

**Kleine Anfrage****Dr. Dr. Rainer Rahn (AfD) vom 18.06.2020****Corona-Pandemie – Mortalitätsstatistik****und****Antwort****Minister für Soziales und Integration****Vorbemerkung Fragesteller:**

Über das Corona-Virus wurde in den vergangenen Monaten viel geschrieben, obwohl es nur wenige tatsächlich gesicherte Erkenntnisse gibt. Sicher ist nur, dass das Virus existiert und dass dieses eine lebensbedrohliche Pneumonie verursachen kann. Tödliche Verläufe finden sich ganz überwiegend nur bei hochbetagten Personen mit – meist altersbedingten – Vorerkrankungen. Ansonsten ist der Verlauf der Infektion überwiegend symptomfrei bzw. mit leichten und unspezifischen Symptomen. Nicht bekannt ist die tatsächliche Anzahl der Infizierten, da keine repräsentativen Testungen erfolgten. Hinzu kommt, dass der Test selbst unsicher ist, d.h. sowohl falsch positive wie falsch negative Ergebnisse liefern kann. Insoweit entsprechen die fast täglich gemeldeten Zahlen der Infizierten nicht der Realität.

Die „Corona-Todesfälle“ werden in insgesamt 24 europäischen Staaten – darunter auch die Bundesrepublik – erfasst und an die European Mortality Monitoring Project (EUROMOMO) gemeldet. Dabei wird als „Corona-Todesfall“ jeder Verstorbene gewertet, der positiv auf das Virus getestet wurde – unabhängig von der tatsächlichen Todesursache. Diese lässt sich in den meisten Fällen wohl auch nicht ermitteln, da – abgesehen von der Unsicherheit der Testung und der postmortalen Untersuchung – vielfach ein multifaktorielles Geschehen vorliegen dürfte. Insoweit erfassen die Daten des Projekts nur die reine Mortalität, nicht jedoch die Letalität.

Die Statistik weist weiterhin eine Auswertung für die einzelnen Länder aus, die jedoch nur den Z-Score in wöchentlichen Abschnitten angibt. Mit dem Z-Score werden die Zufallsvariablen auf den Wertebereich einer Standardnormalverteilung transformiert, wobei die resultierende Zufallsvariable den Erwartungswert null und die Varianz – und damit auch die Standardabweichung – den Wert eins erhält. Die resultierenden Z-Scores zeigen in der Phase der Pandemie deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern. Einige Länder – wie z.B. die Bundesrepublik – zeigen nur sehr geringe – und teilweise negative – Werte, andere dagegen hohe Werte, wie etwa Frankreich, Italien, Spanien und Belgien.

Betrachtet man die grafische Darstellung der Gesamtzahl der Todesfälle über mehrere Jahre (www.euromomo.eu; pooled deaths), so zeigt sich ein annähernd sinusförmiger Verlauf der Kurve mit einem Minimum im Juli und einem Maximum im Januar, wobei sich in den Wintermonaten 2016/2017 und 2017/2018 infolge der Influenzaepidemien deutlich höhere Werte fanden. Vergleicht man die Kurven der Gesamtmortalität der Wintermonate 2019/20 mit den drei Vorjahren, so fällt ein deutlicher Peak mit einem Maximum in der 14. Kalenderwoche mit fast 90.000 Toten pro Woche (in den Vorjahren lag dieses bei 60.000 bis 70.000) auf. Der Anstieg begann etwa in der 12. Kalenderwoche und erreichte etwa in der 20. Kalenderwoche die Vorjahreswerte. Die innerhalb der 12. bis 20. Kalenderwoche Verstorbenen haben sich – unterstellt, dass der abweichende Kurvenverlauf auf die Corona-Pandemie zurückzuführen ist – somit ganz überwiegend zwischen der 10. und 18. Kalenderwoche infiziert, d.h. zwischen Anfang März und Anfang Mai, da die Inkubationszeit der SARS-CoV-2-assoziierten Erkrankungen nach Angaben des RKI im Median bei 5 bis 6 Tagen mit einer Spannweite von einem bis zu 14 Tagen liegt. Bei tödlichen Verläufen beträgt die Zeitspanne von Erkrankungsbeginn bis zum Tod im Mittel 14 Tage mit einer Spannweite von einem bis 26 Tagen.

Für die gesamte Influenzaperiode zwischen der 45. und 18. Kalenderwoche des Folgejahres errechnet sich für die Saison 2019/2020 ein Anstieg der Mortalität von etwa 5 Prozent im Vergleich zu den beiden Vorjahren. Zwischen dem – statistisch vermutlich hochsignifikanten – Anstieg der Mortalität in der Saison 2019/2020 und der Corona-Pandemie besteht höchstwahrscheinlich ein kausaler Zusammenhang, auch wenn die tatsächliche Todesursache der vorliegenden Datensammlung nicht entnommen werden kann.

Insoweit stellt sich die Frage, ob – und falls ja, in welchem Umfang – die „Lockdown“-Maßnahmen selbst zum Anstieg der Mortalität beigetragen haben können. Denn die Interventionen haben zum einen den Ablauf in der Versorgung und Behandlung von Patienten (auch von „Nicht-Corona“-Patienten) beeinflusst als auch das Verhalten von Patienten, Ärzten und Pflegepersonal. So könnte bei einzelnen Corona-Patienten aus Angst vor einer Ansteckung eine Intubation mit Überdruckbeatmung trotz eigentlich fehlender Indikation vorgenommen worden sein und dann letztlich zum – möglicherweise vermeidbaren – Tod geführt haben. Auch bei „Nicht-Corona“-

Patienten hat die Pandemie in zahlreichen Fällen zu einem anderen Krankheitsverlauf geführt, entweder aufgrund einer vom üblichen Procedere abweichenden Behandlung oder weil der Patient – durch die Pandemie bedingt – auf eine Behandlung verzichtet oder diese aufgeschoben hat.

Für eine Überlagerung der durch Corona bedingten zusätzlichen Mortalität durch diese Effekte spricht zumindest der für eine Pandemie atypische Verlauf der Mortalitätskurve mit deutlicher Diskrepanz zwischen abflauernder Pandemie und Rückgang der Mortalität.

Vorbemerkung Minister für Soziales und Integration:

Die Mortalitätssurveillance dient in Hessen seit Langem sowohl als Datenbasis für die Früherkennung von Infektionsereignissen als auch für wissenschaftliche Auswertungen, wie z.B. zur Bedeutung von Hitzeereignissen. Ziel ist es, über ein Frühwarnsystem zu verfügen und ggf. frühzeitig Maßnahmen einleiten zu können. Auch ungewöhnliche Ereignisse, wie z.B. die Übersterblichkeit einer bestimmten Altersgruppe während einer Influenzawelle, werden beobachtet und ausgewertet.

Zu den Ausführungen des European Mortality Monitoring Project (EUROMOMO) ist korrigierend auszuführen, dass alle Todesfälle an EUROMOMO gemeldet werden, unabhängig von der Todesursache. Es handelt sich um ein Mortalitätsmonitoring, das wird auch so ausgewiesen und publiziert.

Auch die Interpretationen möglicher Effekte werden als nicht trivial betrachtet. So ist unter Umständen der in der Vorbemerkung genannte „zu starke für eine Pandemie atypische Verlauf der Mortalitätskurve mit deutlicher Diskrepanz zwischen abflauernder Pandemie und Rückgang der Mortalität“ womöglich mit dem Eintrag zunächst über sport- und reiseaktive Erwachsene und eine erst allmähliche Einbeziehung der besonders vulnerablen Personen, z.B. in Pflegeeinrichtungen, zu erklären.

Diese Vorbemerkungen vorangestellt, beantworte ich die Kleine Anfrage wie folgt:

Frage 1. Wie bewertet die Landesregierung den Anstieg der Mortalität um etwa 5 Prozent im Vergleich zu den beiden Vorjahren im Hinblick auf die Auswirkungen der Corona-Pandemie und die verschiedenen „Lock-down“-Maßnahmen?

Die insgesamt geringe Inzidenz in Hessen, die als Folge der ergriffenen Maßnahmen gesehen wird, ist als Grund für die gegenüber den Erwartungswerten nicht signifikant gestiegenen Sterbezahlen zu werten.

Frage 2. Wie bewertet die Landesregierung die deutlichen Unterschiede des Z-Score in den verschiedenen Ländern vor dem Hintergrund der in den Ländern unterschiedlichen Maßnahmen und den unterschiedlichen Zeitpunkten von deren jeweiliger Anordnung?

Es wird ein enger Zusammenhang zwischen den unterschiedlichen rapportierten Inzidenzen von Corona-Infektionen und den Z-Scoren und somit Sterbezahlen gesehen. Dies ist im Einzelnen schwer vergleichbar durch z.B. unterschiedliches Testverhalten, unterschiedliche Zählweisen und verschiedene weitere Einflüsse. Im Gesamtbild zeichnet sich klar ab, dass Länder mit einer höheren Inzidenz und vermehrten Belastungen der Gesundheitsversorgung auch deutlich erhöhte Sterbezahlen (Z-Score) hatten. Da weniger die genaue zeitliche Übereinstimmung der Maßnahmen als vielmehr deren Ergreifung in Relation zu dem Verlauf des Erkrankungsgeschehens relevant ist, sollte abgewartet werden, bis z.B. durch serologische Untersuchungen die Inzidenzen besser einschätzbar sind und auch andere relevante Einflussfaktoren besser evaluiert werden können.

Insgesamt ergibt sich das Bild, dass ein spätes Ergreifen von Maßnahmen erst bei hohem Inzidenzlevel eine länger anhaltende Erhöhung der Sterbezahlen zur Folge hat.

Frage 3. Geht die Landesregierung davon aus, dass die verschiedenen durch die Landesregierung bzw. Bundesregierung angeordneten Maßnahmen selbst die Mortalität erhöht hatten bzw. haben?

Bisher liegen dazu keine evidenzbasierten Hinweise oder Erkenntnisse vor.

Frage 4. Falls 3 zutreffend: Welche Maßnahmen könnten nach Auffassung der Landesregierung einen Einfluss hierauf haben?

Da es in Hessen 2020 bisher keine signifikante mit Corona- oder mit dem Lockdown in Verbindung stehende Übersterblichkeit gab, ist dies nach jetzigem Wissensstand spekulativ.

Frage 5. Geht die Landesregierung davon aus, dass Pandemie-bedingte Verhaltensänderungen von Patienten, Ärzten bzw. Pflegepersonal einen Einfluss auf Krankheitsverläufe bzw. die Mortalität hatten bzw. haben?

Da uns hierzu keine Daten oder Studien vorliegen, wird ein solcher Einfluss nicht ausgeschlossen. Die Vorstellung einer möglichen Dimension ist auf Basis der gegenwärtigen Erkenntnislage nicht realistisch.

Frage 6. Falls 5 zutreffend: welchen?

Siehe Antwort zu Frage 5.

Frage 7. Plant die Landesregierung, retrospektiv Daten zu erheben, um den Einfluss einzelner „Lock-down“-Maßnahmen auf die Mortalität zu untersuchen, bzw. plant die Landesregierung, eine derartige Untersuchung in Auftrag zu geben oder zu unterstützen?

Das Hessische Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen (HLPUG) plant, die Daten des Sterbefallmonitorings lokal und in Zusammenhang mit den Meldedaten sowie den Maßnahmen und den Zeitpunkten der Umsetzung zu betrachten.

Frage 8. Falls 7 zutreffend: Wie ist der aktuelle Stand der Planungen?

Die Meldedaten liegen auf Kreisebene vor, ebenso die Sterbedaten. Eine möglichst vollständige Historie der in Hessen und den anderen Bundesländern umgesetzten Maßnahmen muss noch erstellt werden. Eine zeitlich konkretere Planung ist aufgrund der aktuellen Krisenlage nicht möglich.

Wiesbaden, 12. August 2020

In Vertretung:
Anne Janz