„Das RKI setzt das wissenschaftliche Arbeiten aus“ – unter dieser Zwischenüberschrift fokussiert die habilitierte Krankenhaushygienikerin **Ines Kappstein** in ihrem aktuellen Buch auf das Robert Koch-Institut. Im Interview mit den NachDenkSeiten sagt Kappstein, die Behörde habe den Auftrag, „wissenschaftlich zu arbeiten“, womit nicht vereinbar sei, „dass man einfach nur Behauptungen aufstellt, für die man keine wissenschaftlichen Daten hat“. Im Gespräch schildert Kappstein, was die Grundlage für ihre Kritik an dem RKI ist und zeigt, wie brüchig das Fundament war, auf das die Politik eine allgemeine Maskenpflicht gegossen hat. Ihr Fazit: „Die Wirksamkeit der Maske ist für die beabsichtige Anwendung nicht belegt. Es fehlte jede wissenschaftliche Grundlage. Deshalb hätte eine Maskenpflicht nicht verhängt werden dürfen.“ Von **Marcus Klöckner**.

Dieser Beitrag ist auch als Audio-Podcast verfügbar.

https://www.nachdenkseiten.de/upload/podcast/250509-IV-Kloeckner-Kappstein-NDS.mp3

Podcast: Play in new window | Download

Marcus Klöckner: Die Maske – nichts war wohl so sehr Zeichen für die Coronazeit wie dieses Teil, das urplötzlich zum festen Bestandteil des Lebens wurde. Sie haben nun ein Buch über die Maske geschrieben. Auf fast 400 Seiten kommt der Begriff allein oder in zusammengesetzter Form rund 1.500-mal vor. Was war für Sie der Grund, den Fokus auf die Maske zu setzen?

Ines Kappstein: Interessant. Mir war nicht bewusst, dass der Begriff so häufig vorkommt; ich bin nie auf die Idee gekommen, zu zählen. Für mich begann die intensive Beschäftigung mit den Corona-Maßnahmen nach der Masken-Empfehlung des RKI, die Mitte April 2020 im Epidemiologischen Bulletin des RKI erschien. Aufgrund meines Fachgebiets, der Krankenhaushygiene, kenne ich mich mit Masken aus, wofür sie verwendet werden und wie sie getragen werden müssen, damit sie – vielleicht – Schutz bieten.

Sie sagen „vielleicht Schutz bieten“. Wie meinen Sie das?

Bewiesen ist ein Schutzeffekt auch bei der Anwendung in der Patientenversorgung nicht, sei es durch das OP-Team während Operationen oder auf der Station bei engem Kontakt (ein bis zwei Meter Abstand bei Vis-à-vis-Kontakt) mit Patienten, bei denen Erreger im Nasen-Rachen-Raum nachgewiesen (oder vermutet werden), vor deren Kontakt sich das medizinische Personal schützen soll (z.B. Influenzaviren bei entsprechender Symptomatik, A-Streptokokken bei eitriger Angina oder Meningokokken bei Meningitisverdacht).

Bei diesen Gelegenheiten verwendet man die sogenannte chirurgische oder OP-Maske. FFP-Masken (in der Regel als FFP2) wurden ‚vor Corona‘ nur bei Patienten mit sogenannter offener Tuberkulose der Atemwege (d.h. Lunge oder Kehlkopf) getragen, dann aber auch nur, solange man im selben Raum mit dem Patienten war.

Die Maske war plötzlich für jedermann ein Muss. Das lässt darauf schließen, dass der Umgang mit ihr einfach ist und jeder richtig damit umgehen konnte. War dem so?

Nein. Masken sind nur scheinbar trivial im Umgang. Und: Sie sind auch mit einem Kontaminationsrisiko für die Hände des Trägers verbunden, weil sie an der Innenseite zwangsläufig mit bakteriellen potenziellen Infektionserregern aus dem Nasen-Rachen-Raum des Trägers kontaminiert werden.

Würden Sie das bitte etwas näher erläutern?

Das medizinische Personal wird immer wieder darauf aufmerksam gemacht, die Maske nicht – und insbesondere nicht an der Innenseite – zu berühren. Das hat seinen Grund. Dieses Risiko der Kontamination besteht insbesondere immer dann, wenn die Maske nur kurz abgenommen wird und dann z.B. am Hals vor der Brust (die OP-Maske wird meist mit Bändern am Kopf und im Nacken geschlossen) oder eben bei Ohrgummis am Ohr baumelt: Spätestens beim Wiederaufsetzen kann man leicht mit den Händen die Innenseite berühren, und dadurch gelangen die Bakterien (zu denen häufig Staphylococcus aureus gehört, der der häufigste Erreger eitriger Infektionen innerhalb und außerhalb des Krankenhauses ist und mit dem der Mensch oft in der vorderen Nasenhöhle besiedelt ist, d.h. wo er also nur auf der Schleimhaut ‚sitzt‘, aber keine Infektion verursacht) an die Hände des Personals. Je nach Tragedauer kann die Maske aber auch an der Außenseite mit den Bakterien aus dem Nasen-Rachen-Raum des Trägers kontaminiert sein, denn das Maskenmaterial wird durch die Atemluft beim längeren Tragen feucht, sodass die Bakterien von innen nach außen quasi durchwandern können.

Und im Bereich der Krankenhaushygiene ist dieses Wissen also sehr präsent?

Wenn man in der Krankenhaushygiene arbeitet, macht man das klinisch tätige Personal immer wieder auf dieses Kontaminationsrisiko der Hände aufmerksam, weil potenzielle Infektionserreger an den Händen zu einem Infektionsrisiko für die Patienten werden können, wenn man z.B. am Venenkatheter manipulieren oder einen Verbandswechsel durchführen muss.

Lassen Sie uns jetzt noch mal auf die RKI-Maskenempfehlung für jedermann eingehen.

Was ich ausgeführt habe, ist wichtig, um die Empfehlung des RKI einzuordnen. Das RKI empfahl die Maske für nahezu jeden Bürger in Deutschland, um damit angeblich die Ausbreitung des Coronavirus zu reduzieren und wiederum dadurch eine Überlastung der Krankenhäuser zu verhindern.

Und nun kommt ein „Aber“?

Erstens war die Wirksamkeit der Masken für dieses Ziel unbewiesen, und zweitens hat man damit der im Umgang mit Masken völlig ungeübten Bevölkerung eine nur scheinbar einfache und darüber hinaus potenziell risikoerhöhende Maßnahme verordnet, denn nicht nur Bakterien, sondern auch Viren werden im normalen Leben über die Hände verbreitet, weil wir uns natürlicherweise und meist auch noch ohne es zu bemerken mit den Händen oft ins Gesicht fassen, an Nase, Augen und Mund, wo respiratorische Viren ihre sogenannten Eintrittspforten haben, d.h. hingelangen müssen, um überhaupt eine Infektion verursachen zu können. Ich bin in meinem Buch auf die Rolle der Hände und der häufigen Hand-Gesichtskontakte des Menschen ausführlich eingegangen.

Deshalb liegt der Fokus des Buches auf der Maske, weil sie durch die Ende April eingeführte Maskentragepflicht das Erscheinungsbild der Corona-Pandemie in der Öffentlichkeit maßgeblich bestimmt hat. Sie war also keine Petitesse, und sie zu tragen war keine freie Entscheidung, denn nahezu in jedem Lebensbereich des mehr oder weniger öffentlichen Lebens bestand die Pflicht, eine Maske zu tragen, sonst bekam man einen Bußgeldbescheid oder wurde nicht eingelassen (zum Beispiel in Krankenhäuser).

Die Kampflinie zwischen Maßnahmenbefürwortern, Politik, Medien und Kritikern ließ sich gut an der „Maskenfrage“ ablesen. War die Maske mehr als ein, sagen wir: Mittel zum Zweck?

Die Maske war viel mehr als nur ein ‚Mittel zum Zweck‘ (also die Virusausbreitung zu reduzieren etc.). Sie war aus meiner Sicht, wie mir aber erst sukzessive im Laufe der Coronajahre klar wurde, das entscheidende Instrument der Politik, um die Bevölkerung gefügig zu machen: Sie sollte den Lockdown vor Einführung der Maskenpflicht (und später dann die nachfolgenden) rechtfertigen, sollte also zeigen, dass wirklich etwas Schlimmes passiert sei, weshalb man erstmals in Deutschland derart einschneidende Maßnahmen ergriffen hat. Sie sollte den aus der Sicht der Politik nötigen Angstpegel hochhalten, auch die Angst der Menschen voreinander, nicht nur vor dem (unsichtbaren) Virus. Sie sollte die

Bevölkerung dazu bringen, die kaum richtig untersuchten Impfungen zu akzeptieren, aber nicht nur das, sondern sogar für erstrebenswert zu halten.

Bevor wir auf Ihre Erkenntnisse eingehen: Lassen Sie uns bitte noch mal das Schlaglicht auf die Coronazeit werfen. Die eine Gruppe hat an den Masken festgehalten, für die andere war sie ein rotes Tuch. Was waren die Gründe, die aus Sicht der Gruppe, die das Maskentragen befürwortete, für die Maske sprachen?

Wir reden jetzt nicht von den Politikern, die die Maskenpflicht aus welchen Gründen auch immer wollten, sondern von den Bürgern. Viele Maskenbefürworter fanden es wahrscheinlich plausibel, wenn man Mund und Nase bedeckt, weil dahinter ja die Viren sitzen können, und haben den Politikern vielleicht einfach geglaubt, dass sie schon das Richtige tun. Diese Personen hätte man leicht durch eine entsprechende Information überzeugen können, dass nämlich Plausibilität erstens nicht ausreicht, um eine Maskenpflicht für die gesamte Bevölkerung zu verhängen, und zweitens weit entfernt ist von einer Wirksamkeit aus wissenschaftlicher Sicht. Plausibel ist vieles, das allein reicht aber nicht für so weitgehende und noch dazu Zwangsmaßnahmen.

Das wäre jetzt die Gruppe jener Maskenbefürworter, die die Maske aus ihrer Sicht aus „Gründen der Vernunft“ getragen haben.

Es gab aber noch eine andere Gruppe von – strikten und schwer bis gar nicht erreichbaren – Maskenbefürwortern, die damit einen moralischen Anspruch verbunden haben, die wahrscheinlich von den Begriffen ‚Altruismus und Solidarität‘ angesprochen waren, auf jeden Fall aber nicht bereit waren zu fragen, ob Masken denn überhaupt in ihrer Effektivität wissenschaftlich belegt sind. Es sind (bzw. waren) wohl diejenigen, die sich als ‚links‘ bezeichnen würden und eher ‚grüne‘ Ziele verfolgen und die jeden Zweifel an der Maskenwirksamkeit als ‚rechts‘ bezeichnet haben, was sie von ihrem Weltbild her bekämpfen mussten. Vom Alter her waren die Vertreter dieser Gruppe oft aus der Mitte des Lebens, einer Zeit, wo viele beginnen, Angst vor dem Älterwerden zu entwickeln. Ich habe mal gelesen (weiß aber nicht mehr, wo und wer das gesagt hat), dass diese immer noch ziemlich jungen Menschen, deren Jugend aber definitiv vorbei ist und die in aller Regel schon entscheidende Weichen in ihrem Leben gestellt haben (Familie, Beruf), sich nicht sicher sind, ob das alles so richtig war, und da sich schon deshalb bei ihnen eine gewisse Grundangst breitmacht, waren sie sehr anfällig für die Angst, die um das Coronavirus herum geschürt wurde. Vielleicht eine Erklärung dafür, dass nicht etwa alte Menschen, für die das Virus tatsächlich gefährlich sein konnte, sondern viel jüngere Leute besonders viel Angst vor dem Virus hatten.

Mit welcher Begründung lehnte die andere Gruppe das Maskentragen ab oder stand ihm kritisch gegenüber?

Die andere Gruppe war zum Teil zunächst von den Maßnahmen mehr oder weniger überzeugt, wie ich aus meinem Umfeld erfahren habe, hat sich dann aber vor allem via Internet kundig gemacht und ist dabei auf Personen gestoßen, die ihnen aufgrund ihrer Fachkenntnisse Informationen über das Virus und die möglichen Auswirkungen der ‚Maßnahmen‘ geben konnten. Mein damaliger Artikel in der Zeitschrift *Krankenhaushygiene up2date* zur Masken-Empfehlung des RKI gehörte dazu, aber zahlreiche Kritiker der Corona-Maßnahmen machten wiederholt Videos mit Erläuterungen oder Video-Interviews. Das habe ich nie gemacht, weil es nicht so meine Art ist, mich auf diese Art zu äußern, sondern ich schreibe lieber. Jedenfalls konnte man – auch schon frühzeitig – eine Menge Kritisches zu der offiziellen Sichtweise über das Coronavirus erfahren, und das hat bei dieser Gruppe zu einer anderen Sicht auf das Virus und die Maßnahmen der Regierung geführt.

Beide Gruppen führten immer wieder Studien und angebliche oder echte Belege ins Feld, die das Tragen der Masken rechtfertigten oder eben nicht. Sie haben, um das noch mal hervorzuheben, im Bereich Krankenhaushygiene habilitiert. Wie haben Sie in der Coronazeit diese Diskussion und auch das „Hauen und Stechen“ im Hinblick auf die Maskenpflicht beobachtet? Was waren Ihre Gedanken?

Man kann sagen: Ich war dankbar für die Diskussionen und die Nennung all der Artikel, die die Effektivität der Masken angeblich belegt haben – oder eben nicht. So erfuhr ich frühzeitig, was gerade diskutiert wurde, und kam ohne viel Aufwand an die Artikel, die gerade von der einen oder anderen Seite angeführt wurden. Man hat ja damals nahezu alle Artikel frei erhalten können, auch wenn man die (Fach-)Zeitschriften nicht abonniert hatte. Das hatte es bis dahin noch nicht gegeben. Man brauchte also nur einen der Autoren, den Titel oder die Zeitschrift zu wissen, um ohne Aufwand auch an die PDF-Datei des Artikels oder Preprints zu kommen. So gesehen waren das gute Zeiten. Nebenbei: Warum war das damals so, also warum musste man nicht mehr jeden einzelnen Artikel teuer bezahlen, bevor man ihn lesen konnte?

Da war ich lange auf einer Art Irrweg und habe ganz naiv gedacht, die internationale Community der wissenschaftlichen Journale habe sich angesichts der besonderen Situation durch das neue Virus eben großzügig bereitgefunden, alles freizugeben. Inzwischen meine ich (nachdem bekannt geworden ist, dass die Peer-Reviewer und deren Institutionen in den Coronajahren sehr viel Geld von der Industrie bekommen haben), dass die Fachzeitschriften von der einschlägigen Industrie (und vielleicht auch von den großen Stiftungen) ebenfalls

mit viel Geld versorgt wurden, sodass man leicht die Artikel freigeben konnte, über die sonst ein Teil der Einnahmen läuft, mit denen die Zeitschriften sich finanzieren.

Eine Zwischenüberschrift in Ihrem Buch lautet: „Das RKI setzt das wissenschaftliche Arbeiten aus“. Sie schildern dann die Zeit ab dem 14. April 2020. Am 27. April 2020 wurde die Maskenpflicht eingeführt. Was passierte in dieser Zeit? Und: Warum sagen Sie, das RKI habe seine wissenschaftliche Arbeit „ausgesetzt“?

Das RKI hat in seinem für die Einführung der Maskenpflicht entscheidenden Artikel von April 2020 über die ‚Neubewertung‘ von Masken behauptet, die Maske könne ein Baustein sein, um die Ausbreitung des Virus zu reduzieren und damit die Überlastung der Krankenhäuser zu verhindern. Dafür liefert der Artikel aber keine Belege. Ich habe jede der dort genannten Referenzen gelesen und habe das ausführlich in meinem Buch dargelegt. Das RKI hat sich dabei fast im ganzen Artikel ziemlich vorsichtig ausgedrückt, hat nur von Möglichkeiten gesprochen und hat an keiner Stelle gesagt, dass eine solche Maskeneffektivität wissenschaftlich belegt sei. Ganz am Schluss aber, im letzten Satz, heißt es dann in Bezug auf diese Maskeneffektivität nicht mehr ‚kann‘ oder ‚könnte‘, sondern ‚ist‘, d.h. am Ende des Artikels (da schauen die meisten Leser hin, weil an dieser Stelle meist ein kurzes Resümee gegeben wird) suggeriert das RKI, dass es diese Effektivität von Masken tatsächlich gibt.

Für dieses Ziel hat das RKI in dem Artikel das Konstrukt der sogenannten unbemerkten Übertragung eingeführt – die übrigens auch Grundlage war für die massenhaften PCR-Testungen bei Gesunden.

Damit war gemeint: Auch Menschen, die bereits mit dem Virus infiziert waren, aber keine Symptome hatten, könnten ansteckend sein. Richtig?

Ja, so war das gemeint. Man scheide das Virus bereits aus, wenn man noch nicht erkrankt ist (‚präsymptomatisch‘), oder man könne ohne Symptome (‚asymptomatisch‘) infiziert sein. In beiden Fällen weiß man es also nicht, weil man nichts spürt von einer oberen Atemwegsinfektion, könne von daher aber ‚unbemerkt‘ das Virus streuen und so andere Menschen, denen man begegnet, infizieren.

Als Novum hingestellt wurde damals, dass man das Virus schon ausscheidet, bevor man krank wird. Das war aber nicht neu, sondern von anderen Virusinfektionen nur zu bekannt. Natürlich ist man da dann auch prinzipiell infektiös. Ob es zu einer Erregerübertragung kommt, hängt von der Art der Kontakte ab (insbesondere enge Kontakte innerhalb der

Familie). Und weil man damals so getan hat, als sei das außergewöhnlich, dass der Erreger schon vor den Krankheitssymptomen im Nasen-Rachen-Sekret erscheint, konnte man auch die ‚unbemerkte Übertragung‘ erfinden. Sicher, die gab und gibt es, wurde aber nie als Risiko betrachtet. Bei Corona aber brauchte man sie und hat sie hochstilisiert zu einem hohen Risiko für die gesamte Bevölkerung. Und genau das war und ist unbewiesen.

Dieses Konstrukt der angeblich völlig neuen ‚unbemerkten Übertragung‘ mit noch dazu hohem Übertragungsrisiko wurde verwendet (und benötigt), um die Sinnhaftigkeit von Masken (zum ‚Fremdschutz‘) und damit die (offenbar frühzeitig geplante) politisch gewollte Maskenpflicht zu begründen (aus den RKI-Files geht jedenfalls hervor, dass der Artikel des RKI schon seit Ende März 2020 im RKI vorbereitet wurde). Das heißt: Mit der angeblich vorhandenen ‚unbemerkten Übertragung‘ (wegen der zum ‚Fremdschutz‘ aus ‚Altruismus und Solidarität‘ die Masken erforderlich seien) – und nur damit – hat das RKI der Politik die Grundlage dafür geliefert, eine Maskenpflicht verhängen zu können, nachdem die Maske zuvor von RKI und Politik aus guten Gründen abgelehnt worden war, weil es keine Daten gab, die ihre Anwendung in der Öffentlichkeit stützen. Mit der ‚unbemerkten Übertragung‘ also wurde die Pflicht zum Maskentragen begründet, egal, wo man sich im öffentlichen Raum aufhält, zum Beispiel in einem Lebensmittelladen, wo sich die Kunden auf dem Gang begegnen, bis hin zu Wanderwegen mit Engstellen wie in der Höllentalklamm im Zugspitzgebiet.

Weil die ‚unbemerkte Übertragung‘ nicht belegt war (und ist), aber vom RKI in seinem Artikel vom April 2020 als hohes Risiko dargestellt wurde, habe ich im Buch geschrieben, dass das RKI das wissenschaftliche Arbeiten ausgesetzt hat. Das ist für sich schon interessant, weil das RKI gemäß § 1 IfSG den Auftrag hat, wissenschaftlich zu arbeiten, und damit ist nicht vereinbar, dass man einfach nur Behauptungen aufstellt, für die man keine wissenschaftlichen Daten hat. Noch viel interessanter aber ist, dass sich das RKI innerhalb von nur zwei Monaten – klandestin, wie man heute in gebildeten Kreisen sagt – schon wieder von der Theorie der ‚unbemerkten Übertragung‘ zurückgezogen hat (allerdings von der Öffentlichkeit – wie im Übrigen auch von mir – unbemerkt, also kann man schon sagen: heimlich), indem es im COVID-Steckbrief (den ich nicht ständig auf Veränderungen durchgeschaut habe, was, wie man sehen kann, ein Fehler war) bereits zu diesem frühen Zeitpunkt geschrieben hat, dass symptomatische Personen bei der Erregerübertragung die Hauptrolle spielen (das wusste man schon immer), dass ferner der Anteil präsymptomatischer Personen ‚nicht genau beziffert‘ werden könne und dass schließlich die Ansteckung durch asymptomatische Personen vermutlich eine ‚untergeordnete Rolle‘ spiele. Das muss man erst einmal begreifen: Noch im April 2020 ist die ‚unbemerkte Übertragung‘ angeblich ein hohes Risiko und man braucht Masken zum ‚Fremdschutz‘, und schon zwei

Monate danach im Juni 2020 kann man das Ausmaß der unbemerkten Übertragung ‚nicht genau beziffern‘ (präsymptomatisch), oder sie spielt eine ‚untergeordnete Rolle‘ (asymptomatisch). Da hatte das RKI das wissenschaftliche Arbeiten wieder aufgenommen. Deshalb also meine Aussage, das RKI habe das wissenschaftliche Arbeiten ausgesetzt.

Wie sind Sie denn nun für Ihr Buch vorgegangen, um die „Maskenfrage“ zu klären? Was haben Sie gemacht?

Ich habe alle Artikel, die von den Masken-Befürwortern genannt wurden (das waren mit Abstand die meisten) und von den Masken-Kritikern dagegengestellt wurden, durchgelesen und dabei geprüft, was die Autoren sagen und wie sie es begründen oder welche Methodik sie ggf. bei ihren Studien angewendet haben. Denn es waren ja viele Artikel gar keine ‚Studien‘, also Untersuchungen zu einer konkreten Frage, sondern viele waren nur Artikel, in denen die Autoren ihre Meinung zur Maskenfrage geäußert haben. Das ist legitim, aber keine Studie, sondern ganz schlicht ein Meinungsbeitrag und hat wissenschaftlich keine darüber hinausgehende Bedeutung, wenn nicht darin wiederum auf konkrete Untersuchungen bzw. Ergebnisse zur relevanten Frage Bezug genommen wird. Und ich habe geschaut, wann die Artikel publiziert bzw. bei der Zeitschrift eingereicht worden waren, um sehen zu können, was wann bekannt war (denn es hieß ja bald insbesondere von Seiten der Politik so oder ähnlich: das haben wir damals ja noch nicht gewusst). Und dabei zeigte sich (das habe ich in einer eigenen Tabelle zusammengestellt), dass sehr viel Corona-Maßnahmen-Kritisches schon in 2020 publiziert und auch methodisch gut war, dass aber die für die Corona-Maßnahmen positiven Publikationen hauptsächlich aus Modellrechnungen oder eben Meinungsbeiträgen bestanden, die nur eine geringe Aussagekraft für die Realität haben.

Ich habe mir auch die Referenzlisten aller Beiträge durchgesehen und daraus die Artikel besorgt und gelesen, die die Autoren z.B. der Meinungsbeiträge für ihre Aussagen zitiert haben. Dasselbe Vorgehen habe ich praktiziert bei den Veröffentlichungen der internationalen Gesundheitsbehörden, also ECDC für Europa, CDC für die USA und WHO für die Welt (das RKI hatte ich ja schon). Das ist zeitaufwendig – und häufig nicht sehr interessant, um es vorsichtig auszudrücken, aber da musste ich durch, wenn ich mir sicher sein wollte, keine Ergebnisse aus wissenschaftlichen Untersuchungen übersehen zu haben, die vielleicht doch für die Anwendung von Masken in der Öffentlichkeit sprechen könnten.

Sie sprechen vom Tragen „von Masken in der Öffentlichkeit“.

Das ist das Stichwort. Bei all diesen Überlegungen geht es immer nur um die Anwendung von Masken in der Öffentlichkeit, um, wie es die Regierung immer sagte (und ins IfSG

geschrieben hat), damit die Virusausbreitung einzudämmen und die Überlastung der Krankenhäuser zu verhindern.

Es geht also nicht um Masken in Situationen, wo zwei Menschen miteinander zu tun haben und der eine von den beiden eine respiratorische Infektion hat, und es geht natürlich auch nicht um experimentelle Studien, wo Masken unter Laborbedingungen an einem Dummy getestet werden, und ebenso wenig geht es um Tierstudien. Die Frage, unter der ich alles beurteilt habe und beurteilen musste, war also: Gibt es Daten aus aussagefähigen wissenschaftlichen Untersuchungen, die belegen, dass Masken, die von allen Bürgern im öffentlichen Raum getragen werden, die Virusausbreitung eindämmen und dadurch die Überlastung von Krankenhäusern (incl. Intensivstationen) verhindern können? Nur darum ging es bei der Maskenfrage.

Und? Gibt es diese aussagefähigen Daten?

Nein, solche Daten gibt es nicht.

Es gab, ich meine in 2021, einen Experten, der vorher nicht zum Zuge kam, aber dann relativ häufig interviewt wurde, der in einem solchen Interview von der ihn doch sehr überraschenden hervorragenden Wirksamkeit von Masken sprach. Ich habe ihn angeschrieben und gefragt, auf welche Untersuchungen er sich denn bezogen habe, denn mir seien keine bekannt, die die Anwendung von Masken in der Öffentlichkeit stützen würden, wie in Deutschland durch die Maskenpflicht festgelegt. Ich habe keine Antwort bekommen, und ich vermute, er hat die experimentellen Laborstudien gemeint, bei denen FFP-Masken untersucht werden, die seitlich mit Knetmasse abgedichtet werden, um wirklich nur das Maskenmaterial prüfen zu können. Ich glaube aber nicht, dass er nicht wusste, wovon er redet.

Wie angesprochen haben Befürworter der Masken immer wieder Studien ins Feld geführt, die angeblich die Wirksamkeit belegen. Zusammengefasst: Welche Probleme haben Sie bei entsprechenden Studien ausgemacht?

Es sind keine aussagefähigen Studien für die zur Diskussion stehende Fragestellung, sei es, dass es sich um Modellrechnungen handelt (mathematische Schätzungen oder Simulationsstudien) oder um sogenannte Fall-Kontrollstudien oder Beobachtungsstudien. Es gab in der Coronazeit am häufigsten Modellrechnungen. Das sind aber immer nur ‚Wenn-Dann-Ergebnisse‘, d.h. sie können gar nicht die Wirklichkeit widerspiegeln, weil sie ausschließlich auf Annahmen beruhen, eben so: Wenn das so ist, dann könnte daraus das werden. Das also sind ‚Wenn-Dann-Ergebnisse‘. Bei den anderen Studienarten gibt es keine

gleichzeitigen Kontrollgruppen, und das ist eine entscheidende Voraussetzung: eine adäquate und das bedeutet auch: zufällig ermittelte Kontrollgruppe, die zeitgleich beobachtet werden kann. Man nennt dieses Studiendesign ‚kontrollierte randomisierte Studie‘ (oder engl. controlled randomized trial = RCT). Das hätte man, wenn man gewollt hätte, machen können. Ich habe das im Buch skizziert.

Es gab international zwei solcher Studien: Die eine, schon im Jahr 2020 publiziert, hatte den Eigenschutz, nicht den Fremdschutz zum Ziel (und fand keinen signifikanten Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe). Sie konnte deshalb für die in Deutschland stattfindende Diskussion, wo es ja um den angeblichen Fremdschutz ging, nichts Entscheidendes beisteuern (obwohl natürlich ihr Ergebnis durchaus interessant war, weil danach die Maskenträger nichts von dieser Maßnahme hatten). Die andere Studie wurde in Bangladesch bei Landbevölkerung durchgeführt, hatte aber beträchtliche methodische Mängel und bei einer externen Reanalyse keinen nachweisbaren Effekt. Das ist im Buch eingehend beschrieben.

Was ganz wichtig ist, sind sogenannte systematische Reviews, in denen zu einem gegebenen Thema alle verfügbaren Untersuchungen zusammengesucht und ausgewertet werden, soweit es geht, d.h. wenn sich die Untersuchungen dafür eignen, in einer zusammenfassenden mathematischen Auswertung, was man dann Metaanalyse nennt. Nicht selten sind einzelne Untersuchungen – ganz gleich, zu welchem Thema – zu klein, sodass die gleichzeitige Auswertung mehrerer Studien (aber natürlich nur, wenn dafür die Voraussetzungen bei den Einzelstudien stimmen) einen aussagefähigeren Pool von Daten ergeben kann. Abgesehen von der Metaanalyse ist schon die Beurteilung solcher Studien im systematischen Review zeitaufwendig, aber auch ohne Metaanalyse ist es wichtig, keine Untersuchung auszulassen, sondern eben systematisch nach allem zu suchen, was es zu der Fragestellung gibt, um schließlich ‚evidence-based‘ eine Aussage machen zu können.

Anders ist das beim sogenannten narrativen Review (was auch immer die Bezeichnung ‚narrativ‘ hier bedeuten soll, die Bezeichnung ist aber seit Langem etabliert), denn dabei muss man nicht nach allem suchen, sondern kann eine (subjektive) Auswahl treffen. Seit einigen Jahren wird von einer Wissenschaftlerin aus Großbritannien, die Ende der 1990er-Jahre ein tolles Buch über evidence-based medicine geschrieben hat, überraschenderweise und wiederholt der narrative Review propagiert. Dazu findet sich im Buch ein aktuelles Beispiel, das zeigt, wohin dieses Vorgehen führen kann und dass damit mit einiger Sicherheit Interessen bedient werden, die man mit systematischen Reviews nicht (ausreichend) bedienen könnte.

Wie müsste denn eine ideale Studie aussehen, um die Wirksamkeit oder

Nichtwirksamkeit der Maske im Rahmen einer „Pandemiesituation“ festzustellen? Auf Seite 75 Ihres Buches beschreiben Sie eine Situation, in der eine ziemliche Masse an Menschen vorkommen müsste.

Ja, stimmt. Da es aber auch um eine ungeheuer große Zahl an Menschen geht bzw. ging (ca. 80 Millionen in Deutschland), die von der Maskenpflicht betroffen waren, muss es halt sein, wenn man wirklich wissen will, ob die Maske etwas taugt, dass sehr viele Menschen (das heißt Tausende in jeder Gruppe) in solch eine vergleichende Untersuchung einbezogen werden. Schließlich wurden für die angebliche Maskenwirksamkeit die Grundrechte außer Kraft gesetzt. Grundrechte sind keine Privilegien, sie stehen uns zu, darum müssen wir nicht betteln. Da muss es doch möglich sein, das heißt der Wille da sein, so genau wie möglich herauszukriegen, ob das beabsichtigte Mittel auch geeignet ist.

Was spricht aus Ihrer Sicht gegen die Maßnahme Maske?

Die Wirksamkeit der Maske ist für die beabsichtige Anwendung nicht belegt. Es fehlte jede wissenschaftliche Grundlage. Deshalb hätte eine Maskenpflicht nicht verhängt werden dürfen.

Was noch?

Eine große Bedeutung hatte für die Masken-Befürworter die Aerosol-Theorie, also die angeblich sicher nachgewiesene Übertragung speziell dieses Coronavirus über winzige Partikel, denen man nicht aus dem Weg gehen kann, weil sie in der Luft schweben, und die man deshalb zwangsläufig inhaliert. Um das zu verhindern, konnte nur die Maske helfen, aber natürlich auch nur eine FFP-Maske. Soweit die bekannte Story. Die Bundesregierung hat die Aerosol-Übertragung in seiner AHA- + L-Regel durch das ‘L‘ für ‚Lüften‘ berücksichtigt. Der Mechanismus ist ja nur zu bekannt: Wenn man eine Behauptung nur oft genug wiederholt, steht sie irgendwann als Tatsache da.

Die Aerosol-Übertragung ist allerdings alles andere als nachgewiesen, sondern stellt eine der vielen unbelegten Behauptungen der Coronazeit dar. Auch der Bericht über die Chorprobe in den USA, die dafür stets als Beweis herangezogen wird, wirft mehr Fragen auf als darin beantwortet werden und kann keineswegs als Beleg für den behaupteten Übertragungsweg genommen werden, und zwar schon deshalb, weil man mit einem Ausbruch keinen Übertragungsweg sichern kann (das gilt also ebenso für den Ausbruch bei Webasto oder bei Tönnies). Offenbar ist die Aerosol-Theorie viel zu eingängig, um in Frage gestellt zu werden. Genau das aber habe ich ausführlich in einem der Kapitel des Buches getan und dort dargestellt, welche Fragen erst einmal geklärt werden müssten, um zu der

Schlussfolgerung einer Übertragung via Aerosole gelangen zu können. Also: Ohne die Aerosol-Übertragung des Coronavirus hätte die Maske nicht so lange verteidigt werden können, aber die Aerosol-Übertragung ist unbewiesen.

Wie blicken Sie auf das Thema Corona-Aufarbeitung, was müsste für eine fundierte Aufarbeitung geleistet werden?

Mit Skepsis, aber dennoch zuversichtlich, würde ich sagen, weil ich der Typ ‚Glas halbvoll‘ bin, also letztlich immer glaube, dass trotz Widrigkeiten ein mindestens akzeptables Ergebnis kommen wird. Ich gebe zu, dass ich damit zum jetzigen Zeitpunkt beim Thema ‚Corona-Aufarbeitung‘ an meine Grenzen komme, weil ich diesbezüglich in Deutschland kein Lichtlein von irgendwoher kommen sehe. Die nächste Bundesregierung möchte angeblich eine Enquete-Kommission einrichten, aber keinen Untersuchungsausschuss. Der ist aber erforderlich. Eine Enquete-Kommission ist zumindest bei diesem komplexen Thema nur Kosmetik, weil dort neben ein paar Alibi-Personen wieder nur diejenigen aus Politik und Wissenschaft sitzen werden, die das Vorgehen in der Coronazeit maßgeblich bestimmt haben. Da kann es keine objektive Beurteilung der Situation geben.

In einem Untersuchungsausschuss können Zeugen geladen werden, und eine Falschaussage ist wie vor Gericht strafbar. Das hört sich hart an, wir hatten es aber auch mit außergewöhnlich harten Maßnahmen zu tun, die nicht einfach damit erklärt werden können, dass man es doch nicht so genau gewusst und nur das Beste gewollt habe. Und immer hat sich die Politik auf ‚die‘ Wissenschaft berufen. Dass das nicht stimmte (abgesehen davon, dass es ‚die‘ Wissenschaft nicht gibt), wurde aus den RKI-Files deutlich oder auch aus der Zeugenaussage des jetzigen RKI-Präsidenten in einem Gerichtsverfahren zur Hochstufung des Risikos für die Bevölkerung durch das RKI. Es wurde politisch entschieden und Wissenschaft, wenn sie vorhanden war, wurde ignoriert. Es geht also bei einem Untersuchungsausschuss nicht um ‚Schuldzuweisungen‘, wie es die Gegner heute gerne sagen und deshalb dieses Verfahren ablehnen. Es geht vielmehr um Aufklärung: Die Öffentlichkeit hat ein Anrecht darauf, zu erfahren, was wer wann wusste und warum diese einschneidenden Maßnahmen durchgeführt wurden.

Eine Aufarbeitung der Coronazeit müsste also auch klären, wieso das alles fast weltweit (berühmteste Ausnahme: Schweden) stattfand, denn wir wissen ja inzwischen, dass es sich eben nicht um ein Naturereignis gehandelt hat. Ich stelle dazu am Ende des Buches ein paar, aber keineswegs erschöpfende Fragen, z.B.: Warum wurde laut Zulassungsstudie von Pfizer/BioNTech mit der Vorbereitung der Impfstoffe schon am 10. Januar 2020 begonnen, als es doch noch lange keine durch die WHO ausgerufene Pandemie und noch nicht einmal eine PHEIC gab? Oder: Warum wurde schon Mitte Januar 2020 ein Testprotokoll zum

Nachweis des Erregers verbreitet, obwohl es damals gemessen an der Weltbevölkerung nur wenige Fälle gab? Oder: Warum war die Politik in Deutschland bereit, derartige für ein Land katastrophale Maßnahmen wie Lockdowns einzuführen? Oder: Wieso konnten mit den Impfungen nahezu ungeprüfte Medikamente an Zigmillionen Menschen verabreicht werden, über die in den RKI-Files schon Ende April 2020 zu lesen ist, dass Impfungen ‚im Schnelldurchgang‘ entwickelt werden und ‚relevante Daten erst Post-Marketing‘ erhoben werden? Oder: Warum haben so viele Länder gleiche bis sehr ähnliche Maßnahmen nahezu zur selben Zeit eingeführt (z.B. Deutschland und Frankreich jeweils am 16. März 2020)? Oder: Warum wurde mit so großer Härte z.B. auf Demonstrationen gegen Kritiker der Maßnahmen vorgegangen (wobei es ja offensichtlich nicht darum ging, dass sie die ‚Maßnahmen‘ nicht befolgten, weil in anderen vergleichbaren Situationen mit vielen Menschen auf der Straße die gleiche Nichtbefolgung keine Konsequenzen hatte)?

In Deutschland gab es aus den vom RKI routinemäßig erhobenen Überwachungsdaten zu respiratorischen Infektionen keinen Anhalt für eine besondere Situation, denn weder gab es viele Atemwegsinfektionen, wie man es aber doch erwarten würde bei einer Pandemie durch einen neuen Erreger, noch machte das neue Virus etwa einen hohen Anteil an allen isolierten respiratorischen Viren aus, sondern im Gegenteil lag der Anteil des Virus zu der Zeit, als der erste Lockdown beschlossen wurde, also Mitte März 2020, bei gerade mal 1,6 Prozent. Von diesen Daten her war in Deutschland einfach nichts los, was die radikalen Maßnahmen auch nur annähernd gerechtfertigt hätte. Das alles und noch viel mehr kann nur in einem Untersuchungsausschuss geklärt werden.

Lesetipp

Ines Kappstein: Aerosole, Angst und Masken: Die AHA- + L-Regeln. Münster 2025, Verlag Kubo UG, gebundene Ausgabe, 404 Seiten, ISBN 978-3962300258, 32 Euro.

Titelbild: kovop/shutterstock.com