

Antrag

der Fraktion der AfD

und

Stellungnahme

des Ministeriums für Soziales und Integration

Wann veröffentlicht das Land aussagekräftige Sterbestatistiken zu Covid-19?

Antrag

Der Landtag wolle beschließen,
die Landesregierung zu ersuchen,

I. zu berichten,

1. weshalb das Sozialministerium bzw. das Landesgesundheitsamt sich in der Lage sah, gegenüber der Presse (Stuttgarter Zeitung vom 9. Juli 2020) anzugeben, die Zahl der im Zusammenhang mit Covid-19 Verstorbenen liege in Baden-Württemberg bei „konstant 1.837“, andererseits das Sozialministerium aber am 19. Juni 2020 auf die Kleine Anfrage dreier Landtagsabgeordneter (Drucksache 16/8037, Frage 5) hin die Veröffentlichung konkreter Todesursachen nach ICD-10 als „nur vorläufige, begrenzt belastbare Ergebnisse“ kategorisch ablehnte und erst für den September 2021, also in der kommenden Legislaturperiode, die Veröffentlichung der auf den Inhalt der Totenscheine bezogenen ICD-10 Daten zu den mit Covid-19 verbundenen Todesfällen ankündigte;
2. weshalb nach ihrer Kenntnis die auf dem Internetauftritt des Sozialministeriums veröffentlichten laufenden Tagesberichte des Landesgesundheitsamts („Fallzahlen bestätigter SARS-CoV-2 Infektionen Baden-Württemberg“) und der „Lagebericht Covid-19 Donnerstag, 23. Juli 2020, 16:00 Uhr“ und sonstige bekannten Veröffentlichungen von Landesbehörden im Zusammenhang mit den mit Covid-19 verbundenen Todesfällen keine Hinweise zu den festgestellten Komorbiditäten nach ICD-10 enthalten und somit offenbar bis heute keine Komorbiditäten veröffentlicht werden, während zum Beispiel die ähnlich aufgebauten Statistikveröffentlichungen der US-Behörde Center for Disease Control and Prevention (CDC) zum dortigen Covid-19-Infektionsgeschehen auf Grundlage der ausgewerteten Totenscheine wöchentlich sehr detaillierte, nach ICD-10 kategorisierte Angaben zur Komorbidität machen;

3. wie sie es bewertet bzw. welche Folgerungen für ihr Handeln sie vor dem Hintergrund der Tatsache, dass laut der Sterbetafel 2016/2018 die durchschnittliche Lebenserwartung in Baden-Württemberg 79,7 Jahren für Männer und 84,1 Jahren für Frauen betrug, für ihr Krisenmanagement aus folgender Angabe des amtlichen „Lagebericht Covid-19“ des Landesgesundheitsamts vom 23. Juli 2020 zieht: „Unter den Verstorbenen waren 1.039 Männer (57 Prozent). Das Alter lag zwischen 18 und 106 Jahren, im Median bei 82 Jahren, 1.192 (65 Prozent) der Todesfälle waren 80 Jahre oder älter.“;
4. wie sie die praktische Aussagekraft von PCR-Tests und von auf deren Grundlage erstellter Infektions-Statistiken für die tatsächliche Dynamik eines Infektionsgeschehens bewertet, vor dem Hintergrund ihrer Antwort auf Drucksache 16/8365, Frage 5: „Ein PCR-Test vervielfältigt einen DNA-Abschnitt (basierend auf Primern komplementär zum DNA-Abschnitt nach Umschreiben der viralen RNA in cDNA) und detektiert virales Genmaterial. Aussagen über Infektiosität sind nicht durch ein PCR-Ergebnis möglich, sondern können anhand der Virusanzucht aus respiratorischen Proben in Zellkultur getroffen werden. Insofern besteht die Möglichkeit, dass ein PCR-Test positiv ist (da noch Virusgenom detektierbar ist), obwohl kein infektiöses Virus mehr vorhanden ist.“;
5. wie hoch – unter tabellarischer Darstellung unterteilt nach Männern, Frauen und der Gesamtzahl der Verstorbenen je Alterskohorte – das tatsächliche durchschnittliche Sterbealter (nicht der Median) der laut „Lagebericht Covid-19“ vom 23. Juli 2020 im Zusammenhang mit Covid-19 Verstorbenen war, die sich in ihrer Altersstruktur wie folgt verteilten: 0 bis 10 Jahre 0; 10 bis 19 Jahre 1; 20 bis 29 Jahre 1; 30 bis 39 Jahre 4; 40 bis 49 Jahre 15; 50 bis 59 Jahre 50; 60 bis 69 Jahre 165; 70 bis 79 Jahre 411; 80 bis 89 Jahre 841; 90+ Jahre 351;
6. welche (vgl. Ziffer 5) Komorbiditäten – unter tabellarischer Darstellung unter Berücksichtigung von Alterskohorten und Geschlecht – klassifiziert nach ICD-10 bei den im „Lagebericht Covid-19“ vom 23. Juli 2020 genannten 1.839 im Zusammenhang mit Covid-19 Verstorbenen aufgrund welcher Quellen (z. B. Krankenakten, Obduktion) jeweils festgestellt worden sind;
7. aus welchen wissenschaftlich-sachlichen Gründen sie trotz des Vorliegens von nach Ansicht der Antragsteller für eine Risikobewertung völlig hinreichender, aus den laufenden Daten der Totenscheine gewonnener medizinischer Information zu Komorbiditäten lediglich summarisch eine Zahl der „mit/an“ (oder vergleichbar formuliert) Covid-19 verstorbenen Personen ohne ICD-10 Begleitdaten veröffentlicht und die Bevölkerung und das Parlament auf die ICD-10 Daten, die eine realistische Risikobewertung ermöglichen, bis in den September 2021 warten sollen;
8. falls – vgl. Ziffern 1, 2, 3 und 6 und 7 – keine Daten zu Komorbiditäten erhoben und/oder erhobene Daten bis heute nicht veröffentlicht wurden, aus welchen Erwägungen heraus dies im Gegensatz zur nach Ansicht der Antragsteller zweckmäßigen und gerechtfertigten Praxis des Auslands in Baden-Württemberg nicht getan wurde;
9. ob ihre unter Ziffern 7 und 8 erfragten Erwägungen, Daten zur Komorbidität nicht zeitnah zu veröffentlichen (oder möglicherweise gar nicht erst zu erheben und in diesem Zusammenhang auch auf eine zweite Leichenschau zu verzichten), politisch-pädagogischer Natur sind, und falls ja, welchem pädagogisch-politischen Zweck sie dienen sollen;
10. ob sie die Erwägung teilt, es sei für das Prestige und die Autorität der Landesinstitutionen in der Öffentlichkeit zumal in einer als Naturkatastrophe deklarierten Lage nachteilig, wenn Minister sich in offiziellen Verlautbarungen (z. B. „Offener Brief von Minister Manne Lucha an die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Baden-Württemberg“ vom 18. August 2020) mit Pseudonymen oder Spitznamen anstelle ihrer bürgerlichen amtlichen Namen (vgl. Landtag von Baden-Württemberg, 16. Wahlperiode Volkshandbuch, 2. Auflage, S. 124) an die Öffentlichkeit wenden;

- II. 1. dem Parlament und der Öffentlichkeit analog zur Praxis des Auslands, z. B. des US-amerikanischen CDC, umgehend laufend aktualisierte Daten vorzulegen, die Angaben zum Ausmaß der im Zusammenhang mit Covid-19-Infektionen verstorbenen Personen, der (nach ICD-10 zu klassifizierenden) Komorbiditäten enthalten und den Komorbiditäten jeweils die Altersgruppen zuordnen;
2. durch eine transparente Informationspolitik insbesondere medizinische Fachleute zu einer Bewertung des tatsächlichen Sterberisikos für die unterschiedlichen z. B. nach Altersgruppen, Vorerkrankungen oder sonstigen Lebenssituationen differenzierten Teile der Bevölkerung zu befähigen, um eine gesamtgesellschaftliche Risikobewertung des Infektionsgeschehens zu erlauben und eine zügige Rückkehr des gesellschaftlichen und des Wirtschaftslebens zu geregelten und normalen Verhältnissen und der gewohnten Leistungsfähigkeit herbeizuführen;
3. eine externe Bewertung des Handelns („Krisenmanagements“) der Landesregierung und dessen volkswirtschaftlicher und rechtlicher Implikationen seit dem 1. Januar 2020 und bis heute durch eine geeignete unabhängige Körperschaft, z. B. ein geeignetes Institut oder eine Hochschule vorzugsweise aus dem neutralen Ausland, zu veranlassen und die Ergebnisse binnen drei Monaten dem Landtag und der Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

04.09.2020

Gögel, Sänze
und Fraktion

Begründung

Gesundheit und Wohlergehen des Volkes müssen die höchste Pflicht der Regierung sein und im Zentrum der Arbeit der staatlichen Organe stehen. Festzustellen ist aber, dass die im Zuge der Corona-Kampagne staatlich verfügbaren Maßnahmen nicht zur Erhöhung des medizinischen Schutzes beitragen (so durch die Verpflichtung zum Tragen von Mund-Nasen-Bedeckungen ohne FFP-Zertifizierung), sondern unzumutbare Belastungen und Einschränkungen für die Bevölkerung und das private, öffentliche und wirtschaftliche Leben mit sich bringen. Valide statistische Bestätigungen der via Massenmedien kolportierten Tödlichkeit von SARS-CoV-2 fehlen hingegen.

Die AfD-Landtagsfraktion hat von Beginn an auf die Unverhältnismäßigkeit der Maßnahmen hingewiesen und der tatsächlichen Herausforderung angemessene Handlungen gefordert. Sie sieht sich in ihrem Bemühen zur zeitnahen Aufklärung über die Situation und bei der Herbeiführung einer Beendigung der Corona-Einschränkungen behindert.

Die Vereinigten Staaten von Amerika sind bei 328 Mio. Einwohnern organisatorisch in der Lage und vor allem willens, ihre Bevölkerung mit wöchentlicher Aktualität über die nationsweite Komorbidität der mit bzw. an Covid-19 verstorbenen Menschen zu informieren und der Bevölkerung damit eine Bewertung auch des Regierungshandelns zu ermöglichen. Im Land Baden-Württemberg liegen solche Daten nicht vor. Es ist heute kein sachlicher Grund erkennbar, warum – politischen Willen vorausgesetzt – das hoch organisierte Baden-Württemberg bei elf Mio. Einwohnern eine vergleichbare Information für seine demokratisch mündige Bevölkerung nicht zur Verfügung stellen können sollte. In einer Lage, in welcher die Covid-19-Lage zur Begründung sehr weit gehender Einschränkungen der Grundrechte und des Wirtschaftslebens herangezogen wurde und wird, ist gegenüber der Bevölkerung maximale Transparenz betreffend das Krankheitsgeschehen und die tatsächlichen Sterberisiken für jeweils welche gefährdeten Bevölkerungsgruppen notwendig. Tatsächlich gefährdete Bevölkerungsgruppen sind

gezielt zu schützen, während die Mehrheit der Bevölkerung umgehend zur Normalität zurückkehrt.

Die Bevölkerung ist durch die Corona-Maßnahmen seit 1945 nicht mehr gesehenen Einschränkungen ihrer Bürgerrechte und abnormen Gängelungen ausgesetzt. Die Landesregierung handelt aus Sicht der Antragsteller überfordert, aktionistisch-orientierungslos und verweigert in obrigkeitstaatlicher Manier der Bevölkerung zentrale Informationen. Die Landesregierung handelt aus politisch-ideologischen Erwägungen heraus und zur gesichtswahrenden Vertuschung ihrer Verantwortlichkeit und ihres inadäquaten Handelns. Die bisherigen, nach Ansicht der Antragsteller überzogenen und nicht mit einem demokratischen Herrschaftsverständnis vereinbaren Maßnahmen befördern eine wirtschaftliche Krise und schädigen das Vertrauen der Bevölkerung in den Staat. Eine Gesellschaft von freien Bürgern muss sachlich informiert und so wieder befähigt werden, Existenzrisiken selbständig zu bewerten und muss ihre Initiative und Resilienz wiedergewinnen. Ebenso muss sie in Form von Komorbiditäts-Daten die Information erhalten, die ihr erlaubt, Regierungshandeln zu bewerten. Eine nach dem Eindruck der Antragsteller gezielt stattfindende Pädagogisierung einer erwachsenen Gesellschaft wird von den Antragstellern als undemokratische Zumutung bewertet.

Mit der Kleinen Anfrage Drucksache 16/8037 hat die AfD-Landtagsfraktion die sachlich einfache Frage nach den auf den Totenscheinen der mit bzw. an Covid-19 verstorbenen Menschen vermerkten Komorbiditäten gestellt. Das Sozialministerium hat sie dahingehend beantwortet, dass diese Daten erst im September 2021 (also weit in der folgenden Legislaturperiode) veröffentlicht würden. Diese Vorenthaltung zentraler Daten ist eine eklatante Missachtung der Volksvertretung und des Informationsinteresses der Öffentlichkeit.

Stellungnahme*)

Mit Schreiben vom 20. November 2020 Nr. 51-0141.5-016/8793 nimmt das Ministerium für Soziales und Integration zu dem Antrag wie folgt Stellung:

*Der Landtag wolle beschließen,
die Landesregierung zu ersuchen,*

I. zu berichten,

1. weshalb das Sozialministerium bzw. das Landesgesundheitsamt sich in der Lage sah, gegenüber der Presse (Stuttgarter Zeitung vom 9. Juli 2020) anzugeben, die Zahl der im Zusammenhang mit Covid-19 Verstorbenen liege in Baden-Württemberg bei „konstant 1837“, andererseits das Sozialministerium aber am 19. Juni 2020 auf die Kleine Anfrage dreier Landtagsabgeordneter (Drucksache 16/8037, Frage 5) hin die Veröffentlichung konkreter Todesursachen nach ICD-10 als „nur vorläufige, begrenzt belastbare Ergebnisse“ kategorisch ablehnte und erst für den September 2021, also in der kommenden Legislaturperiode, die Veröffentlichung der auf den Inhalt der Totenscheine bezogenen ICD-10 Daten zu den mit Covid-19 verbundenen Todesfällen ankündigte;

Laborbestätigte positive SARS-CoV-2 Fälle werden an das Gesundheitsamt gemeldet. Im Todesfall wird dem Gesundheitsamt zudem nach § 6 und 7 Infektionsschutzgesetz (IfSG) der Tod des Falles sowie das Sterbedatum gemeldet. Unter Umständen geschehen diese Meldungen auch zeitversetzt bzw. erst auf Nachfrage des Gesundheitsamtes, wenn diese Nachforschungen zu hospitalisiert gemeldeten Fällen durchführen. Diese verstorben gemeldeten Fälle werden im täglichen Lagebericht als verstorben mit und an Covid-19 aufgeführt und sind natürlich nicht konstant. Begleitdaten zu den Todesumständen müssen nicht verpflichtend gemeldet werden.

*) Der Überschreitung der Drei-Wochen-Frist wurde zugestimmt.

Zudem wird die Leichenschau bei jedem Todesfall durch einen Arzt auf einem Totenschein dokumentiert und enthält die nach ICD-10 kodierte Todesursache einschließlich der Kausalkette, die zur Todesursache führte. Dieser Totenschein bzw. die jeweils relevanten Teile gehen unterschiedlichen Behörden zu, u. a. dem Gesundheitsamt und dem statistischen Landesamt. Die Totenscheine werden dort geprüft und auch für statistische Auswertungen genutzt. Dieser bürokratische Weg ist jedoch erheblich länger als die Sterbemeldung nach IfSG. Detaillierte Auswertungen, inklusive üblicher Plausibilisierung und Vollständigkeitskontrolle der Daten, sind daher unter Einbeziehung der ICD-10-Codierung nicht zeitnah möglich.

- 2. weshalb nach ihrer Kenntnis die auf dem Internetauftritt des Sozialministeriums veröffentlichten laufenden Tagesberichte des Landesgesundheitsamts („Fallzahlen bestätigter Sars-CoV-2 Infektionen Baden-Württemberg“) und der „Lagebericht Covid-19 Donnerstag, 23. Juli 2020, 16:00 Uhr“ und sonstige bekannten Veröffentlichungen von Landesbehörden im Zusammenhang mit den mit Covid-19 verbundenen Todesfällen keine Hinweise zu den festgestellten Komorbiditäten nach ICD-10 enthalten und somit offenbar bis heute keine Komorbiditäten veröffentlicht werden, während zum Beispiel die ähnlich aufgebauten Statistikveröffentlichungen der US-Behörde Center for Disease Control and Prevention (CDC) zum dortigen Covid-19-Infektionsgeschehen auf Grundlage der ausgewerteten Totenscheine wöchentlich sehr detaillierte, nach ICD-10 kategorisierte Angaben zur Komorbidität machen;*

Ist eine Person verstorben, muss ein Arzt oder eine Ärztin sofort die Leichenschau durchführen und nach der Feststellung des Todes eine Todesbescheinigung ausfüllen. Die Todesbescheinigung muss bei der Anzeige des Sterbefalls dem zuständigen Standesamt vorlegt werden. Dem Landesgesundheitsamt liegen aus diesem Verfahren keine Daten vor, sie sind nicht Bestandteil des Meldewesens nach dem Infektionsschutzgesetz.

- 3. wie sie es bewertet bzw. welche Folgerungen für ihr Handeln sie vor dem Hintergrund der Tatsache, dass laut der Sterbetafel 2016/2018 die durchschnittliche Lebenserwartung in Baden-Württemberg 79,7 Jahren für Männer und 84,1 Jahren für Frauen betrug, für ihr Krisenmanagement aus folgender Angabe des amtlichen „Lagebericht Covid-19“ des Landesgesundheitsamts vom 23. Juli 2020 zieht: „Unter den Verstorbenen waren 1.039 Männer (57 Prozent). Das Alter lag zwischen 18 und 106 Jahren, im Median bei 82 Jahren, 1.192 (65 Prozent) der Todesfälle waren 80 Jahre oder älter.“;*

Der Schutz des Lebens ist ein hohes Gut. Durchschnittswerte können nie den einzelnen Menschen erfassen. Zudem versterben auch zu einem gewissen Prozentteil Personen an Covid-19, die noch kein hohes Alter erreicht haben, sodass die aktuellen Corona Maßnahmen die ganze Bevölkerung miteinbeziehen, um vulnerable Gruppen jeglichen Alters bestmöglich zu schützen.

Die angeführte Lebenserwartung drückt die durchschnittliche Anzahl der Lebensjahre aus, die unter herrschenden Sterblichkeitsbedingungen bei Geburt erwartet werden kann. Diese kann nicht mit einem erwarteten Sterbedatum jeder einzelnen Person gleichgesetzt werden. Viele Faktoren können im Laufe jedes einzelnen Lebens die persönliche Lebenserwartung erhöhen oder verringern.

Das statistische Bundesamt führt hierzu aus: „Obwohl der Begriff „Lebenserwartung“ suggeriert, dass mithilfe der Ergebnisse die zu erwartende Zeitspanne von einem bestimmten Alter bis zum Tod angegeben werden kann, liegen zumeist sehr hypothetische Werte vor. Entweder lassen sich Aussagen darüber treffen, wie alt eine Person durchschnittlich werden würde, wenn sich an den Verhältnissen des aktuellen Zeitraums nichts mehr ändern würde (Periodensterbetafeln) oder wenn sich die aktuellen Veränderungstrends sehr lange in die Zukunft fortsetzen würden (Kohortensterbetafeln für noch lebende Geburtsjahrgänge). Hinzu kommt, dass Sterbetafeln lediglich Durchschnittswerte für die Lebenserwartung angeben können, von denen die individuellen Überlebensperspektiven je nach Lebensverhältnissen, Lebensführung, Beruf, gesundheitlicher Verfassung und weiteren Faktoren ganz erheblich abweichen können.“

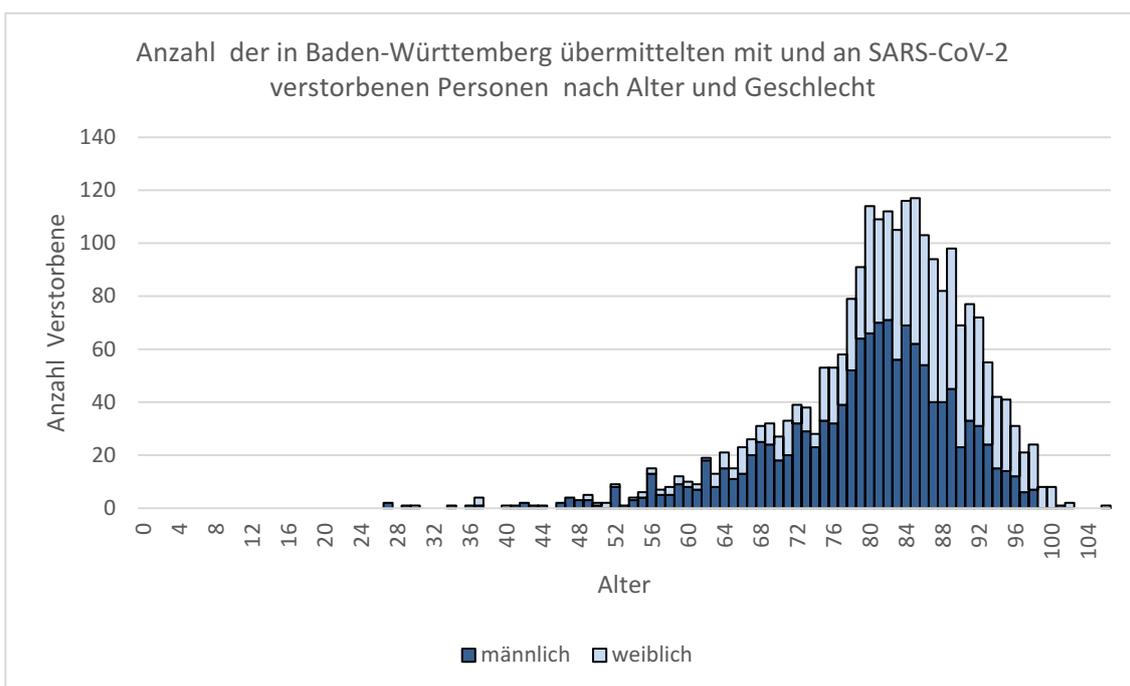
4. *wie sie die praktische Aussagekraft von PCR-Tests und von auf deren Grundlage erstellter Infektions-Statistiken für die tatsächliche Dynamik eines Infektionsgeschehens bewertet, vor dem Hintergrund ihrer Antwort auf Drucksache 16/8365, Frage 5: „Ein PCR-Test vervielfältigt einen DNA-Abschnitt (basierend auf Primern komplementär zum DNA-Abschnitt nach Umschreiben der viralen RNA in cDNA) und detektiert virales Genmaterial. Aussagen über Infektiosität sind nicht durch ein PCR-Ergebnis möglich, sondern können anhand der Virusanzucht aus respiratorischen Proben in Zellkultur getroffen werden. Insofern besteht die Möglichkeit, dass ein PCR-Test positiv ist (da noch Virusgenom detektierbar ist), obwohl kein infektiöses Virus mehr vorhanden ist.“;*

Die Antwort zu Frage 5 der Drucksache 16/8365 lautet entgegen dem oben dargestellten Sachverhalt folgendermaßen: „Laut aktuellen Studien beträgt die durchschnittliche Inkubationszeit nach SARS-CoV-2 Infektion 5 Tage und zeigt damit keinen Unterschied zu den Inkubationszeiten von SARS-CoV oder MERS-CoV (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jmv.25708>, <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-0504>). Generell besteht noch großer Forschungsbedarf in Bezug auf die zellulären Mechanismen einer SARS-CoV-2 Infektion, sowie in Bezug auf die Immunantwort des Körpers als Reaktion auf eine SARS-CoV-2 Infektion. Dem Ministerium für Soziales und Integration sind keine wissenschaftlichen Belege darüber bekannt, dass eine Grundimmunität zu einer „Verzerrung der Infektion“ führt und damit zu einer langen Inkubationszeit.“

PCR-Verfahren zum Nachweis von SARS-CoV-2 sind ausreichend validiert und liefern in der Praxis zuverlässige Ergebnisse. Aufgrund der hohen Sensitivität von PCR-Verfahren besteht die Möglichkeit, dass ein positives Ergebnis auf dem Nachweis sogenannter Virus-Reste basiert, obwohl kein infektiöses Virus mehr vorhanden ist. In Bezug auf diese Problematik wurden bereits Studien veröffentlicht, die einen Zusammenhang zwischen Ct-Werten aus der PCR-Analyse und der Anzuchtbarkeit von Viren in Zellkultur zeigen. Basierend auf diesen Daten können hohe Ct-Werte > 30 bis 34 (je nach verwendetem Testsystem) darauf hinweisen, dass kein vermehrungsfähiges Virus in der Probe vorhanden ist. Die Labore überprüfen und analysieren die Ergebnisse der PCR jedoch genau und in der Regel wird bei hohen Ct-Werten ein zweiter Test nachgeschaltet, um das Ergebnis zu überprüfen. Insofern wird ein positives PCR-Ergebnis stets im Hinblick auf den Ct-Wert als indirektes Maß für Infektiosität bewertet. Zusätzlich wird maßgeblich die klinische Indikation zur Bewertung eines Laborergebnisses herangezogen. Vor diesem Hintergrund sind auch die Infektions-Statistiken, die auf Grundlage von PCR-Analysen zum Nachweis von SARS-CoV-2 erstellt werden, belastbar.

5. *wie hoch – unter tabellarischer Darstellung unterteilt nach Männern, Frauen und der Gesamtzahl der Verstorbenen je Alterskohorte – das tatsächliche durchschnittliche Sterbealter (nicht der Median) der laut „Lagebericht Covid-19“ vom 23. Juli 2020 im Zusammenhang mit Covid-19 Verstorbenen war, die sich in ihrer Altersstruktur wie folgt verteilen: 0 bis 10 Jahre 0; 10 bis 19 Jahre 1; 20 bis 29 Jahre 1; 30 bis 39 Jahre 4; 40 bis 49 Jahre 15; 50 bis 59 Jahre 50; 60 bis 69 Jahre 165; 70 bis 79 Jahre 411; 80 bis 89 Jahre 841; 90+ Jahre 351;*

Das durchschnittliche Sterbealter beträgt 81 Jahre. Die älteste verstorbene Person war 106 Jahre und die jüngste 27 Jahre alt. Das durchschnittliche Sterbealter für Frauen betrug 84 und für Männer 79 Jahre. Die Altersverteilung nach Geschlecht kann aus der beiliegenden Abbildung entnommen werden (Datenstand 16. November 2020).



6. welche (vgl. Ziffer 5) Komorbiditäten – unter tabellarischer Darstellung unter Berücksichtigung von Alterskohorten und Geschlecht – klassifiziert nach ICD-10 bei den im „Lagebericht Covid-19“ vom 23. Juli 2020 genannten 1.839 im Zusammenhang mit Covid-19 Verstorbenen aufgrund welcher Quellen (z. B. Krankenakten, Obduktion) jeweils festgestellt worden sind;

Im Rahmen der Ermittlungen durch die Gesundheitsämter werden ggf. Erkenntnisse zu sogenannten Risikofaktoren der betroffenen Patienten gewonnen. Diese können als Zusatzangaben übermittelt werden. Zu 1.505 der 2.296 Todesfälle liegen Angaben zu Risikofaktoren vor (siehe Tabelle). Die Datenquellen für die jeweiligen Angaben der Gesundheitsämter sind dem Landesgesundheitsamt nicht bekannt.

Altersgruppe	Herz-Kreislauf-Erkrankung		Neurologische Erkrankung		Diabetes		Nierenerkrankung		Chronische Lungenerkrankung		Krebserkrankung		Immundefizienz		Lebererkrankung	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
20-29	1	-	1	-	2	-	2	-	0	-	1	-	1	-	1	-
20-39	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
40-49	6	0	1	1	2	0	2	0	2	1	0	1	1	1	0	0
50-59	17	5	6	2	9	5	3	1	8	6	5	0	3	0	2	0
60-69	65	22	13	9	32	14	23	12	24	14	17	6	12	9	6	3
70-79	168	57	65	37	95	29	45	19	56	20	46	15	21	8	6	2
80-89	295	245	132	115	118	94	78	73	86	49	45	32	24	18	12	12
90+	83	143	30	49	23	31	33	36	16	27	11	20	6	7	4	4
Gesamt	636	472	249	213	281	173	186	141	192	117	125	74	68	43	31	22

7. *aus welchen wissenschaftlich-sachlichen Gründen sie trotz des Vorliegens von nach Ansicht der Antragsteller für eine Risikobewertung völlig hinreichender, aus den laufenden Daten der Totenscheine gewonnener medizinischer Information zu Komorbiditäten lediglich summarisch eine Zahl der „mit/an“ (oder vergleichbar formuliert) Covid-19 verstorbenen Personen ohne ICD-10 Begleitdaten veröffentlicht und die Bevölkerung und das Parlament auf die ICD-10 Daten, die eine realistische Risikobewertung ermöglichen, bis in den September 2021 warten sollen;*
8. *falls – vgl. Ziffern 1, 2, 3 und 6 und 7 – keine Daten zu Komorbiditäten erhoben und/oder erhobene Daten bis heute nicht veröffentlicht wurden, aus welchen Erwägungen heraus dies im Gegensatz zur nach Ansicht der Antragsteller zweckmäßigen und gerechtfertigten Praxis des Auslands in Baden-Württemberg nicht getan wurde;*
9. *ob ihre unter Ziffern 7 und 8 erfragten Erwägungen, Daten zur Komorbidität nicht zeitnah zu veröffentlichen (oder möglicherweise gar nicht erst zu erheben und in diesem Zusammenhang auch auf eine zweite Leichenschau zu verzichten), politisch-pädagogischer Natur sind, und falls ja, welchem pädagogisch-politischen Zweck sie dienen sollen;*

Zu 7., 8. und 9.:

Auch Baden-Württemberg hält sich an die Vorgabe des Robert Koch Instituts (RKI), wonach bei der Leichenschau und der Todesbescheinigung nicht zwischen „an Corona“ oder „mit Corona“ unterschieden wird. Die Wartezeit für Bevölkerung und Parlament resultiert aus der Tatsache, dass der vertrauliche Teil der Todesbescheinigungen zunächst an die Gesundheitsämter geschickt, dort auf Plausibilität und Vollständigkeit geprüft und ggf. ergänzt wird und die Zusammenführung des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung beim Statistischen Landesamt erst danach erfolgen kann. Dort wird aus den Todesbescheinigungen die offizielle Todesursachenstatistik erstellt. Frühere Angaben sind zwar möglich – z. B. in Form von Trendaussagen – entstehen aber zwangsläufig nur aus einem Teil der Daten und sind daher auch weniger aussagefähig.

Solltermin für die Datenlieferung der Statistischen Landesämter an das Statistische Bundesamt ist August des Folgejahres.

Die Todesursachenstatistik beruht auf dem Gesetz über die Statistik der Bevölkerungsbewegung und die Fortschreibung des Bevölkerungsstandes in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. März 1980, zuletzt geändert durch Art. 2 Abs. 8 des Gesetzes vom 19. Februar 2007 (BGBl. I S. 122). Sie ist eine Vollerhebung aller Todesfälle in Deutschland. Grundlage ist die von den Ärzten ausgestellte Todesbescheinigung, auf der die Krankheiten, welche zum Tode geführt haben, aufgelistet sind. Dabei unterscheidet man zwischen denjenigen Krankheiten, die unmittelbar und mittelbar zum Tode geführt haben, einschließlich derjenigen Krankheit, welche alle anderen bedingt (sogenanntes „Grundleiden“). Nur dieses Grundleiden als Auslöser aller anderen Krankheiten fließt als Todesursache in die Todesursachenstatistik ein (sogenannte unikausale Aufbereitung).

Diese Daten sind nicht mit den Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz verknüpft.

10. *ob sie die Erwägung teilt, es sei für das Prestige und die Autorität der Landes-einrichtungen in der Öffentlichkeit zumal in einer als Naturkatastrophe deklarierten Lage nachteilig, wenn Minister sich in offiziellen Verlautbarungen (z. B. „Offener Brief von Minister Manne Lucha an die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Baden-Württemberg“ vom 18. August 2020) mit Pseudonymen oder Spitznamen anstelle ihrer bürgerlichen amtlichen Namen (vgl. Landtag von Baden-Württemberg, 16. Wahlperiode Volkshandbuch, 2. Auflage, S. 124) an die Öffentlichkeit wenden;*

Eine klare und transparente Kommunikation der von der Landesregierung getroffenen Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie an die Bürgerinnen und Bürger in Baden-Württemberg sowie an die Akteure im Gesundheitswesen

hat höchste Priorität für die Mitglieder der Landesregierung. Der Frage, ob der Unterzeichner ein Schreiben mit bürgerlichem Namen oder Spitznamen unterzeichnet, misst sie nicht die Bedeutung bei der Bekämpfung der Pandemie bei, wie die Antragsteller dies offensichtlich tun.

II.

1. dem Parlament und der Öffentlichkeit analog zur Praxis des Auslands, z. B. des US-amerikanischen CDC, umgehend laufend aktualisierte Daten vorzulegen, die Angaben zum Ausmaß der im Zusammenhang mit Covid-19-Infektionen verstorbenen Personen, der (nach ICD-10 zu klassifizierenden) Komorbiditäten enthalten und den Komorbiditäten jeweils die Altersgruppen zuordnen;

Das Ministerium für Soziales und Integration verweist auf die ausführlichen Erläuterungen zu den Fragen 7., 8. und 9. Darüberhinausgehende Erhebungen und Veröffentlichungen sind nicht geplant.

2. durch eine transparente Informationspolitik insbesondere medizinische Fachleute zu einer Bewertung des tatsächlichen Sterberisikos für die unterschiedlichen z. B. nach Altersgruppen, Vorerkrankungen oder sonstigen Lebenssituationen differenzierten Teile der Bevölkerung zu befähigen, um eine gesamtgesellschaftliche Risikobewertung des Infektionsgeschehens zu erlauben und eine zügige Rückkehr des gesellschaftlichen und des Wirtschaftslebens zu geregelten und normalen Verhältnissen und der gewohnten Leistungsfähigkeit herbeizuführen;

Eine Bewertung der aktuellen Lage und des Risikos durch Covid-19 für die Gesamtbevölkerung in Deutschland erfolgt kontinuierlich durch das Robert Koch-Institut. Zu Risikofaktoren für schwere Krankheitsverläufe finden sich auf den Internetseiten der jeweiligen medizinischen Fachgesellschaften weiterführende Informationen. Eine gesamtgesellschaftliche Bewertung des Infektionsgeschehens spiegelt sich in den Maßnahmen von Bund und Ländern zur Eindämmung der Corona Pandemie wider.

3. eine externe Bewertung des Handelns („Krisenmanagements“) der Landesregierung und dessen volkswirtschaftlicher und rechtlicher Implikationen seit dem 1. Januar 2020 und bis heute durch eine geeignete unabhängige Körperschaft, z. B. ein geeignetes Institut oder eine Hochschule vorzugsweise aus dem neutralen Ausland, zu veranlassen und die Ergebnisse binnen drei Monaten dem Landtag und der Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

Die Kontrolle des Handelns der Landesregierung obliegt nach dem Prinzip der Gewaltenteilung dem Landesparlament sowie der Judikative. Eine darüber hinausgehende Bewertung ist nach Auffassung der Landesregierung nicht erforderlich.

Lucha

Minister für Soziales
und Integration