Abgeordnetenhaus BERLIN

Drucksache 18 / 23 447
Schriftliche Anfrage

18. Wahlperiode

Schriftliche Anfrage

des Abgeordneten Herbert Mohr (AfD)

vom 11. Mai 2020 (Eingang beim Abgeordnetenhaus am 14. Mai 2020)

zum Thema:

Wir brauchen belastbare und verlässliche Daten zur Corona-Pandemie!

und **Antwort** vom 29. Mai 2020 (Eingang beim Abgeordnetenhaus am 04. Juni 2020)

Die Drucksachen des Abgeordnetenhauses sind bei der Kulturbuch-Verlag GmbH zu beziehen.
Hausanschrift: Sprosserweg 3, 12351 Berlin-Buckow · Postanschrift: Postfach 47 04 49, 12313 Berlin, Telefon: 6 61 84 84; Telefax: 6 61 78 28.

Senatsverwaltung für Gesundheit,
Pflege und Gleichstellung

Herrn Abgeordneten Herbert Mohr (AFD)

über

den Präsidenten des Abgeordnetenhauses von Berlin

über Senatskanzlei - G Sen -

A n t w o r t
auf die Schriftliche Anfrage Nr. 18/23447
vom 11. Mai 2020
über Wir brauchen belastbare und verlässliche Daten zur Corona-Pandemie!

Der Senat ist sich des Stellenwerts des Fragerechts der Abgeordneten bewusst und die Beantwortung Schriftlicher Anfragen der Mitglieder des Abgeordnetenhauses nach Artikel 45 Absatz 1 der Verfassung von Berlin hat eine sehr hohe Priorität. Gegenwärtig konzentriert der Senat seine Arbeit und seinen Ressourceneinsatz aber auf die Bekämpfung der infektionsschutzrechtlichen Gefährdungslage für die Berliner Bevölkerung. Vor diesem Hintergrund beantworte ich Ihre Schriftliche Anfrage im Namen des Senats von Berlin wie folgt:

1. Inwiefern ist es nach Auffassung des Senats erforderlich unten stehende Parameter bei den politischen Entscheidungen heranzuziehen? Inwiefern ist es erforderlich und möglich, die Daten wie unter Punkt 1.1 ff. aufgelistet zu erfassen und aufzubereiten? (Bitte um begründete Beantwortung.)
1.1. Anzahl der täglich an COVID-19 laborbestätigten Positiv- und auch Negativ-Testungen (incl. Darstellung der täglichen (+/-) Veränderungsraten sowie symptomatisch und asymptomatisch Infizierten)

Zu 1. und 1.1.:

Die Erfassung der Positivtestungen erfolgt wöchentlich besonders aus labormedizinischer Sicht bzw. Nutzung der Laborkapazitäten; Darstellung der täglichen Veränderungsrate der bloßen Labortestergebnisse daher weniger sinnvoll. Angaben zu Symptomen durch RKI-Lagebericht werden deutschlandweit erfasst.

1.2. Gegenüberstellung der Testkapazitäten und der tatsächlich durchgeführten Tests (dies ggf. wöchentlich)

Zu 1.2.:

Aus Senatssicht sehr bedeutsam, daher erfolgt eine zusammenfassende Übersicht einmal pro Kalenderwoche.

1.3. Inzidenzen für Berlin

Zu 1.3.:

Aus Senatssicht sehr bedeutsam, Darstellung im „COVID-19 Bericht Berlin“ mit derzeit täglicher Erfassung. Bezogen auf die letzten sieben Tage pro 100.000 Einwohner ist sie ein Maß für die absolute Dynamik der Weiterverbreitung und dient daher auch als Indikator im Berliner Ampelsystem mit einmal wöchentlicher Darstellung. Erst die Zusammenschau der Indikatoren ermöglicht eine adäquate Interpretation der Lage.

1.4. Anzahl der Genesenen (incl. Darstellung der Veränderungsraten bzw. der erforderlichen Bezugsgröße)

Zu 1.4.:

Aus Sicht des Senats bedeutsam, daher tägliche Darstellung in den Lageberichten.

1.5. Anzahl der Hospitalisierungen incl. Erfassung der Risikofaktoren bei Fällen der Hospitalisierung

Zu 1.5.:

Die tägliche Erfassung der Hospitalisierungen ist sehr relevant; allerdings ist die differenzierte Erfassung der Risikopatienten nur aus Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) extrahierbar, diese unterliegen damit dem Datenschutz und werden auf Landesebene nicht erhoben.

1.6. Anzahl der schweren Verläufe (gesamt intensivmedizinisch behandelte sowie Patienten, die beatmet werden mussten), incl. Erfassung der Risikofaktoren

Zu 1.6.:

Daten für intensivmedizinisch versorgte Patienten gesamt und differenziert nach Anteil der beatmeten bzw. mit extrakorporaler Membranoxygenierung (ECMO)-versorgten Patienten erfasst; Erfassung des Anteils intensivmedizinisch versorgter Patienten in Bezug auf die Gesamtzahl verfügbarer ITS-Versorgungskapazität im „Ampelsystem“.

1.7. Anzahl der COVID-19 Todesfälle – differenziert nach mit und an COVID-19 verstorbenen – sowie der Todesfälle allgemein

Zu 1.7.:

Es erfolgte eine tägliche Erfassung der COVID-19-Todesfälle. Die Differenzierung, ob diese ursächlich an SARS-CoV-2 oder „mit SARS-CoV-2“ verstorben sind, wäre letztlich nur durch (zustimmungspflichtige) Autopsien zu verifizieren und werden daher nicht erfasst.

1.8. Anzahl der COVID-19 Todesfälle in Relation zu den Zahlen des jeweilig betrachteten Zeitraums der Vorjahre

Zu 1.8.:

COVID-19-Todesfälle sind aus den Vorjahren nicht bekannt (erstmaliger Nachweis von SARS-COV-2 am 02.03.2020 in Berlin), daher ist ein Vergleich von COVID-19-Todesfällen zu den Vorjahren nicht möglich.

1.9. Demografische und geografische Verteilung der Infektionsfälle

Zu 1.9.:

Die Erfassung der demographischen und geographischen Verteilung nach Alter, Geschlecht etc. bzw. Bezirken wird als sehr wichtig eingeschätzt, daher erfolgt die tägliche Darstellung im COVID-19 Bericht Berlin sowie in den Pressemitteilungen.

1.10. Obduktionen und Erfassung der Obduktionsergebnisse

Zu 1.10.:

Die Angaben werden derzeit nicht zentral erhoben. Die Aussagekraft ist aufgrund der geringen Autopsierate niedrig.

2. Inwiefern ist es nach Auffassung des Senats erforderlich und möglich, Daten (wie unten aufgelistet) über das Corona-Infektionsgeschehen in den Alten- und Pflegeheimen unter Berücksichtigung der demografischen Verteilung, der klinischen Parameter sowie der Unterbringungsart regelmäßig zu erfassen, aufzubereiten und diese der Fach /Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen? (Bitte um begründete Beantwortung.)
2.1. Anzahl der bestätigten Infektionen (Personal und Bewohner)

Zu 2. und 2.1.:

Aus Senatssicht ist die Erfassung erforderlich, daher erfolgt eine regelmäßige zusammenfassende Übersicht.

2.2. Anzahl der aktuellen/aktiven Infektionen und Veränderungsrate

Zu 2.2.:

Die Datenerfassung von Infektionsfällen, die in relevanten Einrichtungen betreut, untergebracht oder tätig sind, ist aus Sicht des Senats erforderlich und werden im täglichen Lagebericht des Robert Koch-Instituts (RKI) dargestellt. Weiterhin differenzierte Erfassung über das Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGeSo) mit Daten der Heimaufsicht.

2.3. Anzahl der Hospitalisierungen differenziert nach schweren bzw. intensivmedizinisch behandelten Fällen

Zu 2.3.:

Die Erfassung von Daten zu Hospitalisierungen ist erforderlich und werden im COVID-19 Bericht Berlin dargestellt.

2.4. Anzahl der Verstorbenen (differenziert nach mit und an COVID-19 verstorbenen)
Zu 2.4.:

Aus Senatssicht ist die Erfassung erforderlich, daher erfolgt eine regelmäßige zusammenfassende Übersicht. Eine Differenzierung ist wie in 1.7. dargelegt nicht ausreichend möglich.

2.5. Anzahl der Genesenen (i. Vgl. zu den Erkrankten)

Zu 2.5.:

Aus Senatssicht ist die Erfassung erforderlich, daher erfolgt eine regelmäßige zusammenfassende Übersicht.

3. Inwiefern ist es nach Auffassung des Senats erforderlich und möglich, regelmäßig Infektionszahlen des medizinischen, pflegerischen Personals unter Berücksichtigung der demografischen Verteilung sowie Unterbringungsart zu erfassen und zur Verfügung zu stellen?
3.1. Darstellung der Entwicklung ggf. wöchentlich

Zu 3. und 3.1.:

Die Erfassung der Daten ist erforderlich und werden gemäß Infektionsschutzgesetz/IfSG erhoben.

3.2. Anzahl der bestätigten Infektionen

Zu 3.2.:

Die Erfassung der Daten ist erforderlich und werden gemäß Infektionsschutzgesetz/IfSG erhoben.

3.3. Anzahl der aktuellen/aktiven Infektionen

Zu 3.3.:

Die Erfassung der Daten ist erforderlich und werden gemäß Infektionsschutzgesetz/IfSG erhoben.

3.4. Anzahl der Genesenen

Zu 3.4.:

Die Erfassung der Daten ist erforderlich; die Daten werden gemäß üblichem Krankheitsverlauf berechnet analog zum Vorgehen des RKI. Da ein genaues Datum der Genesung für die meisten Fälle nicht vorliegt, wird ein Algorithmus zur Schätzung der Anzahl der Genesenen verwendet. Der Algorithmus zur Schätzung der Genesenen berücksichtigt dabei alle übermittelten Fälle, also auch die Fälle ohne Angaben zum Erkrankungsbeginn.

3.5. Anzahl der Hospitalisierungen differenziert nach schweren bzw. intensivmedizinisch behandelten Fällen

Zu 3.5.:

Die Erfassung ist erforderlich, die Daten werden erhoben.

3.6. Anzahl der Verstorbenen (differenziert nach mit und an COVID-19 verstorbenen)

Zu 3.6.:

Siehe Antwort zu Frage 1.7.

4. Inwiefern ist aus Sicht des Senats die Sterblichkeitsrate (attributale mortality) ausschlaggebend für die Beurteilung des Zusammenhangs zwischen Exposition (Infektion) und Outcome (Tod) ? Inwiefern wird in diesem Kontext bisher danach unterschieden, ob ein Todesfall auf SARS-CoV-2 oder COVID-19 zurückzuführen ist?

Zu 4.:

Die Feststellung der Letalität von COVID-19 ist von mehreren Faktoren abhängig, von denen die „zurechenbare Sterblichkeit“ nur einen Aspekt erfasst. Wie bereits zuvor dargelegt, wird derzeit nicht unterschieden, ob ein „Todesfall auf SARS-CoV-2 oder COVID-19 zurückzuführen ist“.

5. Da vermehrt und schneller getestet wird kann nicht immer davon ausgegangen werden, dass eine höhere Fallzahl mit einem höheren Infektionsgeschehen bzw. einer beschleunigten Erkrankungsdynamik einhergeht, zumal die Feststellung der Fallzahlen zeitverzögert erfolgt (durch die Inkubationszeit, die Test- und Auswertungsdauer u. v. m.). Werden aktuell auch negative Testergebnisse erfasst und an das RKI bzw. die zuständigen Institutionen weitergegeben? Falls ja, seit wann? Falls nein, warum nicht? Und inwieweit kann oder konnte bisher beurteilt werden, ob ein Anstieg der Fallzahlen ein Zeichen eines Infektionsanstiegs oder lediglich auf ein vermehrtes Testen zurückzuführen ist?

Zu 5.:

Unter anderem werden die Gesamtzahl der Testungen und die positiven bzw. negativen Tests erfasst. Damit ist eine Aussage zum Umfang der in den teilnehmenden Laboren durchgeführten Diagnostik möglich. Dies erfolgt seit Beginn der Testungen in steter Abstimmung mit allen Beteiligten.

Die personenbezogene Erfassung, die konsequente Nachverfolgung von Kontaktpersonen und die gezielte Suche von Infektionsclustern garantieren belastbare Fallzahlen. Negative Testergebnisse sind seit dem 23.5.2020 übermittlungspflichtig (§7 Abs.4 IfSG). Bei gleichbleibender Anzahl durchgeführter Tests in den letzten Kalenderwochen ist jeweils ein deutlicher Rückgang der positiven Testergebnisse zu vermerken. Sicherlich kann eine Erhöhung der Fallzahlen auch durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden: z.B. durch erhöhte Anzahl von Tests in Risikopopulationen, veränderte Falldefinitionen, erhöhte Infektionstätigkeiten.

6. Wie schätzt der Senat die Berichtsqualität der zuständigen Landesbehörden ein?

Zu 6.:

Der Senat schätzt die Qualität der Berichte der jeweiligen Landesbehörde als sehr hoch ein.

7. Wie bewertet der Senat die Aussage von Prof. Dr. Gerlach , wenn aktuell über Infektionsraten und die Effektivität ergriffener Eindämmungsmaßnahmen diskutiert werde, geschehe dies „teilweise im Blindflug, weil die Daten, die dazu erforderlich wären, nicht in der Qualität und nicht vollständig vorliegen?

Zu 7.:

Die ergriffenen bundesweiten Eindämmungsmaßnahmen haben bisher sehr gut gegriffen und eine weitergehende Ausbreitung von SARS-CoV-2 in Deutschland und Berlin eingedämmt. Die aktuelle Entwicklung der epidemiologischen Zahlen zeigt überzeugend die Wirksamkeit und Verhältnismäßigkeit der bisher durchgeführten Maßnahmen auf Grundlage der zur Verfügung stehenden Datenbasis. Die Auswirkungen der Lockerungen werden im Detail engmaschig begleitet und wissenschaftlich analysiert, um Präventionsmaßnahmen planmäßig, gezielt und in ausreichendem Umfang zu ermöglichen.

8. Inwiefern ist es anhand der bisherigen Datenlage möglich, die Versorgungslage adäquat zu beurteilen?

Zu 8.:

Aus Sicht des Senats erlauben die erhobenen Daten eine adäquate Einschätzung der medizinischen Versorgungslage einhergehend mit der Möglichkeit, neue epidemiologische Entwicklungen umgehend zu erkennen und zeitnah-gezielt reagieren zu können.

9. Welche Daten zur Gefährdungseinschätzung und Entscheidungen über Eindämmungsmaßnahmen sind aus Sicht des Senats unverzichtbar und welche davon stehen dem Krisenmanagement der Senatsverwaltung zur Verfügung?

Zu 9.:

Grundlegende Basisdaten sind aus Sicht des Senats die im Ampelsystem zusammengeführten Parameter der Reproduktionszahl R, die Zahl der Neuinfektionen pro Woche sowie der Belegungsanteil der COVID-19-Patienten an den vorhandenen Intensivbetten. Diese Daten stehen der Senatsverwaltung täglich zur Verfügung.

10. Plant der Senat Maßnahmen und falls ja welche Maßnahmen plant der Senat, um durch eine offene und verlässliche Risikokommunikation die Vertrauensgrundlage für die politischen Entscheidungen zu gewährleisten und darüber hinaus der Berliner Bevölkerung die Möglichkeit zu geben, politische Entscheidungen einzuordnen und nachzuvollziehen?

Zu 10.:

Der Senat kommuniziert umfassend, vertrauensvoll, sachorientiert in die Öffentlichkeit. Die erhobenen Daten werden umfassend dargestellt; die Schaffung des Ampelsystems ermöglicht auch der breiten Öffentlichkeit, die Senatsentscheidungen auf Faktenbasis nachzuvollziehen.

Berlin, den 29. Mai 2020

In Vertretung
Barbar König
Senatsverwaltung für Gesundheit,
Pflege und Gleichstellung