

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Jörg Schneider, Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Kay-Uwe Ziegler, Thomas Dietz, Robert Farle, Carolin Bachmann, Jürgen Braun, Frank Rinck, Martin Reichardt und der Fraktion der AfD

Gründe für die Übersterblichkeit in der Grippezeit

Das Auftreten des Coronavirus im Jahr 2020 hat zur Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite geführt, welche seitdem zu zahlreichen Beschränkungen im Leben der Menschen in Deutschland geführt hat.

Die Fragesteller möchten den historischen Bezug zu früheren Infektionswellen herstellen, welche früher in der Regel als „Grippezeit“ bezeichnet wurden. Dazu haben sie die monatlichen Sterbezahlen in Deutschland seit dem Jahr 2000 untersucht und die Übersterblichkeit jeder Grippezeit im Vergleich zum Rest des jeweiligen Jahres berechnet (https://www.dropbox.com/s/10g42kxm04t8tiw/Sterbezahlen_2000-2021.JPG?dl=0; Quelle für die verwendeten Daten: Statistisches Bundesamt, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Tabellen/sonderauswertung-sterbefaelle.html>). Als Grippezeit wurden die Monate November (Vorjahr) bis April definiert. Berechnet wurde die Übersterblichkeit wie folgt: Es wurde jeweils der Mittelwert der Sterbezahlen November (Vorjahr) bis April durch den Mittelwert der Monate Mai bis Oktober geteilt und 100 Prozent wurden abgezogen. So entstehen relative, vergleichbare Werte, die keine absoluten Zahlen mehr enthalten.

Folgende Übersterblichkeiten wurden so ermittelt: 2000/2001 5,3 Prozent, 2001/2002 6,6 Prozent, 2002/2003 10,6 Prozent, 2003/2004 7,6 Prozent, 2004/2005 11,6 Prozent, 2005/2006 5,4 Prozent, 2006/2007 7,2 Prozent, 2007/2008 10,8 Prozent, 2008/2009 15,4 Prozent, 2009/2010 5,7 Prozent, 2010/2011 8,1 Prozent, 2011/2012 10,2 Prozent, 2012/2013 16,2 Prozent, 2013/2014 4,9 Prozent, 2014/2015 15,2 Prozent, 2015/2016 7,7 Prozent, 2016/2017 16,5 Prozent, 2017/2018 16,4 Prozent, 2018/2019 8,6 Prozent, 2019/2020 9,5 Prozent, 2020/2021 15,9 Prozent.

Folgendes kann man nach Ansicht der Fragesteller den Daten entnehmen: Es gibt jedes Jahr in Deutschland in der Grippezeit eine deutliche Übersterblichkeit. Sie bewegt sich zwischen 5,3 Prozent 2000/2001 und 16,5 Prozent 2016/2017. Von Dezember bis März ist die Sterblichkeit besonders hoch und im Sommer am geringsten. Auf eine bis zwei stärkere Grippezeiten folgen immer eine bis zwei milde. Die erste Corona-Saison 2019/2020 zeigt mit 9,5 Prozent eine recht durchschnittliche Übersterblichkeit. Die zweite Corona-Saison 2020/2021 belegt mit 15,9 Prozent nur Platz vier der letzten 20 Jahre. Über Grippezeiten mit hoher Übersterblichkeit wie 2012/2013, 2014/2015, 2016/2017 oder 2017/2018 wurde in der Regel von der Presse berichtet (<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2013/09/17/grippewelle-war->

heftig-und-lang; <https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/grippe-2014-2015-zehntausende-mussten-ins-krankenhaus-a-1052868.html>; <https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/grippe-in-deutschland-influenza-saison-2016-17-war-besonders-heftig-a-1170348.html>; <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/106375/Grippewelle-war-toedlichste-in-30-Jahren>).

Die Übersterblichkeit in der Grippezeit zwischen 2000 und 2021 hat einen leicht steigenden Trend. Eine Regression ergibt eine statistische Zunahme von etwa 0,3 Prozent pro Jahr. Die Fragesteller vermuten einen demografischen Zusammenhang. So hat sich die Zahl der über 80-Jährigen seit 2000 fast verdoppelt (<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1203300/umfrage/personen-ab-80-jahren-in-deutschland/>). Diese sind durch Atemwegsinfektionen deutlich gefährdeter als jüngere Personen.

In der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland lagen die absoluten Sterbezahlen bis 1990 so gut wie immer über 900 000 bis knapp 1 Million Personen pro Jahr. Anfang der 90er-Jahre fingen sie an zu sinken und erreichten 2004 ihr absolutes Minimum mit 818 000 (<https://www.deutschlandin zahlen.de/tab/deutschland/demografie/natuerliche-bevoelkerungsbewegungen/geburten-und-sterbefaelle-insgesamt>). Seitdem steigen sie wieder. Die Fragesteller vermuten hier einen Zusammenhang mit den gefallenen Soldaten des Zweiten Weltkrieges, welche in diesem Zeitraum ihr statisches Sterbealter erreicht hätten.

Da die Übersterblichkeit stets einem saisonalen Effekt folgt, muss es saisonale Ursachen geben. Die geringere Tageslänge verbunden mit einer deutlich geringeren UV-Strahlung sorgt für eine schlechtere Vitamin-D-Versorgung, welche schwere Verläufe von Atemwegsinfektionen begünstigt. Vitamin D kann der menschliche Körper nur unter UV-Strahlung bilden (<https://www.aerztezeitung.de/Medizin/Vitamin-D-verhindert-Atemwegsinfektionen-312707.html>).

Einige nördlich gelegene Länder wie Irland oder Schweden haben dieses Problem erkannt und rufen ihre Bürger aktiv zur Prävention auf (<https://www.irishtimes.com/news/health/every-adult-in-ireland-should-take-vitamin-d-supplement-s-report-recommends-1.4531214>; <https://www.dailysabah.com/europe/2018/12/26/swedish-tv-warns-muslim-immigrants-of-vitamin-d-deficiency>).

Sicherlich halten sich die Menschen im Herbst und Winter häufiger in Innenräumen auf, was Ansteckungen begünstigt. Die vulnerabelste Gruppe für Atemwegsinfektionen sind Altenheimbewohner, besonders Bettlägerige. Sie sind besonders gefährdet, wenn Viren in diese Einrichtungen gelangen. Wegen oft schwacher Immunsysteme wirken bei ihnen Schutzimpfungen weniger gut (<https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/warum-die-grippe-impfung-bei-alten-menschen-oft-nicht-wirkt-2114.php>).

Es gibt seit etwa 80 Jahren Grippe-Schutzimpfungen. Erfahrungsgemäß werden sie unmittelbar vor der Grippezeit im Herbst verabreicht, weil man um die zeitlich begrenzte Wirksamkeit weiß. Die meisten Menschen in Deutschland, abgesehen von Hochrisikopatienten, haben die Impfungen gegen das Coronavirus abweichend im Frühjahr oder Sommer 2021 erhalten. Dass die Zulassungsstudien fast aller Impfstoffe gegen das Coronavirus mit zwei Dosen erfolgten, erscheint den Fragestellern bereits ungewöhnlich. Für die Auswirkungen von drei oder sogar vier Impfdosen innerhalb eines Jahres gibt es mit keinem anderen Impfstoff bisher Erfahrungen zur Verträglichkeit, Wirksamkeit oder Langzeitsicherheit.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Welche Gründe gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung zusätzlich zu Atemwegsinfektionen für die jährliche Übersterblichkeit in den Monaten November (Vorjahr) bis April?

2. Wieso kommt es nach Kenntnis der Bundesregierung zur Alternierung der Übersterblichkeit in der Grippezeit, sodass auf eine bis zwei stärkere Grippezeiten immer eine bis zwei mildere folgen (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?
3. Wie wirkt sich nach Einschätzung der Bundesregierung die Demographie auf die Übersterblichkeit in der Grippezeit aus (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?
4. Was begründet nach Einschätzung der Bundesregierung die besondere Gefährlichkeit der Infektion mit Corona, obwohl die Übersterblichkeit in der Grippezeit 2020/2021 nur die vierthöchste der letzten 20 Jahre ist (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?
5. Aus welchen medizinischen Gründen wurden nach Kenntnis der Bundesregierung abweichend zur Grippe-Schutzimpfung die Corona-Schutzimpfungen für die meisten Menschen im Frühjahr oder Sommer 2021 empfohlen und durchgeführt?
6. Wie viele Menschen wären nach Einschätzung der Bundesregierung ohne Corona-Schutzimpfungen zusätzlich an den Folgen einer Corona-Infektion verstorben (bitte nach Monaten aufschlüsseln)?
7. Aufgrund welcher medizinischen Studien gelten nach Kenntnis der Bundesregierung regelmäßige Auffrischimpfungen (Booster) gegen das Coronavirus als wirksam und unbedenklich für das Immunsystem?
8. Wie viele Menschen wären nach Einschätzung der Bundesregierung seit 2020 ohne sogenannte Schutzmaßnahmen zusätzlich an den Folgen einer Corona-Infektion verstorben (bitte nach Monaten aufschlüsseln)?
9. Wie viele Menschen wären nach Einschätzung der Bundesregierung ohne Quarantäne
 - a) Infizierter und
 - b) Kontaktpersonen Infizierterzusätzlich an den Folgen einer Corona-Infektion verstorben (bitte nach Monaten aufschlüsseln)?
10. Wie viele Menschen wären nach Einschätzung der Bundesregierung ohne eine Maskenpflicht
 - a) in öffentlichen Gebäuden,
 - b) in öffentlichen Verkehrsmitteln,
 - c) in Geschäften,
 - d) in der Gastronomie,
 - e) im Außenbereich,
 - f) in Schulen,
 - g) in medizinischen Einrichtungen,
 - h) in Altenheimen,
 - i) Kontaktbeschränkungen,
 - j) Lockdowns,
 - k) lokale Ausgangssperren ab dem 23. April 2021 (Bundesnotbremse) und
 - l) Nichtgenehmigung von Demonstrationen und Versammlungenzusätzlich an den Folgen einer Corona-Infektion verstorben (bitte nach Monaten aufschlüsseln)?

11. Aufgrund welcher medizinischen Studien ist nach Kenntnis der Bundesregierung belegbar, dass medizinische Masken (schützen Patienten vor Auswürfen des Behandelnden) oder FFP2-Masken (Staubschutzmasken) die Träger vor Viren schützen beziehungsweise Dritte schützen?

Wie hoch wären die Inzidenzen ohne eine Maskenpflicht gewesen (bitte nach Monaten aufschlüsseln)?

12. Warum wurde nach Kenntnis der Bundesregierung das Tragen von Masken nicht bereits während der Grippesaisons vergangener Jahre empfohlen, wenn diese vor Atemwegsvirusinfektionen wirksam schützen?
13. Wie viele Menschen wären nach Einschätzung der Bundesregierung ohne die sogenannte 3G-Regel, 2G-Regel oder 2G-Plus-Regel zusätzlich an den Folgen einer Corona-Infektion verstorben (bitte nach Monaten aufschlüsseln)?
14. Wie viele Menschen wären nach Einschätzung der Bundesregierung ohne eine Testpflicht in Bildungseinrichtungen wie Schulen zusätzlich an den Folgen einer Corona-Infektion verstorben (bitte nach Monaten aufschlüsseln)?

Berlin, den 7. Juni 2022

Dr. Alice Weidel, Tino Chrupalla und Fraktion