

Abschätzung der Infektionsgefährdung durch SARS-CoV-2 im Einzelhandel auf der Basis unterschiedlicher Methoden

Der Einzelhandel ist ein Bereich mit vielen Kontakten zwischen den Beschäftigten und den Kunden. Es liegt daher die Vermutung nahe, dass es zu erhöhten Infektionszahlen bei Beschäftigten kommt. Zu dieser Fragestellung liegen in der SARS-CoV-2-Pandemie nur wenige Untersuchungen vor. Im vorliegenden Beitrag wird mit unterschiedlichen Methoden versucht, die Infektionsgefährdung zu bestimmen und damit die Wissenslücke zu schließen.



STEFAN MAYER

Dr. Stefan Mayer ist bei der Berufsgenossenschaft Handel und Warenlogistik, Mannheim, tätig.



FRANK DIETERICH

Dr. Frank Dieterich ist bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin, tätig.

Weitere Autoren: Dr. Klaus Schäfer, Berufsgenossenschaft Handel und Warenlogistik, Mannheim; Dr. Matthias Möhner und PD Dr. Udo Jäckel, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin.

I. Einleitung

Im Einzelhandel haben die Beschäftigten eine Vielzahl von Kontakten zu Kunden, sei es im Beratungsgespräch, im Verkaufsraum oder an der Kasse. Nach Schätzungen des Handelsverbands Deutschland (HDE) kommt es jährlich zu ca. 15 Milliarden Kundenkontakten, die in der Regel jeweils nur von kurzer Dauer sind¹. In einer Pandemie besteht die Gefahr, dass zum einen sich die Beschäftigten an Kunden infizieren und dass zum anderen Beschäftigte das Virus an Kunden und andere Beschäftigte weitergeben. In der derzeitigen SARS-CoV-2-Pandemie wird diese Gefahr dadurch verstärkt, dass Personen bereits vor dem Ausbruch von Krankheitssymptomen infektiös sein können. Zudem können Personen, die über den gesamten Infekti-

onsverlauf keine oder lediglich milde Symptome aufweisen, Infektionen weitergeben.

Der Ausschuss für Arbeitsmedizin geht nach Prüfung internationaler Konzepte in seiner Empfehlung „Umgang mit aufgrund der SARS-CoV-2-Epidemie besonders schutzbedürftigen Beschäftigten“ daher auch von einer mittleren Gefährdung für die Beschäftigten im Einzelhandel aus.

Vor dem Hintergrund, dass SARS-CoV-2 eine schwere Krankheit bei Infizierten auslösen kann, leicht übertragbar ist und hierdurch die Behandlungskapazitäten der Gesundheitssysteme schnell ausgeschöpft werden können, wurden mit dem Ziel der Infektionskettenunterbrechung am 17.3.2020 weite Teile des Einzelhandels geschlossen. Ausgenommen davon waren unter anderem der Lebensmitteleinzelhandel sowie Drogeriemärkte und Baumärkte.

Erste Maßnahmenkonzepte zur Infektionskettenunterbrechung für den Einzelhandel wurden bereits Anfang März erstellt und zielten darauf ab, den Kontakt der Beschäftigten untereinander, zu den Kunden und zwischen den Kunden so zu verändern, dass die Übertragungswege „Tröpfchen und Schmierinfektion“ möglichst unterbunden werden sollten. An Kassensarbeitsplätzen und Bedientheken, wo ein Mindestabstand von 1,5 Meter in der Regel nicht eingehalten werden kann, wurden ab Mitte März Abtrennungen installiert. Weitere Maßnahmen waren beispielsweise die Pflicht zur Nutzung von Einkaufswagen zur leichteren Wahrung der Sicherheitsabstände, Auflagen zur maximalen Kundenanzahl im Geschäft zur gleichen Zeit, verkürzte Reinigungszyklen. Ab Ende April kam die bundesweite Pflicht zum Tragen von Mund-Nase-Bedeckungen (MNB) im Einzelhandel hinzu.

¹ Handelsverband Deutschland (HDE) (2018): Fakten zum Lebensmitteleinzelhandel. Hrsg. IFH

Die Annahme, dass es im Einzelhandel vermehrt zu Infektionen kommen kann, wurde unterstützt durch eine Untersuchung von Lan et al.² an 104 Beschäftigten eines Supermarktes in Boston (USA). In dieser Untersuchung zeigte sich, dass etwa 20 % der Beschäftigten infiziert waren. Dreiviertel der Infizierten waren asymptomatisch.

Auch in einer Studie in sechs asiatischen Ländern zeigte sich, dass 18 % der berufsbedingten Infektionen im Bereich von Service- und Verkaufstätigkeiten auftraten.³ Eine Untersuchung eines Infektionsclusters rund um einen Supermarkt in Liaocheng in China ergab, dass von den 8437 untersuchten Personen der Anteil infizierter Beschäftigter mit einem Wert von 9,2 % signifikant höher war als bei den Kunden, bei denen nur in 0,02 % der Fälle eine Infektion festgestellt wurde.⁴ Von der Gesamtzahl der Infizierten waren 12 % asymptomatisch.

Vor diesem Hintergrund ist es von besonderem Interesse, zu ermitteln, wie sich die Infektionshäufigkeit unter Beschäftigten im Einzelhandel in Deutschland im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung verhält, und wie sich die in Deutschland ergriffenen Maßnahmen im Vergleich zu den Ergebnissen aus anderen Länder darstellen.

Zur Abschätzung der Infektionshäufigkeit im Einzelhandel in Deutschland wurden bisher verschiedene Ansätze gewählt. Im ersten Ansatz erfolgte eine berufsbezogene Auswertung von Krankenversicherungsdaten.⁵ In einem weiteren Ansatz wurde auf der Basis von epidemiologischen Daten und der geschätzten Dauer und Häufigkeit der Kundenkontakte das Risiko einer SARS-CoV-2-Infektion im Handel mit Lebensmitteln und Drogeriewaren abgeschätzt.⁶ Im dritten hier vorgestellten Ansatz wurden Einzelhandelsunternehmen befragt, wie häufig SARS-CoV-2-Infektionen unter Beschäftigten im Einzelhandel aufgetreten sind.

II. Methodik

Es wurden 15 Unternehmen aus dem Lebensmitteleinzelhandel, sowie aus dem Drogerie- und Bekleidungseinzelhandel befragt, wie viele Beschäftigte im Zeitraum zwischen der 10. und 44. Kalenderwoche eine Infektion mit SARS-CoV-2 hatten. Von 11 Unternehmen erfolgten Rückmeldungen, die teils schriftlich, teils telefonisch übermittelt wurden. Die zurückgemeldeten Zahlen wurden jeweils auf die Gesamtzahl der Beschäftigten in den befragten Einzelhandelsunternehmen bezogen, um hieraus den prozentualen Anteil der Infizierten zu berechnen. Zusätzlich wurden die Unternehmen befragt, ob Informationen über tätigkeitsbedingte Infektionen vorliegen und bei welchen Tätigkeiten diese erfolgten. Hierzu und zum betrieblichen Management der Corona-Pandemie erfolgten nicht von allen Unternehmen Rückmeldungen.

Zum Vergleich wurde ermittelt, wie häufig in der Allgemeinbevölkerung in der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen eine Infektion vorlag. Dazu wurden Informationen des Robert-Koch-Instituts (RKI)⁷ zur Infektionshäufigkeit in der entsprechenden Altersgruppe mit Daten des Statistischen Bundesamtes⁸ zu den jeweiligen Bevölkerungsanteilen in der entsprechenden Altersgruppe verknüpft.⁹

Neben der Befragung der Unternehmen wurde das SARS-CoV-2-Infektionsrisiko für Beschäftigte des Einzelhandels auf der Basis von epidemiologischen Daten aus vorherigen Studien abgeschätzt.¹⁰ Die Kontaktdauer von mindestens 15 Minuten mit einer infizierten Person wurde als Richtwert zur Einstufung von Hochrisikokontakten verwendet.^{11,12} Dabei wurden sowohl die kumulative Kontaktdauer der in der Branche üblichen Kurzzeitkontakte pro Arbeitstag zwischen Beschäftigten und Kunden als auch die SARS-CoV-2-Prävalenz unter den Kunden berücksichtigt. Dieser Ansatz ermöglicht eine erste Gefährdungsbeurteilung unter pandemischen Bedingungen, auch wenn die Parameter vor Ort, u. a. die SARS-CoV-2-Exposition von Beschäftigten des Einzelhandels, nicht oder nur wenig durch Daten belegt sind.

Basierend auf den Routinedaten der BARMER Krankenkasse für alle erwerbstätigen Stammversicherten im Altersbereich von 15 bis 64 Jahren wurden für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.5.2020 (Datenstand: 15.6.2020) alters- und geschlechtsspezifische Inzidenzraten für COVID-19

² Lan/Suharlim/Kales/Yang (2020): Association between SARS-CoV-2 infection, exposure risk and mental health among a cohort of essential retail workers in the USA. *Occupational and environmental medicine*.

³ Lan/Wei/Hsu/Christiani/Kales (2020): Work-related COVID-19 transmission in six Asian countries/areas: A follow-up study. *PLoS ONE* 15(5): e0233588. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233588>.

⁴ Zhang/Zhou/Han/Wang/Cui/Zhou/Xu/Liu/Wang/Bai/Jiang (2020): Investigation on a cluster epidemic of COVID-19 in a supermarket in Liaocheng, Shandong province. DOI: 10.3760/cma.j.cn112338-20200228-00206 PMID: 32340093.

⁵ Möhner/Wolik (2020): Differences in COVID-19 risk between occupational groups and employment sectors in Germany. *Dtsch Arztebl Int* 2020; 117: 641–2. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0641.

⁶ Özcan/Dieterich (2020): Eine Risikoschätzung zur Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 bei Beschäftigten im Einzelhandel für Lebensmittel und Drogeriewaren, 1. Aufl., Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2020. (baua: Fokus). DOI: 10.21934/baua:fokus20201012.

⁷ RKI: SARS-CoV-2 Steckbrief zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19), Stand 11.12.2020, https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html, aufgerufen am 23.12.2020.

⁸ Statistisches Bundesamt (2008): Klassifikation der Wirtschaftszweige. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

⁹ <https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/#!a=15,65&g>.

¹⁰ Özcan/Dieterich (Fn. 6).

¹¹ RKI: Kontaktpersonen-Nachverfolgung bei SARS-CoV-2-Infektionen, Stand: 21.12.2020. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Kontaktperson/Management.html;jsessionid=23E0889E845E338F67BDD7CD2177564E.inter-net061#doc13516162bodyText5. Aufgerufen am 28.12.2020.

¹² Özcan/Dieterich (Fn. 6).

berechnet.¹³ Die Angaben zu Branche und Beruf wurden den codierten Angaben zur Sozialversicherung entnommen. Es wurden standardisierte Inzidenzratios (SIR) nach Branchen- und Berufsgruppen mit den zugehörigen 95 %-Konfidenzintervallen (95 %-KI) berechnet. Die SIR beschreiben das relative Erkrankungsrisiko in Bezug auf die Basispopulation, in diesem Falle also die Gesamtheit jener Beschäftigten, die bei der BARMER Krankenkasse krankenversichert sind. Ein SIR > 1 bedeutet folglich, dass ein gegenüber der Basispopulation erhöhtes Erkrankungsrisiko besteht. Mit gleicher Methodik wurden auch Analysen für den nachfolgenden Zeitraum, d. h. vom 1.6. bis zum 31.10.2020, durchgeführt.¹⁴ Hier werden lediglich die Ergebnisse für den Bereich Handel (Abschnitt G der Klassifikation der Wirtschaftszweige) und insbesondere für den Einzelhandel berichtet.

III. Ergebnisse

Es wurden Daten von insgesamt 11 Unternehmen zurückgemeldet, in denen rund 331.000 Beschäftigte arbeiten. Dies entspricht in etwa 10 % aller Beschäftigten in der Branche.¹⁵ Für das Gesamtkollektiv der rund 331.000 Beschäftigten errechnet sich aus den erhaltenen Infektionszahlen bis zum 31. Oktober 2020 eine gemittelte Infektionshäufigkeit von 0,6 %. Die Befragung der Unternehmen des Lebensmitteleinzelhandels und von Drogeriemärkten ergab, dass für dieses Teilkollektiv von rund 297.000 im Mittel ebenfalls 0,6 % der Beschäftigten in den Unternehmen eine SARS-CoV-2-Infektion hatten. Im Bekleidungs Einzelhandel waren in den Unternehmen im Mittel 0,7 % der Beschäftigten infiziert bei einem Teilkollektiv von rund 34.000 (Abbildung 1).

Nach Angaben des RKI waren in der Bevölkerungsgruppe der 15- bis 64-Jährigen bis Ende Oktober 2020 (44. KW) insgesamt 430.537 Personen infiziert. Bei einem Bevölkerungsanteil dieser Altersgruppe von 53,8 Millionen entspricht dies einem Anteil von 0,8 %. Damit liegt die jeweilige relative Häufigkeit von SARS-CoV-2-Infektionen unter Beschäftigten in den beteiligten Handelsunternehmen, von denen Daten übermittelt worden sind, im Mittel unterhalb der entsprechenden Altersgruppe der Allgemeinbevölkerung.

Bei der Abschätzung des Infektionsrisikos auf der Basis epidemiologischer Daten führten Kontakte zwischen Infizierten und Nicht-Infizierten außerhalb gemeinsamer Haushalte, z. B. im Rahmen eines Gespräches, bei einer Dauer über 15 Minuten zu einem Infektionsrisiko von 4,4 %.¹⁶ Wesentlich für die Länge der summierten Kontaktdauer ist der Anteil potentiell Infizierter innerhalb der Gesamtzahl der Kunden mit Kontakt zum Beschäftigten. Der Anteil infizierter Personen unter den Kunden ist abhängig von der SARS-CoV-2-Prävalenz vor Ort. Diese ist zeitlich und regional sehr dynamisch und kann innerhalb

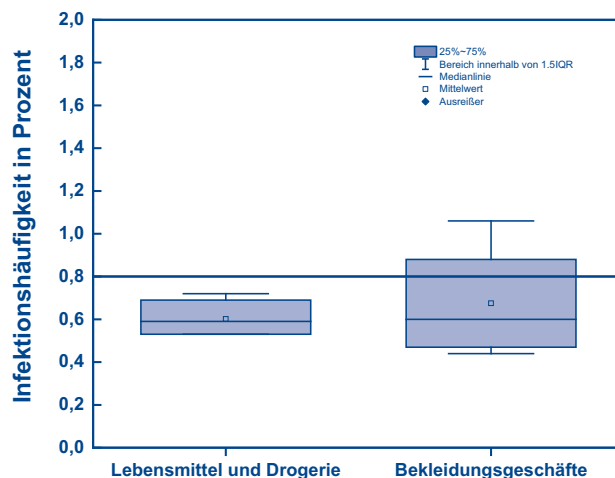


Abbildung 1: Verteilung der Infektionshäufigkeit in den befragten Einzelhandelsunternehmen. Die Box entspricht dem Bereich, in dem die mittleren 50 % der Daten liegen. Die Linien oberhalb und unterhalb der Box markieren den Bereich bis zu dem Werte nicht als Ausreißer gewertet werden. Die durchgezogene Linie kennzeichnet die Infektionshäufigkeit in der entsprechenden Altersgruppe der Allgemeinbevölkerung

weniger Tage stark variieren. Bei einem regionalen Ausbruchsgeschehen in Deutschland wurde eine SARS-CoV-2-Prävalenz von 3,59 % ermittelt. Die Prävalenz von 3,59 % wurde als Bezugswert für Szenarien mit hohen Fallzahlen verwendet.¹⁷

Die Analysen von Routinedaten der Barmer Krankenkasse durch Möhner und Wolik¹⁸ ergaben für Beschäftigte im Verkauf von Lebensmitteln, Getränken und Drogeriewaren für den Zeitraum von März bis Mai 2020 ein standardisiertes Inzidenzratio von 0,98 (95 %-KI: 0,74 – 1,27). Für den Zeitraum von Juni bis Oktober 2020 wurde für diese Beschäftigtengruppe ein standardisiertes Inzidenzratio von 0,92 (95 %-KI: 0,82 – 1,03) ermittelt. Die Ergebnisse der Analyse allein nach Wirtschaftszweigen (Statistisches Bundesamt, 2008) zeigen, dass die Erkrankungsrisiken für den Einzelhandel insgesamt unauffällig sind (Tabelle 1) und dass auch keine auffälligen Unterschiede zwischen den einzelnen Handelsbereichen bestehen (Tabelle 2). Auch im Bereich des Einzelhandels mit Nahrungs- und Genussmitteln sowie Getränken, in welchem in allen Lockdown-Phasen gearbeitet wurde, blieb unauffällig.

¹³ Möhner/Wolik (Fn. 5).

¹⁴ Möhner/Wolik (2021): Zum Einfluss der beruflichen Tätigkeit auf das Erkrankungsrisiko bezüglich COVID-19 (in Vorbereitung).

¹⁵ Handelsverband Deutschland (2020): Zahlenspiegel 2020. Hrsg.: Handelsverband Deutschland e.V., Berlin.

¹⁶ Böhrer et al. (2020): Investigation of a COVID-19 outbreak in Germany resulting from a single travel-associated primary case: a case series, *Lancet Inf Dis* 20:920-8.

¹⁷ Özcan/Dieterich (Fn. 6).

¹⁸ Möhner/Wolik (Fn. 5).

WZ2008 Kode	Wirtschaftsabteilung	Fallzahl	SIR	95%-KI
45	Handel mit Kraftfahrzeugen; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	561	0,97	0,89 - 1,05
46	Großhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	1125	0,89	0,84 - 0,94
47	Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	2180	0,85	0,81 - 0,88
45-47	Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	3866	0,87	0,85 - 0,90

KI, Konfidenzintervall; SIR, standardisiertes Inzidenzratio

Tabelle 1: Standardisierte Inzidenzratios für COVID-19 im Zeitraum vom 1.6. bis zum 31.10.2020 nach Abteilungen der Wirtschaftszweige im Abschnitt Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen

WZ2008 Kode	Wirtschaftszweig	Fallzahl	SIR	95%-KI
47.1	Einzelhandel mit Waren verschiedener Art (in Verkaufsräumen)	629	0,85	0,78 - 0,92
47.2	Einzelhandel mit Nahrungs- und Genussmitteln, Getränken und Tabakwaren (in Verkaufsräumen)	122	0,67	0,56 - 0,80
47.3	Einzelhandel mit Motorenkraftstoffen (Tankstellen)	26	0,44	0,28 - 0,64
47.4	Einzelhandel mit Geräten der Informations- und Kommunikationstechnik (in Verkaufsräumen)	117	0,92	0,76 - 1,11
47.5	Einzelhandel mit sonstigen Haushaltsgeräten, Textilien, Heimwerker- und Einrichtungsbedarf (in Verkaufsräumen)	327	0,98	0,87 - 1,09
47.6	Einzelhandel mit Verlagsprodukten, Sportausrüstungen und Spielwaren (in Verkaufsräumen)	86	0,78	0,62 - 0,96
47.7	Einzelhandel mit sonstigen Gütern (in Verkaufsräumen)	756	0,87	0,81 - 0,94
47.8	Einzelhandel an Verkaufsständen und auf Märkten	4	0,57	0,16 - 1,46
47.9	Einzelhandel, nicht in Verkaufsräumen, an Verkaufsständen oder auf Märkten	113	0,77	0,63 - 0,92
47	Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	2180	0,85	0,81 - 0,88

KI, Konfidenzintervall; SIR, standardisiertes Inzidenzratio

Tabelle 2: Standardisierte Inzidenzratios für COVID-19 im Zeitraum vom 1.6. bis zum 31.10.2020 nach Wirtschaftszweigen in der Abteilung Einzelhandel

IV. Diskussion

Die Infektionshäufigkeit in den befragten Einzelhandelsunternehmen lag mit durchschnittlich 0,6 % bzw. 0,7 % unterhalb der Infektionshäufigkeit der entsprechenden Altersgruppe der Allgemeinbevölkerung (Abbildung 1). Im Umkehrschluss kann auf Basis der erhaltenen Angaben keine erhöhte Infektionshäufigkeit der Beschäftigten in den befragten Einzelhandelsgeschäften im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung nachgewiesen werden. Eine wesentliche Rolle für die vorgefundenen Ergebnisse dürften trotz der häufigen und wechselnden Kundenkontakte die ergriffenen Schutzmaßnahmen, wie Abtrennungen an Kassen und Bedientheken, Abstandsregeln, die Regelungen zum Tragen von Mund-Nase-Bedeckungen, verstärkte Lüftung mit höheren Außenluftanteilen und die verstärkte Reinigung, spielen. Neben den gängigen Schutzmaßnahmen betreiben zumindest die in dieser Untersuchung beteiligten Einzelhandelsunternehmen nahezu durchgängig ein eigenes Corona-Management mit eigener Kontaktnachverfolgung, um Infektionsketten möglichst früh zu erkennen bzw. weitere Infektionen zu verhindern. Dies hat sehr wahrscheinlich mit dazu beigetragen, dass Infektionen in der Regel nur auf einzelne Beschäftigte beschränkt blieben. Zudem wurden für eine SARS-CoV-2-Prävalenz von 3,59 % in der Bevölkerung, die für einen regionalen Ausbruch repräsentativ ist, Kontaktdauern eines Beschäftigten zu potentiell infizierten Kunden zwischen 6 und 10 Minuten errechnet.¹⁹ Diese sind kürzer als 15 Minuten, so dass die Bewertung als Hochrisikokontakt unter den angenommenen Bedingungen nicht gegeben ist. Auch diese durchschnittlich kurzen Kontaktdauern können somit

zum beobachteten, unauffälligen Infektionsgeschehen im Einzelhandel beitragen.

Die Ursache für die Infektionen lag nach den von den Einzelhandelsunternehmen gemeldeten Informationen überwiegend im außerbetrieblichen Bereich. Im Rahmen der Befragung berichteten die Unternehmen aber auch, dass es vereinzelt zu innerbetrieblichen Infektionen kam. In Einzelfällen kamen Beschäftigte trotz Krankheits-symptomen zur Arbeit, wodurch es zur innerbetrieblichen Weitergabe von Infektionen gekommen ist. In anderen Fällen wurden als Ursache unzureichende Abstände in den Pausenräumen und Fahrgemeinschaften genannt. Möglich wäre auch eine Infektion durch die Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln für den Weg zur Arbeit. Bislang gibt es aber keine belastbaren Daten, dass es hier zu vermehrten Infektionen kommt. Berichtet wurde auch von einem größeren Infektionscluster in einem Verwaltungsgebäude, die durch eine Schließung des Gebäudes und durch konsequente Quarantänemaßnahmen erfolgreich bekämpft wurde.

Eine Zuordnung von Erkrankungen zu einzelnen Tätigkeiten wie Kassieren, Einräumen von Waren oder Lager-tätigkeiten ist nicht möglich, da die Beschäftigten in der Regel alle anfallenden Tätigkeiten durchführen. Im Bekleidungs-einzelhandel lag die durchschnittliche Infektions-häufigkeit mit 0,7 % tendenziell höher als im Lebensmit-teleinzelhandel mit einer Infektionshäufigkeit von 0,6 %. Angesichts der geringen Zahl an beteiligten Unternehmen und der vergleichsweise hohen Streuungsbreite ist aber nicht zwangsläufig von einem tatsächlichen Unter-schied auszugehen. Ob die meist längere Beratungszeit und die damit verbundene längere Kontaktdauer mit zu dem Unterschied beitragen, bleibt vor dem Hintergrund der vorliegenden Daten offen.

Die Infektionszahlen haben sich seit Beginn der Pandemie immer wieder verändert. Die Gesamtzahl der Infektionen bis Ende Oktober 2020 ist zu einem großen Teil durch den deutlichen Anstieg der Zahlen im Herbst bestimmt. Die von den Unternehmen gemeldeten Infektionszahlen und die gewonnenen Erkenntnisse geben insgesamt keinen Hinweis darauf, dass das Erkrankungsrisiko für Beschäftigte im Einzelhandel gegenüber der Allgemeinbevölkerung auch im Zeitraum erhöhter Infektionszahlen – zumindest wie die bis Ende Oktober 2020 – erhöht ist. Dieser Befund steht im Widerspruch zu den

¹⁹ Özcan/Dieterich (Fn. 6)

Beobachtungen der oben angeführten internationalen Studien, die eine höhere Infektionshäufigkeit unter den Beschäftigten im Lebensmitteleinzelhandel und Bekleidungseinzelhandel ermittelt haben. Ein Grund für die unterschiedlichen Ergebnisse könnten fehlende oder unzureichende Schutzmaßnahmen während des Studienzeitraums sein. In den USA wurden im Einzelhandel zu Beginn der Pandemie nicht in gleichem Maße Schutzmaßnahmen vor Infektionen durch SARS-CoV-2 getroffen wie in Deutschland.²⁰ In der Studie von Lan et al.²¹ werden zwar einzelne Schutzmaßnahmen wie Handschuhe und Masken erwähnt, aber es geht aus der Publikation nicht klar hervor, ob diese durchgängig angewendet wurden. Zu Abtrennungen an Kassen und Bedientheken liegen keine Informationen vor. Zudem muss beachtet werden, dass es sich bei der Studie von Lan et al. nur um einen einzelnen Supermarkt handelt, von dem nicht klar ist, ob dieser repräsentativ für die Situation im Einzelhandel in den USA insgesamt war.

Die Ergebnisse der hier vorgestellten Unternehmensbefragungen unterliegen natürlich gewissen Unsicherheiten. So ist beispielsweise nicht sicher, ob alle Infektionen von den Unternehmen erfasst wurden und ob Beschäftigte möglicherweise aus Angst vor einem Arbeitsplatzverlust sich nicht haben testen lassen. Ob und wenn ja, in welchem Umfang dies der Fall ist, konnte nicht geklärt werden. Die Ergebnisse der Unternehmensbefragungen werden aber durch die Analysen von Möhner und Wolik²² unterstützt. Auf der Basis von Routinedaten der Barmer Krankenkasse ergaben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass in Supermärkten in Deutschland vermehrt Infektionen mit SARS-CoV-2 unter den Beschäftigten aufgetreten sind. Auch die Analyse des Folgezeitraums, in welchem der Einzelhandel in vollem Umfang in allen Sparten möglich war, zeigt, dass die Inzidenz im Einzelhandel insgesamt unauffällig ist und dass es keine relevanten Unterschiede zwischen den einzelnen Sparten gibt (Tabelle 2).

In der Gesamtbetrachtung unterstreichen alle drei Untersuchungen aus Deutschland die Wirksamkeit der ergriffenen Schutzmaßnahmen zur Vermeidung der Ausbreitung der SARS-CoV-2-Pandemie im Einzelhandel. Gleichwohl weisen Özcan und Dieterich²³ darauf hin, dass das Infektionsrisiko im Einzelhandel vor allem von der aktuellen Infektionshäufigkeit und somit dem Anteil Infizierter vor Ort abhängt.

V. Fazit und Ausblick

Die vorliegenden Studien zur Abschätzung der Infektionsgefährdung im Einzelhandel in Deutschland weisen darauf hin, dass es abgesehen von Einzelfällen nicht zu einer

erhöhten Infektionsgefährdung der Beschäftigten zu kommen scheint. Die derzeitigen Regelungen für die technischen, organisatorischen und persönlichen Schutzmaßnahmen reichen nach aktuellem Kenntnisstand offensichtlich aus, um einen effektiven Schutz der Beschäftigten vor einer SARS-CoV-2-Infektion am Arbeitsplatz zu gewährleisten.

Für eine wirksame Bekämpfung der SARS-CoV-2-Pandemie müssen Arbeitsschutz und Infektionsschutz zusammenarbeiten. Dies ist insbesondere im Einzelhandel mit seinen vielen Kontakten zwischen Beschäftigten und Kunden wichtig. Diese Abstimmung fehlt allerdings bislang weitgehend. Unterschiedliche und teils widersprüchliche Anforderungen an Schutzmaßnahmen, z. B. beim Tragen von Mund-Nase-Bedeckungen, dem Tragen von Einweghandschuhen, Beschränkungen der Kundenzahl pro Quadratmeter an Verkaufsfläche oder der Zulässigkeit von Visieren, führen in den Betrieben zu Verwirrung und untergraben die Motivation zur Umsetzung wirksamer Schutzmaßnahmen. Die Schnittstellen zwischen Arbeitsschutz und Infektionsschutz müssen auch im Hinblick auf zukünftige Pandemien in den Pandemieplänen der zuständigen Institutionen berücksichtigt bzw. verankert werden, um eine bessere Abstimmung zu ermöglichen.

Bei einer konsequenten Umsetzung der derzeit geforderten Schutzmaßnahmen trägt der Einzelhandel nach derzeitigem Kenntnisstand nicht zur Ausbreitung von SARS-CoV-2 unter den Beschäftigten bei. Die niedrigere Infektionshäufigkeit im Einzelhandel für Lebensmittel, Drogeriewaren und Bekleidung darf aber keinesfalls dazu führen, dass von der konsequenten Einhaltung der Schutzmaßnahmen abgewichen wird. Deshalb sind weiterhin die Beratung und Überwachung – auch vor Ort – erforderlich.

Für einen Überblick, in welchen Branchen es zu tätigkeitsbedingten Häufungen an SARS-CoV-2-Infektionen kommt, wäre es von großem Vorteil, wenn mit der Meldung nach § 8 Infektionsschutzgesetz auch Informationen über die ausgeübte Tätigkeit der Erkrankten an das RKI weitergeleitet würden. Hierdurch könnte frühzeitig eine mögliche tätigkeitsbedingte Verbreitung von Infektionen festgestellt werden. In den Gesundheitsämtern liegen diese Informationen in der Regel vor, werden aber bislang nicht zentral ausgewertet. ■

²⁰ Schneider/Harknett (2020): Essential and Unprotected: COVID-19-Related Health and Safety Procedures for Service-Sector Workers. <https://shift.hks.harvard.edu/essential-and-unprotected-covid-19-related-health-and-safety-procedures-for-service-sector-workers>, aufgerufen am 23.12.2020.

²¹ Lan/Suharlim/Kales/Yang (Fn. 2).

²² Möhner/Wolik (Fn. 5).

²³ Özcan/Dieterich (Fn. 6).