

DEMOKRATIE

Frage 1:

Ab wann sollen die Parlamente als von den Bürger*innen gewählte Repräsentationsorgane auf Bundes- und Landesebene vollumfänglich in die Corona-Maßnahmen-Entscheidungsprozesse einbezogen werden?

War es am Anfang der Pandemie, vor knapp einem Jahr, absolut notwendig, schnell zu handeln und Entscheidungen in der Runde der Ministerpräsident*innen mit der Kanzlerin zu treffen, so geht es heute um eine mittel- bis langfristige Perspektive, wie wir als Gesellschaft mit dem Virus leben lernen. Wir mahnen an, dass die Parlamente zeitnah ihre verfassungsgemäß verbrieften Rechte wieder wahrnehmen.

Frage 2:

Welche Dokumente und Gutachten liegen den Entscheidungen

a) der Ministerpräsidentenkonferenz + Kanzleramt

b) der Landes-VO zugrunde?

Wo sind sie im Sinne der Transparenz des Regierungshandelns einsehbar?

Frage 3:

Welche Experten beraten die Landesregierung / Bundesregierung? Welche Gründe leiten die Auswahl dieser Experten und das Ausschließen anderer Sichtweisen und Disziplinen?

Frage 4:

Gibt es für die bisher verordneten Maßnahmen jeweils eine Schaden-Nutzen-Analyse für die BRD und / oder für Baden-Württemberg? Wenn ja, wo kann sie nachgelesen werden, wenn nein, warum nicht?

Bei so weitreichenden Maßnahmen und Grundrechtseinschränkungen sollte eine Schaden-Nutzen-Analyse eine Selbstverständlichkeit sein. Wobei es uns hier nicht nur um den finanziellen Aspekt geht, sondern vor allem auch um die psychologischen, gesundheitlichen, bildungspolitischen und gesamtgesellschaftlichen schädlichen Auswirkungen der Maßnahmen ebenso wie des Nutzens. Die Abwägung muss transparent für die Bürger*innen sein.

GESUNDHEITSSYSTEM

Frage 5:

Welche Maßnahmen wurden auf Landes- bzw. Bundesebene während der Sommerzeit 2020 getroffen, um unser Gesundheitssystem, insbesondere die Krankenhäuser, auf die lange vorhergesagte 2. Welle im Herbst 2020 vorzubereiten und welche Maßnahmen werden jetzt getroffen für zukünftige Pandemien?

Der Pflegenotstand in Deutschland wird nicht erst seit Corona beklagt, sondern die Schließung von Krankenhäusern und der Abbau von Krankenhausbetten hat mit der Einführung des neuen Gesundheitsstrukturgesetzes 1992 begonnen und wurde in der Folgezeit systematisch weiterverfolgt. So gab es 1991 noch 666.000 Betten in 2.411 Krankenhäusern, während im Jahr 2018 nur noch 498.000 Krankenhausbetten in 1.925 Kliniken bereitstanden, insgesamt ein Rückgang um 25%. Zwar wurde im gleichen Zeitraum die Anzahl der Ärzte um 73 % erhöht, die Anzahl der Pflegekräfte wuchs aber nur um 1,5 % (Bundesamt für Statistik, Destatis). Im Pandemiejahr 2020 wurden sage und schreibe 20 Krankenhäuser geschlossen.

Durch die seit 2003 eingeführte Behandlungspauschale arbeiten viele Krankenhäuser am finanziellen Limit. Dass die Arbeitsbedingungen und Entlohnung der Pflegekräfte in keinem Verhältnis zur ihrem Einsatz stehen, ist ebenso hinlänglich bekannt. Laut Statistik arbeiten derzeit rund 300.000 Pflegekräfte deshalb nicht mehr in ihrem Beruf. Rund die Hälfte davon sollen aber dazu bereit sein,

wären die Bedingungen besser. Vgl. <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/fachkraeftemangel/++co++7bdb0e82-f6eb-11e8-a739-52540066e5a9>

Deshalb muss die Krankenhausfinanzierung neu überdacht werden. Es müssen für Pandemien Kapazitäten (technische Einrichtungen, Betten, Personal) im System vorgehalten und über Steuermittel finanziert werden. Als Beispiele dafür wären die Feuerwehr oder das technische Hilfswerk zu nennen.

Ein Lockdown verursacht ein Vielfaches an finanzieller Belastung für die Gesellschaft als eine neu einzurichtende „Gesundheitsfeuerwehr“.

Frage 6:

Wie hoch waren / sind die eingesetzten Mittel der EU/der Bundes-/der Landesregierung für die Impfforschung und wie hoch für die Medikamentenforschung? Welche Auflagen sind mit dem Erhalt der Gelder verbunden?

ÜBERREGULIERUNG

Frage 7:

Wann genau wollen Sie beginnen, die Überregulierung mancher Maßnahmen zu unterlassen bzw. wieder aufzuheben und uns Bürger*innen Eigenverantwortung zuzumuten und zuzutrauen?

Einen weiteren Anlass zu Unmut und Vertrauensverlust bietet mit Sicherheit die spätestens seit 16. Dezember erfolgende regelmäßige Überregulierung. So wurden im Land Baden-Württemberg die exakten Verwandtschaftsverhältnisse für Weihnachten definiert, ebenso die Richtung der Besuche unterschieden. Nun dürfen nur Einzelpersonen zu einem weiteren Haushalt dazustoßen. Sicherlich ein Unding, wenn man z.B. Familien und Ehepaare betrachtet: Der Sohn darf nur ohne Schwiegertochter mit seinen Kindern zu den (Groß-)eltern und umgekehrt, darf nur ein Elternteil die Kinder und Enkelkinder besuchen. Die einen halten sich nicht daran und die anderen wechseln sich ab oder treffen sich nacheinander. Dadurch wird die Anzahl der Infektionswege nicht geringer, jedoch verringern sich Vertrauen und Kooperationsbereitschaft in der Bevölkerung maßgeblich und die Qualität der sozialen Kontakte leidet enorm.

DATENLAGE

Frage 8:

Gibt es für Deutschland bzw. Baden-Württemberg prospektive Kohortenstudien bezüglich der Infektion durch SARS-COV-II? Wenn ja, wo sind sie nachzulesen, wenn nein, warum gibt es sie nach fast einem Jahr nicht?

Eine saubere Datenlage zur Infektionslage ist für die Erstellung von Infektionsschutz- und Impfstrategien unerlässlich. Der momentan verwendete sogenannte 7-Tage-Inzidenzwert erfüllt hierfür nicht die wissenschaftlichen Voraussetzungen. Insbesondere ist die Dunkelziffer nicht bekannt, so dass bei einer anzunehmenden fünf- bis achtfachen Dunkelziffer selbst bei der angestrebten Inzidenz von 50/100.000 die Strategie der Nachverfolgung ad absurdum geführt wird. Zu diesem Thema verweisen wir auf das Thesenpapier Nr. 6 von Prof. Dr. med. Matthias Schrappe et al., S. 15 ff., zu finden hier: http://www.matthias.schrappe.com/index_htm_files/Thesenpap6_201122_endfass.pdf.

Frage 9:

Welche Maßnahmen wurden und werden ergriffen, um die Gesundheitsämter in die Lage zu versetzen, die Daten tagesaktuell zu melden?

Nachgemeldete Daten müssen immer rückwirkend eingepflegt werden und nicht Tage später aufaddiert werden, da dies zu falschen Schlussfolgerungen führt. Entscheidungen können nur mit aktuellen Daten getroffen werden.

PCR-TESTS

Frage 10:

Setzt die Landesregierung / die Bundesregierung durchgängig die Empfehlung der WHO vom 20.01.21 um und testet bei „schwach-positiv“ Corona-Getesteten, deren klinisches Erscheinungsbild mit dem Testergebnis nicht korrespondiert, diese ein zweites Mal zur Absicherung des Positiv-Ergebnisses?

Sämtliche Corona-Maßnahmen und die damit einhergehenden Beschränkungen von Grundrechten basieren auf Fallzahlen, die überwiegend via PCR-Tests erhoben werden. Es gibt aber ganz offensichtlich Grenzen der Aussagekraft von Corona-PCR-Tests je nach Test-Design (unterschiedlich zuverlässige Gen-Regionen werden getestet), dem Ct-Zyklus-Wert (unterschiedliche Ct-Zyklen bedingen unterschiedliche Viruslasten) oder der jeweiligen Test-Ausführung (Fehler bei der Probeentnahme, beim Transport oder Verunreinigungen der Proben im Labor etc.). Hier fehlen in einem hochsensiblen Gesundheitsbereich definierte Qualitätsstandards.

Die wissenschaftliche Forschung zu den PCR-Tests sagt aus: Ab einem Ct-Wert = 25 bleiben bis zu 70% aller positiv Getesteten weiterhin gesichert „positiv“, wenn sich der Virus-Abstrich danach in einer Zellkultur vervielfältigt. Bei einem Ct-Wert = 30 fällt dieser Wert auf nur noch „20% Positive“ in Zellkultur ab. Und bei einem Ct-Wert = 35 ergeben sich nur noch maximal 3% positive Zellkulturergebnisse. Hohe Ct-Werte gehen also mit einer nur geringen Viruslast einher.

Dies ergab eine Auswertung von mehr als 100 Studien, die die IDSA (Infectious Diseases Society of America), die HIVMA (hiv medicine association) und die OXFORD University untersuchten.

<https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa1491/5912603>

In ihrer am 20. Januar 2021 veröffentlichten Empfehlung sagt die WHO ganz klar:

WHO guidance [Diagnostic testing for SARS-CoV-2](#) states that careful interpretation of weak positive results is needed (1). The cycle threshold (Ct) needed to detect virus is inversely proportional to the patient's viral load.

Where test results do not correspond with the clinical presentation, a new specimen should be taken and retested using the same or different NAT technology.

<https://www.who.int/news/item/20-01-2021-who-information-notice-for-ivd-users-2020-05>

VULNERABLE GRUPPEN

Frage 11:

a) Welche Maßnahmen wurden und werden unternommen, um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass SARS-COV-2 vorwiegend die ältere Bevölkerung schwer trifft und diese besonders geschützt werden muss?

b) Wie wird die personelle Durchführbarkeit der inzwischen verordneten Tests in Alters- und Pflegeheimen sichergestellt?

Die Zahlen sprechen eine mehr als deutliche Sprache: Am 01. September waren die Todesfälle in Deutschland verteilt auf ca. 5 % Personen unter 60, während ca. 95 % der Todesfälle Menschen mit 60 Jahren und älter betraf, der Median lag bei 83 Jahren. (Situationsbericht RKI vom 1.9.2020). Und das, obwohl die unter 60-jährigen ca. 80 % der Fallzahlen ausmachten und die über 59-jährigen ca. 20 %. Bis heute hat sich dieses Verhältnis noch weiter zu Ungunsten der älteren Bevölkerung verschoben und verschiebt sich laufend weiter: Inzwischen sind ca. 96,6 % der Todesfälle 60 Jahre und älter und nur ca. 3,4 % der Todesfälle jünger als 60. Der Median liegt inzwischen bei 84 Jahren. (Situationsbericht RKI vom 26.1.2021)

Wir vermissen Schutzkonzepte, ohne Alte und Pflegebedürftige zu isolieren, bspw. durch Zeitfenster zum Einkaufen, durch Ruftaxis, kostenlose und regelmäßige Tests für alle Kontaktpersonen von zu Hause lebenden Mitgliedern von Risikogruppen. Siehe auch Beispiel Tübingen.

TECHNISCHE LÖSUNGEN

Frage 12:

Außerhalb der AHAL-Regeln + Desinfektion: Welche Maßnahmen wurden oder werden zusätzlich veranlasst, um die Ansteckungsgefahr in Räumen und in Öffentlichen Verkehrsmitteln etc. zu minimieren.

Wir denken hier bei z.B. an Zwangslüftungssysteme mit tauglichen Filtern in öffentlichen geschlossenen Räumen und Verkehrsmitteln. Ebenso an Eingangskontrollsysteme, um die Anzahl der Menschen in Einkaufszentren zu beschränken, wie es z. B. bei Messen bereits Standard ist. Außerdem ist die Kapazität der Lüftungssysteme anzupassen.

KOMMUNIKATION

Frage 13:

Wann genau wollen Sie beginnen, mit der Bürgerschaft differenziert und auf Augenhöhe zu kommunizieren?

Als ein Beispiel nehmen wir die täglichen "Neuinfektionen", die dazuhin auch noch aufaddiert werden: Erstens wissen wir über die Neuinfektionen nichts, weil einerseits der PCR-Test nicht unbedingt aussagekräftig ist (vgl. Frage 9) und wir außerdem die Dunkelziffer nicht kennen (vgl. Frage 7). Zweitens werden auch Nachmeldungen zu späteren Tagen hinzugerechnet (vgl. Frage 8). Drittens macht die Höhe der Zahlen Angst, sie sagen aber nichts aus über eine potenzielle Erkrankung oder deren Schwere. Die korrekte Ausdrucksweise wäre sicherlich eher "neu positiv Getestete".

Als zweites Beispiel nehmen wir die 7-Tages-Inzidenzen: Hierbei handelt es sich um absolute Werte, die ganz wesentlich von der Anzahl der Testungen abhängen.

So wurde nun letztthin in KW 3 2021 ganz erfreut von den Inzidenzen unter 100 geredet - vermutlich um die Erfolge der Maßnahmen zu feiern? Bei genauerem Hinsehen wurde jedoch wesentlich weniger getestet als in KW 49 /2020 zum Beispiel, als der Inzidenzwert weit über 100 lag und dazu herangezogen wurde, um die schärferen Lockdown-Maßnahmen zu begründen. In beiden Fällen aber lag die Positivenrate gleich hoch bei ca. 10 %. Nur die Anzahl der Testungen war unterschiedlich. Das ist unlauter und untergräbt das Vertrauen der Bevölkerung massiv. (vgl. RKI-Situationsbericht vom 3.2.21)

Und last but not least ging es Ende Januar 2021 um die Übersterblichkeit 2020. Das statistische Bundesamt stellt für 2020 48.000 mehr Tote fest als im Schnitt der letzten 4 Jahre gestorben sind, das ist eine Erhöhung um 5 % und laut Bettina Sommer vom Statistischen Bundesamt (in der ARD am 29.1.) natürlich Corona zuzurechnen, denn sonst gäbe es ja keine Erklärung. Nun sind aber laut RKI ca. 33.000 Corona-Tote im Jahr 2020 zu verzeichnen gewesen. (Situationsbericht RKI vom 31.12.2020) und bei den 75 - 80-jährigen gab es 2020 sogar eine deutliche Untersterblichkeit gegenüber den Vorjahren von ca. 10.000 Toten. (Quelle: Statistisches Bundesamt) Berechnet man die jeweiligen Sterberaten (**Quotient aus Todesfällen und Einwohnerzahl gesamt und jeweils altersspezifisch**), sind die Unterschiede in allen Altersgruppen nur noch minimal, da sich nicht nur die Bevölkerung seit 2016 insgesamt um ca. 1.000.000 Personen erhöht hat, sondern allein in der Altersgruppe der 80-jährigen und älter gab es einen Zuwachs um ca. 950.000 Personen. Bei einer rund 10%-igen Sterberate in dieser Altersgruppe macht alleine der Zuwachs schon ein Mehr von ca. 95.000 Toten aus. An dieser Stelle bedarf es also mit Sicherheit einer differenzierteren Betrachtungsweise.