

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Axel Gehrke, Detlev Spangenberg, Dr. Robby Schlund, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 19/27480 –**

Impfpriorisierung, Übersterblichkeit, Krankenhausauslastung und Obduktionen

Vorbemerkung der Fragesteller

Im Rahmen der Corona-Pandemie wird oft mit Übersterblichkeit argumentiert, also mit einer erhöhten Sterberate im Vergleich zu empirischen Daten oder anders gewonnenen Erwartungswerten.

Das Statistische Bundesamt hat für das Jahr 2020 48.000 Tote mehr festgestellt als durchschnittlich in den Jahren von 2016 bis 2019 (<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Tabellen/sonderauswertung-sterbefaelle.html;jsessionid=2ECFFE68DD87B8B6136D00425C9A1218.internet732>). Es waren danach 41.000 Tote mehr als in den Vorjahren zu erwarten aufgrund demographischer Faktoren, wie unter anderem die geburtenstarken Jahrgänge 1940 bis 1960 und der daraus resultierende Sektor an höher repräsentierten 60- bis 80-jährigen Menschen in Deutschland im Jahr 2020 (http://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Bevoelkerung/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVIIIb.pdf).

Seit Beginn der Corona-Pandemie wird argumentiert, dass die Krankenhauskapazität keinesfalls überlastet werden darf. Der systemrelevant große Krankenhausträger Helios veröffentlicht täglich die Belegungszahlen aller dem Träger unterstellten Krankenhäuser Deutschlands (<https://www.helios-gesundheit.de/qualitaet/auslastung/>). Auch die „Morgenpost“ hat einen Klinikmonitor eingerichtet, in dem der Seitenbesucher die aktuelle Auslastung der Krankenhäuser einsehen kann (<https://interaktiv.morgenpost.de/corona-deutschland-intensiv-betten-monitor-krankenhaus-auslastung/>).

Trotz der Sorge der Bundesregierung, dass die Krankenhauskapazität überlastet werden könnte, wurden im Jahr 2020 insgesamt 21 Kliniken geschlossen und von 30 weiteren Krankenhäusern ist bekannt, dass ihnen die Schließung droht oder bereits beschlossen ist (<https://www.berliner-zeitung.de/gesundheits-oekologie/kliniken-werden-geschlossen-obwohl-das-gesundheitssystem-vor-dem-kollaps-steht-li.132283>).

Das RKI stellt für das Jahr 2020 einen deutlichen Rückgang an Atemwegserkrankungen fest (https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/16_20.pdf?__blob=publicationFile).

Rund 89 Prozent der Personen, die im Zusammenhang mit dem Coronavirus verstorben sind, waren zum Zeitpunkt des Todes älter als 69 Jahre (<https://de.statista.com/infografik/23756/gesamtzahl-der-todesfaelle-im-zusammenhang-mit-dem-coronavirus-in-deutschland-nach-alter/>). Den höchsten Anteil an allen Todesfällen gibt es mit 46,8 Prozent in den Altersgruppen von 80 bis 89 Jahren (ebd.). Der Anteil der Todesfälle in der Altersgruppe 0 bis 49 Jahre beträgt dagegen lediglich 0,8 Prozent (ebd.).

Am Institut für Pathologie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH), Campus Kiel, werden Verstorbene, die sich vor ihrem Tod mit dem Coronavirus angesteckt haben, obduziert. Seit Beginn der Pandemie wurden dort 42 Obduktionen durchgeführt (https://www.uksh.de/Das+UKSH/Presse/Presseinformationen/2021/Covid_19+besser+verstehen+_+klinische+Obduktionen+am+UKSH-p-186934.html). Bei vier der Obduzierten fanden sich keinerlei Hinweise auf einen Tod durch Corona (ebd.). Dies entspricht knapp 10 Prozent.

Die registrierten Neuinfektionen beruhen auf einem positiven PCR-Test. Mittlerweile weist selbst die WHO auf das Risiko der falsch-positiven Ergebnisse hin und stellt fest, dass ein positives Testergebnis allein noch keine komplette Aussagekraft hat, sondern auf zusätzliche klinische Symptome geachtet werden muss (<https://www.who.int/news/item/20-01-2021-who-information-notice-for-ivd-users-2020-05>).

1. Liegt nach Kenntnis der Bundesregierung eine signifikante Übersterblichkeit im Gesamtjahr 2020 vor, die sich mit der Corona-Pandemie begründen lässt?

Im Jahr 2020 war eine im Zeitablauf erhöhte Sterblichkeit in beiden Corona-Wellen festzustellen. Im April 2020 lagen die Sterbefallzahlen 10 Prozent über dem Durchschnitt der vier Vorjahre, während der zweiten Welle im November 2020 um 13 Prozent und im Dezember 2020 um 31 Prozent. Die Entwicklung der COVID-19-Todesfälle und der Gesamtsterbefallzahlen verlief dabei in beiden Wellen nahezu parallel.

Auf das Gesamtjahr 2020 bezogen lagen die Sterbefallzahlen fünf Prozent über dem Durchschnitt der Vorjahre. Das Gesamtergebnis ist beeinflusst durch die milde Grippewelle zu Jahresbeginn, als die Sterbefallzahlen unter diesem Durchschnitt lagen. Im Zeitraum mit deutlichem Pandemiebezug auf das Sterbe geschehen ab April lagen die Zahlen neun Prozent über dem Durchschnitt der Vorjahre.

Auch die regionale Entwicklung macht den Bezug zur Pandemie deutlich. Im in der zweiten Welle stark betroffenen Bundesland Sachsen stiegen die Sterbefallzahlen im Jahr 2020 um 13 Prozent (im Dezember um 104 Prozent), im deutlich weniger betroffenen Bundesland Schleswig-Holstein hingegen nur um 1 Prozent im Vergleich zum Durchschnitt der Vorjahre.

Alle Ergebnisse beziehen sich auf den Datenstand der Sonderauswertung der Sterbefälle des Statistischen Bundesamtes vom 15. März 2021 und sind vorläufig. Eine Einordnung der Entwicklung auf Basis des Datenstandes vom 29. Januar 2021 hat das Statistische Bundesamt im Rahmen einer Pressemitteilung veröffentlicht: www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen-/2021/01/PD21_044_12621.html.

2. Berücksichtigt die Bundesregierung bei ihrer Bewertung der Sterberate in Deutschland für das Jahr 2020 die geburtenstarken Jahrgänge von 1940 bis 1960 und die daraus resultierenden demografischen Faktoren (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?
 - a) Wenn ja, inwieweit gingen diese in die bisherigen Bewertungen ein?
 - b) Wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 2 bis 2b werden gemeinsam beantwortet.

Die Jahrgänge von 1940 bis 1960 waren nicht durchweg geburtenstark, vielmehr kam es zum Ende des Zweiten Weltkriegs zu einem Geburteneinbruch.

Veränderungen der Altersstruktur sind in den in der Antwort auf Frage 1 genannten Werten nicht berücksichtigt. Die dazu erforderlichen Daten zum Bevölkerungsstand liegen noch nicht vor.

Unabhängig davon lässt sich bereits jetzt konstatieren, dass die Zunahme der Sterbefälle 2020 nicht durch die Entwicklung der Jahrgänge 1940 bis 1960 bzw. der in den betrachteten Jahren jeweils 60- bis unter 80-Jährigen zu erklären ist. Die Zahl der Gestorbenen in diesem Altersbereich der 60- bis unter 80-Jährigen war 2020 etwa 1,2 Prozent geringer als im Durchschnitt der vier Vorjahre und um etwa 0,8 Prozent höher als im Jahr 2019. Die gesamten Sterbefallzahlen 2020 lagen 5 Prozent über dem Durchschnitt der Vorjahre bzw. dem Vorjahr. Zudem lassen sich die auffälligen saisonalen Muster 2020 nicht mit Veränderungen der Altersstruktur begründen – diese verschiebt sich allmählich und nicht so stark von einem Monat auf den anderen.

Die Zahlenangaben in der Antwort zu Frage 2 beziehen sich auf die in 2020 60- bis unter 80-Jährigen, da die Sterbefälle derzeit nach Altersgruppen und nicht nach Altersjahren vorliegen.

3. Aus welchen Quellen bezieht die Bundesregierung ihre Informationen bezüglich der Krankenhausbelegung allgemein und der Intensivbetten in Deutschland, und liegen die entsprechenden Zahlen tagesaktuell vor?

Mit dem DIVI-Intensivregister erfolgt eine Echtzeiterfassung von Fallzahlen intensivmedizinisch behandelter COVID-19-Patientinnen und -Patienten sowie eine Erfassung der Behandlungs- und Bettenkapazitäten der etwa 1300 Akut-Krankenhäuser Deutschlands. Damit ermöglicht das Intensivregister in der Pandemie, sowie darüber hinaus, Engpässe in der intensivmedizinischen Versorgung im regionalen und zeitlichen Vergleich zu erkennen.

Täglich werden die neusten Zahlen in Form eines Tagesreports, in interaktiven Tabellen, Karten und Zeitreihen auf der der Internetseite www.intensivregister.de und im Lagebericht des Robert Koch-Institut (RKI) berichtet.

4. Warum war nach Kenntnis der Bundesregierung die Krankenhausauslastung 2020 trotz der Corona-Pandemie geringer als in den Vorjahren (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat mit § 24 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) den Auftrag erhalten, die Auswirkungen der Regelungen in den §§ 21 bis 23 KHG auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser zu überprüfen. Es hat hierfür einen Expertenbeirat einberufen. Auf Basis der nach § 24 Absatz 2 KHG von den Krankenhäusern zur Verfügung gestellten Leistungsdaten wurden Berichte mit Analysen des Leistungsgeschehens und der Erlössituation von Krankenhäusern in der Corona-

Krise erstellt. Für den Bereich des Leistungsgeschehens liegen dem BMG erste Ergebnisse für das Gesamtjahr 2020 vor. Diese wurden im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht (Dtsch. Arztebl. 2021; 118(10): A-504 / B-426).

Demnach entstanden im Anschluss an die Aufforderung der Bundesregierung und der Ministerpräsidentinnen und Ministerpräsidenten der Länder an die Krankenhäuser im März 2020, planbare Operationen und Aufnahmen zu verschieben, um Kapazitäten für die Versorgung von schwer erkrankten COVID-19-Patienten freizumachen, starke Fallzahlrückgänge. Die entstandenen Behandlungsrückgänge wurden im Jahresverlauf 2020 nicht kompensiert, die Fallzahlen lagen auch in der zweiten Jahreshälfte unterhalb der Vorjahreswerte. Gleichzeitig lag der Anteil der Verweildauertage der mit SARS-CoV-2-infizierten Patientinnen und Patienten bei rund zwei Prozent. In der Ganzjahresbetrachtung ist die Zahl der nach Diagnosis Related Groups/Diagnosebezogene Fallgruppen (DRG) abgerechneten Behandlungsfälle um 13 Prozent zurückgegangen. Die Berichtsteller vermuten aufgrund der hohen Rückgänge zwischen 17 und 29 Prozent bei Fällen, die sie als ambulant-sensitiv einstuften (Hauptdiagnosen Diabetes Mellitus, Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, COPD (chronisch-obstruktive Lungenerkrankung) und Asthma), dass für den Rückgang der Fallzahlen das Inanspruchnahmeverhalten der Patientinnen und Patienten eine größere Rolle gespielt habe, als die Absage von Behandlungen durch die Krankenhäuser.

5. Hatte die Bundesregierung Kenntnis über geplante Krankenhausschließungen im Jahre 2020 (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?
 - a) Wenn ja, wurde nach Möglichkeiten gesucht, diese für den Zeitraum der Pandemie zu erhalten?
 - b) Wenn ja, ist die Bundesregierung davon ausgegangen, dass die Krankenhauskapazität auch ohne die nun geschlossenen Krankenhäuser ausreichen würde?

Die Fragen 5 bis 5b werden gemeinsam beantwortet.

Die Länder sind für die Sicherstellung der Versorgung zuständig. Ihnen obliegt es auch, die Versorgungslage zu erfassen und ggf. notwendige Maßnahmen zu ergreifen, damit durch die Schließung von Kapazitäten keine Versorgungslücken entstehen. Daten über Bettenabbau und Krankenhausschließungen werden durch die amtliche Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes erfasst. Die aktuellen Daten stammen aus dem Jahr 2019. Dabei unterscheidet die Krankenhausstatistik nicht danach, ob eine mögliche Reduktion der Zahl der Krankenhäuser auf Änderungen in der Form der Zusammenarbeit von Krankenhäusern, z. B. in Form von Fusionen, oder tatsächlichen Schließungen von Krankenhäusern zurückgeht. Weder die Krankenhausträger noch die Länder sind verpflichtet, das BMG über Schließungen von Krankenhäusern zu informieren. Unabhängig davon kann das BMG angesichts der Zuständigkeit der Länder für die Krankenhausplanung auf derartige Maßnahmen im Einzelfall nicht gestaltend einwirken. Dementsprechend liegen der Bundesregierung keine Kenntnis über die Schließung von Kliniken im Pandemiejahr 2020 vor.

6. Welche wissenschaftlichen Erklärungen gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung für den deutlichen Rückgang an Atemwegserkrankungen im Jahr 2020 in Deutschland (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?

Wie im Epidemischen Bulletin (EpidBull) 16/2020 beschrieben, ging der abrupte Abfall der Raten akuter Atemwegserkrankungen (akute respiratorische Erkrankungen, ARE) und der Raten in der Subgruppe der Atemwegserkrankun-

gen mit Influenza-ähnlicher Symptomatik (Influenza like Illness, ILI) mit den strengen Maßnahmen zu Kontaktbeschränkungen und Distanzierung einher (1. Lockdown im Frühjahr 2020) und ist damit auch zu erklären. Dies ist auch die Erklärung für den erneuten und im Vergleich zu den Vorjahren noch deutlicheren Rückgang der ARE-Raten in der Bevölkerung seit dem zweiten strikten Lockdown im Dezember 2020. Der erneute Anstieg der ARE-Raten Ende Februar und Anfang März 2021, beginnend und am stärksten in der Altersgruppe der Kinder, wird seit den Lockerungen der Maßnahmen in 2021 beobachtet. Informationen dazu finden sich in den Influenza-Wochenberichten und den Grippe-Web-Wochenberichten des RKI, abrufbar unter <https://influenza.rki.de/Wochenberichte.aspx> und <https://grippeweb.rki.de/Weekly-Reports.aspx>.

7. Wie viele Obduktionen von Patienten, die mit oder an Corona verstorben sind, fanden nach Kenntnis der Bundesregierung im Jahr 2020 statt (bitte nach Ergebnis, Bundesland, Monat und Alter des Patienten aufschlüsseln)?

Der Bundesregierung liegen keine Daten dazu vor, wie viele Obduktionen von Patientinnen und Patienten, die mit oder an Corona verstorben sind, im Jahr 2020 durchgeführt wurden.

8. Strebt die Bundesregierung vermehrte Obduktionen bei Patienten an, die mit oder an Corona verstorben sind, um weitere Erkenntnisse zu Todesfolgen mit oder an dem Virus zu erlangen?
 - a) Wenn ja, in welchem Ausmaß sollen diese durchgeführt werden?
 - b) Wenn ja, wird es für durchführende pathologische Abteilungen finanzielle Förderungen geben?
 - c) Wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 8 bis 8c werden gemeinsam beantwortet.

Gemäß § 25 Absatz 4 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) besteht für Ärztinnen und Ärzte der Gesundheitsämter die Möglichkeit, eine innere Leichenschau anzuordnen, wenn dies vom Gesundheitsamt für erforderlich gehalten wird. Die Entscheidung liegt in der Zuständigkeit der jeweiligen Behörde vor Ort.

Grundsätzlich können Krankenhäuser Obduktionen zu Forschungszwecken oder zur Qualitätssicherung durchführen. Die Bundesregierung erkennt die Bedeutung von Obduktionen zu Forschungszwecken und insbesondere auch als Instrument der Qualitätssicherung an. Sofern es sich bei Obduktionen bei Patientinnen oder Patienten, die mit oder an Corona verstorben sind, um klinische Sektionen zur Qualitätssicherung handelt, können diese über einen Zuschlag auf die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen finanziert werden. Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz plant die Bundesregierung, diese Refinanzierungsmöglichkeit für klinische Sektionen zur Qualitätssicherung noch einmal deutlich zu verbessern: Klinische Sektionen zur Qualitätssicherung sollen künftig verlässlich und unabhängig von krankenhausspezifischen Mindestmengen über den Zuschlag für klinische Sektionen in angemessener Höhe refinanziert werden können. Durch diese Verbesserung soll sichergestellt werden, dass Anordnungen klinischer Sektionen zur Qualitätssicherung nicht aus finanziellen Gründen unterbleiben. Auf die Anzahl der durchgeführten klinischen Sektionen zur Qualitätssicherung kann die Bundesregierung hingegen keinen Einfluss nehmen. Die Anordnung einer Sektion zur Qualitätssicherung ist die Entscheidung der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden

Arztes und bedarf in den meisten Bundesländern der Zustimmung der Angehörigen.

Sofern die Obduktionen bei Patientinnen oder Patienten, die mit oder an Corona verstorben sind, reinen Forschungszwecken dienen, können diese nicht über den vorgenannten Zuschlag finanziert werden, sondern werden im Rahmen der Forschungsförderung finanziert.

Aktuell fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des Netzwerks der Universitätsmedizin (NUM) den Aufbau eines deutschlandweiten Obduktionsnetzwerks für den Pandemiefall (DEFEAT PANDEMIcs – Deutsches Forschungsnetzwerk Autopsien bei Pandemien, www.netzwerk-universitaetsmedizin.de/projekte/defeat-pandemics). Das Ziel von DEFEAT PANDEMIcs ist der Aufbau eines deutschlandweiten Obduktionsnetzwerks für den Pandemiefall, um systematisch und strukturiert Daten, Materialien und Erkenntnisse möglichst vollständig, umfassend und zeitnah zu erfassen, zusammenzuführen und den Netzwerkpartnern zur Auswertung zur Verfügung zu stellen.

Die institutionelle Förderung pathologischer Abteilungen von Krankenhäusern fällt in die Zuständigkeit der Länder, die die Verantwortung für die Krankenhausplanung und Investitionskostenfinanzierung tragen.

9. Zieht die Bundesregierung Konsequenzen aus der kritischen Betrachtung der WHO bezüglich des PCR-Tests (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?
 - a) Wenn ja, welche?
 - b) Wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 9 bis 9b werden gemeinsam beantwortet.

Die Hinweise der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zum diagnostischen Test zum Nachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR vom 13. Januar 2021 (WHO-identifizier: 2020/5, version 2) beziehen sich auf die Vorgehensweise bei nicht eindeutigen Testergebnissen. Die WHO weist darauf hin, dass im Falle von nicht eindeutigen bzw. grenzwertigen Testergebnissen für eine Befundung zusätzliche klinische Informationen einer Patientin bzw. eines Patienten hinzugezogen werden sollten oder eine erneute Probennahme in Betracht gezogen werden sollte.

In Deutschland war diese Vorgehensweise bereits vor Erscheinen der WHO-Hinweise etabliert. Die „Hinweise zur Testung von Patienten auf Infektion mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2“ des RKI beinhalten einen Hinweis auf das Vorgehen bei unklaren/ unplausiblen Ergebnissen der PCR-Testung.

10. Gibt es seitens der Bundesregierung, abgesehen von der derzeitigen Impfstrategie, grundsätzlich neue Überlegungen, Altersgruppen unterschiedlich zu schützen, nachdem nun deutlich wurde, dass lediglich 0,8 Prozent der Verstorbenen unter 70 Jahre alt waren (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?
 - a) Wenn ja, wie plant die Bundesregierung die Umsetzung?
 - b) Wenn nein, warum nicht?
 - c) Wenn nein, wie rechtfertigt die Bundesregierung die Aussage der Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel im „ARD“-Interview vom 2. Februar 2021 („Ich glaube, wenn wir später sehr vielen Menschen ein Angebot gemacht haben zum Impfen, dann sagen manche Menschen, wir haben keine Impfpflicht, möchte ich nicht geimpft wer-

den. Dann muss man vielleicht schon solche Unterschiede machen und sagen, wer das nicht möchte, kann bestimmte Dinge nicht machen“) im Hinblick auf unterschiedliche Privilegien oder unterschiedliche Grundrechte der Bevölkerung (<https://www.ardmediathek.de/daserste/video/ard-sondersendung/farbe-bekennen-kanzlerin-merkel-stellt-sich-den-fragen-von-tina-hassel-und-rainald-becker/daserste/Y3JpZDovL2Rhc2Vyc3RILmRIL2FyZC1zb25kZXJzZW5kdW5nLzM5NTIzY2NiLWZlNDItNGJmZC1iZGM1LT11NjY1Njg1N2FiMS8x/>), und soll es dabei bleiben?

Die Fragen 10 bis 10c werden gemeinsam beantwortet.

Die Impfpfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beinhalten die systematische Aufarbeitung der bisher verfügbaren Evidenz hinsichtlich des Risikos für einen schweren COVID-19-Verlauf bzw. -Todesfall. Die Empfehlungen sind dabei als „living guidelines“ zu verstehen, die – in Abhängigkeit u. a. von weiteren Impfstoffzulassungen und der Publikation von weiteren Studien – in den kommenden Monaten fortlaufend aktualisiert werden. Die zugrundeliegenden ethischen Kriterien für die Priorisierungsempfehlungen wurde von der STIKO gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern des Deutschen Ethikrates und der Leopoldina erarbeitet.

Die Impfung gegen SARS-CoV-2 ist in Deutschland freiwillig. Inwiefern es zukünftig Beschränkungen für nicht-immune Personen geben wird, beispielsweise im internationalen Reiseverkehr, bleibt abzuwarten.

