

Kleine Anfrage

des Abg. Emil Sänze AfD

und

Antwort

des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration

Entwicklung des Alkoholismus in den Jahren 2020 und 2021 während anderthalb Jahren durch COVID-Verordnungen eingeschränkter Freiheitsrechte

Kleine Anfrage

Ich frage die Landesregierung:

1. Welche einschlägige formal-fachliche Qualifikation in einem einschlägigen Gesundheitsberuf oder in der epidemiologischen oder sonstigen medizinischen Forschung bzw. welche Ausbildung in Verfassungsrecht bringt der promovierte Umweltchemiker Prof. (apl.) Dr. Uwe Lahl, der während der 16. Legislaturperiode noch als Amtschef im Verkehrsministerium tätig war, als berufliche Voraussetzungen mit, um als Amtschef im Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration in der 17. Legislaturperiode die realen Auswirkungen der Corona-Verordnungen der Landesregierung samt der von ihm selbst angekündigten „harten Einschränkungen für Nichtgeimpfte“ bewerten zu können (z. B. die medizinische Bewertung der Wirkungen und Nebenwirkungen von Impfstoffen, die verfassungsrechtlichen Aspekte der Grundrechtseinschränkungen durch 3G- und 2G-Regelungen, die wirtschaftlichen Schäden durch entgangene Umsätze des Handels, die Einschränkungen im Wirken von privaten und staatlichen Einrichtungen durch Zugangsbeschränkungen, möglicherweise die Auswirkungen auf den regulären Verlauf der demokratischen Bundestagswahl am 26. September 2021 oder weiterer Wahlgänge durch 3G- oder 2G-Bestimmungen)?
2. Wie bewertet sie die Folgen für das Vertrauen der Bürger in den demokratischen Rechtsstaat, wenn ein Verwaltungshandeln des Landes bereits zum Zeitpunkt seiner Konzipierung und Ankündigung in der Presse auf wesentliche Bedenken des fachlich kompetenten Bundesjustizministeriums trifft – sie folglich mit ihrer neuesten Corona-Verordnung ein Faktum schafft, obwohl deren Verhältnismäßigkeit und juristischer Bestand bereits vor Inkrafttreten von Bundeseinrichtungen öffentlich bezweifelt werden, und es dann mutmaßlich den Bürgern obliegen soll, sich den Vollumfang ihrer durch das Handeln der Landesregierung erheblich eingeschränkten Grundrechte vor Gerichten zu erstreiten?

3. Geht sie willentlich – und falls ja: weshalb – das unter Frage 2 thematisierte juristische Risiko ein, dass sie entgegen dem Abraten seitens Bundesstellen durch ihre Verordnung(en) Fakten schafft und die Grundrechte von Bürgern in einer Situation weiter beschränkt, in welcher selbst die Bundesjustizministerin bereits vor Inkrafttreten der neuen Corona-Verordnung in der Presse ernste Bedenken gegen intendierte 2G-Einschränkungen äußert und die Verordnung mit ihren (gegenüber heute) zusätzlichen Einschränkungen der Grundrechte (sowie dem Fortfall der Lohnfortzahlung im Quarantänefall für Nichtgeimpfte) schon allein aus diesem Grund vor Gericht anfechtbar erscheinen muss?
4. In welchem Umfang (unter tabellarischer Aufstellung: wie viele Impfdosen mit jeweils welchem Verfallsdatum, welcher Hersteller, zu welchem Einzelpreis, in welchem Gesamtwert in Euro, zu bezahlen von welchem Kostenträger, welche Stelle verfügt über den Impfstoff) befinden sich am 10. September 2021 COVID-19-Impfstoffe in der Verfügung öffentlicher Stellen in Baden-Württemberg, deren Verbrauch mittels Impfung sie mit ihren beinahe wöchentlichen Ermahnungen und vor allem mit ihrer am 13. September in Kraft tretenden Corona-Verordnung bezweckt?
5. Was hat sie seit dem 1. Januar 2020 und bis heute konkret unternommen (unter Verweis auf ihre Antwort auf die Kleine Anfrage Drucksache 16/10053), um – da ja die Einschränkungen der Freiheitsrechte seit anderthalb Jahren mit einer drohenden Überlastung der intensivmedizinischen Kapazitäten begründet werden – die Kapazitäten der intensivmedizinischen Versorgung in Baden-Württemberg auszubauen, welche laut DIVI-Intensivregister zwischen dem 1. August 2020 und dem 1. April 2021 jedoch von ca. 3 600 auf ca. 2 400 reduziert wurden, und insbesondere um finanzielle Anreize abzustellen, Intensivbetten aus dem regulären Betrieb zu nehmen und in einen (für die Klinikbetreiber finanziell lukrativeren) Überlast-Modus zu überführen sowie dem von ihr selbst beklagten Personalmangel in der Intensivmedizin abzuhelfen, der zur Stilllegung von Intensivbereichen geführt habe?
6. Welches Risiko aus gesundheitlicher und aus juristischer Sicht (z. B. das gesundheitliche Risiko, jeweils welche Impfschäden zu erleiden) und welches Haftungsrisiko für welche öffentlichen Einrichtungen oder deren Auftragnehmer (z. B. Impfstoff-Lieferanten, impfende Einrichtungen – in der Presse wird z. B. ein Risiko von Autoimmunerkrankungen erwähnt) besteht für die Betroffenen einerseits und für öffentliche Stellen andererseits, wenn eine Person wissentlich oder unwissentlich bereits (z. B. durch eine ohne gravierende Folgen überstandene COVID-Infektion) über eine COVID-Immunität verfügt und unter dem Eindruck der aktuell wiederholten Äußerungen Dr. Lahls (Stuttgarter Zeitung: „das Leben für nicht geimpfte Erwachsene werde schon bald schwer werden.“ Diese Menschen würden „in den kommenden Wochen viele Testungen benötigen, um am öffentlichen Leben teilnehmen zu können.“) dennoch trotz COVID-Immunität (d. h. Vorhandensein von Antikörpern) mit COVID-Impfstoffen, insbesondere mit mRNA-Impfstoffen, in Abwesenheit eines formalen gesetzlichen Impfzwangs geimpft wird?
7. Wie hat sich nach ihrer Kenntnis (unter monatlicher tabellarischer Aufstellung der – soweit ihr bekannt: Verkäufe und Umsätze alkoholischer Getränke und Tabakwaren, sowie der Krankenhausstatistiken betreffend Alkohol- und Suchtmittelschäden bzw. als Folge von Alkoholkonsum erlittener Verletzungen und dergleichen) seit dem 1. Januar 2020 und bis heute der Verkauf bzw. der Konsum legaler Suchtmittel wie Alkohol, insbesondere von Tabakwaren und von harten Spirituosen, einschließlich dessen bekannt gewordener Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit entwickelt?
8. Wie hat sich seit dem 1. Januar 2020 und bis heute (unter monatlicher tabellarischer Aufstellung) die Statistik häuslicher Gewaltdelikte entwickelt, unter besonderer Berücksichtigung von mit Alkoholkonsum und mit Gewalt gegen Kinder verbundenen Vorfällen?

9. Welche institutionelle Absicherung hat sie getroffen, damit suchtkranke Menschen in Baden-Württemberg nicht in leitende öffentliche Funktionen gelangen, wo deren gegebenenfalls durch Suchtmittelmissbrauch beeinträchtigtes Urteilsvermögen unmittelbaren Einfluss auf den Gesundheitszustand und das gesundheitsrelevante Verhalten der Bürger unseres Landes nehmen könnte (z. B. in exekutiven oder legislativen Funktionen, in der Medizinverwaltung, in der Verwaltung öffentlicher Finanzen oder in der Verantwortung für Ordnungskräfte) bzw. welche Therapieangebote stellt sie für Betroffene im Landesdienst bereit?

10.9.2021

Sänze AfD

Begründung

Verantwortung für grundgesetzliche Freiheitsrechte der Bürger sowie für deren Gesundheit (ein hohes Verfassungsgut – vgl. Artikel 2 Absatz 2 des Grundgesetzes) unterscheidet sich wesentlich von Verantwortung für Verkehrswege und -mittel. Am 10. September 2021 berichten die „Badischen Neuesten Nachrichten“ über eine am 13. September in Kraft tretende neue Corona-Verordnung des Landes. Am selben Tag erscheint im „Mühlacker Tagblatt“ ein Artikel, demzufolge der Wissenschaftliche Dienst des Bundestags wie auch Bundesjustizministerin Lambrecht (SPD, Zitat: „Ich sehe nicht, wie man eine derart schwerwiegende Beschränkung mit dem Infektionsschutz rechtfertigen könnte“) Eingriffe durch 2G-Regelungen als kritisch bis unverhältnismäßig bewerten. Der Fragesteller bemerkt, dass Minister Lucha „harte“ Ankündigungen seines Ministeriums durch seinen Amtschef vornehmen lässt und diese nicht selbst verkündet hat. Der Fragesteller konstatiert ferner, dass das Wissen um die Langzeitwirkungen von mRNA-Impfstoffen noch eingeschränkt scheint und diese in Fachveröffentlichungen und teils in der allgemeinen Presse mit prinzipiell-gravierenden Vorbehalten angesprochen werden. Ebenso wird das Risiko von Autoimmunerkrankungen durch die Impfung von Menschen erwähnt, die bereits Immunität haben. Überdies scheint dem Fragesteller wahrscheinlich, dass der durch die dauerhafte Einschränkung der Freiheitsrechte erlittene psychische Druck sich möglicherweise im Anstieg des Suchtmittelkonsums und der häuslichen Gewalt niederschlägt. Chronischer Alkoholkonsum beeinträchtigt das Urteilsvermögen und senkt Hemmschwellen – keine Berufsgruppe ist dagegen gefeit. Der Fragesteller konstatiert, dass keine gesetzliche COVID-Impfpflicht besteht, den nicht geimpften Bürgern aber schwere (Zitat: „harte“) Beschränkungen ihrer Grundrechte und Behinderungen ihres gesellschaftlichen Lebens in Aussicht gestellt werden. Von einer Haftung der Hersteller ist keine Rede – der Fragesteller kann daher nicht umhin, als die COVID-Politik der Landesregierung so zu verstehen, dass den nach ihrer Darstellung „freiwillig“ Geimpften das volle Risiko für mögliche Impfschäden auferlegt wird (vgl. Grundgesetz Artikel 2 Absatz 2, Recht auf körperliche Unversehrtheit), zugleich aber den freiwillig Nichtgeimpften die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben in verfassungsrechtlich bedenklicher Form eingeschränkt und erschwert wird. Nicht von ausgeübtem Druck zu sprechen, schiene dem Fragesteller abwegig. Dieser Sachverhalt erfordert Klärung. Wie Minister Lucha – er ist kein Arzt – zu seiner epidemiologischen Situationsbewertung kommt, steht der Spekulation der Öffentlichkeit offen, da er seinen Amtschef sprechen lässt, der aber ebenfalls kein Arzt ist.

Antwort*)

Mit Schreiben vom 13. Oktober 2021 Nr. 51-0141.5-017/809 beantwortet das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration in Abstimmung mit dem Ministerium des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen die Kleine Anfrage wie folgt:

1. Welche einschlägige formal-fachliche Qualifikation in einem einschlägigen Gesundheitsberuf oder in der epidemiologischen oder sonstigen medizinischen Forschung bzw. welche Ausbildung in Verfassungsrecht bringt der promovierte Umweltchemiker Prof. (apl.) Dr. Uwe Lahl, der während der 16. Legislaturperiode noch als Amtschef im Verkehrsministerium tätig war; als berufliche Voraussetzungen mit, um als Amtschef im Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration in der 17. Legislaturperiode die realen Auswirkungen der Corona-Verordnungen der Landesregierung samt der von ihm selbst angekündigten „harten Einschränkungen für Nichtgeimpfte“ bewerten zu können (z. B. die medizinische Bewertung der Wirkungen und Nebenwirkungen von Impfstoffen, die verfassungsrechtlichen Aspekte der Grundrechtseinschränkungen durch 3G- und 2G-Regelungen, die wirtschaftlichen Schäden durch entgangene Umsätze des Handels, die Einschränkungen im Wirken von privaten und staatlichen Einrichtungen durch Zugangsbeschränkungen, möglicherweise die Auswirkungen auf den regulären Verlauf der demokratischen Bundestagswahl am 26. September 2021 oder weiterer Wahlgänge durch 3G- oder 2G-Bestimmungen)?

Herr Prof. (apl.) Dr. Lahl steht als Amtschef dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration vor. Er ist damit Dienstvorgesetzter der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ministeriums. Unter diesen befinden sich viele Expertinnen und Experten mit unterschiedlicher Qualifikation zur Erfassung und Bewertung aller fachlichen Aspekte, die für die Bewältigung der Corona-Pandemie von Nöten sind. Herr Prof. (apl.) Dr. Lahl greift auf diesen Sachverstand in seiner Tätigkeit zurück. Er hat in der Vergangenheit in unterschiedlichen Funktionen unter Beweis gestellt, wissensbasierte Entscheidungsprozesse in Behörden auf unterschiedlichen Ebenen staatlicher Tätigkeit erfolgreich zu steuern und zu verantworten.

2. Wie bewertet sie die Folgen für das Vertrauen der Bürger in den demokratischen Rechtsstaat, wenn ein Verwaltungshandeln des Landes bereits zum Zeitpunkt seiner Konzipierung und Ankündigung in der Presse auf wesentliche Bedenken des fachlich kompetenten Bundesjustizministeriums trifft – sie folglich mit ihrer neuesten Corona-Verordnung ein Faktum schafft, obwohl deren Verhältnismäßigkeit und juristischer Bestand bereits vor Inkrafttreten von Bundeseinrichtungen öffentlich bezweifelt werden, und es dann mutmaßlich den Bürgern obliegen soll, sich den Vollumfang ihrer durch das Handeln der Landesregierung erheblich eingeschränkten Grundrechte vor Gerichten zu erstreiten?

3. Geht sie willentlich – und falls ja: weshalb – das unter Frage 2 thematisierte juristische Risiko ein, dass sie entgegen dem Abraten seitens Bundesstellen durch ihre Verordnung(en) Fakten schafft und die Grundrechte von Bürgern in einer Situation weiter beschränkt, in welcher selbst die Bundesjustizministerin bereits vor Inkrafttreten der neuen Corona-Verordnung in der Presse ernste Bedenken gegen intendierte 2G-Einschränkungen äußert und die Verordnung mit ihren (gegenüber heute) zusätzlichen Einschränkungen der Grundrechte (sowie dem Fortfall der Lohnfortzahlung im Quarantänefall für Nichtgeimpfte) schon allein aus diesem Grund vor Gericht anfechtbar erscheinen muss?

Die Fragen 2 und 3 werden auf Grund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Für die Umsetzung der Corona-Schutzmaßnahmen sind nach dem Infektionsschutzgesetz grundsätzlich die Länder zuständig. Die Landesregierung berück-

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

sichtigt die Interessen der betroffenen Grundrechtsträger in angemessener Weise. Die Fortführung der 3G-Regelung ist aus Gründen des Infektionsschutzes zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung und der Sicherstellung der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems geboten. Die Eingriffsintensität ist mit Blick auf das Infektionsgeschehen gegenüber den betroffenen Bürgerinnen und Bürgern als vertretbar einzustufen. Die 2G-Regelung greift erst, wenn die Voraussetzungen der Alarmstufe vorliegen, d. h. die Sieben-Tage-Hospitalisierung oder die Auslastung der Intensivbettenkapazität mit COVID-19-Patientinnen und -Patienten die Grenzwerte überschreitet. In diesem Fall ist es geboten, weitergehende Maßnahmen zum Gesundheitsschutz der Bürgerinnen und Bürger sowie zur Vermeidung einer Überlastung des Gesundheitssystems zu ergreifen. Da vornehmlich ungeimpfte Personen an COVID-19 erkranken und bei schwerem Krankheitsverlauf einer stationären Behandlung im Krankenhaus, ggfs. auf der Intensivstation bedürfen, ist bei einer hohen Auslastung der Kapazitäten erforderlich, deren Infektionsrisiko durch eine 2G-Regelung zu senken. Im Übrigen sind Ausnahmen für Kinder, Schülerinnen und Schüler, sowie Personen, die sich aus medizinischen Gründen nicht impfen lassen können, berücksichtigt worden.

4. In welchem Umfang (unter tabellarischer Aufstellung: wie viele Impfdosen mit jeweils welchem Verfallsdatum, welcher Hersteller, zu welchem Einzelpreis, in welchem Gesamtwert in Euro, zu bezahlen von welchem Kostenträger, welche Stelle verfügt über den Impfstoff) befinden sich am 10. September 2021 COVID-19-Impfstoffe in der Verfügung öffentlicher Stellen in Baden-Württemberg, deren Verbrauch mittels Impfung sie mit ihren beinahe wöchentlichen Ermahnungen und vor allem mit ihrer am 13. September in Kraft tretenden Corona-Verordnung bezweckt?

Aufgrund einer durchgeführten Inventur wurde statt des 10. September 2021 der 8. September 2021 als Stichtag gewählt. Demnach waren in Baden-Württemberg zu diesem Zeitpunkt nachfolgende Mengen an COVID-19-Impfstoffen in der Verfügung öffentlicher Stellen:

Ort	AstraZeneca	BioNTech	Moderna	J&J
Impfzentren	18.960	309.288	109.460	58.200
Zentrallager	0	45.630	462.500	8.650

Auf die Erhebung der Verfallsdaten wurde aufgrund des sehr hohen Aufwands verzichtet.

Alle Impfstoffe werden vom Bund zur Verfügung gestellt und befinden sich in dessen Eigentum. Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration ist nicht in den Beschaffungsprozess involviert und hat deshalb keine Kenntnis über die Einzelpreise bzw. den Gesamtwert der Impfstoffe.

5. Was hat sie seit dem 1. Januar 2020 und bis heute konkret unternommen (unter Verweis auf ihre Antwort auf die Kleine Anfrage Drucksache 16/10053), um – da ja die Einschränkungen der Freiheitsrechte seit anderthalb Jahren mit einer drohenden Überlastung der intensivmedizinischen Kapazitäten begründet werden – die Kapazitäten der intensivmedizinischen Versorgung in Baden-Württemberg auszubauen, welche laut DIVI-Intensivregister zwischen dem 1. August 2020 und dem 1. April 2021 jedoch von ca. 3 600 auf ca. 2 400 reduziert wurden, und insbesondere um finanzielle Anreize abzustellen, Intensivbetten aus dem regulären Betrieb zu nehmen und in einen (für die Klinikbetreiber finanziell lukrativeren) Überlast-Modus zu überführen sowie dem von ihr selbst beklagten Personalmangel in der Intensivmedizin abzuhelpfen, der zur Stilllegung von Intensivbereichen geführt habe?

Insgesamt konnten im Zeitraum von Ende März 2020 bis September 2020 in Baden-Württemberg in einer für die Kliniken extrem schwierigen Lage 1.972 zu-

sätzliche Intensivbetten mit einer maschinellen Beatmungsmöglichkeit geschaffen werden. Hierfür wurden den Krankenhäusern des Landes insgesamt 98,6 Mio. Euro (der Gesamtzahlungen des ersten Bundes-Rettungsschirmes in Höhe von rd. 995 Mio. Euro) zur Verfügung gestellt. Diese Notfall-Beatmungsmöglichkeiten wurden geschaffen, um dramatische Situationen wie 2020 in Norditalien oder auch in Grand-Est zu verhindern. Hierzu wurden Voraussetzungen geschaffen, um zusätzliche Beatmungspatienten durch Umwidmung von Krankenstationen, Aufstellung zusätzlicher Beatmungsgeräte und unter Hinzuziehung von Personal aus anderen Krankenhausbereichen zu versorgen bzw. in einer Notsituation, wie in Norditalien, versorgen zu können. Die Anzahl der so hinzugewonnen Intensivbetteneinheiten entspricht in etwa dem Bundesdurchschnitt, gemessen an der Einwohnerzahl.

Die Krankenhäuser wurden zu Beginn der Pandemie aufgefordert, ihre planbaren Eingriffe zurückzufahren. Dadurch konnte Personal von den nun weniger beanspruchten Stationen auf den Intensivstationen eingesetzt werden. Somit war gewährleistet, dass die zusätzlich geschaffenen Intensivkapazitäten auch betrieben werden konnten. Im regulären Betrieb der Krankenhäuser ist die Vorhaltung von vielen Intensivkapazitäten nicht notwendig. Daher werden an das DIVI aktuell weniger Kapazitäten gemeldet und es entsteht der Eindruck, dass auch weniger Betten verfügbar sind. Tatsächlich jedoch wurden die Geräte angeschafft und können bei Bedarf reaktiviert und genutzt werden.

Die Pandemie führte zugleich zu – teilweise ganz erheblichen – Leistungs-, Erlös- und Kostenveränderungen. Nachdem der Bundesgesundheitsminister im März 2020 alle Krankenhäuser aufrief, sämtliche nicht-dringlichen Krankenhausbehandlungen zu verschieben, um Kapazitäten für mögliche COVID-19-Patientinnen und -Patienten freizuhalten, verloren die Kliniken einen Großteil ihrer Einnahmen.

Der Bund hatte deshalb zunächst mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz von März 2020 die Möglichkeit geschaffen, pandemiebedingte Ausfälle zu kompensieren.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen wurden in der ersten Pandemiewelle eilig geschaffen und seitens des Bundes wurde mit der COVID-19-Ausgleichszahlungs-Änderungs-Verordnung nachgesteuert. So galten ab Juli 2020 nach Krankenhausgröße und Krankentypus gestaffelte Ausgleichssätze, die sog. Leerstandspauschalen. Flankierend erhielten die Krankenhäuser im Zuge des ersten Schutzschirmes eine Investivpauschale für jedes zusätzlich geschaffene Intensivbett mit Beatmungsmöglichkeit.

Der Ausgleich wurde aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bezahlt und aus dem Bundeshaushalt refinanziert. Unter dem ersten Schutzschirm wurden in Baden-Württemberg von 16. März bis 30. September 2020 insgesamt rund 995 Mio. Euro an Bundesgeldern an die zugelassenen Krankenhäuser ausbezahlt.

Mit dem Dritten Bevölkerungsschutzgesetz wurden die Ausgleichszahlungen im November 2020 im Lichte der aufkommenden zweiten Pandemiewelle wieder aufgenommen. Dabei hat der Bundesgesetzgeber die Voraussetzungen allerdings komplett neu verortet. Nur Krankenhäuser, die die engen – an Inzidenzen, Intensivkapazitäten sowie an die Zugehörigkeit zur sog. gestuften Notfallversorgung geknüpften – gesetzlichen Vorgaben erfüllen, konnten danach bis 15. Juni 2021 Ausgleichszahlungen erhalten. Im Zeitraum vom 18. November 2020 bis Ende April 2021 flossen so nochmals rund 439 Millionen Euro an die Krankenhäuser des Landes.

Ergänzende Landeshilfen in Höhe von rund 210 Mio. Euro gaben den Krankenhäusern Ende 2020 die Chance, die – teils erheblichen – nicht über die Bundesmittel abgegoltenen, Mehraufwendungen für die Behandlung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten zu kompensieren. Aufgrund der großen Leistungs- und Kostenveränderungen drohten wirtschaftliche Schief lagen der Häuser. Diese galt und gilt es, im Sinne einer bestmöglichen stationären medizinischen Versorgung aller Menschen im Lande abzuwenden.

Insgesamt konnte durch die Schutzschirme verhindert werden, dass während der Pandemie Krankenhäuser schließen oder die Beschäftigten in Kurzarbeit geschickt werden mussten und müssen und dass hinsichtlich von Beatmungsplätzen bei schwerkranken COVID-19-Patientinnen und -Patienten, priorisiert werden musste. Letzteres war gerade in der nun ausgelaufenen dritten Pandemiewelle lediglich aufgrund zusätzlich betriebener Beatmungsbetten möglich. Trotz der enormen Belastung konnten die COVID-19-Patientinnen und -Patienten in Baden-Württemberg durch das hohe Engagement und die Solidarität der Kliniken untereinander auch in der dritten Welle auf medizinisch hohem Niveau versorgt werden.

6. *Welches Risiko aus gesundheitlicher und aus juristischer Sicht (z. B. das gesundheitliche Risiko, jeweils welche Impfschäden zu erleiden) und welches Haftungsrisiko für welche öffentlichen Einrichtungen oder deren Auftragnehmer (z. B. Impfstoff-Lieferanten, impfende Einrichtungen – in der Presse wird z. B. ein Risiko von Autoimmunerkrankungen erwähnt) besteht für die Betroffenen einerseits und für öffentliche Stellen andererseits, wenn eine Person wissenschaftlich oder unwissentlich bereits (z. B. durch eine ohne gravierende Folgen überstandene COVID-Infektion) über eine COVID-Immunität verfügt und unter dem Eindruck der aktuell wiederholten Äußerungen Dr. Lahls (Stuttgarter Zeitung: „das Leben für nicht geimpfte Erwachsene werde schon bald schwer werden. Diese Menschen würden „in den kommenden Wochen viele Testungen benötigen, um am öffentlichen Leben teilnehmen zu können.“) dennoch trotz COVID-Immunität (d. h. Vorhandensein von Antikörpern) mit COVID-Impfstoffen, insbesondere mit mRNA-Impfstoffen, in Abwesenheit eines formalen gesetzlichen Impfwangs geimpft wird?*

Das Robert Koch-Institut (RKI) weist auf seiner Homepage hinsichtlich der Sicherheit, Wirksamkeit und Verträglichkeit einer COVID-19-Impfung bei Personen, die unbemerkt eine SARS-CoV-2-Infektion durchgemacht haben, auf Folgendes hin (Stand: 18. August 2021): „Die bisher vorliegenden Studienergebnisse geben insgesamt keine Hinweise darauf, dass die Impfung nach einer durchgemachten SARS-CoV-2-Infektion problematisch bzw. mit Gefahren verbunden wäre, das gilt für Sicherheit, Wirksamkeit und Verträglichkeit der Impfung. In den Zulassungsstudien der beiden mRNA-Impfstoffe sind auch Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingeschlossen gewesen, die bereits im Vorfeld eine SARS-CoV-2-Infektion durchgemacht hatten. Die Impfung wurde von diesen Personen nicht schlechter vertragen als von primär seronegativen Studienteilnehmenden. Lokale und systemische Reaktionen nach den Impfungen waren teilweise sogar weniger stark ausgeprägt. Die Effektivität der Impfung ist nicht unterschiedlich, wenn bereits eine SARS-CoV-2-Infektion vorangegangen ist. Vor diesem Hintergrund besteht keine Notwendigkeit, vor einer COVID-19-Impfung das Vorliegen einer akuten, asymptomatischen oder unerkannt durchgemachten SARS-CoV-2-Infektion labordiagnostisch auszuschließen.“

Aufgrund der Immunität nach durchgemachter SARS-CoV-2-Infektion sollten immungesunde Personen, die eine gesicherte SARS-CoV-2-Infektion (aktuell nachgewiesen mittels PCR-Testung) durchgemacht haben, unabhängig vom Alter zunächst jedoch nur eine Impfstoffdosis erhalten, da sich durch eine einmalige Impfung bereits hohe Antikörperkonzentrationen erzielen lassen, die durch eine zweite Impfstoffdosis nicht weiter gesteigert werden. Dies gilt auch, wenn der Infektionszeitpunkt länger zurückliegt. Ob und wann später eine zweite COVID-19-Impfung notwendig ist, lässt sich gegenwärtig noch nicht sagen.

Siehe hierzu auch die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) unter:

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/33_21.pdf?__blob=publicationFile.

Hinsichtlich eines etwaig bestehenden, oftmals fälschlicherweise als „Haftungsanspruch“ bezeichneten Anspruchs auf Versorgung im Falle eines Impfschadens findet keine Unterscheidung zwischen primär seronegativen (d. h. nicht bereits

zuvor infizierten) Personen und Personen, die bereits vor der Impfung eine SARS-CoV-2-Impfung durchgemacht hatten, statt. Gemäß § 60 ff. des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) erhält, wer in Folge der Impfung einen Impfschaden erlitten hat, auf Antrag Versorgung in Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes. Der Versorgungsanspruch richtet sich dabei gegen das Land. Als Impfschaden ist in diesem Zusammenhang „die gesundheitliche und wirtschaftliche Folge einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung durch die Schutzimpfungen“ (§ 2 Nr. 11 IfSG) zu verstehen, wenn ein ursächlicher Zusammenhang mit der Schutzimpfung wahrscheinlich ist (vgl. § 61 IfSG) und wenn die Schädigung nicht nur vorübergehend besteht, wobei als „vorübergehend“ im Allgemeinen ein Zeitraum von bis zu sechs Monaten angesehen wird. Typische Nebenwirkungen der Impfung wie beispielsweise ein wenige Tage andauerndes Unwohlsein, Muskel- oder Gliederschmerzen, Schmerzen im Arm oder Fieber erfüllen daher noch nicht die Anforderungen an einen Impfschaden im Sinne des IfSG.

7. Wie hat sich nach ihrer Kenntnis (unter monatlicher tabellarischer Aufstellung der – soweit ihr bekannt: Verkäufe und Umsätze alkoholischer Getränke und Tabakwaren, sowie der Krankenhausstatistiken betreffend Alkohol- und Suchtmittelschäden bzw. als Folge von Alkoholkonsum erlittener Verletzungen und dergleichen) seit dem 1. Januar 2020 und bis heute der Verkauf bzw. der Konsum legaler Suchtmittel wie Alkohol, insbesondere von Tabakwaren und von harten Spirituosen, einschließlich dessen bekannt gewordener Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit entwickelt?

Epidemiologische Daten, d. h. verlässliche Schlussfolgerungen zu den Auswirkungen des Alkohol- und Tabakkonsums der Bevölkerung in Deutschland für das komplette Pandemie-Jahr 2021 lassen sich frühestens 2023 ziehen, weshalb nachfolgende Ausführungen das Jahr 2020 betreffen. Nach Auskunft des Statistischen Landesamtes sind bezüglich des Landes Baden-Württemberg derzeit noch keine Informationen aus der Krankenhausstatistik zu Krankenhausbehandlungen seit dem 1. Januar 2020, die im Zusammenhang mit Alkohol und Suchtmitteln stehen, verfügbar. Ebenso liegen aktuell zu den Umsätzen mit alkoholischen Getränken und zu den Umsätzen mit Tabakwaren im Einzelhandel keine belastbaren Daten vor. Allerdings liegen Daten bezüglich der Produktion von alkoholhaltigem Bier in Baden-Württemberg vor; diese sank im letzten Jahr um 9,6 % gegenüber 2019. Dies dürfte im Zusammenhang mit den Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie stehen, wie die zeitweise Schließung von Gaststätten und die Absage von Veranstaltungen. Auch ging der Absatzproduktionswert von Tabakerzeugnissen von 31 Mio. Euro im Jahr 2019 auf 24 Mio. Euro in 2020 zurück, wohingegen sich der Tabakverbrauch (Ausnahme Zigaretten) laut Statistischem Bundesamt im Jahr 2020 in Deutschland erhöhte; es wurden 5 % mehr Tabakwaren versteuert (DeStatis März 2021).

Für Deutschland liegen seit dem 25. März 2021 Veränderungsraten bezüglich des Pro-Kopf-Verbrauchs von Bier (–5,4 %), Schaumwein (–2,1 %) und Spirituosen (–0,9 %) für 2020 gegenüber 2019 vor, dagegen fehlen noch Krankenhausdaten, die eine Aussage zur Entwicklung bei Suchterkrankungen innerhalb Deutschlands zulassen.

Das heißt auch, dass der Alkoholkonsum in der Gesamtschau nicht durch den Konsum im häuslichen Umfeld kompensiert wurde, wie vielfach angenommen. Der seit Jahren bestehende Trend, sinkender Konsum- und Verbrauchszahlen alkoholhaltiger Getränke setzt sich somit fort (trotz der temporären Senkung der Mehrwertsteuersätze).

Weitere Studien zu den Auswirkungen von COVID-19 auf den Substanzkonsum der deutschen Bevölkerung während der Pandemie kommen nach derzeitigem Stand zu sehr uneinheitlichen Ergebnissen und liegen bislang nicht abschließend vor. Die Höhe des Konsums differiert je nach Subgruppe bzw. Lebenssituation (Suhren et al 2021). Suhren et al 2021 formulieren jedoch, dass die Beschränkungen durch die Pandemie insbesondere vulnerable Gruppen, wie bspw. Menschen

mit niedrigem sozioökonomischen Status oder auch Kinder und Jugendliche, sehr belasten.

Eine Auswertung der Daten für die Jahre 2018 bis 2020 in Krankenhäusern (F10-Diagnosen „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ 2 des ICD-10) in Baden-Württemberg ist leicht schwankend und lässt weder auf eine Zunahme noch auf eine signifikante Abnahme von alkoholbedingten Erkrankungen in Baden-Württemberg im Pandemie-Jahr 2020 schließen.

Quellen:

- DeStatis (März 2021): Alkohol- und Tabakverbrauch in Deutschland während der Coronapandemie, Pressemitteilung 25.03.2021, Wiesbaden 2021.
Hinweis: Auswertung berücksichtigt das Pandemie-Jahr 2020 und die Monate Januar und Februar 2021
- Suhren, Eva; Dewitz von Maria; Bodemer, Nicolai; Lohmann, Katrin (Juni 2021): Forschungsaktivitäten zu den Auswirkungen von COVID-19 auf den Substanzkonsum, die Entwicklung von Verhaltenssuchten sowie das Suchthilfesystem, Berlin
- <https://www.uke.de/kliniken-institute/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/forschung/arbeitsgruppen/child-public-health/forschung/copsy-studie.html>, Zugriff 22.09.2021
- Abrechnungsdaten der KVBW, Alkoholmissbrauch_2018_2019_2020.pdf/22.09.2021/GBAB.SG6.WA

8. *Wie hat sich seit dem 1. Januar 2020 und bis heute (unter monatlicher tabellarischer Aufstellung) die Statistik häuslicher Gewaltdelikte entwickelt, unter besonderer Berücksichtigung von mit Alkoholkonsum und mit Gewalt gegen Kinder verbundenen Vorfällen?*

Für die Zeit des ersten Lockdowns wurde von der Technischen Universität München und dem Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung eine Studie durchgeführt, die aufzeigt, dass in 6,5 % der Haushalte, Kinder körperlich bestraft wurden, vor allem unter extremen Bedingungen einer Quarantäne, bei finanziellen Sorgen der Eltern, drohendem Arbeitsplatzverlust oder psychischer Belastungen der Eltern.

Die meisten Jugendämter verzeichneten im Frühjahr 2020 dennoch keine Zunahme von Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung (Stand April/Mai 2020). Allerdings zeigte eine Auswertung des Statistischen Bundesamtes für das gesamte Jahr 2020 mit 9 % mehr Fällen einen Höchststand an Kindeswohlgefährdungen (DeStatis Mai 2021).

Studien, die in diesem Kontext den Alkoholkonsum berücksichtigen, liegen aktuell nicht vor.

Quellen:

- Steinert, Janina/Ebert, Cara (2020): Gewalt an Frauen und Kindern in Deutschland während COVID-19-bedingten Ausgangsbeschränkungen: Zusammenfassung der Ergebnisse (https://www.gesine-intervention.de/wp-content/uploads/Zusammenfassung-der-Studienergebnisse_6_2020.pdf, Zugriff 22.9.2021)
- https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/07/D21_350_225.html, Zugriff 22.09.2021

Die statistische Erfassung von Straftaten erfolgt bei der Polizei Baden-Württemberg anhand der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS). Bei der PKS handelt es sich um eine sogenannte reine Ausgangsstatistik, in der strafrechtlich relevante Sachverhalte nach der polizeilichen Sachbearbeitung vor Abgabe an die Strafverfolgungsbehörden erfasst werden. Die PKS ist als Jahresstatistik konzipiert. Die

Fallerfassung erfolgt nach den bundeseinheitlichen „Richtlinien für die Führung der Polizeilichen Kriminalstatistik“.

Der Begriff der häuslichen Gewalt unterliegt keiner bundeseinheitlichen Definition.¹ In Baden-Württemberg wird häusliche Gewalt als „Partnergewalt“ definiert und im Bereich sogenannter Opferdelikte² ausgewertet. Darunter ist die direkte physische oder psychische Einflussnahme von gewisser Erheblichkeit auf Ehe- oder gleichzustellende Partner einer Beziehung zu verstehen, wobei die Beziehung auch bereits aufgelöst worden sein kann. Partnergewalt beschränkt sich nicht nur auf strafbare Handlungen im Wohnbereich der Partner, sondern umfasst alle Lebens- und Sozialbereiche, in denen die Partner verkehren.

Zur Darstellung der Partnergewalt über die PKS werden Opfer im Bereich der Opferdelikte mit den Opfer-Tatverdächtigen-Beziehungen „Ehemaliger Ehepartner/Lebenspartner“, „Ehepartner“, „Eingetragene Lebenspartnerschaft“ und „Partner nichtehelicher Lebensgemeinschaften“ ausgewertet.

Strafbare Handlungen zwischen Geschwistern oder zwischen Elternteilen/Betreuenden und Kindern sowie Straftaten, welche keine Opferdelikte darstellen, werden bei der Partnergewalt nicht berücksichtigt.

Die PKS Baden-Württemberg weist die nachfolgenden Fallzahlen der Partnergewalt im Sinne der Fragestellung aus:

Anzahl der Fälle von Partnergewalt in Baden-Württemberg	2020
Fallzahlen insgesamt	13.819
darunter Fallzahlen unter Beteiligung von mind. einem Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss ³	3.496
- davon Straftaten gegen das Leben	20
- davon Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung	65
- davon Raub/räuberische Erpressung/räuberischer Angriff	20
- davon Körperverletzungen	3.020
- hiervon gefährliche/schwere Körperverletzung	483
- hiervon vorsätzliche leichte Körperverletzung	2.530
- davon Straftaten gegen die persönliche Freiheit	371
- hiervon Nötigung	29
- hiervon Bedrohung	299
- hiervon Nachstellen	22

Unterjährige, mithin monatliche Auswerteziträume unterliegen erheblichen Verzerrungsfaktoren, beispielsweise bezogen auf die Dauer der Ermittlungsverfahren oder den Zeitpunkt der statistischen Fallerfassung, und sind demnach wenig belastbar bzw. aussagekräftig. Für das aktuelle Jahr 2021 sind daher lediglich Trendaussagen möglich. In den Monaten Januar bis August 2021 zeichnet sich im Vergleich zum Vorjahreszeitraum sowohl ein Rückgang der insgesamt erfassten Fälle von Partnergewalt als auch der insgesamt erfassten Fälle von Partnergewalt unter Beteiligung von mind. einem Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss ab.

¹ Auf Grundlage einer Befassung im Rahmen der 212. Sitzung der IMK mit dem Thema „Bekämpfung von Gewalt im familiären Umfeld“, wird derzeit auf Ebene des AK II eine bundeseinheitliche Begriffsdefinition für Gewaltstraftaten im familiären Umfeld geprüft.

² Es handelt sich hierbei v. a. um Straftaten gegen das Leben, die körperliche Unversehrtheit, Freiheit und die sexuelle Selbstbestimmung.

³ Bei den in der Tabelle dargestellten Deliktsbereichen handelt es sich um keine abschließende Darstellung aller Deliktsbereiche.

In der PKS ist die Auswertung im Bereich „Gewalt gegen Kinder im familiären Umfeld“ im Sinne der Zielrichtung anhand der verwandtschaftlichen Opfer-Tatverdächtigen-Beziehung möglich. Hierbei werden Opfer im Kindesalter (bis unter 14 Jahre) mit den Opfer-Tatverdächtigen-Beziehungen „Kinder/Pflegekinder“, „Enkel“, „Geschwister“ und „sonstige Angehörige“⁴ ausgewertet. Wie Partnergewalt beschränkt sich auch Gewalt gegen Kinder im familiären Umfeld nicht nur auf strafbare Handlungen im häuslichen Bereich, sondern umfasst alle Lebens- und Sozialbereiche, in denen die Beteiligten verkehren.

Die PKS Baden-Württemberg weist die nachfolgenden Fallzahlen der Gewalt gegen Kinder im familiären Umfeld im Sinne der Fragestellung aus:

Anzahl der Fälle von Gewalt gegen Kinder im familiären Umfeld in Baden-Württemberg	2020
Fallzahlen insgesamt	1.374
darunter Fallzahlen unter Beteiligung von mind. einem Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss ⁵	141
- davon Straftaten gegen das Leben	1
- davon Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung	6
- davon Raub/räuberische Erpressung/räuberischer Angriff	0
- davon Körperverletzungen	114
- hiervon gefährliche/schwere Körperverletzung	10
- hiervon vorsätzliche leichte Körperverletzung	100
- davon Straftaten gegen die persönliche Freiheit	19
- hiervon Nötigung	3
- hiervon Bedrohung	15
- hiervon Nachstellen	1

In den Monaten Januar bis August 2021 zeichnet sich im Vergleich zum Vorjahreszeitraum ein Rückgang der insgesamt erfassten Fälle von Gewalt gegen Kinder im familiären Umfeld bei einem gleichzeitigen Anstieg der insgesamt erfassten Fälle von Gewalt gegen Kinder im familiären Umfeld unter Beteiligung von mind. einem Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss ab.

9. Welche institutionelle Absicherung hat sie getroffen, damit suchtkranke Menschen in Baden-Württemberg nicht in leitende öffentliche Funktionen gelangen, wo deren gegebenenfalls durch Suchtmittelmissbrauch beeinträchtigtes Urteilsvermögen unmittelbaren Einfluss auf den Gesundheitszustand und das gesundheitsrelevante Verhalten der Bürger unseres Landes nehmen könnte (z. B. in exekutiven oder legislativen Funktionen, in der Medizinverwaltung, in der Verwaltung öffentlicher Finanzen oder in der Verantwortung für Ordnungskräfte) bzw. welche Therapieangebote stellt sie für Betroffene im Landesdienst bereit?

Sucht ist eine weit verbreitete und ernstzunehmende Krankheit, die oft für Betroffene und Angehörige weitreichende Folgen hat. Neben den – je nach Suchtmittel – oft schwerwiegenden körperlichen Folgeschäden gibt es auch zahlreiche psychische und soziale Auswirkungen, wie z. B. Probleme am Arbeitsplatz oder vermehrte Konflikte in der Familie.

⁴ Sonstige Angehörige nach § 11 Abs. 1 Nr. 1 StGB.

⁵ Bei den in der Tabelle dargestellten Deliktsbereichen handelt es sich um keine abschließende Darstellung aller Deliktsbereiche. Eine Aufsummierung ergibt daher nicht die unter den Fallzahlen gesamt erfassten Straftaten.

Baden-Württemberg verfügt über ein sehr gut ausgebautes Netz der Suchthilfe und Suchtprävention. Menschen mit Suchtproblemen stehen in allen 44 Stadt- und Landkreisen psychosoziale Beratungsstellen und Kontaktläden mit qualifizierten Beratungs- und Therapiemöglichkeiten zur Verfügung, welche über Kommunale Suchtbeauftragte bzw. Beauftragte für Suchtprävention koordiniert werden. Alle Unternehmen, Organisationen und Institutionen in Baden-Württemberg haben zudem die Möglichkeit, sich von Expertinnen und Experten der betrieblichen Suchtprävention und Gesundheitsförderung zu gesetzlichen Bestimmungen im Zusammenhang mit Substanzkonsum am Arbeitsplatz beraten und unterstützen zu lassen, um so einen wirkungsvollen Schutz und Unterstützung für Beschäftigte zu ermöglichen.

Das Innenministerium und große Behörden des nachgeordneten Bereichs, wie beispielsweise die Regierungspräsidien, haben Dienstvereinbarungen zur Gesundheitsvor- und -fürsorge für alkoholgefährdete und alkoholranke Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit den jeweiligen Personalräten geschlossen. Ziel dieser Dienstvereinbarungen ist es, Alkoholmissbrauch vorzubeugen, ihm zu begegnen und dadurch die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten zu erhalten. Alkoholkranken und -gefährdeten wird möglichst frühzeitig ein Hilfsangebot unterbreitet. Es wird ihnen in mehreren Gesprächsstufen vermittelt, dass sie die Hilfe der Dienststelle in Anspruch nehmen können, wenn sie bereit sind, sich behandeln zu lassen, aber auch, dass sie mit arbeits- und disziplinarrechtlichen Konsequenzen rechnen müssen, sofern sie die Hilfe ablehnen und keine Besserung eintritt. Mit diesem Handlungskonzept wird die Gleichbehandlung der betroffenen Mitarbeitenden sichergestellt und die Arbeitssicherheit in den Behörden gewährleistet.

Aktuell liegen dem Innenministerium keine Erkenntnisse über eine coronabedingte signifikante Häufung von Suchterkrankungen bei Mitarbeitenden der allgemeinen Innenverwaltung vor.

Lucha

Minister für Soziales,
Gesundheit und Integration