiki/SARS-CoV-2-Variante_Omikron)

„... Die Daten der Covid Symptoms Study London zeigen zwischen den Varianten Delta und Omikron keine klaren Unterschiede der frühen Symptome in den ersten drei Tagen. Die häufigsten fünf Anzeichen sind danach:<sup>[48][49]</sup>

- Laufende Nase
- Kopfschmerzen
- Leichte oder schwere Müdigkeit
- Niesen
- Halsschmerzen<sup>[48]</sup>

Nur etwa die Hälfte der Infizierten litten an den zwei klassischen Symptomen:<sup>[49]</sup>

- Fieber
- Husten<sup>[49]</sup>

Weitere häufige Symptome waren:<sup>[49]</sup>

- Appetitlosigkeit
- Bewusstseinstörung<sup>[49]</sup>

Der Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns trat bei Omikron nur noch in 13 % der Fälle auf.<sup>[50]. ..“</sup>

Es gibt somit keine so eindeutigen Erkennungszeichen und vor allem auch noch Unterschiede zu den früheren dominanten Varianten Alpha (Original Wuhan Virus) und seinen Abkömmlingen, insbesondere der Delta-Variante. Somit fehlt die Möglichkeit, die Erkrankung sicher an bestimmten Symptomen zu erkennen.

Ebenso sind die AG-Tests bei asymptomatischen Personen schwach verlässlich und zeigten schon bei den Abweichungen von Delta gegenüber Alpha eine hohe Fehlerrate um 48%. Bei symptomatischen Personen findet sich eine Zuverlässigkeit von maximal 90%. Auch die PCR-Tests bieten übrigens keine absolute Sicherheit, wie Analysen zeigen würden<sup>2</sup>. Diese Fakten zur Virusidentifizierung haben sich seit Omikron noch weiter verschlechtert und treffen besonders auf viele Billigtests zu, die im Handel angeboten werden. Aus diesen Gründen ist für eine wirksame Infektionsprophylaxe vornehmlich das Hygienekonzept der Praxis entscheidend.

## Masken und ihre Schutzwirkung

Hierzu müssten RWD gesammelt und zur Veröffentlichung gestellt werden, was in Deutschland so nicht gemacht wurde / wird. So gut wie alle Arbeiten, die in Deutschland offiziell publiziert wurden und werden, sind vornehmlich Modellierungen unter Laborbedingungen [Q7]

---

<sup>2</sup> Dazu müsste man die aktuellen Ringversuche kennen, die werden jedoch nicht veröffentlicht. Die falschnegativrate, negative predictive value, ist aus den RKI Daten daher nicht zu ermitteln.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine zur Gesichtsform passende und dicht sitzende FFP-2 Maske einen gewissen Schutz vor der Verbreitung von Virusaerosolen über kurze Zeiträume bieten kann. Die FFP-2 Maske schützt dabei die Umgebung vor den ausgeatmeten Aerosolen des Maskenträgers in beschränktem Maße und nur für kurze Zeit. Sie bietet jedoch keinen sicheren Schutz vor der Aufnahme von Viren durch Aerosole in einem Raum. Im Alltagsgeschehen zeigt sich, dass der Schutz noch deutlich geringer ausfällt, da die Mehrheit einen falschen Umgang mit den Masken pflegt:

- selten werden die passenden Masken getragen werden (es gibt 5 Größen und verschiedenen Typen für unterschiedliche Gesichtsformen)
- die mangelnde Passgenauigkeit verringert die ausgeatmeten Aerosole nicht, es werden zwar weniger nach vorn abgegeben, dafür mehr zur Seite und nach oben geblasen (Bsp. beschlagende Brillen, gereizte Bindehäute)
- das ständig daran „Herumgezupple“, bzw. wenn die Nase oft halb heraushängt oder die Maske zwischendurch als Kinnbinde fungiert, verschlechtern den Schutzeffekt weiter
- die Masken werden nicht, wie es notwendig ist, spätestens alle 2h gewechselt, sondern im Gegenteil: die gleiche Maske wird tagelang benutzt
- die Aufbewahrung derselben in der Hosentasche ist meistens alles andere als einem hygienischen Standard entsprechend.

Unter solchen Bedingungen ist eine OP-Maske, die vornehmlich zum Abbremsen des Luftstroms führt, besser, denn die FFP2-Maske nutzt bei diesem Umgang eben gar nichts, und kann selbst zum Infektionsherd mit Bakterien und vor allem Pilzen werden. Die OP-Maske bremst Tröpfchen ab und reduziert etwa die Hälfte bis Zweidrittel der größeren Aerosole, was bei kurzen körpernahen Kontakten hilfreich ist und deswegen sinnvoll erscheint. Dazu kommen überraschende Ergebnisse einer umfangreichen Beobachtungsstudie

[https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2022/02180/The\\_Foegen\\_effect\\_A\\_mechanism\\_by\\_which\\_face\\_masks.60.aspx](https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2022/02180/The_Foegen_effect_A_mechanism_by_which_face_masks.60.aspx)

Das Ergebnis zeigt, dass das Tragen einer dicht sitzenden Maske für einen symptomatisch Infizierten kontraindiziert ist, da durch Rückstau und Rückatmung mehr Viren tiefer in die Lunge des Betroffenen gelangen. Das Ergebnis ist eine verstärkte Selbstinfektion mit höherer Viruslast. Es ist akut Erkrankten daher eher davon abzuraten, Masken zu tragen.

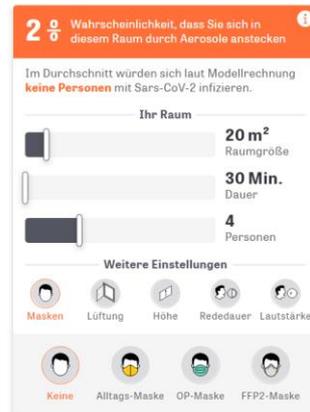
*Bei körpernahen Tätigkeiten kann durch das Tragen ein gewisser, aber nicht sicherer Schutz für den Patienten durch die Behandler:in gegeben sein. Ein wirksamer Infektionsschutz ist nicht erzielbar. Eine aktuelle rechtliche Bewertung zu der Thematik nebst eingehender Quellen-Referenzierung steht hier. [https://netzwerkkrista.de/2022/04/08/koerperverletzung-durch-masken/#2\\_Empirische\\_Untersuchungen](https://netzwerkkrista.de/2022/04/08/koerperverletzung-durch-masken/#2_Empirische_Untersuchungen)*

## Lüften und Raumdeseinfektion

Schon Mitte 2020 wurde im weltweiten Infektionsgeschehen bekannt, dass die Virusverbreitung über Aerosole die primäre Infektionsquelle darstellt. Diese Erkenntnis ist für die Infektionsprophylaxe in Innenräumen entscheidend, während sie im Freien keine Rolle spielt. Die Ausbreitung von Aerosolen ist in Innenräumen wesentlich abhängig von den räumlichen Gegebenheiten:

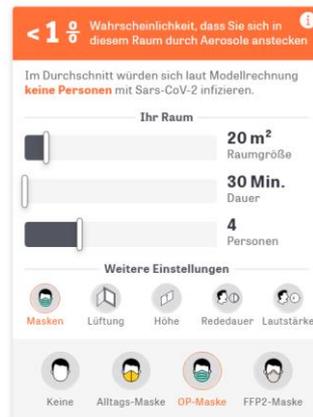
- Größe und Luftvolumen
- der Anzahl der Personen im Raum
- der Dauer des Aufenthaltes sowie
- dem Austausch der Raumluft.

Beispiele der modellierten Aerosolberechnung zeigen, dass ein angepasstes Stoßlüften entscheidend ist. Angenommen ein Raum mit 20m<sup>2</sup> und maximal 4 Personen (Behandler Kind und Eltern).



Von Fabian Dinklage, Annick Ehmann, Elena Erdmann, Moritz Klack, Maria Mast, Julian Stahnke, Julius Tröger, Claudia Vallentin und Paul Blickle  
26. November 2020, 10:58 Uhr / 508 Kommentare /

Das zusätzliche Tragen von Masken kann die Infektionsgefahr nur um 1-2% verringern. Dies zu wissen, ist daher im körpernahen Kontakt wie bei körperlichen Untersuchungen wichtig, um sich nicht in falscher Sicherheit zu wiegen, die eine Maske nicht bieten kann.



Von Fabian Dinklage, Annick Ehmann, Elena Erdmann, Moritz Klack, Maria Mast, Julian Stahnke, Julius Tröger, Claudia Vallentin und Paul Blickle  
26. November 2020, 10:58 Uhr / 508 Kommentare /

<https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2020-11/coronavirus-aerosole-ansteckungsgefahr-infektion-hotspot-innenraume>

In größeren Räumen mit vielen Personen ist demzufolge eine Luftansaugung und Frischluftzufuhr entscheidend. Für übliche Praxen ist wirksames Stoßlüften mit Durchzug alle 30 min ausreichend.

## Hintergrund Informationen zur Sars-Cov-2 Immunisierung

Stand 07.04.2022

### Wirksamkeit der Sars-Cov-2 Immunisierungen durch mRNA Impfungen

Nach eiliger, vorläufiger Zulassung der mRNA-Impfstoffe kam es zu einem nie dagewesenen Massenimpfprogramm, welches politisch energisch gewollt und von allen Medien entsprechend proaktiv unterstützend beworben wurde. Die Hoffnung war, eine sterile Immunität in der Bevölkerung zu aktivieren:

- welche die Virusausbreitung wirksam unterbindet
- indem die Transmission von Immunisierten deutlich reduziert wird
- keine schwerwiegenden KH-Verläufe mehr auftreten
- das Ganze ohne besondere unerwünschte Arzneiwirkungen (UAW)

Als Basis dienten Pilotstudien, deren Ergebnisse seitens der Hersteller veröffentlicht und sogleich mittels Modellberechnungen auf die Bevölkerung hochgerechnet wurden. Mit der Euphorie der ersten Stunde, die Lösung in der Hand zu haben, „die Pandemie zu besiegen“.

Nach über einem Jahr Impfprogramm mit doppelter Impfung plus Booster und optionalen weiteren Booster, wird durch Nachuntersuchungen und aus dem Verlauf des Geschehens deutlich:

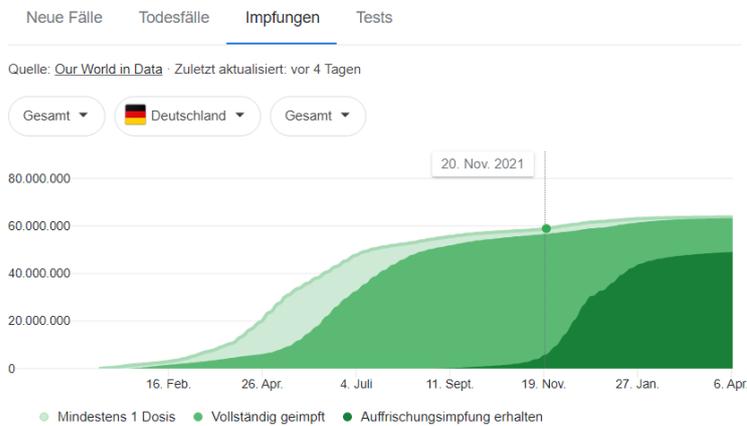
- die Virusausbreitung kann nicht unterbunden werden, da es schnelle Mutationen gibt, welche die durch die Impfung ausgelöste AK-Produktion unterlaufen
- neutralisierende Antikörper werden innerhalb von 3-4 Monaten abgebaut [Q8]
- eine langfristige Immunität tritt nicht ein, weshalb es keine Sterilität gegenüber dem Virus gibt
- ein wirksamer Fremdschutz ist nicht zu erzielen
- schwere Verläufe treten in den gefährdeten Gruppen trotzdem auf
- es gibt bedeutend mehr schwerwiegende UWA's als bisher veröffentlicht [Q9]

Ausgehend von einer Bevölkerung von 83 Mill abzgl. 9 Mill Kindern ergibt sich eine Gruppe von 74 Mill Menschen, von denen rd. 63 Mill zwei Impfdosen (85%) und 49 Mill die dritte Impfdosis (66%) erhalten haben, was aus den täglich durch das RKI veröffentlichten Impfzahlen hervorgeht (<https://impfdashboard.de/>). In der vulnerablen Gruppe liegt die Impfquote je nach Berechnung zwischen 89-92%. Auch wenn diese Zahlen nicht exakt sind, da die genauen Daten nicht erhoben wurden, zeigt sich, dass die Situation durch noch mehr Impfen sich nicht mehr grundlegend verbessern lässt, Daten aus Israel, England, Schottland und Island (<https://www.covid.is/data>) belegen eher das Gegenteil.

Dafür sprechen auch erste Arbeiten z.B. aus Israel, dass sich die Schutzwirkung nach der 4. Immunisierung mit mRNA eher drastisch verschlechtert.

Es ist auch unabhängig von einzelnen Publikationen einfach aus dem Verlauf verstehbar. Das statistische erfasste Impfplateau war Anfang Januar erreicht. Der Beginn der Booster-Kampagne war in Deutschland übrigens Anfang November.

### Statistik



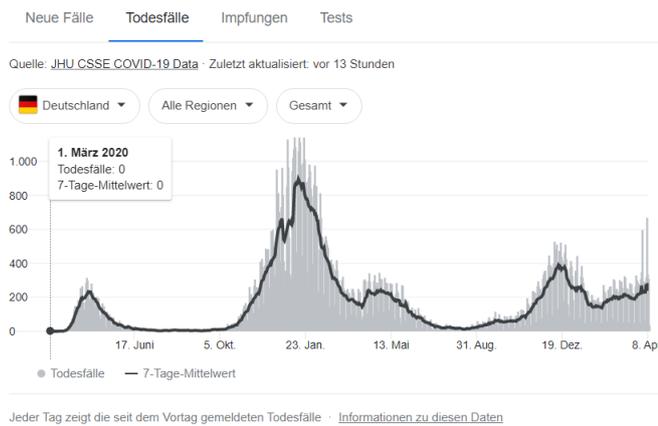
### Statistik



Gleichzeitig beginnt Anfang Januar 2022 die Ausbreitung der Omikron-Variante den Wendepunkt im Infektionsgeschehen einzuleiten, mit einem fulminanten Anstieg der Infektionszahlen.

Omikron ist eine infektiösere, aber weniger pathogene Variante, die trotz NPI (non pharmacological interventions) innerhalb weniger Wochen zwar zu einer zunehmenden und inzwischen signifikanten Durchseuchung führte, jedoch treten schwere Verläufe kaum noch auf, und ein Anstieg der infekti- onsbedingten Todesfälle („an oder mit Corona“), wie vor einem Jahr, ist nicht zu verzeichnen.

## Statistik



Dazu kommt, dass 3-fach geimpfte Personen genauso Viren aufnehmen und weitergeben, wie dies zweifach Geimpfte oder auch Ungeimpfte tun. Lediglich Genesene nach symptomatischen Infektionen scheinen einen anhaltenderen Immunschutz zu besitzen. Einige aktuelle Untersuchungen weisen sogar darauf hin, dass die Gruppe der vielfach durch mRNA-Impfung Immunisierten empfänglicher für eine Ansteckung sein kann [Q2].

Dass eine Impfung im individuellen Fall sinnvoll sein kann, bleibt davon unberührt, und bedarf stets der beratenden Abwägung des impfenden Arztes, gemeinsam mit dem Patienten. Dies allein aus der externen Evidenz einiger Veröffentlichungen ableiten zu wollen, oder aus mathematischen Modellierungen, entbehrt jeder wissenschaftlichen Grundlage.

Ein indirekter Impfzwang durch ein drohendes Betretungsverbot der Arbeitsstelle mit Existenzverlust, wie es durch den Paragraphen IFSG 20a im Herbst 2021 unter dem Eindruck der Delta-Variante verabschiedet wurde, ist aufgrund der Entwicklung des Infektionsgeschehens und des fehlenden Fremdschutzes – gerade auch für Mitarbeiter des Gesundheitssystems – nicht mehr zeitgemäß und geht völlig an aktuellen wissenschaftlich belegten Erkenntnissen vorbei.

Ebenso wenig wie eine allgemeine Impfpflicht, die aus denselben Gründen keine Mehrheit im Bundestag fand. Alle Anträge sind am 07.04.2022 mehrheitlich abgelehnt worden.