

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Detlev Spangenberg, Dr. Robby Schlund, Paul Viktor Podolay, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD – Drucksache 19/18844 –

Entscheidungsgrundlagen nichtpharmakologischer Maßnahmen gegen die COVID-19-Pandemie

Vorbemerkung der Fragesteller

Aufgrund der COVID-19-Pandemie hat die Bundesregierung mit den Regierungen der Länder drastische nichtpharmakologische Eindämmungsmaßnahmen beschlossen, die das soziale und wirtschaftliche Leben in Deutschland weitgehend einschränken (<https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/faqs-neue-leitlinien-1733416>). Die entsprechenden Entscheidungen der Bundesregierung basieren nach Kenntnis der Fragesteller auf Modellierungen des Robert Koch-Instituts (RKI), aus denen eine mögliche Überlastung des deutschen Gesundheitssystems, insbesondere der intensivmedizinischen Versorgung, durch Patienten mit einer SARS-CoV-2-Infektion abzuleiten ist und demnach eine Gefährdung für die Gesundheit der Bevölkerung durch COVID-19 in Deutschland derzeit insgesamt als hoch eingeschätzt wird. Vom Robert-Koch-Institut wird diesbezüglich angenommen, dass 4,5 Prozent der durch SARS-CoV-2 Infizierten einen schweren Krankheitsverlauf haben und damit krankenhauspflchtig sein werden. Bei etwa 1,1 Prozent der infizierten Personen rechnet das RKI damit, dass die Infektion zu intensivpflegepflichtigen Komplikationen führt (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Modellierung_Deutschland.pdf;jsessionid=C423967F4F516F32C3A8C29EC5E955E7.internet061?__blob=publicationFile).

Der Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie Prof. Dr. Sucharit Bhakdi, Emeritus der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz und langjähriger Leiter des dortigen Instituts für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene, hat die oben erwähnten Eindämmungsmaßnahmen der Regierung zum Anlass genommen, in einem offenen Brief fünf Fragen an die Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel zu stellen (<https://www.docdroid.net/23IE5dj/sucharit-bhakdi-offener-brief-offentlichkeit-black.pdf>, auch <https://www.youtube.com/watch?v=LsExPrHCHbw>).

Wie Prof. Dr. Sucharit Bhakdi befürchtet auch John P. A. Ioannidis, Professor der Stanford-Universität, dass solche einschneidenden Maßnahmen auf unzureichenden Daten basieren könnten (<https://www.statnews.com/2020/03/17/a-fiasco-in-the-making-as-the-coronavirus-pandemic-takes-hold-we-are-making-decisions-without-reliable-data/>).

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 12. Mai 2020 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Schon vor der COVID-19-Pandemie waren Infektionen durch verschiedene Coronaviren beim Menschen nichts Ungewöhnliches (Killerby et al., Human Coronavirus Circulation in the United States 2014–2017. *J Clin Virol.* 2018, 101, 52 bis 56). Sollte SARS-CoV-2 kein bedeutend höheres Gefahrenpotential haben, als die bereits bekannten Coronaviren, würden sich die gegen COVID-19 getroffenen Maßnahmen nach Ansicht der Fragesteller als entsprechend fragwürdig erweisen.

Die Fachzeitschrift „International Journal of Antimicrobial Agents“ hat hierzu in einer Vorabpublikation („Journal Pre-Proof“) die Studie „SARS-CoV-2: Fear versus Data“ veröffentlicht, welche die gesundheitlichen Gefahren durch SARS-CoV-2 untersucht (Roussel et al., SARS-CoV-2: Fear Versus Data. *Int. J. Antimicrob. Agents* 2020, 105947). Die Ergebnisse der Studie führen zu dem Schluss, dass das neue Virus sich von den bekannten Coronaviren in der Gefährlichkeit für den Menschen nicht unterscheidet (ebd.).

Laut eines Berichts der „Süddeutschen Zeitung“, „Covid-19: Wie gut testet Deutschland?“ (<https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/covid-19-coronavirus-testverfahren-1.4855487>, abgerufen am 27. März 2020), ist dem Robert Koch-Institut nicht genau bekannt, wie viel auf COVID-19 getestet wird. Den veröffentlichten Daten zufolge ist es jedoch so, dass man mit wachsendem Testvolumen in Deutschland zuletzt einen raschen Anstieg der Fallzahlen beobachten konnte (<https://multipolar-magazin.de/artikel/coronavirus-irrefuehrung-fallzahlen>). Der Verdacht liegt nach Ansicht der Fragesteller also nahe, dass sich das Virus bereits unbemerkt in der gesunden Bevölkerung ausgebreitet hat. Dem offenen Brief von Prof. Dr. Sucharit Bhakdi folgend, hätte dies zwei Konsequenzen: Erstens würde es bedeuten, dass die offizielle Todesrate – am 26. März 2020 etwa waren es 206 Todesfälle bei rund 37.300 Infektionen, oder 0,55 Prozent (Johns Hopkins University, Coronavirus Resource Center, <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>, abgerufen am 26. März 2020) zu hoch angesetzt ist und zweitens, dass es kaum mehr möglich ist, eine Ausbreitung in der gesunden Bevölkerung zu verhindern.

Der Virologe Prof. Dr. Carsten Scheller vermutet, dass die exponentiell ansteigenden Zahlen SARS-Cov-2-positiv-getesteter Fälle durch die exponentiell ansteigende Zahl durchgeführter Testungen zu erklären ist (<https://www.youtube.com/watch?v=w-uub0urNfw>). Dies würde bedeuten, dass eine konstante Durchseuchung der Bevölkerung mit SARS-Cov-2 besteht, die durch die Testungen zunehmend zum Vorschein kommt. Die ersten Zahlen, die vom RKI zu den durchgeführten SARS-Cov-2-Testungen pro Kalenderwoche veröffentlicht wurden, scheinen diese Annahme nach Einschätzung der Fragesteller zu bestätigen (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-03-26-de.pdf?__blob=publicationFile).

In der Statistik des RKI werden alle verstorbenen Patienten, die auf SARS-CoV-2 positiv getestet wurden, der Sterblichkeit durch COVID-19 zugeschrieben: „Bei uns gilt als Corona-Todesfall jemand, bei dem eine Corona-Virus-Infektion nachgewiesen wurde.“ Dies sagte der Präsident des Robert Koch-Instituts Prof. Dr. Lothar H. Wieler auf einer Pressekonferenz am 20. März (www.youtube.com/watch?v=tI5SnAirYLw). Unabhängig von anderen Faktoren, werden Verstorbene also als COVID-19-bedingte Tote gemeldet, sobald festgestellt wird, dass SARS-CoV-2 bei dem Verstorbenen nachweisbar war. Prof. Dr. Sucharit Bhakdi (s. o.) hält dies für einen Verstoß gegen ein Grundgebot der Infektiologie. Seiner Ansicht nach darf die Diagnose, der S1-Leitlinie 054-001 folgend, erst ausgesprochen werden, wenn sichergestellt wird, dass ein Agens an der Erkrankung bzw. am Tod maßgeblichen Anteil hat (<https://www.docdroid.net/23IE5dj/sucharit-bhakdi-offener-brief-offentlichkeit-black.pdf>), (https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/054-0021_S1_Regelnzur-Durchfuehrung-der-aerztlichen-Leichenschau_2018-02_01.pdf). Der Infektionsepidemiologe beklagt in seinem offenen Brief (s. o.) weiter, dass es derzeit keine offiziellen Angaben darüber gibt, ob zumindest im Nachhinein kritischere Analysen der Krankenakten unternommen wurden, um festzustellen, wie viele Todesfälle wirklich auf das Virus zurückzuführen seien.

Prof. Dr. Sucharit Bhakdi weist darauf hin (s. o.), dass bei den COVID-19-Szenarien wie in Norditalien außergewöhnliche Faktoren eine Rolle spielen, die für die jeweiligen Regionen spezifisch sind und die die dort lebenden Menschen besonders anfällig für Atemwegserkrankungen machen. Zu diesen Faktoren gehöre unter anderem die erhöhte Luftverschmutzung im Norden Italiens (ebd.). Laut WHO-Schätzung (WHO = Weltgesundheitsorganisation) führte diese Situation auch ohne Virus zu über 8.000 zusätzlichen Toten allein in den 13 größten Städten Italiens pro Jahr (Martuzzi et al., Health Impact of PM10 and Ozone in 13 Italian Cities. World Health Organization Regional Office for Europe. WHOLIS number E88700, 2006). Die Situation hat sich seitdem nicht signifikant verändert (European Environment Agency, Air Pollution Country Fact Sheets 2019, <https://www.eea.europa.eu/themes/air/country-fact-sheets/2019-country-fact-sheets>, abgerufen am 26. März 2020). In wissenschaftlichen Studien wurde auch gezeigt, dass Luftverschmutzung das Risiko von Lungenerkrankungen stark erhöht (Croft et al., The Association between Respiratory Infection and Air Pollution in the Setting of Air Quality Policy and Economic Change. *Ann. Am. Thorac. Soc.* 2019, 16, 321–330, sowie Horne et al., Shortterm elevation of fine particulate matter air pollution and acute lower respiratory infection. *Am J Respir Crit Care Med* 2018; 198:759–766). Außerdem lebten 27,4 Prozent der besonders gefährdeten Population in Italien mit jungen Menschen zusammen, in Spanien sogar 33,5 Prozent (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Living Arrangements of Older Persons: A Report on an Expanded International Dataset ST/ESA/SER.A/407, 2017). In Deutschland sind es dagegen nur 7 Prozent (ebd.).

Hinzu kommt, dass Deutschland, laut der Meinung von Fachleuten, in Sachen Intensivstationen deutlich besser ausgestattet ist als Italien, und zwar etwa um den Faktor 2,5 (<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111029/Ueberlastung-deutscher-Krankenhaeuser-durch-COVID-19-laut-Experten-unwahrscheinlich>, abgerufen am 26. März 2020).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Bei der aktuellen, durch das neuartige SARS-CoV-2-Virus verursachten Pandemie handelt es sich um ein weltweit sehr dynamisch entwickelndes Ausbruchsgeschehen. Das Wissen über diesen neuartigen Erreger erweitert sich kontinuierlich. Darauf aufbauend können die Risiken und Herausforderungen, die das Virus national wie international stellt, zunehmend präziser antizipiert werden. Entscheidungen über zu ergreifende Maßnahmen müssen abhängig vom konkreten Verlauf der Pandemie und unter Berücksichtigung der jeweils aktuellen Gesamtlage getroffen werden. Die Bundesregierung steht hierzu im Austausch mit allen relevanten nationalen und internationalen Akteuren.

1. Inwieweit wurde bei den Hochrechnungen der für COVID-19-Patienten benötigten Krankenhausbetten und Plätze auf Intensivstationen, welche die Bundesregierung ihren Entscheidungen zugrunde legt, das in Deutschland herrschende Verhältnis von positiv getesteten symptomfreien Infizierten zu positiv getesteten symptomatischen Patienten berücksichtigt?

Für die Modellierung von Beispielszenarien der SARS-CoV-2-Epidemie 2020 in Deutschland wurden Parameter verwendet, die u. a. auf Daten aus der Epidemie in China beruhen und sich im internationalen Pandemiegeschehen auch in Deutschland bestätigt haben, wie beispielsweise die Länge der Inkubationszeit.

2. Wie sieht nach Kenntnis der Bundesregierung die gegenwärtige Auslastung von Intensivstationen durch Patienten mit diagnostizierten COVID-19-Infektionen im Vergleich zu anderen Coronavirus-Infektionen aus?

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI e. V.) führt gemeinsam mit dem Robert Koch-Institut (RKI) das DIVI-Intensivregister – eine Internetseite, über welche intensivmedizinisch behandelte COVID-19-Patientinnen und Patienten und Bettenkapazitäten auf Intensivstationen aller Krankenhäuser Deutschlands erfasst werden. Im DIVI-Intensivregister wird tagesaktuell sichtbar, in welchen Kliniken aktuell wie viele Plätze auf Intensivstationen zur Verfügung stehen. Damit wird eine datengeleitete Maßnahmen-Steuerung bundesweit und regional im Rahmen der Pandemie von intensivmedizinischen Patientinnen und Patienten – auch unabhängig von einer COVID-19 Erkrankung möglich. Seit dem 16. April 2020 ist die Meldung für alle intensivbettenführenden Krankenhaus-Standorte verpflichtend. Ein Vergleichswert zur gegenwärtigen Auslastung von Intensivstationen durch Patientinnen und Patienten mit diagnostizierten COVID-19 und Patientinnen und Patienten mit anderen Coronavirus-Infektionen liegt der Bundesregierung nicht vor.

3. Hat die in der Vorbemerkung der Fragesteller zitierte Studie (Roussel et al., 2020) Eingang in die Überlegungen der Bundesregierung gefunden, und wenn ja, inwieweit wurde diese Studie in den Planungen von Maßnahmen gegen COVID-19 berücksichtigt?

Die am 5. April 2020 als Vorabdruck veröffentlichte Studie von Roussel et al., 2020 (Roussel et al. SARS-CoV-2: Fear Versus Data. *Int. J. Antimicrob. Agents* 2020, 105947) bezieht sich auf Daten des „Institut hospitalo-universitaire en maladies infectieuses de Marseille“ (IHU Mediterranee Infection), das die SARS-CoV-2 Diagnostiktests für alle öffentlichen Krankenhäuser in Marseille durchführt. Die in die Studie einbezogenen Daten stammen aus der Zeit vor dem 2. März 2020. In der Studie wurde die Sterblichkeitsrate von SARS-CoV-2 in OECD-Ländern im Zeitraum vom 1. Januar 2020 bis 2. März 2020 mit der Sterblichkeitsrate häufiger Coronaviren, die von Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM)-Patienten im Zeitraum vom 1. Januar 2013 bis 31. Dezember 2019 identifiziert wurden, verglichen.

Die Autoren ziehen auf Basis dieser Daten die Schlussfolgerung, dass sich die Sterblichkeitsrate zwischen den beiden Gruppen in den Untersuchungszeiträumen nicht signifikant unterschied.

Der Zeitraum der Datenerfassung zu den SARS-CoV-2 Infektionen (1. Januar 2020 bis 2. März 2020) liegt vor der fortgeschrittenen Phase der Pandemie von SARS-CoV-2 in Marseille. Wie aus der Studie hervorgeht, wurden vom IHU Mediterranee Infection zu diesem Zeitpunkt 596 Tests auf COVID-19 durch-

geführt, von denen lediglich vier positiv waren. Da die Schwere der Erkrankung sich je nach Altersgruppe und möglichen vorhandenen Risikofaktoren unterscheidet, sind die Ergebnisse dieser Stichprobe nicht repräsentativ für die Erkrankungen durch COVID-19 und aufgrund fehlender Informationen in der Studie zwischen den untersuchten Gruppen nicht vergleichbar. Bis zum 2. März 2020 hatte Frankreich 191 COVID-19-Fälle und drei COVID-19-Todesfälle bestätigt. Bis zum 2. April 2020 (noch vor der Veröffentlichung des Vordrucks) waren es 59.105 Fälle und 5.387 Todesfälle.

4. Hat es bereits eine stichprobenartige Untersuchung der gesunden Allgemeinbevölkerung gegeben, um die Realausbreitung von SARS-CoV-2 zu validieren, oder ist dies zeitnah vorgesehen?

Das Robert Koch-Institut (RKI) plant eine bundesweite bevölkerungsbezogene Studie, die zusätzliche Aussagen über die Verbreitung der SARS-CoV-2-Infektion in der Bevölkerung und den Anteil der Bevölkerung, der die Infektion bereits durchgemacht hat und dadurch zumindest temporäre Immunität aufweist, erlauben soll. Der Studienzeitraum erstreckt sich von Mai 2020 bis Ende 2020. In dieser Zeit soll im Rahmen einer Querschnittuntersuchung mit einer bundesweit bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe von etwa 20.000 Personen an etwa 300 Studienorten die aktuelle Seroprävalenz erfasst werden.

5. Plant die Bundesregierung bei der in der Vorbemerkung der Fragesteller beschriebenen Definition der „Corona-Todesfälle“ durch das RKI zwischen echten COVID-19-bedingten Todesfällen und einer zufälligen Präsenz von SARS-CoV-2-Erbgut zum Todeszeitpunkt beim Patienten zu unterscheiden, und wenn ja, wie gedenkt die Bundesregierung dies zu tun?

In der Statistik des RKI werden die COVID-19-Todesfälle gezählt, bei denen ein laborbestätigter Nachweis von SARS-CoV-2 (direkter Erregernachweis) vorliegt und die in Bezug auf diese Infektion verstorben sind. Das Risiko an COVID-19 zu versterben, ist bei Personen, bei denen bestimmte Vorerkrankungen bestehen, höher. Daher ist es in der Praxis häufig schwierig zu quantifizieren, inwieweit die SARS-CoV-2 Infektion direkt oder indirekt zum Tode beigetragen hat. Sowohl Menschen, die unmittelbar an der Erkrankung verstorben sind („gestorben an“), als auch Personen mit Vorerkrankungen, die mit SARS-CoV-2 infiziert waren und bei denen sich nicht abschließend nachweisen lässt, was die Todesursache war („gestorben mit“), werden derzeit erfasst (siehe dazu auch: www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/gesamt.html).

Das RKI plant derzeit nicht, dieses Vorgehen zu ändern.

6. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung der Unterschiede zwischen Deutschland und anderen Staaten bei den Risikofaktoren bezüglich der COVID-19-Pandemie (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller), und wenn ja, welche Bemühungen werden unternommen, um der Bevölkerung nahezubringen und verständlich zu machen, dass daher – so die Einschätzung der Fragesteller – entsprechende Szenarien wie in Italien oder Spanien in Deutschland wahrscheinlich unrealistisch sind?

Nationale Besonderheiten werden bei der Berichterstattung zu COVID-19 berücksichtigt. Diese umfassen u. a. spezifische Risikofaktoren wie Alter und Vorerkrankungen, die Struktur und die Besonderheiten des nationalen Gesundheitswesens sowie demographische, regionale, kulturelle oder soziologische Unterschiede.

