

Überraschendes Ergebnis: 2020 wurde die Covid-19-Übersterblichkeit kompensiert durch entsprechende Untersterblichkeit bei anderen Erkrankungen!

Zusammenfassung:

Anhand der Todesursachenstatistik der Jahre 2017 bis 2019 kann man zeigen, dass die im Jahr 2020 erfassten Covid-19-Sterbefälle (die in der Statistik ja in eine neue Kategorie fallen) bei anderen Bereichen fehlen, nämlich bei den Erkrankungen des Atmungssystems, des Herzkreislaufsystems und bei den Neubildungen (Krebs).

Die Untersuchung der Daten legt nahe, dass die meisten der mit der Diagnose Covid-19 Verstorbenen vermutlich sonst innerhalb einiger Monate an ihren Grunderkrankungen gestorben wären.

Um einen inneren, ursächlichen Zusammenhang zwischen den o.g. Krankheitsfeldern bzw. den Personengruppen zu finden, werden verschiedene Hypothesen diskutiert:

- a Die Minderung bei den anderen Todesursachen liegt an den wirksamen Schutzmaßnahmen.
- b Die Menschen, deren Tod im Jahr 2020 zu erwarten war, sind – statt z.B. an Herzinfarkt oder Lungenentzündung – an Covid-19 gestorben. Covid-19 hat andere Krankheiten ersetzt.
- c Die Covid-19-Fälle sind „normale“ Sterbefälle, allerdings mit einem neuen Etikett.

Es zeigt sich:

In einem kleinen Umfang wird die Hypothese a („Gesundung durch die Schutzmaßnahmen“) zutreffen.

Ansonsten scheinen die fehlenden Toten mit den Covid-19-Todesfällen identisch zu sein. Das bedeutet, dass diese Menschen durch die Vorerkrankungen dem neuen Virus nicht genug entgegenzusetzen hatten. Wenn ihre Lebenszeit dadurch verkürzt wurde, so hat sich das in der Jahresbilanz statistisch nicht abgezeichnet, die „verlorene Zeit“ liegt also in einem Zeitraum von einigen Monaten, es gilt hier also Hypothese b („Covid-19 ersetzt andere Krankheiten“).

Wie oft die Hypothese c („Umetikettierung“) zutrifft, lässt sich schwer abschätzen, doch gibt es eine Reihe von Indizien für die Überschätzung der durch Covid-19 verursachten Sterbefälle.

Im Anhang C wird gezeigt, dass von November 2020 bis Oktober 2021 eine Übersterblichkeit von 17.000 Menschen vorliegt. Da ab Herbst 2021 die Sterberate anstieg, lassen sich für 2021 weder die Gesamtsterblichkeit noch die Kompensation der Covid-19-Fälle prognostizieren.

¹ Durch die Pressekonferenz des Statistischen Bundesamtes am 9.12.21 wurde mir deutlich, wie die Corona-Fälle gruppiert wurden. Siehe dazu Anhang A.

Inhalt:	Seite
1. Einführung	3
2. Das Zahlenmaterial	3
3. Vergleich mit den Begleiterkrankungen	8
4. Diskussion	9
5. Resümee	13
Anhang A: Aufschlüsselung der Corona-Fälle	14
Anhang B: Relative Abweichungen der gemittelten Hochrechnungen von 2020	15
Anhang C: Ausblick auf 2021	16

1. Einführung

Es gibt mehrere Parameter, die für Deutschland die Sterbefälle in einem Jahr beeinflussen, insbesondere die Bevölkerungszahl, die Altersverteilung und das epidemische Geschehen.

Von etlichen Autoren ist gezeigt worden, wie man unter Berücksichtigung der Altersverteilung herausfindet, dass das Corona-Jahr 2020 keine besondere Übersterblichkeit aufweist.^{2,3}

Wie passt dieser Befund aber zu der Meldung des RKI, dass 2020 in Deutschland etwa 40.000 Menschen mit der Diagnose Covid-19 gestorben sind?⁴ Dann müsste es doch im Bereich anderer Todesursachen weniger Sterbefälle gegeben haben. Bei welchen Krankheiten wäre das denn der Fall? Und welche Gründe könnten ggf. dafür vorliegen?

Diesen Fragen soll hier nachgegangen werden.

2. Das Zahlenmaterial

Seit 30.9.21 liegt vom statistischen Bundesamt die (vorläufige) Todesursachenstatistik für das ganze Jahr 2020 vor, zusammengefasst nach Krankheitsgruppen und differenziert nach Monaten.⁵

Bislang gibt es für 2020 noch nicht die Aufschlüsselung nach Altersgruppen (und nach ICD-Klassifikation wie bislang für 2017-2019). Deren Veröffentlichung – sonst Mitte August üblich – wurde für Mitte Oktober in Aussicht gestellt, liegt aber bis 28.11.21 noch nicht vor und ist für Dezember 21 in Aussicht gestellt.

Es kann also kein Vergleich für bestimmte Altersgruppen hergestellt werden, doch lässt sich durch die Altersverteilung der Bevölkerung, die für 2020 bekannt ist, die demographische Veränderung miteinbeziehen.

Aus der genannten Todesursachenstatistik ist folgende Tabelle entnommen:

-
- 2 Siehe A. Häberlein: Übersterblichkeit in Deutschland 2020?
<https://www.akanthos-akademie.de/2021/02/05/gibt-es-eine-%C3%BCbersterblichkeit-in-deutschland-2020/>
und B. Kowall et al. Universität Essen 3.8.21:
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0255540> abgerufen 30.10.21
 - 3 Diese Erkenntnis hat aber keine Wirkung auf die Darstellungen z.B. des Bundesamtes für Statistik, das gerade am 4.11.21 seine Pressemitteilung mit dem Titel „Todesursachenstatistik 2020: Zahl der Todesfälle um 4,9 % gestiegen“ veröffentlichte.
https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/_inhalt.html abgerufen am 11.11.21
 - 4 Datenquelle s.u.
 - 5 für 2020 https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/sonderauswertung-todesursachen-pdf.pdf?__blob=publicationFile abgerufen 18.10.21

Pos. Nr.	ICD-10	Todesursache	2020
			insgesamt
A00-B99		KAPITEL I: Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	15 101
C00-D48		KAPITEL II: Neubildungen	239 511
E00-E90		KAPITEL IV: Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	36 648
F00-F99		KAPITEL V: Psychische und Verhaltensstörungen	59 592
G00-G99		KAPITEL VI: Krankheiten des Nervensystems	35 421
I00-I99		KAPITEL IX: Krankheiten des Kreislaufsystems	337 872
J00-J99		KAPITEL X: Krankheiten des Atmungssystems	61 356
K00-K93		KAPITEL XI: Krankheiten des Verdauungssystems	42 529
N00-N99		Kapitel XIV: Krankheiten des Urogenitalsystems	25 383
V01-Y98		KAPITEL XX: Äußere Ursachen	41 894
U00- U49		KAPITEL XXII: Schlüsselnummern für besondere Zwecke	39 718
		sonstige Kapitel (D50-D89; H00-H95; L00-L99; M00-M99; O00-O99; P00-P96; Q00-Q99; S00-S99; T00-T98)	15 290
		Todesursachen insgesamt	984 761

Tab1

Aus dieser Tabelle1 ist zu entnehmen, dass im Jahr 2020 insgesamt 984.761 Einwohner Deutschlands gestorben sind⁶.

Unter Kap.II „Neubildungen“ sind alle Krebserkrankungen subsumiert.

Im Kapitel XXII sind alle mit der Hauptdiagnose Covid-19 Verstorbenen (getestet / epidemisch vermutet) sowie die Fälle mit Entzündungssyndrom in Verbindung mit Covid-19 und noch die tödlichen Impfschäden (die es 2020 noch nicht gab) aufsummiert: 39.718.

In einem nachrichtlichen Zusatz (siehe unten Anhang A auf S.14) ist angegeben, dass darüber hinaus in 8.090 Fällen Covid-19 oder die Covid-19-Impfung⁷ nicht ursächlich für den Tod war. Durch die Pressekonferenz des Statistischen Bundesamtes am 9.12.21 wurde klar, dass diese 8.090 Fälle nicht in den 39.718 Fällen von Kapitel XII enthalten sind, sondern in den übrigen Kapiteln.

Im Folgenden wird aber als Bezugsgröße immer die Gesamtzahl von 39.718 verwendet.

Nach diesen vorgegebenen Gruppen habe ich im nächsten Schritt auch die Daten von 2019 zusammengefasst.⁸

Tabelle2 stellt die nach Altersgruppen und Todesursachen gruppierten Daten von 2019 dar:

6 Die Angaben sind jeweils mit dem Vermerk „vorläufig“ versehen. So wurde im Januar 2021 für die Zahl der Todesfälle von 2020 die Zahl 982.489 genannt, das sind etwa 2.500 weniger als jetzt veröffentlicht wurden. In der Pressemitteilung Nr. 505 des statistischen Bundesamtes vom 4.11.21 erhält man als „endgültige“ Zahl 985 572. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/_inhalt.html Abruf 25.11.21

7 Die Impfung gab es 2020 noch nicht, abgesehen von der letzten Kalenderwoche 2020.

8 Quelle für 2019 <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Publikationen/Downloads-Todesursachen/todesursachenstatistik-5232101197015.html> Da die ICD-Nummern vierstellig sind, habe ich den Bereich D50-D89, den man in die Rubrik „sonstige Kapitel“ einzuordnen hat, bei D500 beginnen lassen

neu gruppiert: 2019	Ursachen	0-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-84	85+	Summe
Infekt	A00-B99	101	104	272	802	1643	3591	3460	6221	16194
Neubildg	C00-D899	788	1492	4767	22459	47272	70864	45021	46928	239591
Stoffw.	E00-E889	177	184	456	1669	3428	6562	6850	14300	33626
Psych, Verh	F00-F99	102	344	696	1785	2527	7247	11087	34051	57839
Nervensys.	G00-G99	403	261	539	1781	3485	8528	8147	11029	34173
Kreislaufs.	I011-I99	286	739	2529	10755	25790	58177	66925	166010	331211
Atmungs	J00-J99	129	124	458	2655	8656	17386	13842	23771	67021
Verdauungss.	K00-K93	100	403	1328	4644	7334	8989	6954	11669	41421
Urogenit,s	N00-N99	18	40	101	443	1363	4233	5359	13183	24740
nicht klass.	R00-R99	830	825	1809	4973	7107	7942	5035	8891	37412
äußere Ursache	V01-Y98	2195	1855	2331	4166	4454	6898	6415	13465	41779
Corona	U00- U49	0	0	0	0	0	0	0	0	0
sonst.	sonstige	2396	163	289	835	1411	2538	2344	4537	14513
	Summen	7525	6534	15575	56967	114470	202955	181439	354055	939520

Tab2

Entsprechend wurden die Sterbezahlen der Jahre 2018 und 2017 behandelt.⁹ Das Jahr 2016 und frühere Jahre habe ich nicht aufgeführt, weil damals eine andere Gruppierung bei den Todesursachen verwendet wurde.

Um den demographischen Wandel herauszurechnen und die Sterbezahlen der verschiedenen Jahre vergleichbar zu machen, habe ich nun aus der Altersgruppen-Sterblichkeit des betreffenden Jahres eine Hochrechnung auf die Bevölkerung von 2020 gemacht.¹⁰

Dazu werden die Personenzahlen für die betreffenden Altersgruppen benötigt, die in der hier folgenden Tabelle3 aufgelistet sind¹¹:

Bevölk. am1.1.	0-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-84	85+	insgesamt
2017	25.162.224	10.279.113	11.081.898	13.207.433	9.844.581	8.004.494	2.694.971	2.246.939	82.521.653
2018	25.152.920	10.453.462	10.731.644	13.369.561	10.086.747	7.847.332	2.885.212	2.265.473	82.792.351
2019	25.094.899	10.646.445	10.426.257	13.474.166	10.302.411	7.685.929	3.111.597	2.277.509	83.019.213
2020	25.013.404	10.784.930	10.182.384	13.447.540	10.506.803	7.550.515	3.294.281	2.386.854	83.166.711

Tab3

Aus der Division der in den beiden Tabellen 2 und 3 eingekreisten Werte erhält man z.B. die Sterblichkeit¹² für die Altersgruppe 85+ des Jahres 2019 im Bereich der Neubildungen (d.h. Krebs):

$$46.928 : 2.277.509 = 2,0605\%$$

d.h. von allen über 85-Jährigen sind im Jahr 2019 2,0605% an einer Neubildung gestorben.

Um hieraus eine Hochrechnung auf das Jahr 2020 zu erstellen, wird dieser Prozentsatz (aus den Zahlen von 2019) mit der entsprechenden Bevölkerungszahl von 2020 (blau unterstrichen) multipliziert. Man erhält dann

9 Quelle: Auf https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DESerie_mods_00000958 ist für 2018 die Excel-Datei [5232101187015.xlsx](#) herunterzuladen und für 2017 die Datei [5232101177015_korr08102019.xlsx](#)

10 Es handelt sich um dasselbe Verfahren („Stratifikation“), das ich der Arbeit zur Übersterblichkeit angewendet habe, allerdings in einer etwas anderen Darstellung.

11 Quelle: sonderauswertung-sterbefaelle.xlsx;jsessionid=0B62945A6C4A438FE612B73B1B444FAF.live731.xlsx

12 Mit der „Sterblichkeit“ ist die Sterberate (auch: relative Sterblichkeit) gemeint, also der Quotient aus der Verstorbenenanzahl und der Lebendenzahl.

$$2,0605\% \cdot 2.386.854 = 49.181,$$

diese Zahl 49.181 ist die Anzahl der Personen, die 2020 - in der Gruppe 85+ und im Bereich der Neubildungen - zu erwarten gewesen wäre, wenn die Sterblichkeit 2020 genauso wie 2019 gewesen wäre.

Ich nenne diesen Wert „Hochrechnung aus 2019“, also hier: Hochrechnung aus 2019 für die Gruppe 85+ bei den Neubildungen = 49.181.

Führt man diese Rechnung für alle Felder von Tabelle2 durch, so erhält man die Tabelle4. In deren letzter Spalte ist schließlich unter „HR19“ für jeden Ursachenbereich die Summe über die Altersgruppen gebildet:

Hochrechng von 2019 auf 2020										HR19
Ursachen	0-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-84	85+	Summen	
Infekt	A00-B99	101	105	266	800	1.676	3.528	3.663	6.520	16.658
Neubildg	C00-D899	785	1.511	4.655	22.415	48.210	69.615	47.664	49.181	244.038
Stoffw.	E00-E889	176	186	445	1.666	3.496	6.446	7.252	14.987	34.655
Psych, Verh	F00-F99	102	348	680	1.781	2.577	7.119	11.738	35.686	60.032
Nervensys.	G00-G99	402	264	526	1.777	3.554	8.378	8.625	11.559	35.086
Kreislaufs.	I011-I99	285	749	2.470	10.734	26.302	57.152	70.854	173.980	342.525
Atmungss.	J00-J99	129	126	447	2.650	8.828	17.080	14.655	24.912	68.826
Verdauungss.	K00-K93	100	408	1.297	4.635	7.480	8.831	7.362	12.229	42.341
Urogenitals.	N00-N99	18	41	99	442	1.390	4.158	5.674	13.816	25.637
nicht klass.	R00-R99	827	836	1.767	4.963	7.248	7.802	5.331	9.318	38.091
äußere Ursachen	V01-Y98	2.188	1.879	2.276	4.158	4.542	6.776	6.792	14.111	41.779
Corona	U00- U49	0	0	0	0	0	0	0	0	0
sonst.	sonstige	2.388	165	282	833	1.439	2.493	2.482	4.755	14.838
		7.501	6.619	15.211	56.854	116.741	199.379	192.091	371.053	964.506

Tab4

Auf dieselbe Weise entstehen die Hochrechnungen aus den Jahren 2017 und 2018. Sie sollen die Vergleichsbasis auf 3 Jahre vergrößern.

Diese Hochrechnungen HR17, HR18 sind neben HR19 in Tabelle5 aufgelistet, dazu der Mittelwert aus diesen Hochrechnungen, des weiteren die tatsächlichen Werte aus 2020 (grün), die Differenz aus den Werten von 2020 und der gemittelten Hochrechnung (rot), außerdem deren prozentuale Abweichung Diff/HRmittel (violett).

	HR17	HR18	HR19	HRmittel	2020	Diff. 2020 - HRmittel	Diff / HRmittel
Infekt.	18.372	18.603	16.658	17.999	15.101	-2.898	-16,1%
Neubildg.	246.182	246.200	244.038	247.186	239.511	-7.675	-3,1%
Stoffw.	36.069	36.259	34.655	35.209	36.648	1.439	4,1%
Psych. Verh.	56.332	61.186	60.032	57.006	59.592	2.586	4,5%
Nervens.	34.295	36.363	35.086	34.442	35.421	979	2,8%
Kreislaufs.	367.611	362.674	342.525	360.303	337.872	-22.431	-6,2%
Atmungss.	72.448	74.780	68.826	71.355	61.356	-9.999	-14,0%
Verdauungss.	43.073	42.529	42.341	42.823	42.529	-294	-0,7%
Urogenitals.	25.161	26.050	25.637	25.729	25.383	-346	-1,3%
nicht klassifiz.	30.617	33.518	38.091	33.432	34.446	1.014	3,0%
äußere Ursachen	41.690	41.779	41.779	41.472	41.894	422	1,0%
Corona	0	0	0	0	39.718	39.718	(100%)
sonst.	14.324	14.509	14.838	14.202	15.290	1.088	7,7%
gesamt	986.174	994.450	964.506	981.157	984.761	3.604	0,4%

Tab5

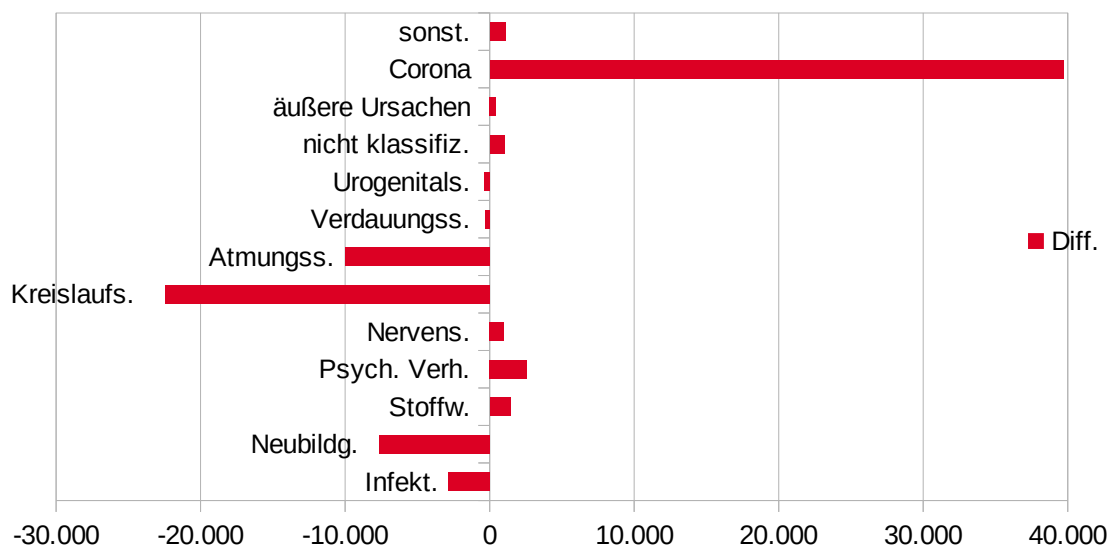
Blickt man zuerst auf die Summen, die in der letzten Zeile stehen, so bemerkt man, dass die Anzahl der tatsächlichen Sterbefälle von 2020 (984.761) mit der Hochrechnung aus 2017 (HR17, 986.174) fast übereinstimmt, während sie um etwa 10.000 unter der Hochrechnung aus 2018 (HR18, 994.450) und um rund 20.000 über der von 2019 (HR19, 964.157) liegt.

Um diese jährlichen Schwankungen auszugleichen, wähle ich für die weitere Diskussion den Vergleich von 2020 mit dem Mittelwert der Hochrechnungen der drei Vorjahre („HRmittel“). Der Gesamtwert in dieser (schwarzen) Spalte beträgt 981.157 und weicht nur um 3.604 Fälle von der echten Zahl von 2020 (984.761) ab.

Die Differenz (rote Spalte) zwischen den echten Werten von 2020 und den Mittelwerten der Hochrechnungen ist in der folgenden Graphik dargestellt.

Ein Balken nach links bedeutet, dass im Jahr 2020 weniger Todesfälle waren als erwartet („Untersterblichkeit“), ein Balken nach rechts entsprechend mehr Todesfälle („Übersterblichkeit“):

Differenz von 2020 zu den gemittelten Hochrechnungen 2017 bis 2019



Tab6

Auffällig sind die 40.000 neu dazugekommenen Covid-19-Fälle.

Daneben zeigt sich - grob betrachtet – nur in einem weiteren Segment deutliche Übersterblichkeit, nämlich im Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen (2.500). In den anderen Bereichen erscheint nur geringfügige Übersterblichkeit.

Untersterblichkeit findet sich vor allem in den vier Feldern:

- des Atmungssystems (10.000),
- Erkrankungen des Kreislaufsystems (22.000),
- der Neubildungen (7.500) und
- bei den Infektionskrankheiten (3.000).

Ob diese Differenzbeträge relativ groß oder klein sind, zeigt sich dann, wenn man die Differenzen prozentual darstellt. Diese Darstellung ist im Anhang B zu finden. Sie lädt zu weitergehenden Untersuchungen ein, wird aber hier nicht weiter verfolgt.

3. Vergleich mit den Begleiterkrankungen

Um einen Anhaltspunkt dafür zu finden, warum gerade bei den Bereichen Kreislaufsystem, Atmungssystem, Neubildungen und Infektionen eine so deutliche Untersterblichkeit auftritt, will ich die Comorbiditäten, also Begleiterkrankungen von Covid-19-Toten betrachten. Da mir diese Daten für Deutschland nicht zur Verfügung stehen, wähle ich im folgenden die Zahlen der USA.

Auf der Homepage des Center of Disease Control and Prevention (CDC), USA, ist eine Auflistung derjenigen Krankheiten zu finden, die bei den Covid-19-Todesfällen der USA für das Jahr 2020 angegeben waren.¹³ Pro Patient sind im Schnitt vier Begleitkrankheiten angezeigt worden.

Von allen gemeldeten Krankheiten betreffen 42% das Atmungssystem und 23% das Kreislaufsystem.

Wendet man diese Prozentsätze auf „unsere“ 40.000 Covid-19-Toten in Deutschland aus 2020 an, so käme man auf etwa 17.000 Fälle beim Atmungssystem und 9.000 beim Kreislaufsystem. Es zeigt sich also – grob gesprochen – in den USA genau die umgekehrte Zuordnung wie bei uns (bei Atmung zu Kreislauf nämlich 10.000 : 20.000, siehe Tab.6).

Eine Studie des Instituts für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf nennt als Covid-19-Todesursachen vor allem Lungenembolien und Thrombosen, beide vom Virus verursacht, und stellt fast immer gravierende Vorerkrankungen fest¹⁴, nämlich sehr starkes Übergewicht, Bluthochdruck, chronische Lungenerkrankungen und Nierenschwäche – also Vorerkrankungen, die nur zum Teil die Krankheitsfelder betreffen, die oben ins Auge gesprungen sind (Atmung, Kreislauf, Neubildungen, Infektionen).

Zuvor hatte K. Püschel, Direktor dieses Instituts, in Interviews bekannt gegeben, dass er nach 65 Obduktionen nicht das Virus als Verursacher finden konnte, sondern dass er die Vorerkrankungen als ursächlich ansieht: Krankheiten des Herzkreislaufsystems und schwere Lungenkrankheiten, dazu Stoffwechsel- und Krebserkrankungen, die Verstorbenen seien – meist mit geschwächtem Immunsystem - letztendlich vor allem Lungenentzündungen und -embolien erlegen.¹⁵ Auch hier werden wieder die Felder Atmung, Kreislaufsystem, Krebs genannt.

Eine Autopsie-Studie aus Hamburg von C. Edler et al. aus dem Juni 2020, die 80 Obduktionen von Todesfällen mit Covid-19 umfasst, führt aus, dass bei den relevanten Vorerkrankungen 95% den Bereichen Herzkreislaufsystem, Lungenkrankheiten und Zentralnervensystem zuzuordnen waren.¹⁶

Zusammenfassend kann man feststellen, dass bei den Covid-19-Todesfällen eine besonders enge symptomatische Verflechtung mit den Erkrankungen des Kreislaufsystems und des Atmungssystems vorliegt.

13 https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid_weekly/index.htm#Comorbidities

14 zitiert aus NDR-Nachrichten <https://www.ndr.de/nachrichten/hamburg/coronavirus/Studie-zu-Corona-Toten-Virus-in-meisten-Faellen-todesursaechlich,rechtsmedizin214.html> abgerufen 25.10.21

15 Laut Bericht des FOCUS https://www.focus.de/gesundheit/news/obduziert-corona-opfer-rechtsmediziner-covid-19-ist-eine-ernste-aber-keine-besonders-gefaehrliche-erkrankung_id_11907346.html abgerufen 25.10.21
s. dazu auch Ärzteblatt 22.4.20 <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/112189/Obduktionsberichte-Verstorbene-COVID-19-Patienten-hatten-alle-Vorerkrankungen> abgerufen 25.10.21

16 <https://web.archive.org/web/20200810070005/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7271136/> abgerufen 26.10.21

4. Diskussion

Da es – wie dargestellt – im Covid-19-Jahr 2020 in der Jahressumme keine Übersterblichkeit gab, ist es klar, dass einer Zunahme von Covid-19-Sterbefällen eine Minderung bei den anderen Sterbeursachen gegenüberstehen muss, jedenfalls wenn bei den Daten nach Ursachen gefragt werden soll und nicht das ganze Geschehen dem statistischen Rauschen zugesprochen wird.

Die Frage ist, wie sich diese Umschichtung verstehen lässt: Gibt es einen inneren, ursächlichen Zusammenhang zwischen diesen Kategorien bzw. den Personengruppen?

Unter der Voraussetzung, dass Covid-19 eine neue Krankheit mit eigener Symptomatik ist, könnte man für die Erklärung obigen Befundes die folgenden – zugespitzten - Hypothesen bilden, die natürlich nicht in Totalität zutreffen müssen und sich gegenseitig nicht auszuschließen brauchen:

Hypothese a Die Minderung bei den anderen Todesursachen von 2020 liegt an den wirksamen Schutzmaßnahmen. („Gesundung durch Schutzmaßnahmen“)

Hypothese b Die Menschen, deren Tod im Jahr 2020 zu erwarten war, sind – statt z.B. an Herzinfarkt oder Lungenentzündung – an Covid-19 gestorben. Covid-19 hat andere Krankheiten ersetzt. („Covid-19 ersetzt andere Krankheiten“)

Hypothese c Die Covid-19-Fälle sind „normale“ Sterbefälle, allerdings mit einem neuen Etikett. („Umetikettierung“)

zu a „Gesundung durch Schutzmaßnahmen“

Es sind hier mehrere Maßnahmen zu diskutieren.

- Liegt die Minderung der Todesfälle generell am Lockdown?

Das wäre überraschend, denn in Schweden, das keinen Lockdown hatte, gab es auch keine nennenswerte Übersterblichkeit im Jahr 2020. Zu diesem Befund kommt jedenfalls die bereits angeführte Studie von B. Kowall (siehe Fußnote 1), die für Schweden eine Übersterblichkeit von 3% herausgerechnet hat.¹⁷

Dem Lockdown kann man bestimmt die geringere Zahl der Verkehrstoten zuordnen, einfach weil das Verkehrsaufkommen deutlich reduziert war.

Ebenso passt zum Lockdown eine Abnahme der übertragbaren Krankheiten, also bei etlichen Erkrankungen des Atmungssystems und einiger Infektionen, siehe übernächster Punkt.

- Liegt die Minderung an den Masken?

Da die Masken Bakterien zurückhalten können, gibt es sicherlich einen Einfluss auf die Ausbreitung der bakteriellen Krankheiten, nämlich durch die geringere Übertragung auf andere. Es können aber die Masken vielleicht auch den Träger selbst schädigen.

Eine Wirkung auf die Grippe wäre erstaunlich, denn bei der WHO findet sich eine Studie des Jahres 2019, die zum Ergebnis kommt, dass Gesichtsmasken vor Ansteckung mit Inflenzaviren nicht schützen.¹⁸ Die Auswertung von zehn unabhängigen und geprüften Untersuchungen ergab „... no evidence that face masks are effective in reducing transmission of laboratory-confirmed influenza.“

¹⁷ Die Autoren bemerken, dass sie die Übersterblichkeit dabei noch überschätzen, weil sie (mangels Daten) für 2020 nicht mit der Bevölkerungszahl der Jahresmitte – wie bei den Vorjahren – rechnen konnten. Andererseits führe eine Berücksichtigung der geschätzten Lebenserwartung dazu, dass die Übersterblichkeit für Schweden bei 8% liege.

¹⁸ WHO-WHE-GIP-2019.1-eng.pdf auf <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329438/9789241516839-eng.pdf?ua=1>, abgerufen am 21.3.21.

- Liegt sie an der Einschränkung der Kontakte?

Bestimmt wurde die Übertragung von Infektionskrankheiten von Mensch zu Mensch, wie z.B. Erkältungen, vermindert durch Homeoffice, Schließen von Schulen und Kindergärten, Kontaktverbote. Bestätigt wird das durch das RKI, das in seinem Infektionsepidemiologischen Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2020 feststellt: „Verglichen mit dem Zeitraum vor der COVID-19-Pandemie ist im Jahr 2020 die Anzahl der übermittelten Fälle für fast alle meldepflichtigen Infektionskrankheiten deutlich zurückgegangen. Der stärkste Rückgang wurde bei von Mensch zu Mensch übertragbaren Krankheiten beobachtet. Besonders starke Rückgänge der Fallzahlen konnten bei Masern, Keuchhusten und invasiven Haemophilus-influenzae-Infektionen festgestellt werden.“¹⁹

Wenn ich mir die Patienten vorstelle, aus deren Kreis die Verstorbenen stammen, so sehe ich vor allem alte Menschen in privater Pflege oder in Pflegeeinrichtungen vor mir und kann mir vorstellen, dass die AHA-Maßnahmen diese Menschen vor etlichen anderen Infektionen geschützt haben, allerdings haben für diese Menschen die unterbundenen Kontakte vermutlich gerade nicht lebensverlängernd gewirkt (fehlender Besuch, fehlende Begegnungen, Vereinsamung). Andererseits waren bei den alten Patienten in der Pflege die Schutzmaßnahmen gegen das Covid-19-Virus nur wenig wirksam, denn gestorben wurde vor allem in den Altersheimen bzw. dann im Krankenhaus.

Bei den verminderten Todeszahlen bei den Atemwegserkrankungen und Infektionen lässt sich für einen Teil der Patienten also ein Zusammenhang herstellen zu den Schutzmaßnahmen.

Das gleiche gilt aber nicht für die Erkrankungen des Herzsystems und der Neubildungen. Wenn dort die Schutzmaßnahmen einen mindernden Einfluss auf die Sterbefälle gehabt haben sollten, so müssten noch ganz andere Wirkmechanismen aufgezeigt werden, als die hier angesprochenen, z.B. dass die Luft durch geringeren Verkehr viel besser war o.ä.

Durch das Aufschieben von Operationen und ärztlichen Behandlungen wäre eher ein Anstieg der Sterbefälle in den genannten Bereichen (Herz, Lunge, Krebs) zu erwarten gewesen.

Die Vereinsamung infolge der Kontaktbeschränkungen passt zur Zunahme der Todesfälle im Bereich psychischer Krankheiten (2.500 Fälle).

zu b „Covid-19 ersetzt andere Krankheiten“

Diese Hypothese setzt voraus, dass Covid-19 jeweils sicher diagnostiziert wurde, dass also auch ein Arzt, der im ambulanten Bereich oder auch im Krankenhaus den Totenschein ausstellt, sich genügend Zeit für die Anamnese genommen hat. (s.u. Punkt c6).

Sie impliziert meines Erachtens auch, dass Sterben nicht als eine Fehlleistung des Organismus betrachtet wird, sondern als Ende des Lebensbogens, vielleicht sogar als ein sinnvoller biografischer Abschluss.

Es wäre die neue Krankheit ein Teil des normalen Sterbegeschehens, es würden also Menschen, die bereits an der Schwelle des Todes gestanden haben, diese Schwelle – statt mit einer schon bekannten Krankheit – dann mittels der neuen Covid-19-Krankheit überschritten haben. Wenn ihr Leben dadurch verkürzt worden wäre, dann läge die Spanne im Bereich weniger Monate, sodass es in der Jahressumme nicht auffiele.

Dazu passt die Beobachtung, dass einige Monate (manchmal auch erst im nächsten Jahr) nach einer Übersterblichkeitswelle sich eine Untersterblichkeitsdelle zeigt, sozusagen zum

19 https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/Jahrbuch_2020.pdf?__blob=publicationFile, abgerufen 21.11.21

Ausgleich.²⁰

Man könnte auch dem Gedanken nachgehen, dass Covid-19 im Jahr 2020 „einfach“ die Grippe ersetzt hat.

zu c „Umetikettierung“

Diese Hypothese klingt provokant, sie bekommt aber Nahrung durch folgende Aspekte:

c1 Neben den oben (auf S. 7) angeführten Untersuchungen gab und gibt es wohl immer noch zu wenig Obduktionen. Vermutlich aus Sorge um Ansteckung beim Personal hat das RKI zuerst von der Obduktion abgeraten.²¹

c2 Es gibt eine systematische Vermischung von „Erkrankung“ und „Krankheitsverdacht“. Ein positiver PCR-Test zeigt das Vorliegen bestimmter DNA-Stränge; er zeigt nicht das Vorliegen eines vermehrungsfähigen Virus, auch nicht, ob der Körper die Viren vermehrt. Nach 22 Monaten Covid-19 liest man immer noch von „Neuerkrankung“ oder „Coronafall“ bereits dann, wenn nur ein positiver Test vorliegt.²²

c3 Schwächen des PCR-Tests²³ bzw. des Umgangs damit:

- Der Test ist nicht standardisiert.
- Die vorgegebene Zyklenzahl von 45 (ct-Wert) wird als zu hoch angesehen.²⁴
- Das E-Gen²⁵ ist für das Covid-19-Virus nicht spezifisch; trotzdem wird der alleinige Nachweis nur dieses Gens mancherorts als positives Testergebnis ausgegeben (anscheinend sogar mit Billigung der WHO).²⁶

c4 Unnötiges Mitzählen von Verkehrstoten, Suiziden, Arbeitsunfällen als Covid-19-Tote, sobald ein positiver Test vorliegt. Diese Tatsache wird vom RKI eingeräumt, aber als marginal dargestellt.²⁷

Es kann sein, dass diese Fälle in die Rubrik Nicht-an-Covid-19-Gestorbene aufgenommen wurden (siehe Anhang A).

c5 Diagnoseschlüssel:

Durch die Handhabung der Diagnoseschlüssel²⁸ U07.1 und U07.2 wurden

20 vgl. z.B. CODAG Bericht Nr.19, Abb. 3.2 vom 30.7.21

https://www.covid19.statistik.uni-muenchen.de/pdfs/codag_bericht_19.pdf abgerufen am 24.10.21

21 "Eine innere Leichenschau, Autopsien oder andere aerosolproduzierende Maßnahmen sollten vermieden werden." zitiert nach <https://www.mdr.de/wissen/corona-tote-krankenhaus-obduktion-100.html>

22 Von der WHO gibt es seit Januar 2021 die Anweisung, den PCR-Test nur als Hilfe zur Diagnose zu verwenden, u.a. die Symptomatik mit einzubeziehen, bei positivem PCR-Test einen Zweitabstrich zu untersuchen. „Most PCR assays are indicated as an aid for diagnosis, therefore, health care providers must consider any result in combination with timing of sampling, specimen type, assay specifics, clinical observations, patient history, confirmed status of any contacts, and epidemiological information.“ <https://www.who.int/news/item/20-01-2021-who-information-notice-for-ivd-users-2020-05> Meines Wissens ist diese Richtlinie in Deutschland nicht umgesetzt.

23 Drosten-Cormann-Studie <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045>

24 Kritik an Drosten-Corman-Studie und Rückzugsantrag: <https://cormandrostenreview.com/>

25 Der PCR-Test nach C. Drosten gibt mehrere Genstränge an, an denen man das Sars-Cov-2 Virus erkennen könne, einer davon ist das E-Gen. Vgl. auch Dokumente von Fußnote 24.

26 vgl. Fachinformation von Biovis´ Diagnostik: https://biovis.eu/wp-content/uploads/Biovis_SARS-CoV-2_Teil3_DE.pdf S.5, abgerufen 21.11.21

und <https://web.archive.org/web/20200504014525/http://www.labor-augsburg-mvz.de/de/aktuelles/coronavirus> Beitrag vom 3.4.20, abgerufen am 10.3.21

27 Gemäß Bericht <https://www.heise.de/tp/features/Wer-zaehlt-als-Corona-Toter-5035504.html> abgerufen am 26.10.21

28 Z.B. <https://www.dimdi.de/static/downloads/deutsch/kodierempfehlung-sars-cov-2-covid-19-20200716-20210422.pdf> S. 4, abgerufen am 25.11.21: „Die Schlüsselnummer [U07.2 ...] ist für COVID-19-Fälle zu verwenden, bei denen SARS-CoV-2 **nicht** durch Labortest nachgewiesen wurde, sondern COVID-19 klinisch-epidemiologisch bestätigt wurde. Ein negativer Labortest zum Virusnachweis schließt dabei eine Infektion mit

möglicherweise zu viele Covid-19-Tote gezählt. Bei positivem PCR-Test wird - auch ohne Vorliegen von Symptomen - ein Covid-19-Fall gemeldet (Diagnoseschlüssel U07.1), umgekehrt kann bereits - bei leichter Symptomatik und ohne positiven PCR-Test, aber bei Nähe zu einem Ausbruchsgeschehen - Covid-19 als Diagnose angegeben werden (Diagnoseschlüssel U07.2).

Legt man die Zahlen der Initiative Qualitätsmedizin für 2020 zugrunde (Tab.7)²⁹,

	Fälle (%)	Verstorbene (%)
COVID-19 (U07.1)	69.364	12.718 (18,3%)
SARI	47.352 (68,3%)	11.225 (23,7%)
INT	13.683 (19,7%)	5.368 (39,2%)
Beatmung	9.579 (13,8%)	4.442 (46,4%)
COVID-19-Verdacht (U07.2)	84.435	5.413 (6,4%)
SARI	20.345 (24,1%)	2.964 (14,6%)
INT	9.582 (11,3%)	2.217 (23,1%)
Beatmung	5.089 (6%)	1.724 (33,9%)

© Initiative Qualitätsmedizin e.V.

Tab7

so waren unter den 18.131(=12.718+5.413) Covid-Verstorbenen etwa 30% Verdachtsfälle (=5.413/18.131).

Überträgt man das auf die 40.000 Corona-Todesfälle des ganzen Landes, kommt man auf 12.000 Todesfälle, bei denen es sich um bloße Verdachtsfälle handeln könnte.

Ein ähnliches Ergebnis, nämlich etwa 15.000, erhält man, wenn man die Zahlen dieser Tabelle, die etwa 36% der deutschen Krankenhauspatienten repräsentiert, auf die ganze Bevölkerung hochrechnet (5.413 : 36% = 15.036).

c6 Fokussierung auf die neue Krankheit und die Testergebnisse:

Gemeint ist damit, dass der PCR-Test, der ja phasenweise bei allen Patienten in Krankenhäusern und Pflegeheimen angewendet wurde, beim Ausstellen des Totenscheins eine klare und einfache Diagnose an die Hand gegeben hat, während ohne diesen Test eventuell andere Ursachen als todesbestimmend notiert worden wären.

Um zu zeigen, dass dieser Aspekt nicht von der Hand zu weisen ist, will ich als Beispiel das „Grippejahr“ 2018 anführen, in welchem laut RKI eine Übersterblichkeit durch die Grippe von ca. 25.000 Fällen geschätzt wurde.³⁰

Diese Zahl spiegelt sich aber keineswegs in den Totenscheinen wider. Die Tabelle 5 auf S.6 zeigt in der Zeile für die Erkrankungen des Atmungssystems, dass die Zahlen von HR18 und HR17 nur um etwa 2.300 Fälle auseinanderliegen.³¹ Es wurde also relativ selten – z.B. mittels PCR-Test für Influenza-Viren – untersucht, ob Grippe als Todesursache infrage käme, und es standen wohl andere Haupt-Ursachen auf dem Totenschein.

Um die drei Hypothesen weiter gegeneinander abzuwägen, will ich noch der Überlegung nachgehen, ob die fehlenden Toten dieselben Personen sind wie die Covid-19-Todesfälle. Im Bereich der Krebserkrankungen scheint mir das Sinn zu machen:

SARS-CoV-2 nicht sicher aus.“ Genauerer zu den Diagnoseschlüsseln U07 habe ich in meiner Arbeit zur Influenza ausgeführt: <https://www.akanthos-akademie.de/2021/03/28/wo-ist-die-influenza-geblieben/>

29 <https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/covid-19-pandemie>, abgerufen am 20.3.21. In den beteiligten Kliniken wurden ca. 36% der Krankenhauspatienten in Deutschland behandelt.- Beim jetzigen Abruf dieser Seite (22.11.21) findet man die Fassung vom 23.8.21, wobei die Daten bis 2021 eingepflegt sind, und die Zahlen für 2020 sind nicht mehr so leicht ersichtlich.

30 z.B. https://www.rki.de/DE/Content/Service/Presse/Pressemitteilungen/2019/10_2019.html abgerufen 23.10.21

31 Bei den nicht hochgerechneten Ur-Tabellen liegen die Werte um 3.300 auseinander.

Die bereits an Krebs schwer erkrankten Menschen konnten vermutlich dem Virus nicht genügend Abwehrkräfte entgegenstellen und sind dann an Covid-19 - oder an beiden Krankheiten - gestorben. Es würde sich demnach um dieselbe Klientel handeln.

Differenzierter ist es, wie oben geschildert, im Bereich der Atemwegserkrankungen: Ein Teil der Menschen könnte, statt an einer anderen Krankheit, an Covid-19 gestorben sein. Für einen anderen Teil, nämlich diejenigen die durch die Maßnahmen geschützten wurden, könnten andere Menschen – „stellvertretend“ - gestorben sein.

Bei den Krankheiten des Herzsystems sehe ich es ähnlich wie bei den Krebserkrankungen, nur liegen hier die Folgen von Covid-19 und die Vorerkrankungen dichter beieinander und sind infolgedessen schwerer zu trennen. Ein Patient, der davor steht, an einer Herz-Kreislauf-Krankheit zu sterben, wird nicht durch die Schutzmaßnahmen „gesünder“ werden und dadurch noch länger leben, sondern bei geschwächtem Immunsystem an einer der Covid-19-Komplikationen im Bereich von Herz und Lunge sterben. Auch hier scheint es mir plausibel, dass es sich um dieselben Menschen handelt. Auf ihrem Totenscheinen wird dann eine Herz/Lungen-Krankheit stehen – oder eben Covid-19.

Es spricht also einiges dafür, dass die fehlenden Toten überwiegend mit den Covid-19-Todesfällen identisch sind. Und dies wäre ein starkes Indiz für Hypothese b.

Die in der Todesursachenstatistik eingeräumten 8.000 Covid-19-Fälle (siehe unten Anhang A), die nicht an Covid-19 gestorben sind, könnten diejenigen Fälle enthalten, wo im Übereifer der Suche nach Todesfällen durch Covid-19 über das Ziel hinausgeschossen wurde, wo Testergebnisse falsch-positiv waren oder der Virennachweis nicht mit einer Erkrankung einherging.

5. Resümee

Für mich hat sich folgendes ergeben:

In einem kleinen Umfang wird die Hypothese a („Gesundung durch die Schutzmaßnahmen“) zutreffen.

Ansonsten scheinen die fehlenden Toten mit den Covid-19-Todesfällen identisch zu sein. Das bedeutet, dass diese Menschen durch die Vorerkrankungen dem neuen Virus nicht genug entgegensetzen hatten. Wenn ihre Lebenszeit dadurch verkürzt wurde, so hat sich das in der Jahresbilanz statistisch nicht abgezeichnet, die „verlorene Zeit“ liegt also in einem Zeitraum von einigen Monaten (Hypothese b: „Covid-19 ersetzt andere Krankheiten“).

Wie oft die Hypothese c („Umetikettierung“) zutrifft, lässt sich schwer abschätzen, doch gibt es eine Reihe von Indizien für die Überschätzung der durch Covid-19 verursachten Sterbefälle.

Wie bei jedem Abwägen ist auch hier der Leser aufgefordert, sich ein eigenes Urteil zu bilden.

Ich lade die Leserinnen und Leser herzlich ein, mir ihre Einschätzungen, Ergänzungen, Korrekturen, Kritik zukommen zu lassen.

Albrecht Häberlein
ahaeb@gmx.de
 Würzburg, 28.11.21
 Update 23.12.2021

Anhang A: Aufschlüsselung der Corona-Fälle

U00- U49	KAPITEL XXII: Schlüsselnummern für besondere Zwecke	39.718
darunter:		
U07.1	COVID-19, durch einen Labortest nachgewiesen	38.467
U07.2	COVID-19, Virus ist klinisch-epidemiologisch bestätigt, jedoch nicht durch einen Labortest nachgewiesen	1.248
U10.9 ¹	multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit Covid-19, nicht näher bezeichnet	
U12.9 ¹	unerwünschte Nebenwirkung bei therapeutischer Anwendung von Impfstoffen gegen Covid-19, nicht näher bezeichnet	
sonstige Kapitel (D50-D89; H00-H95; L00-L99; M00-M99; O00-O99; P00-P96; Q00-Q99; S00-S99; T00-T98)		15.290
Todesursachen insgesamt		984.761
nachrichtlich:	Anzahl der Fälle, in denen COVID-19 als Begleiterkrankung oder die Impfung gegen Covid-19 als Begleitumstand angegeben wurde, aber nicht ursächlich für den Tod gewesen ist	8.090
und zwar ² :		
U07.1	Begleiterkrankung COVID-19, durch einen Labortest nachgewiesen	7.023
U07.2	Begleiterkrankung COVID-19, Virus ist klinisch-epidemiologisch bestätigt, jedoch nicht durch einen Labortest nachgewiesen	1.067
U09.9 ¹	Begleiterkrankung Post-Covid-19-Zustand, nicht näher bezeichnet	
U10.9 ¹	Begleiterkrankung multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit Covid-19, nicht näher bezeichnet	
U11.9 ¹	Notwendigkeit der Impfung gegen Covid-19, nicht näher bezeichnet	
U12.9 ¹	unerwünschte Nebenwirkung bei therapeutischer Anwendung von Impfstoffen gegen Covid-19, nicht näher bezeichnet	

Tab8

Die Anzahl der Fälle, bei denen Covid-19 als ursächlich angesehen wird, beträgt also 39.718. Daneben gibt es noch 8.090 Fälle, in denen Covid-19 nicht ursächlich für den Tod gewesen ist, die also in den übrigen Kapiteln (außerhalb von Kap. XII) mitgezählt wurden.³²

Die Rubriken U09.9 bis U12.9 wurden erst im Jahr 2021 neu deklariert.

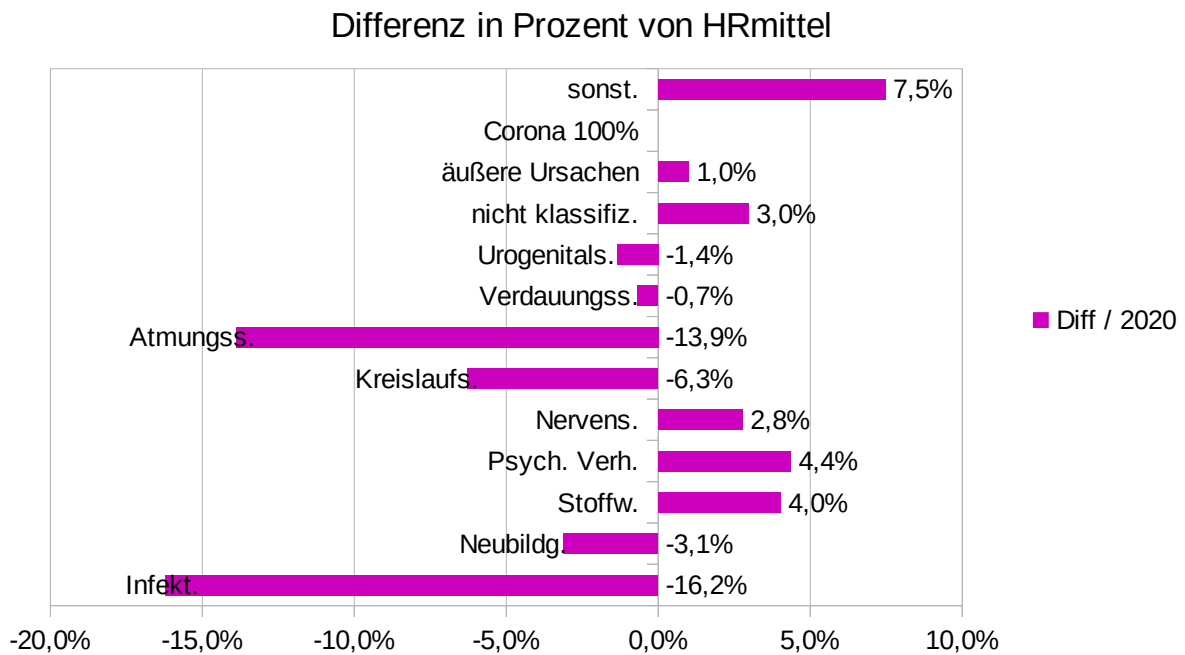
Interessanterweise gab es - neben den 1.248 Todesfällen mit ursächlicher Diagnose U07.2 - die 1.067 Fälle, bei denen Covid-19 nicht ursächlich für den Tod gewesen ist. Die Zahlen sind fast gleich groß.

Die übrigen 7.023 Fälle – also der Hauptanteil - , bei denen Covid-19 nicht ursächlich war, gehören alle zum Diagnoseschlüssel U07.1, das Verhältnis ist aber hier deutlich anders, sie betragen nur ca. ein Fünftel der 38.467 Fälle mit Covid-19 als Hauptursache.

³² Zuvor hatte ich die Zahlen – fälschlicherweise - so interpretiert, als seien die 8.090 in den 39.718 enthalten. Dadurch wurde mein Update nötig.

Anhang B: Relative Abweichungen der gemittelten Hochrechnungen von 2020

Da man durch 0 nicht teilen kann, wurde der Prozentsatz der Covid-19-Fälle künstlich auf 100% gesetzt.



Tab9

Der größte Fehlposten (22.000), der im Bereich der Kreislauferkrankungen liegt, macht „nur“ 6,3 % aller dortigen Fälle aus; bei den Neubildungen sogar nur 3,1 %.

Dagegen macht der Fehlposten beim Atmungssystem 13,9 % aus und bei den Infektionskrankheiten sogar 16,2 %.

Die Zunahmen in manchen Bereichen, die oben ganz unauffällig waren, zeigen sich jetzt deutlicher und machen doch einige Prozent aus.

Der Blick auf die prozentuale Abweichung liefert also neue Aspekte, doch beziehe ich mich in der obigen Diskussion nur auf die absoluten Zahlen.

Anhang C: Ausblick auf das Sterbegeschehen 2021

Die vorangehenden Betrachtungen beziehen sich ausschließlich auf das Jahr 2020. Die Frage liegt nahe, ob es sich da – z.B. wegen der ersten 12 Wochen fast ohne Covid-Fälle – um ein singuläres Jahr gehandelt hat und ob das Jahr 2021 ganz andere Ergebnisse zeigen wird.

Bei Abfassung dieser Arbeit lagen die Sterbefallzahlen bis zum Oktober 2021 vor. Um einen Vergleich mit den Vorjahren zu ermöglichen, betrachte ich jeweils die 12 Monate, die vom 1. November eines Jahres bis zum 31. Oktober des Folgejahres reichen.

Tabelle 10 enthält die so ermittelten Todesfälle für die Jahre 2016/17 bis 2020/21

Tabelle10: Verstorbene von Nov. bis Okt.

	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21
0-29	7.870	7.806	7.525	7.258	7.220
30-39	6.457	6.455	6.534	6.628	6.864
40-49	17.448	16.758	15.575	15.447	15.789
50-59	58.106	59.204	56.967	56.843	58.429
60-69	110.099	115.338	114.470	116.296	123.680
70-79	216.900	214.071	202.955	197.670	203.922
80-84	165.194	175.194	181.439	186.582	203.121
85+	354.981	360.884	354.055	365.774	398.042
Summe	937.055	955.710	939.520	952.498	1.017.067

Tab10

Tabelle 11 gibt die Bevölkerung am 1.1. wieder, wie Tabelle 3, ergänzt um das Jahr 2021:

Bevölk 1.1.

	2017	2018	2019	2020	2021
0-29	25.162.224	25.152.920	25.094.899	25.013.404	24.818.004
30-39	10.279.113	10.453.462	10.646.445	10.784.930	10.871.964
40-49	11.081.898	10.731.644	10.426.257	10.182.384	10.070.748
50-59	13.207.433	13.369.561	13.474.166	13.447.540	13.304.542
60-69	9.844.581	10.086.747	10.302.411	10.506.803	10.717.241
70-79	8.004.494	7.847.332	7.685.929	7.550.515	7.436.098
80-84	2.694.971	2.885.212	3.111.597	3.294.281	3.430.502
85+	2.246.939	2.265.473	2.277.509	2.386.854	2.505.932
insgesamt	82.521.653	82.792.351	83.019.213	83.166.711	83.155.031

Tab11

In der Tabelle 12 sind die Hochrechnungen des Jahres 2016/17 auf die Bevölkerung von 2021 aufgeführt, ebenso für die Jahre bis 2019/20. Die Methode, durch welche die demographische Entwicklung berücksichtigt wird, ist die oben auf S. 5 - 6 beschriebene.

Hochrechnungen auf 2020/21 jeweils Nov. bis Okt

	HR16/17	HR17/18	HR18/19	HR19/20	HR mittel	2020/21	Diff 2020/21 – HRmittel
0-29	7.762	7.702	7.453	7.201	7.530	7.220	-310
30-39	6.829	6.713	6.634	6.681	6.714	6.864	150
40-49	15.856	15.726	15.061	15.278	15.480	15.789	309
50-59	58.533	58.916	56.324	56.239	57.503	58.429	926
60-69	119.859	122.547	118.576	118.625	119.902	123.680	3.778
70-79	201.498	202.853	196.420	194.675	198.861	203.922	5.061
80-84	210.280	208.305	198.178	194.297	202.765	203.121	356
85+	395.898	399.188	385.265	384.022	391.093	398.042	6.949
insgesamt	1.016.515	1.021.951	983.910	977.018	999.849	1.017.067	17.218

Tab12

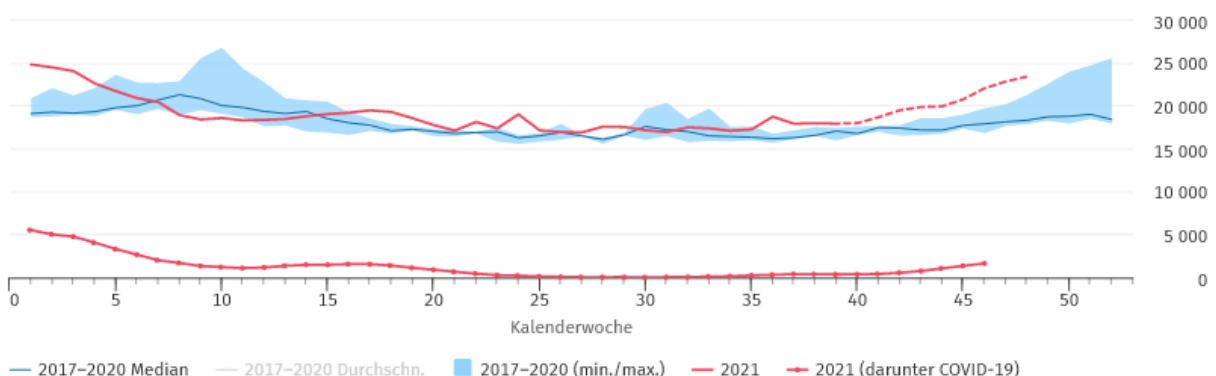
Betrachtet man die Summen in der letzten Zeile von Tabelle 12, so sieht man, dass – bei altersbereinigter Berechnung - von November 2020 bis Oktober 2021 rund 17.000 Menschen (=1,7%) mehr gestorben sind, als aus den Hochrechnungen der vier Vorjahres-Zeiträume zu erwarten war.

Dass der Unterschied zum Zeitraum des Vorjahres mit 40.000 Fällen so hoch ausfällt, liegt u.a. daran, dass die Monate Nov20 und Dez20, die eine sehr hohe Sterblichkeit aufwiesen, nicht in HR19/20 sondern in 2020/21 eingeflossen sind.

Will man hieraus eine Prognose für das Gesamtjahr 2021 gewinnen, so ist die Tendenz der Sterbefallzahlen am Jahresende zu berücksichtigen. Hier stellt das Statistische Bundesamt in der Pressemitteilung vom 14.12.21³³ fest, dass die Sterblichkeit im November 2021 um 20 % über dem Median der Werte von 2017 bis 2020 liegt (gemäß der bislang vorliegenden Daten, aber ohne Berücksichtigung der demographischen Entwicklung).

Wöchentliche Sterbefallzahlen in Deutschland

(gestrichelte Werte enthalten Schätzanteil)



Quellen: Sterbefallzahlen insgesamt: Statistisches Bundesamt (Stand 13.12.2021), COVID-19-Todesfälle: Robert Koch-Institut (Stand 09.12.2021)

© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2021

33 https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/12/PD21_574_126.html, abgerufen 20.12.21

Dazu wird erwähnt, dass die Sterbefälle nicht nur mit den Covid-19-Fällen zu erklären sind, sondern dass dafür auch andere Ursachen zu suchen sind.

In den letzten zwei noch nicht ganz erfassten Monaten des Jahres 2021 scheint sich also noch eine neue Entwicklung zeigen, und es ist fraglich,
- wie groß die Übersterblichkeit im Gesamtjahr 2021 genau sein wird
- und ob im Jahr 2021 die Covid-19-Sterbefälle wieder durch Untersterblichkeit bei anderen Krankheiten kompensiert werden.

Die Sterbezahlen für das ganze Jahr 2021 werden voraussichtlich Ende Januar 2022 veröffentlicht. Erst dann wird man die Übersterblichkeit das Jahres 2021 genau überblicken können.

Die Todesursachenstatistik für 2021, die man braucht, um über die Kompensation der Covid-19-Todesfälle Genaues auszusagen, wird allerdings vermutlich erst in einem Jahr vorliegen.