Abgeordnetenhaus BERLIN

Drucksache 18 / 27 474
Schriftliche Anfrage

18. Wahlperiode

Schriftliche Anfrage

des Abgeordneten Marcel Luthe

vom 30. April 2021 (Eingang beim Abgeordnetenhaus am 30. April 2021)

zum Thema:

Erfassung von „Berechnungsrundlagen“: statistische Standardisierung von „Inzidenzberechnungen“

und **Antwort** vom 19. Mai 2021 (Eingang beim Abgeordnetenhaus am 20. Mai 2021)

Die Drucksachen des Abgeordnetenhauses sind bei der Kulturbuch-Verlag GmbH zu beziehen.
Hausanschrift: Sprosserweg 3, 12351 Berlin-Buckow · Postanschrift: Postfach 47 04 49, 12313 Berlin, Telefon: 6 61 84 84; Telefax: 6 61 78 28.

Senatsverwaltung für Gesundheit,
Pflege und Gleichstellung
- BS-MD / Krisenstab -

Herrn Abgeordneten Marcel Luthe

über

den Präsidenten des Abgeordnetenhauses von Berlin

über Senatskanzlei - G Sen -

A n t w o r t (Neufassung)
auf die Schriftliche Anfrage Nr. 18/27474
vom 30. April 2021
über Erfassung von „Berechnungsgrundlagen“:
statistische Standardisierung von „Inzidenzberechnungen“

Im Namen des Senats von Berlin beantworte ich Ihre Schriftliche Anfrage wie folgt:

1. Das RKI erklärt auf seinem Corona-Dashboard, dass gemeldete COVID-19-Fälle sowohl akute SARS-CoV-2-Infektionen als auch COVID-19-Erkrankungen umfassen. Liegen dem Senat die Daten des RKI über den Anteil der im laufenden Jahr bzw. im Jahr 2020 gemeldeten COVID-19-Fälle mit ausgeprägten, klinischen Symptomen[1] in den jeweiligen Altersgruppen vor? Wie hoch ist dieser?

   [1]Ausprägung von Symptomen nach eigener Angabe und/oder nach Angabe des behandelnden Arztes

Zu 1.:

Prozentualer Anteil der an das LAGeSo übermittelten COVID-19-Fälle mit mind. einem angegebenem klinischen Symptom nach Altersgruppe und Meldejahr

Altersgruppe	**Anteil pro Meldejahr in Prozent**	
	2020	**2021**
0-4	34,1	45,2
5-9	37,6	41,1
10-14	43,5	51,9
15-19	52,6	62,8
20-24	56,6	67,3
25-29	58,7	67,6
30-39	59,6	68,8
40-49	59,0	67,6
50-59	57,3	67,0
60-69	54,1	63,8
70-79	44,3	53,1

80-89	36,0	39,0
90+	31,7	33,2

Quelle: LAGeSo, SurvNet
Datenstand: 07.05.2021

2. Bezugnehmend auf Frage 1.: Wie hoch ist der Anteil der COVID-19-Fälle, bei denen das klinische Bild nicht zu den labordiagnostischen Nachweisen passt?

Zu 2.:

Wie häufig SARS-CoV-2 bei COVID-19-atypischer Symptomatik nachgewiesen wird, kann nicht beantwortet werden, da die klinischen Informationen der Meldedaten nur das (recht breite) Spektrum der für COVID-19 bekannten Symptome erfasst. Ein replikationsfähiges Virus kann -auch mit niedrigen ct-Werten (die auf eine hohe Viruslast hindeuten) - bereits bei präsymptomatischen Patienten nachgewiesen werden, ebenso bei asymptomatischen. Im Verlauf der symptomatischen Phase nimmt die Viruslast tendenziell schnell ab.

3. Bezugnehmend auf Frage 2.: Wird in solchen Fällen regelmäßig nachvollzogen, welchen CT-Wert das PCR-Testergebnis hatte oder wird ein Getesteter, bei dem das klinische Bild nicht zum labordiagnostischen Nachweis passt, erneut mit derselben oder einer alternative Labordiagnostik getestet und anschließend klinisch untersucht, um die akute SARS-CoV-2-Infektion zu bestätigen?

Zu 3.:

Der Ct-Wert wird nicht mit den Meldedaten übermittelt, da er sich auf das diagnostische Vorgehen in der Praxis bezieht. Für Meldungen und Übermittlungen gelten die gesetzlichen Vorgaben nach IfSG. Bestehen berechtigte Zweifel an dem Ergebnis der Diagnostik (und nur dann), erfolgt ein erneuter PCR-Test zur Überprüfung des vorangegangenen Testergebnisses und im Rahmen der „best praxis“ gehört zur Diagnosestellung immer eine klinische Untersuchung. Ein positiver PCR-Test sagt aus, dass eine Infektion mit dem SARS-Cov-2 vorliegt oder bis vor kurzem vorlag.

4. Bezugnehmend auf Frage 3.: Wurde Frage 3 mit „Ja“ beantwortet: Wie hoch ist der Anteil derer, bei denen eine solche Bestätigung stattgefunden hat?

Zu 4.:

Diese Daten sind dem Senat nicht bekannt.

5. Bezugnehmend auf Frage 3/4.: Wenn Frage 3 mit „Nein“ beantwortet wurde oder dies nicht bekannt ist: Warum gibt es keine entsprechende Anweisung, so zu verfahren und diese Daten zu erfassen?

Zu 5.:

Gemäß den gesetzlichen Vorgaben werden die nach IfSG erforderlichen Daten erfasst.

6. Bezugnehmend auf Frage 2.: Bezogen auf die Gesamtzahl der gemeldeten COVID-19-Toten, wie hoch ist der Anteil der Verstorbenen aus der Gruppe der COVID-19-Fälle ohne gemeldete klinische Symptome jeweils im Jahr 2020 und im laufenden Jahr 2021 aufgeschlüsselt nach Altersgruppe?

Zu 6.:

Anzahl der an das LAGeSo übermittelten verstorbenen COVID-19-Fälle sowie prozentualer Anteil der verstorbenen COVID-19-Fälle für den in den Meldedaten kein Erkrankungsbeginn und kein klinisches Symptom angegeben ist

Altersgruppe	2020		2021	
	Anzahl Todesfälle	Anteil Todesfälle ohne Angabe von Symptomen (%)	Anzahl Todesfälle	Anteil Todesfälle ohne Angabe von Symptomen (%)
0-39	3	33,3	5	60,0
40-49	9	11,1	8	25,0
50-59	36	25,0	17	35,3
60-69	99	39,4	105	42,9
70-79	307	36,2	202	35,1
80-89	538	37,9	350	40,6
90+	293	40,6	127	40,2

Quelle: LAGeSo, SurvNet
Datenstand: 07.05.2021

7. Nach Ablauf welcher Frist gilt ein Verstorbener nach seinem Erkrankungszeitpunkt bzw. bei akuten SARS-CoV-2-Infektion nach dem Meldedatum nicht mehr als COVID-19-Toter?

Zu 7.:

Die Beurteilung darüber, ob eine mit SARS-CoV-2 infizierte Person ursächlich an der Infektion verstorben ist, obliegt den behandelnden bzw. den Tod feststellenden Ärzten bzw. der Einschätzung des zuständigen Gesundheitsamts. Sie lässt sich nicht holzschnittartig an festgelegten Zeitfenstern festmachen. Im Zweifel erfolgt im Rahmen der gesetzlichen Grundlagen eine Obduktion zur Todesursachenermittlung.

8. Würde ein 86-jähriger Patient eines Pflegeheims, welcher im März 2020 eine asymptomatische, akute SARS-CoV-2-Infektion oder auch eine symptomatische, leichte COVID-19 Erkrankung durchlebt hat, beim Versterben im April 2021 weiterhin als COVID19-Toter mit in die Statistik aufgenommen werden?

Zu 8.:

Das hängt von den Todesumständen ab. Die ursächlich zum Tode führende Erkrankung muss von dem Arzt ermittelt werden, der den Tod dieser Person feststellt. Sollte es sich um Spätfolgen einer COVID-19 Erkrankung handeln, so erscheint diese in der entsprechenden Statistik, wenn sie unmittelbar zum Tode geführt hat.

9. Wie viel Prozent der Verstorbenen mit symptomatischen Verläufen sind innerhalb der ersten 30 Tage verstorben und wie viele versterben erst 90/180 Tage nach Symptombeginn?

Zu 9.:

Abstand zwischen Erkrankungs-beginn* und Tod in Tagen	**Anzahl**	**Anteil**
0-30	1548	91,6%
31-90	133	7,9%
91-180	6	0,4%
>180	3	0,2%

**Erkrankungsbeginn bzw. Datum der Diagnose bzw. Meldedatum (nach Verfügbarkeit)*
Quelle: LAGeSo, SurvNet
Datenstand: 07.05.2021

10. Zur Berechnung der 7-Tage Inzidenz der Neuinfektionen wird das Infektionsdatum benötigt. Da dieses i.d.R. unbekannt ist, verwendet das RKI das sogenannte Meldedatum, da dieses den Zeitpunkt der Infektion eines Getesteten am besten entspräche. Damit dies gegeben ist, müsste das Meldedatum bei COVID-19-Erkrankten regelmäßig vor dem gemeldeten Erkrankungsdatum liegen. Wie hoch ist der prozentuale Anteil bei den gemeldeten, symptomatischen COVID-19-Erkrankten, bei denen das Meldedatum vor dem Erkrankungsdatum liegt?

Zu 10.:

Im Rahmen von Kontaktpersonennachverfolgungen werden z.B. im Rahmen von (Reihen)Testungen präsymptomatische Kontaktpersonen untersucht, die erst im späteren Verlauf nach der Untersuchung beginnen Symptome zu entwickeln. In solchen Fällen kann das Meldedatum vor dem Erkrankungsbeginn liegen. Mit Datenstand 06.05.2021 liegt bei 1% der an das LAGeSo übermittelten Fälle das Meldedatum vor dem Erkrankungsbeginn.

11. Bezugnehmend auf Frage 10.: Für die Berechnung der 7-Tage Inzidenz der Neuinfektionen ist das Infektionsdatum relevant. Es liegt in der Natur der Sache, dass das Datum, an dem der Test durchgeführt wurde, näher als das Meldedatum am tatsächlichen Infektionszeitpunkt liegt. Wieso wird nicht statt des Meldedatums das reale Testdatum verwendet?

Zu 11.:

Das Datum der Probenentnahme ist nicht in den übermittelten Daten enthalten, in der Regel findet sich das Datum der Labormeldung. Bei der Berechnung von epidemiologischen Indikatoren wird im Sinne der Vereinheitlichung stets das Meldedatum verwendet, da dieses für alle Fälle vorhanden ist (im Gegensatz zu allen anderen Daten). Hierbei handelt es sich um eine Festlegung des RKI, die seit Jahren ebenso bei anderen meldepflichtigen Infektionskrankheiten Anwendung findet.

12. Bezugnehmend auf die Fragen 10./11.: Sollte bei den gemeldeten, symptomatischen COVID-19-Erkrankten, das Erkrankungsdatum häufig zeitlich näher am Infektionsdatum also vor dem Meldedatum liegen und das Testdatum nicht verfügbar sein, wieso wird in diesem Fall nicht statt des Meldedatums das näher am Infektionszeitpunkt liegende Erkrankungsdatum verwendet?

Zu 12.:

Das Meldedatum ist das Datum, das in den übermittelten Daten einheitlich für **alle** Fälle verfügbar ist. Das vorgeschlagene Vorgehen würde zu einer uneinheitlichen Darstellung und Berechnung der epidemiologischen Parameter führen, abhängig davon, ob es sich um symptomatische oder asymptomatische Fälle handelt. Das Erkrankungsdatum ist zudem auch nicht für alle klinisch erkrankten Fälle verfügbar bzw. in den Meldedaten angegeben. Die Datenvollständigkeit hängt hier u.a. auch von der Phase der Pandemie (und der damit verbundenen Überlastung der Gesundheitsämter) ab.

13. Gibt es Fälle, in denen das Meldedatum mehr als 7-Tage nach dem Erkrankungsbeginn liegt und wie häufig kommt eine solche Meldeverzögerung konkret vor?

Zu 13.:

Mit Datenstand 07.05.2021 liegt bei 27% der an das LAGeSo übermittelten symptomatischen COVID-19-Fällen das Meldedatum mindestens 7 Tage nach dem angegebenen Erkrankungsbeginn.

14. Bezugnehmend auf die Frage 12.: Welchen Wert hätte die 7-Tage Inzidenz konkret ab dem Monat Januar 2021 in Berlin, würde statt des Meldedatums alternativ das Erkrankungsdatum verwendet?

Zu 14.:

Siehe Antwort auf Frage 12. Eine Berechnung der 7-Tages-Inzidenz auf Basis des Erkrankungsdatums würde zu einer groben Unterschätzung der Fallzahlen führen und wäre damit zur epidemiologischen Lagebewertung unbrauchbar. Dies liegt zum einen daran, dass das Erkrankungsdatum nur für durchschnittlich ca. 53% der Fälle vorhanden ist, zum anderen, da aufgrund des inhärenten Meldeverzuges nicht alle Erkrankungen der letzten sieben Tage bereits gemeldet wurden

15. Bezugnehmend auf die Frage 3.: Laut Information auf dem RKI-Dashboard subsummiert das RKI alle labordiagnostischen Nachweise von SARS-CoV-2 unabhängig vom Vorhandensein oder der Ausprägung der klinischen Symptomatik als COVID-19-Fälle also sowohl akute SARS-CoV-2-Infektionen als auch COVID-19-Erkrankungen. Dieses Vorgehen steht im Widerspruch zum Vorgehen, dass durch die WHO vorgesehen ist. (https://www.who.int/news/item/20-01-2021-who-information-notice-for-ivd-users-2020-05). In der angeführten Quelle gibt die WHO vor, dass positiv Getestete ohne klinische Symptome zur Bestätigung des Laborbefunds ein zweites Mal getestet werden müssen. ("Where test results do not correspond with the clinical presentation, a new specimen should be taken and retested using the same or different NAT technology.") Im Falle, dass die Frage 3 verneint wurde oder die Kontrolluntersuchung nicht regelmäßig stattfindet, stellt sich die Frage: Warum folgt man bei der Berechnung der 7-Tage Inzidenzen nicht den Vorgaben der WHO und berechnet diese auf Grundlage der klinisch bestätigten COVID-19-Erkrankten?

Zu 15.:

Der zitierte Abschnitt der WHO Guidance zum diagnostischen Testen von SARS-CoV-2 Proben bezieht sich auf die Interpretation von schwach positiven Laborergebnissen und nicht auf die generelle Nachtestung aller Proben von asymptomatischen SARS-CoV-2-Fällen. Die WHO fordert in dem genannten Dokument nicht, dass nur Fälle mit klinischer Symptomatik gezählt und in Berechnungen epidemiologischer Parameter einbezogen werden sollten, sondern dass unklare Ergebnisse bei denen der Laborbefund im Widerspruch zum klinischen Bild steht, wiederholt werden sollen. Dieses Vorgehen steht im Einklang mit den Empfehlungen des RKI zur Diagnostik von SARS-CoV-2 (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Vorl_Testung_nCoV.html).
Bei der Darstellung von SARS-CoV-2-Fällen in berechneten epidemiologischen Parametern wie z.B. der 7-Tages-Inzidenz geht es prinzipiell nicht um die Darstellung der Krankheitslast symptomatischer Patient*innen, sondern um den Infektionsdruck, der auch von prä- und asymptomatischen Personen ausgehen kann. Replikationsfähiges Virus kann schon bei präsymptomatischen Patienten nachgewiesen werden, passend zu der Tatsache, dass ein erheblicher Anteil von SARS-CoV-2 Übertragungen von prä- aber auch asymptomatischen Personen ausgeht, die sich nicht krank fühlen (siehe hierzu die Hinweise zur Testung von Patienten auf Infektion mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 des RKI).

16. Bezugnehmend auf die Frage 14.: Welchen Wert hätte die 7-Tage Inzidenz konkret ab dem Monat Januar 2021 in Berlin, würde der WHO Regel gefolgt und nur klinisch bestätigte COVID-19-Erkrankte in die Berechnung einfließen?

Zu 16.:

Siehe Antwort auf Frage 14; es gibt keine Vorgabe der WHO, nur klinisch bestätigte Fälle in die Berechnung epidemiologischer Parameter einzubeziehen.

17. Bezugnehmend auf die Frage 15.: Welchen Wert hätte die 7-Tage Inzidenz konkret ab dem Monat Januar 2021 in Berlin, würden nur klinisch bestätigte COVID-19-Erkrankte in die Berechnung einfließen und zusätzlich das Erkrankungsdatum statt des Meldedatums verwendet werden?

Zu 17.:

Siehe Antwort auf Frage 12. Eine so errechnete 7-Tages-Inzidenz wäre zur Einschätzung und Bewertung der epidemiologischen Lage ungeeignet und stellt u.a. auch aufgrund unvollständig angegebener Daten beim Aufkommen großer Fallzahlen in den Gesundheitsämtern eine grobe Unterschätzung der tatsächlichen Inzidenz dar.

Berlin, den 19. Mai 2021

In Vertretung
Martin Matz
Senatsverwaltung für Gesundheit,
Pflege und Gleichstellung