

Kleine Anfrage

**der Abg. Emil Sänze, Dr. Rainer Podeswa
und Dr. Christina Baum AfD**

und

Antwort

des Ministeriums für Soziales und Integration

Statistische Aspekte der „Corona-Krise“

Kleine Anfrage

Wir fragen die Landesregierung:

1. Wenn in einem Betrieb, wie z. B. bei dem Fleischverarbeiter M. in Birkenfeld (s. BNN vom 17. April 2020), unter der aus dem im Bericht nicht spezifizierten „osteuropäischen Ausland“ stammenden (z. B. Saisonarbeiter, Mitarbeiter von Subunternehmern und dergleichen) und einzeln oder in Gruppen in verschiedenen Gemeinden des jeweiligen Kreises wohnenden Belegschaft gehäuft COVID 19-Infektionen festgestellt werden, für welchen Ort (z. B. Herkunftsort, Arbeitsort, Wohnort in Deutschland) im In- oder im Ausland werden solche Infektionen dann statistisch erfasst?
2. Wer trägt (unter Darstellung des typischen Vorgehens, wie die finanzielle Abwicklung, Verrechnung unter den Ärzten und Krankenkassen oder ähnliches mit EU-Ländern und mit Nicht-EU-Ländern durchgeführt wird bzw. des Vorgehens, falls ein Betroffener nicht krankenversichert sein sollte) die Kosten einer Heilbehandlung eines aus dem Ausland stammenden Behandlungsbedürftigen (z. B. Saisonarbeiter, Mitarbeiter von Subunternehmern und dergleichen, andere Aufenthaltstitel), der in Baden-Württemberg behandlungsbedürftig geworden ist?
3. Gibt es Hinweise (gegebenenfalls unter Nennung statistischer Daten und Herkünfte), dass aus dem Ausland stammende Arbeitskräfte bzw. deren Arbeitgeber epidemiologisch-medizinische Untersuchungen aus Furcht vor privat zu tragenden Behandlungskosten oder aus Furcht vor gesundheitsbürokratischen Unklarheiten oder Schwierigkeiten vermieden haben oder aus welchen Gründen auch immer keinen Zugang zu selbigen Untersuchungen bekamen?
4. Haben Sammelunterkünfte, z. B. Containerunterkünfte, für Mitarbeiter und die hygienischen Zustände in solchen Unterkünften – und falls ja, in welcher Weise – im Falle der mindestens 90 Infizierten bei dem Birkenfelder Fleischverarbeiter M. (Stand vom 17. April 2020, siehe BNN) bei der Verbreitung der COVID-19-Infektion eine Rolle gespielt?

5. Wie viele Totenscheine wurden in Baden-Württemberg seit dem 1. Januar 2020 und bis heute ausgestellt bzw. für die Todesursachenstatistik des Bundes entsprechende Daten übermittelt, in denen eine COVID-19-Infektion figuriert (unter Angabe der genauen Einordnung von COVID-19 bei der jeweiligen Todesursache, unterteilend in „Unmittelbare Todesursache“, „Tod als Folge von“ bzw. „Tod als Folge eines Grundleidens“)?
6. Wie würde im Sinne von Frage 5 im Hinblick auf die offiziellen, in den öffentlich-rechtlichen Medien genannten Zahlen von „Corona-Sterbefällen“ bzw. „Corona-Toten“ in der Sterbestatistik heute ein Mensch kategorisiert, der an einem sonnigen Sonntagnachmittag bei einem Motorradunfall ver stirbt, bei dem aber eine COVID 19-Infektion bekannt würde?
7. Wie viele Personalstunden (z. B. Streifengänge, Streifenfahrten etc.) der Polizei und anderer Vollzugsdienste wurden seit dem 1. März 2020 und bis heute bei welchen de facto Personal-Gesamtkosten in Baden-Württemberg aufgewandt, um die Einhaltung der die Grundrechte der Bürger einschränkenden Vorschriften (z. B. Versammlungsverbote, Kontaktverbote, Tragen von Schutzmasken, Schließung von Gaststätten und Dienstleistungsbetrieben und so weiter) zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie zu überwachen bzw. durchzusetzen?
8. Mit welchen anderen typischen Aufgaben der Polizei (z. B. Aufklärung von Kriminalfällen) in einem vergleichbaren Zeitraum lässt sich der zur Überwachung bzw. Durchsetzung der gegen die COVID-19-Pandemie ergriffenen Maßnahmen betriebene Aufwand an Personalstunden und Personalkosten, der unter Frage 7 erfragt wird, vergleichen?
9. Wie viele Strafanzeigen wurden bei welchen erzielten Erlösen an verhängten Bußgeldern oder sonstigen Ordnungsmaßnahmen seit dem 1. März 2020 im Zusammenhang mit den unter Frage 7 erwähnten und anderen Vorschriften (unter tabellarischer Auflistung der angezeigten Verstöße und Erlösen an Bußgeldern nach Stadt- und Landkreisen) im Zusammenhang mit der Bekämpfung der COVID-19-Pandemie gestellt?
10. Wie viele Menschenleben glaubt sie seit dem 1. März 2020 durch die unter Fragen 7 und 9 erwähnten Vorschriften bzw. Maßnahmen zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie gerettet zu haben?

27.04.2020

Sänze, Dr. Podeswa, Dr. Baum AfD

Begründung

Vermutlich seit dem sogenannten „Deutschen Herbst“ von 1977 und den Terroraktivitäten der „Roten Armee Fraktion“ ist im Frieden die Polizei in unserem Land nicht in derart auffälliger Dichte im öffentlichen Raum wie in der COVID-Lage in Erscheinung getreten. Zugleich wurden grundgesetzliche Grundrechte mit für die Fragesteller unverständlich eiliger Selbstverständlichkeit außer Kraft gesetzt und Vorschriften erlassen, deren Sinnhaftigkeit des wissenschaftlichen Beweises harren. Es muss aus der Sicht der Fragesteller dringend der Eindruck vermieden werden, die Polizei werde im Sinne von Symbolpolitik und Aktionismus zur Schikanierung der Bevölkerung eingesetzt. Es wurden von der Landesregierung Bekleidungs Vorschriften in öffentlichen Verkehrsmitteln erlassen und medial dargestellt, während Pendler-Zugverbindungen (z. B. Karlsruhe–Stuttgart) in großer Zahl gestrichen werden und keine häufigere Grundreinigung der Züge im vom Land organisierten Regionalverkehr oder sonstige strukturelle Hygienemaßnahmen zu bemerken wären. Es stellt sich im COVID-Zusammenhang ferner he-

raus, dass z. B. die Verarbeitung von Delikatessen, wie die Spargelernte „system-relevant“ sei (und nach wie vor ausländische Mitarbeiter – mit einem unklaren Risiko – eingesetzt werden), die Ausübung der Religionsfreiheit in Form des Kirchenbesuchs oder elementare gewerbliche Dienstleistungen für die Bevölkerung hingegen angeblich nicht. All diesen aus Sicht der Fragesteller mit wachsender Skepsis betrachteten Einschränkungen muss ein messbarer, beweisbarer Nutzen gegenüberstehen.

Antwort

Mit Schreiben vom 10. Juni 2020 Nr. 54-0141.5-016/8037 beantwortet das Ministerium für Soziales und Integration im Einvernehmen mit dem Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration, dem Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Wohnungsbau die Kleine Anfrage wie folgt:

Wir fragen die Landesregierung:

- 1. Wenn in einem Betrieb, wie z. B. bei dem Fleischverarbeiter M. in Birkenfeld (s. BNN vom 17. April 2020), unter der aus dem im Bericht nicht spezifizierten „osteuropäischen Ausland“ stammenden (z. B. Saisonarbeiter, Mitarbeiter von Subunternehmern und dergleichen) und einzeln oder in Gruppen in verschiedenen Gemeinden des jeweiligen Kreises wohnenden Belegschaft gehäuft COVID 19-Infektionen festgestellt werden, für welchen Ort (z. B. Herkunftsort, Arbeitsort, Wohnort in Deutschland) im In- oder im Ausland werden solche Infektionen dann statistisch erfasst?*

Nach § 9 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) zur namentlichen Meldung werden sowohl die Anschrift der Hauptwohnung bzw. die des gewöhnlichen Aufenthaltsortes und, falls davon abweichend, auch die Anschrift des derzeitigen Aufenthaltsortes erhoben.

Statistisch ausgewertet wird in erster Linie nach dem derzeitigen Wohnort und gegebenenfalls auch nach dem Arbeitsort, sofern dieser für das Infektionsgeschehen relevant ist.

- 2. Wer trägt (unter Darstellung des typischen Vorgehens, wie die finanzielle Abwicklung, Verrechnung unter den Ärzten und Krankenkassen oder ähnliches mit EU-Ländern und mit Nicht-EU-Ländern durchgeführt wird bzw. des Vorgehens, falls ein Betroffener nicht krankenversichert sein sollte) die Kosten einer Heilbehandlung eines aus dem Ausland stammenden Behandlungsbedürftigen (z. B. Saisonarbeiter, Mitarbeiter von Subunternehmern und dergleichen, andere Aufenthaltstitel), der in Baden-Württemberg behandlungsbedürftig geworden ist?*

Seit dem 1. Januar 2009 besteht gemäß § 193 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) die Allgemeine Krankenversicherungspflicht, demnach sich alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland bei einem in Deutschland zugelassenen Krankenversicherer gegen Krankheitskosten versichern müssen. Ausgenommen hiervon sind nur Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind, Anspruch auf Heilfürsorge, Beihilfe oder vergleichbare Ansprüche haben, Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben, oder die Empfänger laufender Leistungen nach dem dritten, vierten, sechsten und siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sind. Für private Krankenversicherungsunternehmen besteht für nicht gesetzlich versicherte Personen eine Aufnahmeverpflichtung im Basistarif.

Schon zum 1. April 2007 war eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung für Personen eingeführt worden, die nicht anderweitig kranken-

versichert und zuletzt gesetzlich bzw. weder gesetzlich noch privat versichert waren. Ausnahmen galten nur, wenn die betreffenden Personen selbstständig oder aus anderen Gründen versicherungsfrei waren. Dies wird in § 5 Abs. 1 Nr. 13 und § 6 SGB V geregelt.

In der deutschen Krankenversicherung gilt das Territorialitätsprinzip, d. h. Leistungen werden nur an Versicherte im Geltungsbereich des Gesetzes erbracht (§ 16 Abs. 1 Ziff. 1 SGB V). Das SGB V sieht hiervon Ausnahmen im Rahmen der Ausstrahlung oder Einstrahlung vor. Dies betrifft insbesondere Arbeitnehmer, die für einen befristeten Zeitraum aus ihrem Arbeitsverhältnis heraus von Deutschland ins Ausland entsendet werden oder aber umgekehrt von ihrem ausländischen Arbeitgeber nach Deutschland entsandt werden. Sie unterliegen weiterhin ihren heimischen Rechtsvorschriften. Regelungen besonderer Sozialversicherungsabkommen bleiben hiervon jedoch unberührt.

Abweichend vom Territorialitätsprinzip haben Versicherte Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung in Ländern, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 883/2004 gilt. Diese wirkt wie ein großes Sozialversicherungsabkommen zwischen allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) und des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) sowie der Schweiz. Ziel der Verordnung ist es, nachteilige Auswirkungen des Wechsels des Beschäftigungs- oder Wohnlandes auf den Versicherungsschutz zu beseitigen. Dies soll Hindernisse für die Arbeitnehmerfreizügigkeit abbauen.

Deutschland hat mit zahlreichen Staaten außerhalb des Geltungsbereichs der Verordnung (EWG) Nr. 883/2004 sogenannte bilaterale Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen. Sozialversicherungsabkommen bauen auf dem Prinzip der gegenseitigen Anerkennung nationaler Rechtsvorschriften auf. Ziel dieser Abkommen ist primär die Gleichbehandlung der Staatsangehörigen der Vertragsparteien, die Bestimmung der anwendbaren Gesetzgebung und die Zahlung der Leistungen ins Ausland.

Sofern ein Sozialversicherungsabkommen den Versicherungszweig der Krankenversicherung nicht umfasst gelten für Bürgerinnen und Bürger dieser Länder die gleichen Regeln wie für Bürgerinnen und Bürger aus sogenannten Drittländern („vertragsloses Ausland“), deren Krankenversicherungsschutz in Abhängigkeit vom jeweiligen Aufenthaltstitel sichergestellt wird.

Seit dem 1. Juni 2004 wird in den meisten Mitgliedstaaten der Europäischen Union sowie der Schweiz die Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) ausgegeben. Mit dieser können gesetzlich Krankenversicherte bei vorübergehendem Aufenthalt in einem der übrigen EU-Mitgliedstaaten sowie in Island, Liechtenstein, Norwegen und der Schweiz unter Berücksichtigung der dortigen Aufenthaltsdauer medizinisch notwendige Sachleistungen (ambulante, zahnärztliche und stationäre Behandlungen, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel) in Anspruch nehmen. Die Kosten für Krankenversicherungsleistungen, die beispielsweise Touristen, entsandte Arbeitnehmer oder im Ausland wohnende Grenzgänger, Familienangehörige und Rentner im Rahmen der über- und zwischenstaatlichen Regelungen verursacht haben, werden über den GKV-Spitzenverband, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA), zwischen der ausländischen und der deutschen Krankenkasse abgerechnet.

Für Saisonarbeitskräfte, mit Ausnahme der Einstrahlung, gelten grundsätzlich die gleichen versicherungsrechtlichen Bedingungen wie für alle anderen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Eine Beschäftigung als Saisonarbeiterin oder Saisonarbeiter kann wie jede andere Beschäftigung zu einer Versicherungspflicht in den einzelnen Sozialversicherungszweigen führen. Auch im Bereich der Unfallversicherung gibt es keine Besonderheiten. Es gelten die gleichen Vorschriften wie in den übrigen Zweigen.

Vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie hat der Gesetzgeber im Rahmen des Sozialschutz-Pakets beschlossen, die Regelungen für Saisonarbeitskräfte, die im Rahmen einer kurzfristigen Beschäftigung tätig werden und bereits in Deutschland sind, zu lockern. Wird eine Saisonarbeiterin oder ein Saisonarbeiter im Rahmen einer kurzfristigen Beschäftigung eingestellt, ist diese Beschäftigung versicherungs- und auch beitragsfrei. Eine kurzfristige Beschäftigung liegt vor, wenn die Arbeitnehmerin oder der Arbeitnehmer bei einer Fünf-Tage-Arbeitswoche

nicht mehr als drei Monate am Stück eingesetzt wird oder insgesamt 70 Arbeitstage im Kalenderjahr beschäftigt ist. Diese Regelung wurde gelockert, sodass Saisonarbeitskräfte eine kurzfristige Beschäftigung für bis zu 115 Tage bzw. fünf Monate sozialversicherungsfrei ausüben können. Diese Regelung ist für die Zeit vom 1. März bis 31. Oktober 2020 befristet. Wichtig ist, dass die kurzfristige Beschäftigung weiterhin nicht berufsmäßig ausgeübt werden darf.

Häufig werden Saisonarbeitskräfte aus anderen EU-Mitgliedsstaaten als Erntehelferinnen oder Erntehelfer in der Spargel- und Erdbeersaison eingesetzt. Hier muss geprüft werden, ob die Person in ihrem Heimatland eine Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit ausübt. Ist dies nicht der Fall, unterliegt sie den deutschen Rechtsvorschriften. Üben sie eine Beschäftigung oder ähnliche selbstständige Erwerbstätigkeit (z. B. als Landwirt/-in) aus, gelten während der Beschäftigung ausschließlich die Rechtsvorschriften des Heimatlandes.

Hinsichtlich einer möglichen ärztlichen Behandlung ergeben sich, sofern die deutschen Rechtsvorschriften gelten, zwei Fallkonstellationen:

- Die Saisonarbeitskräfte sind mehr als geringfügig bzw. mehr als kurzfristig beschäftigt. Hier besteht ein vollständiger Leistungsanspruch nach dem SGB V. Die Saisonarbeitskräfte sind gesetzlich krankenversichert und haben einen Rechtsanspruch auf eine ärztliche Behandlung, deren Kosten von der jeweiligen gesetzlichen Krankenkasse getragen werden.
- Die Saisonarbeitskräfte sind geringfügig bzw. kurzfristig beschäftigt.

EU-Bürgerinnen und EU-Bürger dürfen in jedem Land der Europäischen Union leben und arbeiten. Die Freizügigkeit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ist eine der vier Freiheiten für EU-Bürgerinnen und Bürger. Wer gerade erst aus einem EU-Mitgliedsland nach Deutschland gekommen ist oder kurzfristig in Deutschland beschäftigt ist, kann meistens seine Krankenversicherung behalten, in der er zuletzt versichert war.

Wenn Bürgerinnen und Bürger aus sogenannten Drittländern zu touristischen Zwecken nach Deutschland eingereist sind und eine ärztliche Behandlung benötigen, sind diese Personen zu Tragung der Kosten gemäß BGB verpflichtet. Diese Kosten werden in der Regel von einer im Heimatland abgeschlossenen Auslandsreisekrankenversicherung abgedeckt.

Politisch Verfolgte genießen in Deutschland das von der Verfassung geschützte Recht auf Asyl. In den ersten 15 Monaten besteht für diese Menschen sowie die weiteren in § 1 genannten Leistungsberechtigten ein Leistungsanspruch nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Das AsylbLG sieht neben den in § 4 geregelten Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt in § 6 auch „Sonstige Leistungen“ vor, „die zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind“. Die Landesregierungen oder die von ihnen beauftragten obersten Landesbehörden bestimmen die für die Durchführung des AsylbLG zuständigen Behörden und Kostenträger. In Baden-Württemberg sind dies die Träger der Sozialhilfe (Kreise, kreisfreie Städte, überörtliche Träger der Sozialhilfe) oder die Träger der öffentlichen Jugendhilfe (Kreise, kreisfreie Städte, zuständige Stellen nach Landesrecht).

Da die Leistungen nach dem AsylbLG zulasten der Stadt- und Landkreise gehen und nicht in den Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung fallen, können Leistungen grundsätzlich auch von Leistungserbringern ohne Kassenzulassung erbracht werden. Nach § 264 Abs. 1 SGB V gibt es die Möglichkeit, mit den Krankenkassen die Übernahme der Krankenbehandlung zu vereinbaren. In diesem Fall übernimmt die Krankenkasse für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 AsylbLG im Auftrag der Kostenträger die Krankenbehandlung. Die Aufwendungen werden den Krankenkassen in vollem Umfang erstattet.

Für Personen, die über eine Dauer von insgesamt 15 Monaten Grundleistungen nach § 4 AsylbLG erhalten haben und die Dauer des Aufenthalts nicht rechtsmissbräuchlich selbst beeinflusst haben, ist das SGB XII anzuwenden (§ 2 Abs. 1 AsylbLG). Damit gelten auch die Vorschriften über die Hilfen zur Gesundheit des SGB XII ent-

sprechend – die Personen sind „analogberechtigt“. Das heißt, diese Personen erhalten die gleichen Gesundheitsleistungen wie Sozialhilfeempfänger.

Die Hilfen zur Gesundheit sind in den §§ 47 bis 51 SGB XII geregelt und umfassen auch die vorbeugende Gesundheitshilfe (§ 47 SGB XII). Hier können „andere Leistungen nur erbracht werden, wenn ohne diese nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung oder sonstiger Gesundheitsschaden einzutreten droht“. Die Hilfen zur Gesundheit entsprechen in diesem Fall den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 52 Abs. 1 Satz 1 SGB XII). Nach § 264 Abs. 2 SGB V wird die Krankenbehandlung für diese Personenkreise durch die Krankenkasse aufgrund eines gesetzlichen Auftrags übernommen – § 11 Abs. 1 SGB V sowie die §§ 61 und 62 SGB V gelten entsprechend (§ 264 Abs. 4 SGB V). Anspruch auf Krankengeld (§§ 44 bis 51 SGB V) oder Mutterschaftsgeld (§ 24 i SGB V) besteht nicht. Soweit die Satzung einer Krankenkasse Mehrleistungen vorsieht, entscheidet der Träger der Sozialhilfe über Umfang und Inhalt der Hilfen nach pflichtgemäßem Ermessen (§ 52 Abs. 1 Satz 2 SGB XII).

Einige von der Corona-Pandemie besonders betroffene europäische Staaten haben sich mit der Bitte an Deutschland bzw. an einzelne Bundesländer gewandt, angesichts begrenzter eigener Kapazitäten schwer erkrankte Patientinnen und Patienten in deutschen Krankenhäusern zu behandeln. Mit dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite hat die Bundesregierung diese Bitte aufgegriffen und wird die anfallenden Behandlungskosten für Personen übernehmen, denen im Wohnstaat eine Behandlung des Coronavirus SARS-CoV-2 nicht innerhalb eines in Anbetracht ihres derzeitigen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufes ihrer Krankheit medizinisch vertretbaren Zeitraums gewährt werden kann. Diese Maßnahme wird damit begründet, dass es aufgrund der lebensbedrohlichen Situation der Patientinnen und Patienten weder zumutbar noch leistbar war, das übliche Verfahren zu beschreiten. Die in dieser Form erfolgte Soforthilfe leiste einen wesentlichen Beitrag dazu, die Folgen der Corona-Pandemie zu mildern. Es handle sich dabei ausschließlich um Covid-19-bedingte Fälle, für die die jeweiligen Kapazitäten der betreffenden Mitgliedstaaten oder des Vereinigten Königreichs von Großbritannien und Nordirland nicht ausreichten oder ausreichen. Voraussetzung ist, dass die Aufnahme der Patientinnen und Patienten zwischen den Mitgliedstaaten und den Ländern oder dem Bund vereinbart wurde.

3. Gibt es Hinweise (gegebenenfalls unter Nennung statistischer Daten und Herkünfte), dass aus dem Ausland stammende Arbeitskräfte bzw. deren Arbeitgeber epidemiologisch-medizinische Untersuchungen aus Furcht vor privat zu tragenden Behandlungskosten oder aus Furcht vor gesundheitsbürokratischen Unklarheiten oder Schwierigkeiten vermieden haben oder aus welchen Gründen auch immer keinen Zugang zu selbigen Untersuchungen bekamen?

Nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) ist die arbeitsmedizinische Vorsorge eine Arbeitsschutzmaßnahme. Sie leitet sich wie andere Arbeitsschutzmaßnahmen aus der Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzgesetz ab. Ergibt sich aus der jeweiligen Gefährdungsbeurteilung, dass arbeitsmedizinische Vorsorge notwendig ist, muss der Arbeitgeber diese veranlassen. Die entstehenden Kosten gehen zu Lasten des Arbeitgebers. Hinweise, dass aus dem Ausland stammende Arbeitskräfte bzw. deren Arbeitgeber arbeitsmedizinische Vorsorgen aus Furcht vor privat zu tragenden Behandlungskosten oder aus Furcht vor gesundheitsbürokratischen Unklarheiten oder Schwierigkeiten vermieden haben oder aus welchen Gründen auch immer keinen Zugang zu selbigen Untersuchungen bekamen, liegen nicht vor.

4. Haben Sammelunterkünfte, z. B. Containerunterkünfte, für Mitarbeiter und die hygienischen Zustände in solchen Unterkünften – und falls ja, in welcher Weise – im Falle der mindestens 90 Infizierten bei dem Birkenfelder Fleischverarbeiter M. (Stand vom 17. April 2020, siehe BNN) bei der Verbreitung der COVID-19-Infektion eine Rolle gespielt?

Auch die Wohnsituation der Beschäftigten hat eine Verbreitung der aufgetretenen Infektionen begünstigt. In gemeinsam genutzten Räumlichkeiten von Wohnhei-

men oder von mehreren Personen genutzten Wohnungen konnten die seitens des Gesundheitsamtes Enzkreis unverzüglich nach Auftreten der ersten Infektion angeordneten Isolierungs- und Quarantänemaßnahmen, insbesondere die erforderlichen Abstandregelungen, nicht umgesetzt werden.

5. *Wie viele Totenscheine wurden in Baden-Württemberg seit dem 1. Januar 2020 und bis heute ausgestellt bzw. für die Todesursachenstatistik des Bundes entsprechende Daten übermittelt, in denen eine COVID-19-Infektion figuriert (unter Angabe der genauen Einordnung von COVID-19 bei der jeweiligen Todesursache, unterteilend in „Unmittelbare Todesursache“, „Tod als Folge von“ bzw. „Tod als Folge eines Grundleidens“)?*

Die Bestimmung des Grundleidens (Todesursache) auf Grundlage der bei der Leichenschau vom Arzt/von der Ärztin auszufüllenden Todesbescheinigung ist Bestandteil der Todesursachenstatistik und damit Aufgabe des Statistischen Landesamtes. Die Bestimmung des Grundleidens erfolgt international einheitlich anhand des Regelwerks der WHO (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision (ICD-10), Band 2 Regelwerk). Die Todesursachenstatistik wird jährlich erstellt und veröffentlicht. Eine unterjährliche Veröffentlichung ist nicht vorgesehen. Dies würde nur vorläufige, begrenzt belastbare Ergebnisse liefern. Insbesondere Ergebnisse von Obduktionen werden häufig erst nach längerer Zeit an das Statistische Landesamt übermittelt. Da die Todesursachenstatistik Sterbefälle nach dem Wohnort des/der Verstorbenen erfasst, müssen außerdem die Meldungen zu Sterbefällen von Baden-Württembergern aus anderen Bundesländern abgewartet werden. Daten zur Todesursachenstatistik 2020 und damit zur Zahl der ursächlich an COVID-19 Verstorbenen werden planmäßig im September 2021 veröffentlicht.

6. *Wie würde im Sinne von Frage 5 im Hinblick auf die offiziellen, in den öffentlich-rechtlichen Medien genannten Zahlen von „Corona-Sterbefällen“ bzw. „Corona-Toten“ in der Sterbestatistik heute ein Mensch kategorisiert, der an einem sonnigen Sonntagnachmittag bei einem Motorradunfall verstorbt, bei dem aber eine COVID 19-Infektion bekannt würde?*

In der Todesursachenstatistik erfolgt die Bestimmung des Grundleidens (Todesursache) wie unter Frage 5 dargestellt nach dem Regelwerk der WHO. Hierbei kommt es auf die Erstellung einer plausiblen Kausalkette an, die ausgehend vom Grundleiden (mittelbare Todesursache) zur unmittelbaren Todesursache führt. Sind die von dem erwähnten Motorrad-Unfall verursachten Verletzungen tödlich, so ist in der Regel der Verkehrsunfall in Verbindung mit der Verletzung die Todesursache.

Laut § 11 BestattVO soll das Statistische Landesamt den vertraulichen Teil der Todesbescheinigung in elektronischer Form bis zum Zehnten jedes Folgemonats erhalten. Derzeit liegen dem Statistischen Landesamt infolge der aktuellen Lage für das Berichtsjahr 2020 jedoch nur wenige Meldungen vor.

7. *Wie viele Personalstunden (z. B. Streifengänge, Streifenfahrten etc.) der Polizei und anderer Vollzugsdienste wurden seit dem 1. März 2020 und bis heute bei welchen de facto Personal-Gesamtkosten in Baden-Württemberg aufgewandt, um die Einhaltung der die Grundrechte der Bürger einschränkenden Vorschriften (z. B. Versammlungsverbote, Kontaktverbote, Tragen von Schutzmasken, Schließung von Gaststätten und Dienstleistungsbetrieben und so weiter) zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie zu überwachen bzw. durchzusetzen?*

Die von der Landesregierung beschlossenen Schutzmaßnahmen auf Grundlage des Infektionsschutzgesetzes zur Bekämpfung des Coronavirus (Corona-Verordnung) traten am 17. März 2020 in Kraft. Die Abwehr von Infektionsgefahren liegt primär in der Zuständigkeit der Gesundheitsämter und Ortspolizeibehörden. Der Polizeivollzugsdienst leistet dabei grundsätzlich die erforderliche Amtshilfe und überwacht seit Inkrafttreten der CoronaVO die Einhaltung der gebotenen Schutzmaßnahmen.

Eine statistische Erfassung von Personalstunden von Polizeivollzugsbeamten für Einsatzmaßnahmen im Zusammenhang mit der Bekämpfung der COVID19-Pandemie erfolgte nicht.

8. Mit welchen anderen typischen Aufgaben der Polizei (z. B. Aufklärung von Kriminalfällen) in einem vergleichbaren Zeitraum lässt sich der zur Überwachung bzw. Durchsetzung der gegen die COVID-19-Pandemie ergriffenen Maßnahmen betriebene Aufwand an Personalstunden und Personalkosten, der unter Frage 7 erfragt wird, vergleichen?

Wie unter Frage 7 angeführt, sind die angefragte Darstellung und ein orientierender Vergleich nicht möglich.

9. Wie viele Strafanzeigen wurden bei welchen erzielten Erlösen an verhängten Bußgeldern oder sonstigen Ordnungsmaßnahmen seit dem 1. März 2020 im Zusammenhang mit den unter Frage 7 erwähnten und anderen Vorschriften (unter tabellarischer Auflistung der angezeigten Verstöße und Erlösen an Bußgeldern nach Stadt- und Landkreisen) im Zusammenhang mit der Bekämpfung der COVID-19-Pandemie gestellt?

Die Polizei BW hat bis zum 1. Juni 2020 landesweit insgesamt 28.137 Verstöße gegen die CoronaVO bzw. das IfSG – darunter 853 Straftaten – zur Anzeige gebracht und an die zuständige Verfolgungsbehörde vorgelegt. Bei der geführten Statistik handelt es sich um eine Fallfassung aller angezeigten Verstöße. Dabei wurden Betroffene bzw. Beschuldigte dem jeweiligen Verstoß zugeordnet. Begehen beispielsweise mehrere Betroffene einen Verstoß, werden diese entsprechend ihrer Tatbeteiligung zu diesem (einen) Fall erfasst. Eine differenzierte Erfassung nach Stadt- und Landkreisen ist nicht erfolgt. Über den Ausgang der Verfahren und die Höhe der in diesem Zusammenhang erhobenen Bußgelder liegen dem Innenministerium keine Informationen vor.

10. Wie viele Menschenleben glaubt sie seit dem 1. März 2020 durch die unter Fragen 7 und 9 erwähnten Vorschriften bzw. Maßnahmen zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie gerettet zu haben?

Die zurückliegenden Wochen haben gezeigt, dass durch die Gesamtheit der im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie getroffenen Vorschriften und Maßnahmen ein deutlicher Rückgang der Infektionszahlen in Baden-Württemberg erreicht sowie die weiter rasante Ausbreitung von SARS-CoV-2 verhindert werden konnte. Aus naheliegenden Gründen ist eine seriöse Quantifizierung geretteter Menschenleben in diesem multifaktoriellen Geschehen nicht möglich. Beispielhaft konnten mit der zügigen Erweiterung der intensivmedizinischen Kapazitäten und der hervorragenden Zusammenarbeit der ambulanten und stationären Krankenversorgung alle Erkrankten nach den üblichen individualmedizinischen Verfahren behandelt werden. Dadurch war es in keinem Fall erforderlich, medizinisch notwendige Maßnahmen aus Kapazitätsgründen einzuschränken oder zu unterlassen.

Lucha

Minister für Soziales
und Integration