

Ragnitz, Joachim

**Article**

## Corona-Pandemie, Übersterblichkeit und der Lockdown der Wirtschaft

ifo Dresden berichtet

**Provided in Cooperation with:**

Ifo Institute – Leibniz Institute for Economic Research at the University of Munich

*Suggested Citation:* Ragnitz, Joachim (2021) : Corona-Pandemie, Übersterblichkeit und der Lockdown der Wirtschaft, ifo Dresden berichtet, ISSN 0945-5922, ifo Institut, Niederlassung Dresden, Dresden, Vol. 28, Iss. 01, pp. 14-21

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/232359>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*

Joachim Ragnitz\*

# Corona-Pandemie, Übersterblichkeit und der Lockdown der Wirtschaft<sup>1</sup>

**Der Beitrag wirft die Frage auf, inwieweit die Maßnahmen der ersten und zweiten Welle der Corona-Pandemie tatsächlich geeignet waren, die Pandemie einzudämmen und eine „Übersterblichkeit“ in der Bevölkerung zu vermeiden. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Entwicklung seit dem Herbst, da das Infektionsgeschehen nun deutlich stärker ausfiel als im Frühjahr. Der vorliegende Beitrag zeigt, dass es im späteren Verlauf des Jahres zu einem deutlichen Anstieg der Zahl der Todesfälle im Vergleich zum Durchschnitt der Vorjahre gekommen ist. Dies gilt vor allem für die Altersgruppe der Über-80-Jährigen. Im Dezember 2020 standen rund 70% der zusätzlichen Todesfälle im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie; 30% sind hingegen auf die voranschreitende Alterung zurückzuführen.**

Das Jahr 2020 war weithin geprägt durch die Covid-19-Pandemie. Die Politik hat im Jahresverlauf zahlreiche Maßnahmen erlassen, um das Infektionsgeschehen kontrollierbar zu halten und eine befürchtete Überlastung des Gesundheitssystems zu vermeiden: In der „ersten Welle“ im Frühjahr wurden ab der Kalenderwoche (KW) 13 strikte Kontaktbeschränkungen eingeführt, die erst mit dem Rückgang der Infektionszahlen ab KW17 wieder schrittweise gelockert wurden. Zu diesen Restriktionen zählten bspw. die Schließung von Schulen und Einzelhandelsgeschäften sowie Einreiseverbote aus sogenannten „Corona-Hotspots“. Großveranstaltungen und diverse soziale Dienstleistungen wurden das ganze Jahr über untersagt. Nachdem im Herbst dann die Infektionszahlen wieder deutlich zunahm („zweite Welle“), wurden ab KW45 neuerliche Beschränkungen („lockdown light“) eingeführt, die dann ab KW51 nochmals deutlich verschärft und inzwischen wenigstens bis zum Februar 2021 verlängert wurden. Dennoch blieben die Infektionszahlen und mit ihnen die Zahl der Todesfälle bis zum Jahresende 2020 hoch. Dies wirft die Frage auf, inwieweit die Maßnahmen tatsächlich geeignet waren, die Pandemie einzudämmen und eine „Übersterblichkeit“ in der Bevölkerung zu vermeiden. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Entwicklung seit dem Herbst, da diese „zweite Welle“ der Corona-Pandemie deutlich stärker ausfiel als das Infektionsgeschehen im Frühjahr.

Der Beitrag zeigt, dass es im späteren Verlauf des Jahres zu einem deutlichen Anstieg der Zahl der Todesfälle im Vergleich zum Durchschnitt der Vorjahre gekommen ist. Dies gilt vor allem für die Altersgruppe der Über-80-Jährigen. Über alle Altersgruppen hinweg betrachtet ist eine über die normalen Altersstruktureffekte hinausgehende Übersterblichkeit im bisherigen Pandemieverlauf bis in den November hinein nicht festzustellen; erst am aktuellen Rand (ab KW46) nimmt die altersstrukturbereinigte Übersterblichkeit massiv zu. Das entscheidende Problem ist, dass die Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie, insbesondere strenge Kontaktbeschränkungen durch Verringerung der Mobilität, die Hochrisikogruppen nicht oder nur wenig erreichen, da deren Mobilität ohnehin altersbedingt stark eingeschränkt ist. Wichtiger als

diese wenig zielgerichtete Maßnahme wäre es daher gewesen, die besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen wirksam zu schützen.

## AUSMASS DER CORONA-PANDEMIE

Nachdem die Corona-Pandemie im Sommer kaum mehr spürbar war, haben die wöchentlichen Infektionszahlen (je 100 000 Einwohner zu Jahresbeginn) in der zweiten Welle in allen Altersgruppen wieder deutlich zugenommen. Mit dem Lockdown ab Anfang November (KW45) schien der Anstieg der Neuinfektionen in den meisten Altersgruppen zunächst gestoppt; seit Anfang Dezember (KW49) ist allerdings erneut ein Anstieg festzustellen (vgl. Abb. 1). Die Zahl der seit Jahresbeginn insgesamt an Corona erkrankten Personen hat sich dadurch von Mitte November bis Mitte Dezember annähernd verdoppelt. Eine Abschwächung der Infektionsdynamik zeigt sich erst nach der Verschärfung des zweiten Lockdowns ab KW51, als unter anderem Geschäftsöffnungen im stationären Einzelhandel verboten und die Kontaktbeschränkungen nochmals strenger gefasst wurden.<sup>2</sup> Ob der Lockdown hierfür ursächlich war oder eine ohnehin verringerte wirtschaftliche Aktivität über die Weihnachtsferien, lässt sich zum derzeitigen Zeitpunkt allerdings nicht sagen.

Die Darstellung zeigt darüber hinaus einige bislang wohl kaum thematisierten Besonderheiten auf:

- Der Lockdown light ab Anfang November hat sich zwar dämpfend auf die Dynamik der Zahl der Neuinfektionen ausgewirkt – aber nur auf die Bevölkerungsgruppen im Alter von weniger als 80 Jahren. Dies erscheint auch plausibel, denn die beschlossenen Restriktionen (u. a. Schließung von Gastronomie und Hotellerie, Verbot von Veranstaltungen, Beschränkung von Treffen in der Öffentlichkeit) zielten insbesondere auf Kontaktvermeidungen „mobiler“ Bevölkerungsgruppen, wozu Personen im höheren Alter typischerweise nicht gehören. Erst mit der Verschärfung des zweiten Lockdowns ab

\* Prof. Joachim Ragnitz ist stellvertretender Geschäftsführer der Niederlassung Dresden des ifo Instituts – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität München e. V.

Abb. 1

Neuinfektionen (Meldedatum) je 100 000 Einwohner in der jeweiligen Kalenderwoche

Abb. 1a) Infektionen Bevölkerung 0-14 und 15-59 Jahre je 100 000 Einwohner

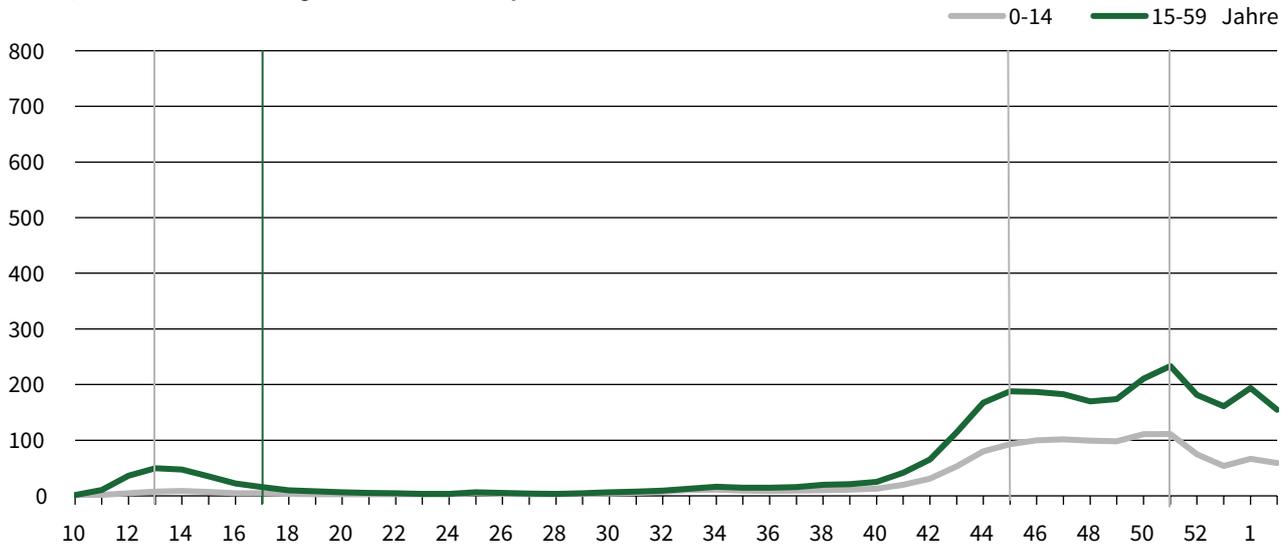
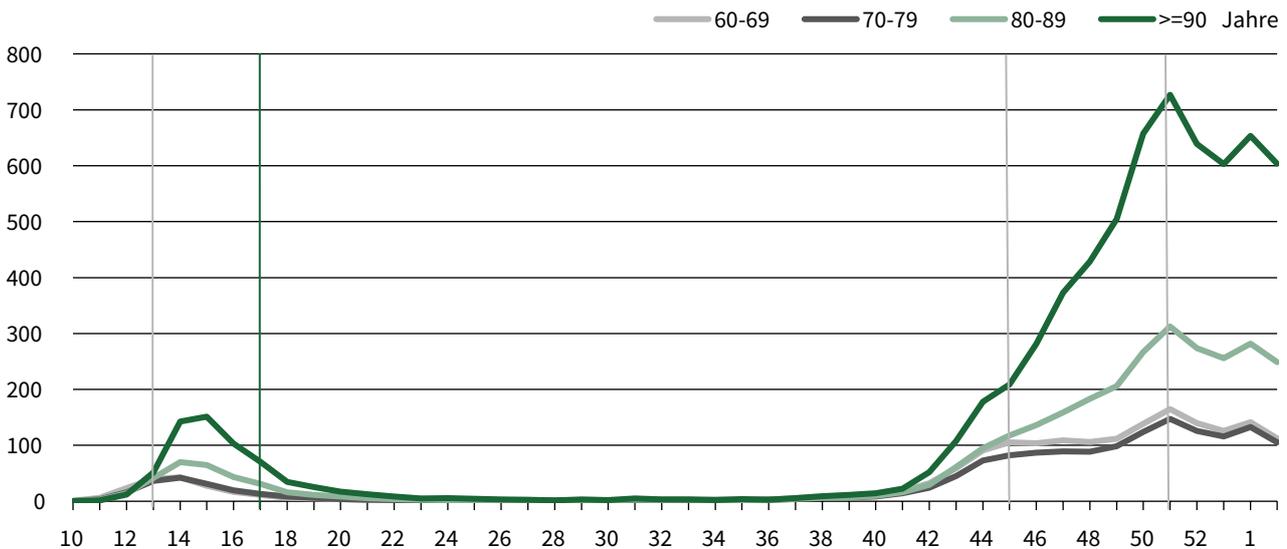


Abb. 1b) Infektionen Rentner je 100 000 Einwohner



Quelle: RKI (2021a), Berechnungen des ifo Instituts.

© ifo Institut

KW51 konnte auch in den höheren Altersgruppen die Dynamik des Infektionsgeschehens abgebremst werden.

- Das Infektionsgeschehen bei Kindern (0-14 Jahre) stieg zwar in der zweiten Welle zunächst ebenfalls an, blieb jedoch bis zum Ende des Betrachtungszeitraums auf einem verhältnismäßig niedrigen Niveau (rund 100 Infektionen/Woche je 100000 Einwohner). Die ab KW51 beschlossene Schließung von Schulen und Kinderbetreuungseinrichtungen lässt sich insoweit offenkundig nicht durch hohe Infektionszahlen in dieser Gruppe begründen, sondern ist eher als Vorsichtsmaßnahme zur Verhinderung von Infektionen Älterer über die Weihnachtsfeiertage zu interpretieren.
- Nicht gelungen ist in der zweiten Welle der Schutz älterer Personen (über 80 Jahre); die Infektionszahlen je 100000 Einwohner stiegen hier in allen betrachteten Altersgruppen bis KW51 ungebremst an und blieben auch danach auf einem

hohen Niveau. Vor allem Personen im Alter von 90 Jahren und mehr weisen immer noch eine Inzidenz von mehr als 600 Fällen je 100000 Einwohner auf, deutlich mehr als in jeder anderen Altersgruppe. Hierbei dürfte es sich zu einem erheblichen Teil um pflegebedürftige Personen handeln, die einer Infektion (z. B. durch Pflegepersonal oder auch durch Angehörige) trotz gesteigerter Vorsichtsmaßnahmen nahezu ungeschützt ausgesetzt sind.

Alles in allem muss somit die Wirksamkeit des Lockdowns mit Blick auf den Schutz der „vulnerablen“ Bevölkerungsgruppen als gering angesehen werden. Natürlich gibt es keine Möglichkeit zu evaluieren, wie die Infektionszahlen sich ohne die weitreichenden Restriktionen entwickelt hätten. Die ungebremste Zunahme der Neuinfektionen in den höheren Altersgruppen bis KW51 deutet aber darauf hin, dass der Lockdown hier keine durchschlagende Wirkung hatte. Selbst wenn der Lockdown

nur als indirekt wirkende Maßnahme zur Vermeidung einer Ansteckung Älterer durch jüngere Personen gedacht gewesen sein sollte, war die Wirkung offenkundig nicht so stark wie erhofft.

Entsprechend den Erhebungen des Robert-Koch-Instituts (RKI) ist auch die Zahl der Todesfälle in der zweiten Welle massiv angestiegen und liegt am aktuellen Rand fast dreimal so hoch wie auf dem Höhepunkt der ersten Welle (vgl. Abb. 2). Über den Gesamtzeitraum (KW9/2020-KW2/2021) gerechnet liegt das Sterbefallrisiko nach einer Covid-Infektion bei 2,2%. Die erfassten Todesfälle in Zusammenhang mit einer Covid-Infektion konzentrieren sich dabei auf die höheren Altersgruppen (vgl. Abb. 3). Insgesamt entfielen bis zur KW52 27,2% aller an das RKI gemeldeten Todesfälle auf die Gruppe der 60- bis 79-Jährigen und 69,1% auf die Gruppe der Personen im Alter von 80 Jahren und mehr – bei einem Anteil an den kumulierten Infektionszahlen von 14,7% bzw. 8,9%. Das Risiko, nach einer Corona-Infektion zu sterben, liegt also bei den Über-80-jährigen bei 16,5%, bei den 60- bis 79-Jährigen immerhin noch bei 4,0%. Zumindest ist das so berechnete „Sterbefallrisiko“ nach einer Infektion im Zeitablauf deutlich gesunken. Dies könnte ein Zeichen dafür sein, dass sich die Behandlungsmethoden in den Kliniken im Verlauf der Pandemie verbessert haben.

Die Darstellungen zeigen somit, dass ältere Personen nicht nur besonders infektionsanfällig, sondern darüber hinaus auch noch besonders gefährdet sind, eine Infektion nicht zu überleben. Insoweit ist es folgerichtig, dass auch die Impfungen zunächst auf diese Personengruppe konzentriert werden sollen. Angesichts der hohen Zahl älterer Menschen in Deutschland (aktuell rund 6 Mill. Personen allein in der Altersgruppe 80+) und der auf absehbare Zeit begrenzten Menge an verfügbarem Impfstoff muss aber damit gerechnet werden, dass die Zahl der coronabedingten Todesfälle gerade in den hohen Altersgruppen noch weiter zunehmen wird – auch deshalb, weil die Verteilung des Impfstoffs auf die Länder bevölkerungspropor-

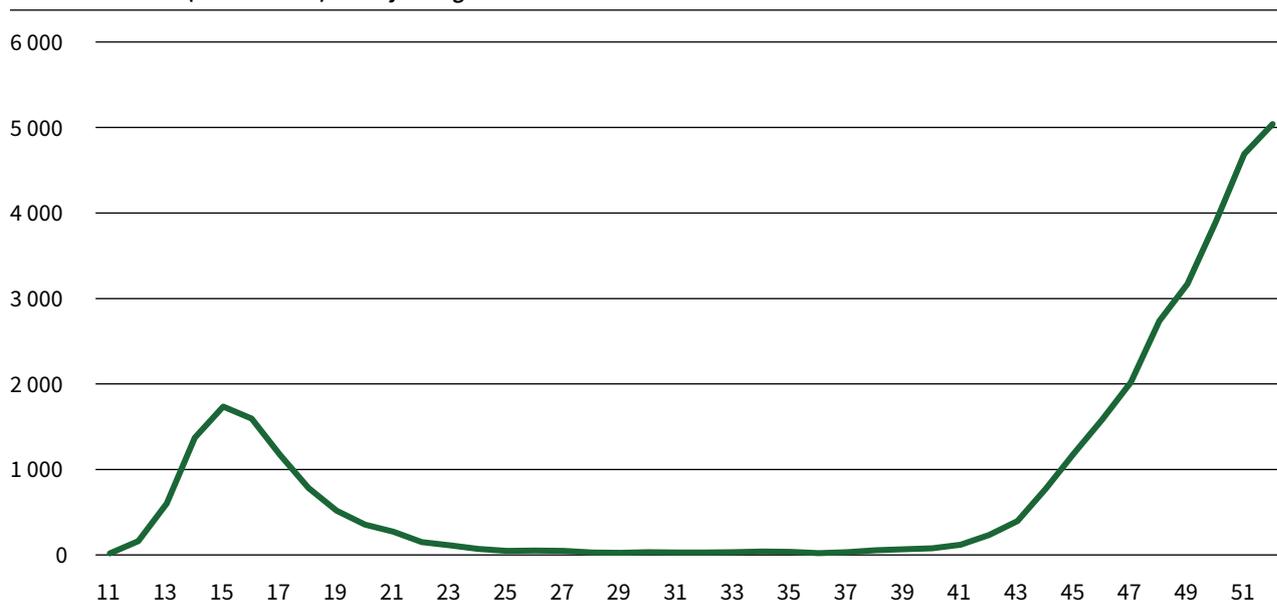
tional erfolgt; zielführender wäre es, den Verteilungsschlüssel anhand der Bevölkerungsanteils in den besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen und der von Land zu Land unterschiedlichen Ansteckungsgefahr (gemessen z. B. an der Inzidenz der Neuinfektionen je 100 000 Einwohner) neu zu bestimmen. Unabhängig davon bedarf es zum Schutz der Hochrisikogruppen wohl sicherlich weiterer und möglicherweise noch verschärfter Kontaktbeschränkungen für diesen Personenkreis.

### ANALYSE DER ÜBERSTERBLICHKEIT

Der unstrittige Anstieg der Zahl der Todesfälle im Zusammenhang mit einer Covid-19-Infektion hat auch dazu geführt, dass es in Deutschland zu einer Zunahme der Sterbefälle insgesamt gekommen ist. Das Statistische Bundesamt (Destatis) berechnet deshalb wöchentlich die sogenannte Übersterblichkeit auf der Basis einer (einfachen) Auszählung täglicher Sterbefälle (vgl. Destatis 2021). Übersterblichkeit wird dabei durch das Statistische Bundesamt definiert als „Absolute Anzahl der Todesfälle über dem Durchschnitt der Jahre 2016-2019“. Die hier vorgelegten Auswertungen beziehen sich auf die Angaben bis zur KW50.<sup>3</sup> Danach nimmt die Übersterblichkeit seit der KW41 wieder zu und überschreitet ab KW48 wieder den Stand der ersten Welle (eine hohe Übersterblichkeit war zudem während einer Hitzewelle im August zu verzeichnen). Die Kurve der von Destatis gemessenen Übersterblichkeit im Frühjahr und im Herbst verläuft grosso modo im Gleichklang mit der Entwicklung der coronabedingten Sterbefälle laut RKI (vgl. Abb. 4). Auffällig ist zudem, dass die Kurve der Todesfälle „ohne Corona“ nahezu deckungsgleich zur Kurve der durchschnittlichen Zahl der Todesfälle in den Jahren 2016-2019 verläuft (vgl. Abb. 5). Dies deutet ebenfalls auf eine coronabedingte Übersterblichkeit hin.<sup>4</sup>

Die hohe Übersterblichkeit in der Definition des Statistischen Bundesamtes in der zweiten Welle der Corona-Pandemie resultiert nahezu ausschließlich aus einer erhöhten Zahl an

**Abb. 2**  
**Corona-Todesfälle (Sterbedatum) in der jeweiligen Kalenderwoche**

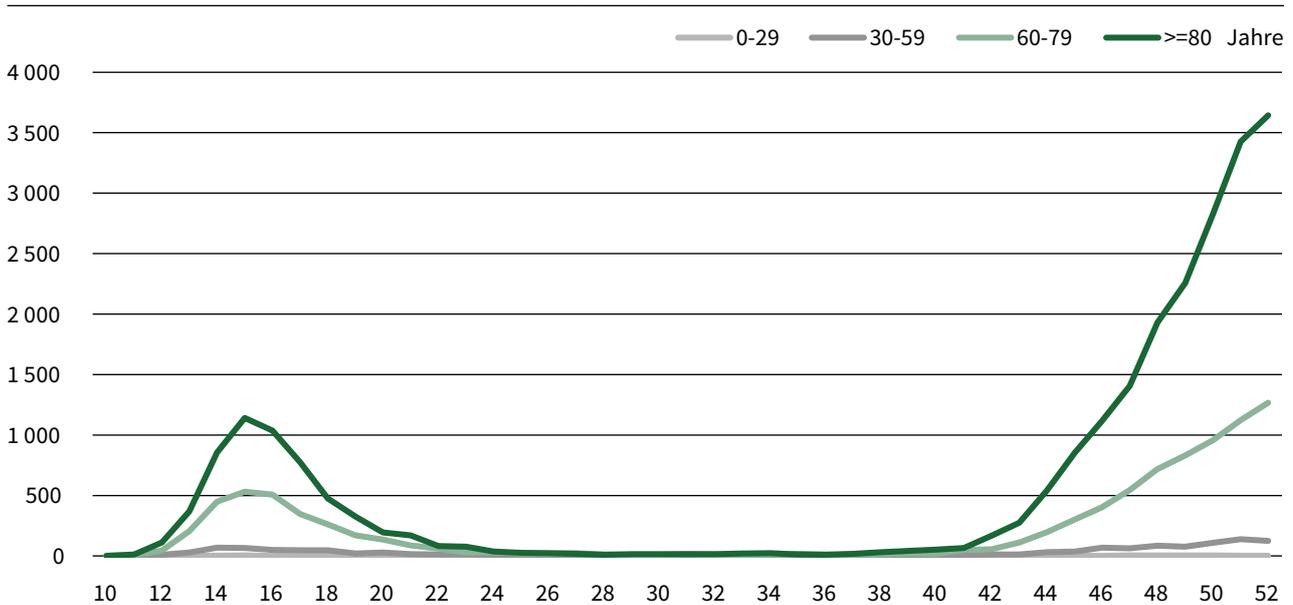


Quelle: RKI (2021b), Berechnungen des ifo Instituts.

© ifo Institut

Abb. 3

Corona-Todesfälle (Sterbedatum) nach Altersgruppen in der jeweiligen Kalenderwoche



Quelle: RKI (2021c), Berechnungen des ifo Instituts.

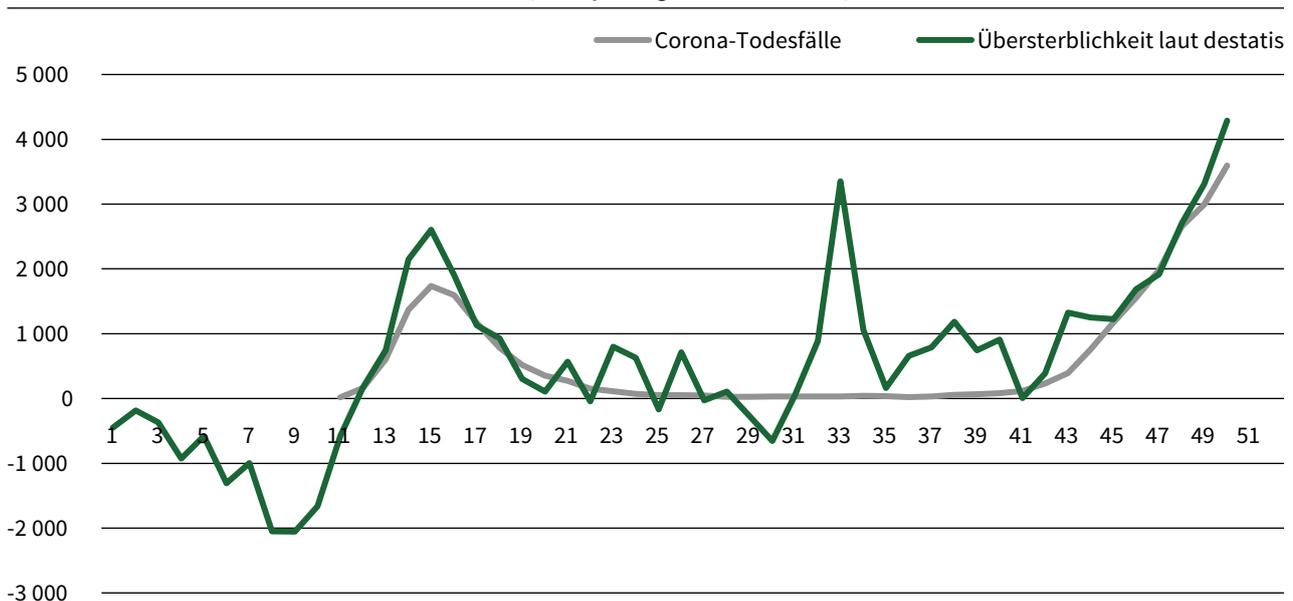
© ifo Institut

Todesfällen in der Altersgruppe 80+ (vgl. Abb. 6). Dies korrespondiert mit der Betrachtung der Sterbefälle im Zusammenhang mit einer Corona-Infektion nach Alter. Aber: Da die Zahl (und der Anteil) der Personen in den „hohen“ Altersgruppen wegen des demografischen Wandels zunimmt, sollte schon allein aus diesem Grund wegen der fortschreitenden Alterung im Zeitablauf ein Anstieg der Todesfälle gegenüber dem Referenzzeitraum festzustellen sein. Immerhin hat sich die Zahl der Personen in der genannten Altersgruppe seit Jahresbeginn 2016 um rund 1 Mill. Menschen erhöht. Zudem ist auch die Bevölkerungszahl insgesamt gegenüber dem Referenzzeitraum deutlich angestiegen.

Sinnvoller als der Vergleich von Absolutzahlen von Todesfällen erscheint es deshalb, die „Sterbewahrscheinlichkeit“ in den verschiedenen Altersgruppen zu betrachten. Hierzu werden die Sterbefälle nach Altersgruppen (bzw. insgesamt) je 100 000 Personen pro Woche im Jahresdurchschnitt 2016-2019 (Referenzzeitraum) bzw. im Jahr 2020 (Untersuchungszeitraum) ermittelt. Um die wochenweise Sterbewahrscheinlichkeiten zu berechnen, wurde die Differenz der Bevölkerung von Jahresende zu Jahresanfang gleichmäßig auf die einzelnen Kalenderwochen aufgeteilt. Für die Ermittlung der wöchentlichen Bevölkerung im Jahr 2020 ist es dabei nötig, den noch nicht vorliegenden Jahresendwert 2020 zu schätzen; dieser

Abb. 4

Übersterblichkeit nach Destatis und Corona-Todesfälle (in der jeweiligen Kalenderwoche)

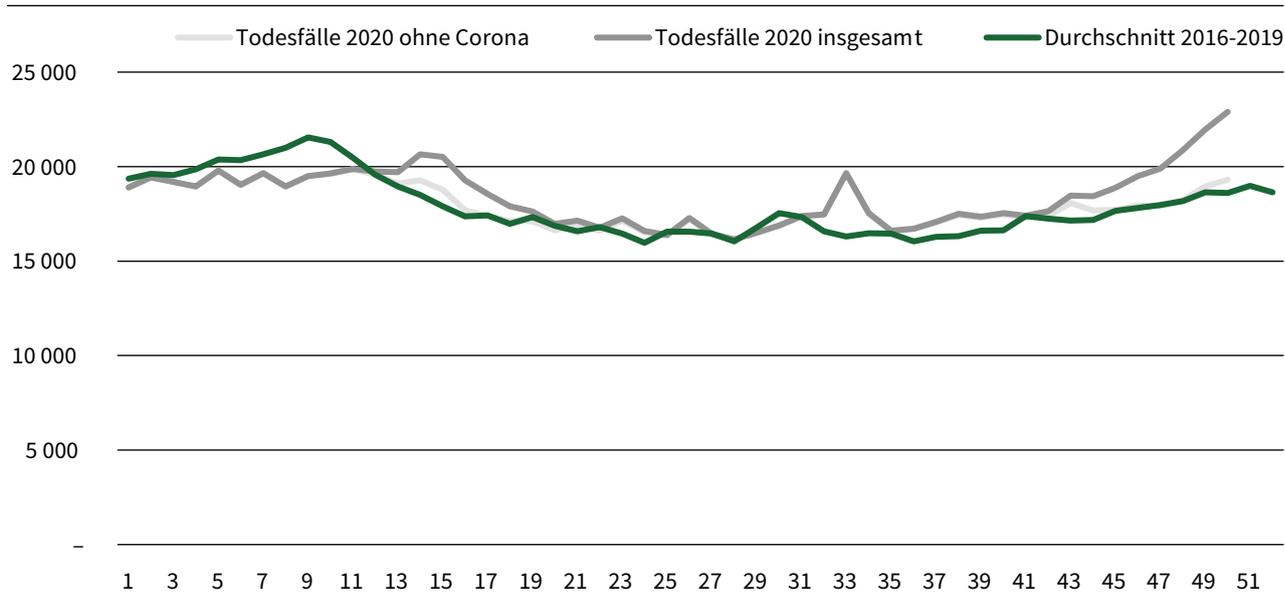


Quelle: Destatis (2021), RKI (2021b), Berechnungen des ifo Instituts.

© ifo Institut

Abb. 5

Todesfälle 2020 insgesamt und „ohne Corona“ (in der jeweiligen Kalenderwoche)



Quelle: Destatis (2021), RKI (2021b), Berechnungen des ifo Instituts.

© ifo Institut

wurde ermittelt, indem der Jahresendwert 2019 mit der prozentualen Veränderungsrate der Bevölkerung (nach Altersgruppen) des Jahres 2020 aus der 14. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (KBV, Variante G2L2W2) multipliziert wurde.<sup>5</sup> Übersterblichkeit lässt sich dann messen durch den Vergleich der bisher festgestellten wöchentlichen Sterbehäufigkeit 2020 mit den Sterbehäufigkeiten in der jeweiligen KW im Durchschnitt der Jahre 2016-2019.

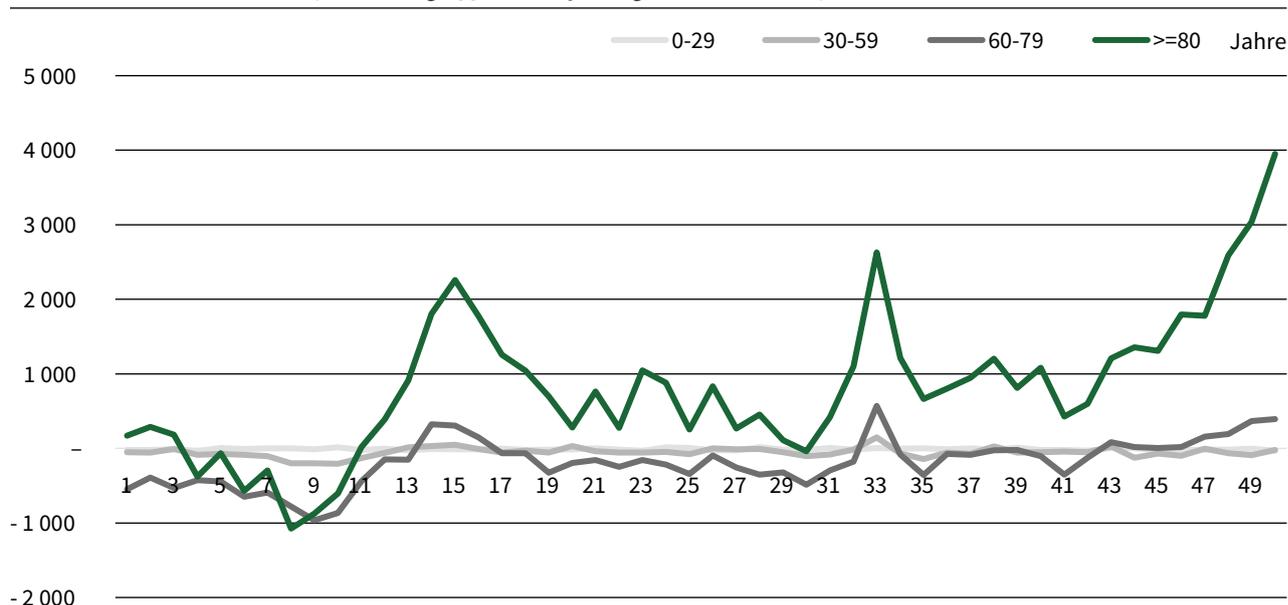
Die so gemessene Übersterblichkeit insgesamt liegt im bisherigen Verlauf der Pandemie (KW11-KW50) in Summe bei 42 Fällen je 100 000 Einwohner. Im Durchschnitt dieses Zeitraums liegt die Zahl der zusätzlichen Todesfälle pro Woche je

100 000 Einwohner damit um 1,0 Personen höher als im Vergleichszeitraum. In den beiden Wellen der Corona-Pandemie (sowie während der Hitzewelle im August) wurde allerdings eine deutlich höhere Zahl an Todesfällen je 100 000 Einwohner erreicht: Die höchsten Abweichungen ergeben sich für KW15 (3,0 zusätzliche Todesfälle je 100 000 Einwohner) und KW33 (Hitzewelle; 3,9 zusätzliche Todesfälle je 100 000 Einwohner). In der zweiten Corona-Welle ist die so gemessene Übersterblichkeit bis zuletzt jedoch auf 5,0 zusätzliche Todesfälle je 100 000 Einwohnern angestiegen (vgl. Abb. 7).

Eine erhöhte Sterblichkeit (gemessen am Durchschnitt der Sterbewahrscheinlichkeiten in den Jahren 2016-2019) ist in

Abb. 6

Übersterblichkeit nach Destatis (nach Altersgruppen in der jeweiligen Kalenderwoche)

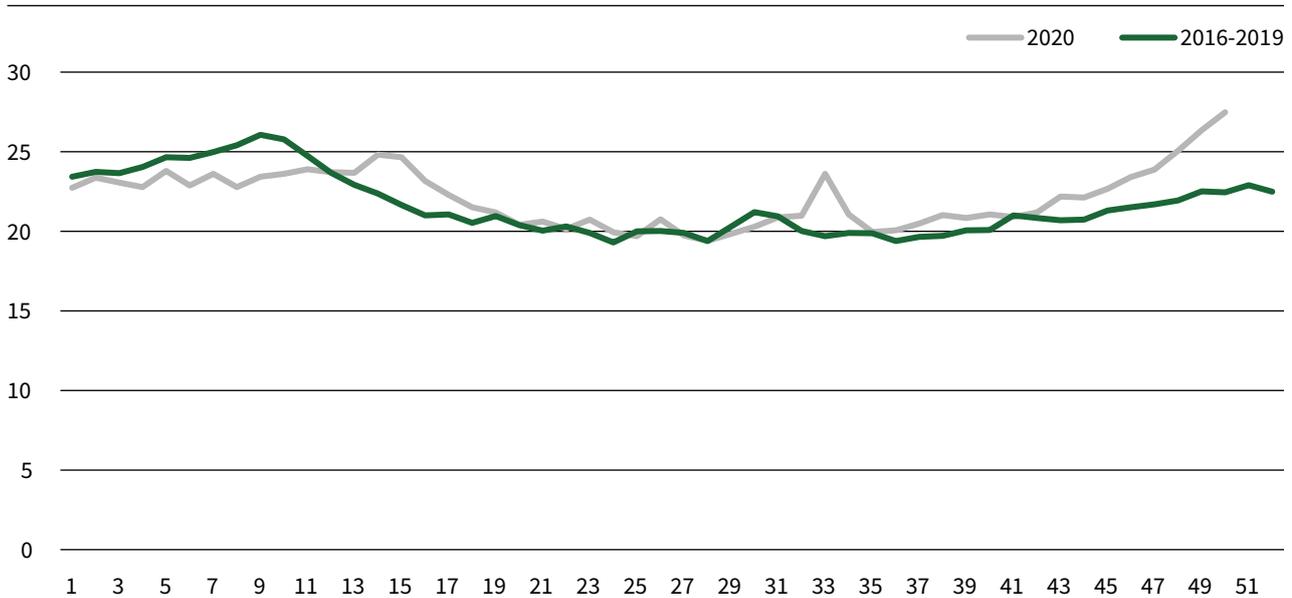


Quelle: Destatis (2021), Darstellung des ifo Instituts.

© ifo Institut

Abb. 7

Todesfälle je 100 000 Einwohner insgesamt (in der jeweiligen Kalenderwoche)



Quelle: Destatis (2021), Berechnungen des ifo Instituts.

© ifo Institut

den beiden Corona-Wellen indes nur in der höchsten Altersgruppe (80+) auszumachen (vgl. Abb. 8). Die wöchentliche Zahl der Todesfälle bezogen auf 100 000 Einwohner lag hier bis KW45 in etwa auf dem Niveau des Vergleichszeitraums, ist seither aber stark angestiegen und liegt am aktuellen Rand (KW50) um 45,0 Fälle über dem Durchschnitt der Vorjahre. Die übrigen Altersgruppen sind hingegen nicht von einer höheren Sterblichkeit betroffen.<sup>6</sup>

Die in der Gesamtzahl höhere Sterblichkeit während des bisherigen Verlaufs der Corona-Pandemie (KW11-KW50) ist zu einem Teil auch auf den erwähnten Struktureffekt der Alterung zurückzuführen, denn der prozentuale Bevölkerungsanteil der Altersgruppe von 80 Jahren und mehr (die die höchste Sterblichkeit aufweist) ist zwischen 2016 und 2020 von 5,9% auf 7,0% gestiegen. Bei gleichen altersspezifischen Sterbewahrscheinlichkeiten wie im Durchschnitt der Jahre 2016-2019 wären in den KW11-KW48 bei der in 2020 bestehenden Altersstruktur der Bevölkerung zusammengekommen 888 Todesfälle je 100 000 Einwohner zu erwarten gewesen; tatsächlich waren es 876 Fälle je 100 000 Einwohner.

Rechnet man diesen Altersstruktureffekt heraus, so ist in der Summe also bisher keine Übersterblichkeit festzustellen. Dies liegt vor allem daran, dass in den Sommermonaten eine „Untersterblichkeit“ bestand. Mehr Todesfälle als es aufgrund der veränderten Altersstruktur zu erwarten gewesen wäre (Differenz zwischen der hellgrauen und der dunkelgrünen Linie in der nachfolgenden Abb. 9) gab es in der ersten Corona-Welle (Maximum in KW15: 1,6 zusätzliche Todesfälle je 100 000 Einwohner) sowie in der KW33 (Hitzewelle: 2,6 zusätzliche Todesfälle). In der zweiten Welle (ab KW46) steigt die altersstrukturbereinigte Sterblichkeit dann jedoch stark an und erreicht ihr bisheriges Maximum in KW50 mit 3,5 zusätzlichen Todesfällen je 100 000 Einwohner.<sup>7</sup> Somit sind aktuell rund 70% der vom Statistischen Bundesamt ausgewiesenen zusätzlichen Todes-

fälle tatsächlich auf einen „Corona-Effekt“ zurückzuführen, 30% jedoch auf die Veränderung der Altersstruktur (vgl. Abb. 10). Die Tatsache, dass der Corona-Effekt auf die Übersterblichkeit in jüngster Zeit so stark zugenommen hat, unterstreicht nochmals die Notwendigkeit gezielter Maßnahmen zum Schutz der vulnerablen Bevölkerungsgruppen, denn letzten Endes rührt die Übersterblichkeit vor allem daher, dass es nicht gelungen ist, die ältere Bevölkerung trotz hoher Gefährdung adäquat zu schützen. Ob der seit Anfang November und im Dezember nochmals verschärfte Lockdown das geeignete Mittel hierfür ist, lässt sich aber in Zweifel ziehen. Da dieser vor allem auf eine Vermeidung sozialer Kontakte durch Einschränkung der Mobilität gerichtet ist, die Mobilität der besonders gefährdeten höheren Altersgruppen jedoch typischerweise gering ist, scheint diese Maßnahme angesichts geringer Zielgenauigkeit und hoher sozialer (und wirtschaftlicher) Kosten gegenüber einer auf den Schutz besonders gefährdeter Bevölkerungsgruppen weniger geeignet zu sein.

## DATEN

Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2021), Sterbefälle und Lebenserwartung, Sonderauswertung zu Sterbefallzahlen des Jahres 2020, 15. Januar 2021, Download unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/sterbefallzahlen.html>

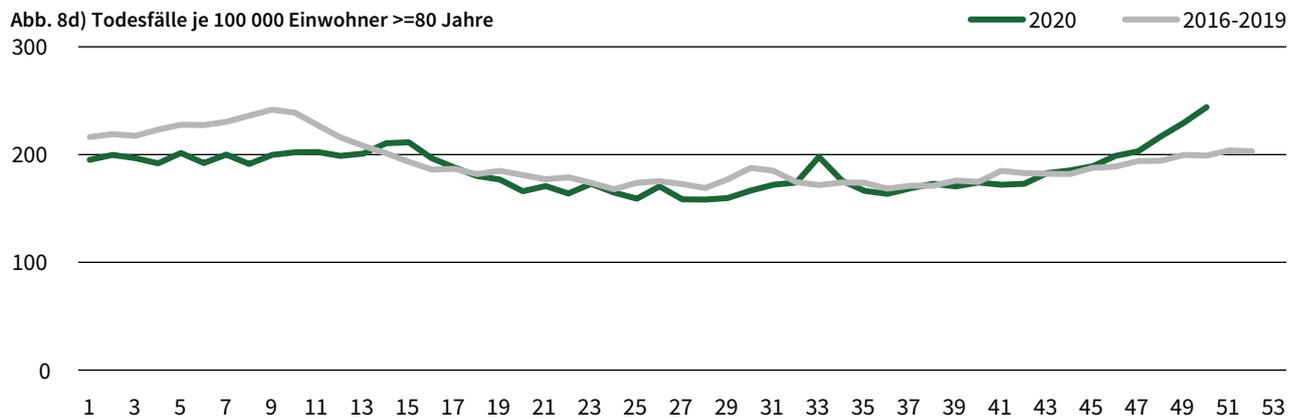
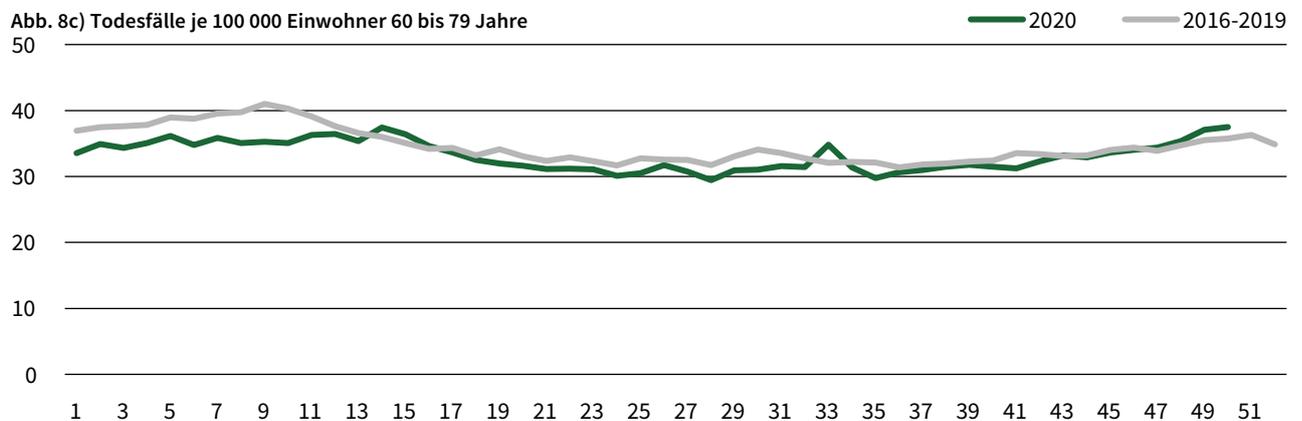
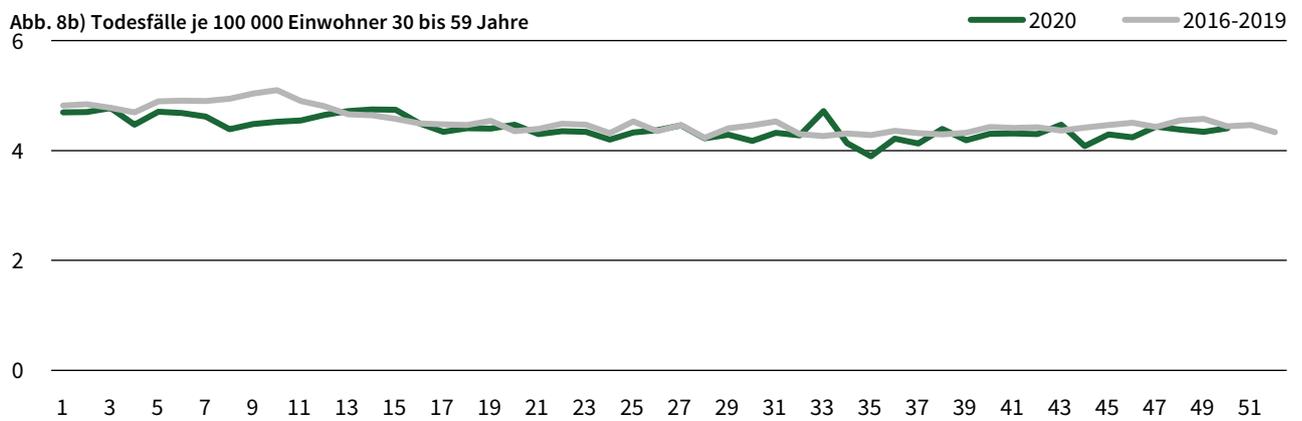
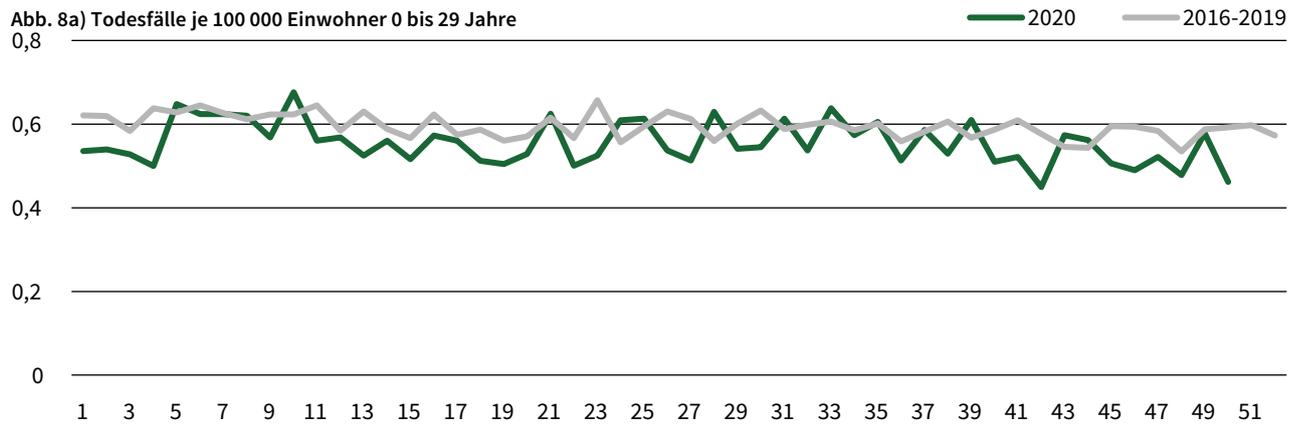
RKI – Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2021a), COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Meldewoche, Download unter [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Daten/Altersverteilung.html;sessionid=10B26A3B39B3297DEB81979285FB8638.internet071](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Altersverteilung.html;sessionid=10B26A3B39B3297DEB81979285FB8638.internet071)

RKI – Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2021b), Todesfälle nach Sterbedatum, Download unter [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Projekte\\_RKI/COVID-19\\_Todesfaelle.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/COVID-19_Todesfaelle.html)

RKI – Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2021c), NPGeo Corona – RKI COVID19, Download unter [https://npgeo-corona-npgeo-de.hub.arcgis.com/datasets/dd4580c810204019a7b8eb3e0b329dd6\\_0/data](https://npgeo-corona-npgeo-de.hub.arcgis.com/datasets/dd4580c810204019a7b8eb3e0b329dd6_0/data)

**Abb. 8**

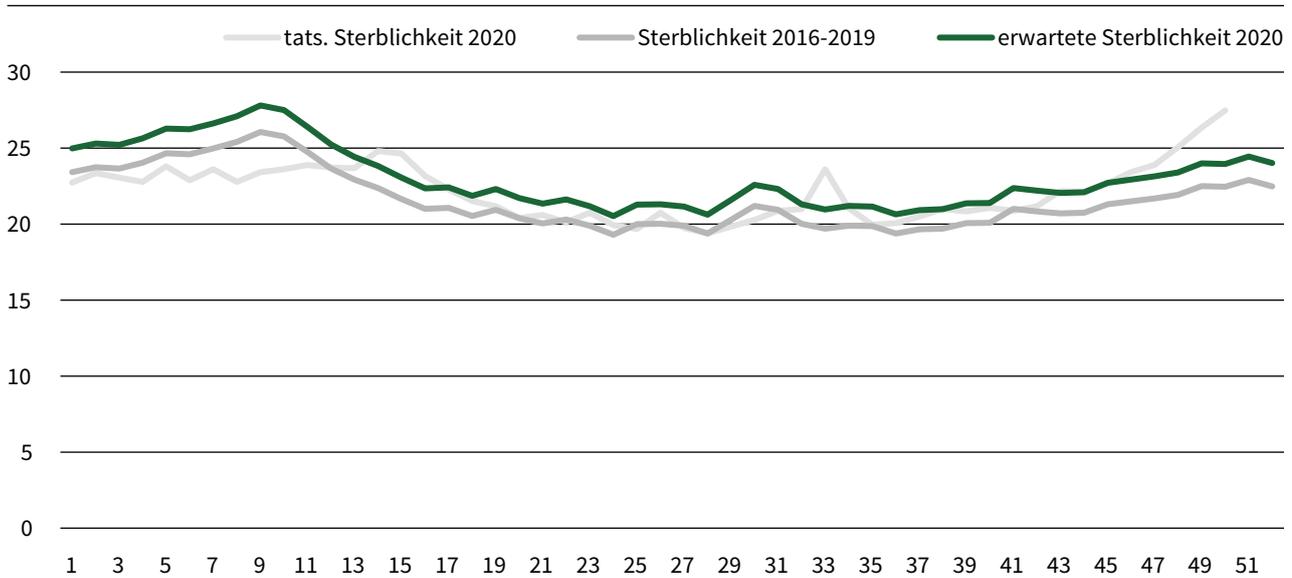
**Todesfälle je 100 000 Einwohner nach Altersgruppen (in der jeweiligen Kalenderwoche)**



Quelle: Destatis (2021), Berechnungen des ifo Instituts.

Abb. 9

Tatsächliche und erwartete Zahl der Todesfälle je 100 000 Einwohner im Jahr 2020



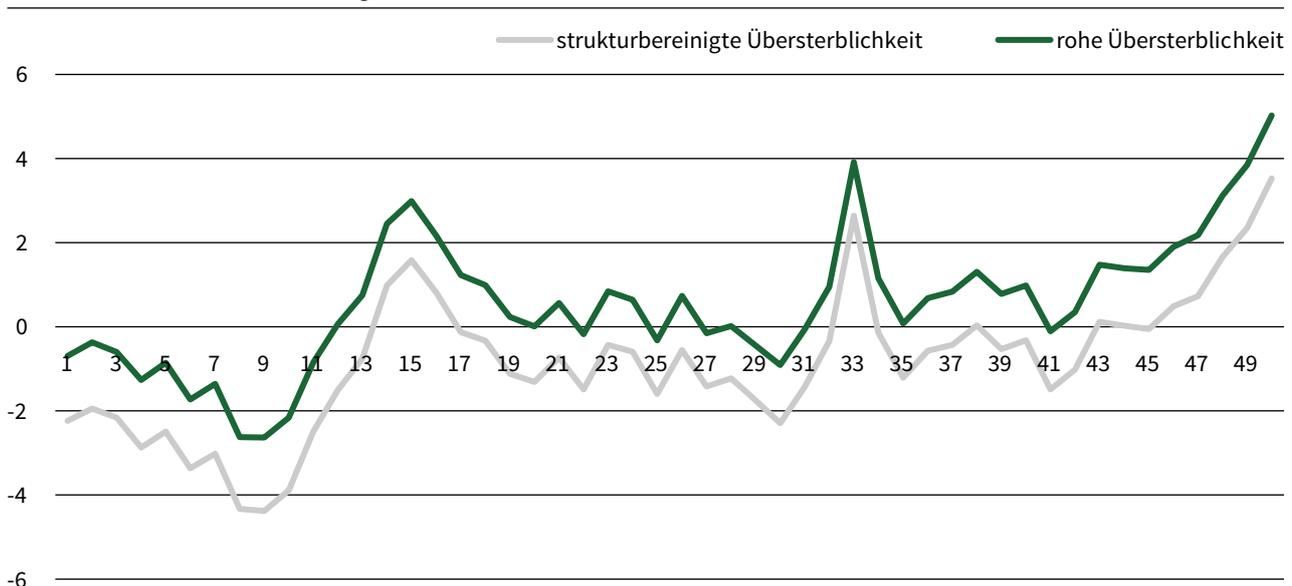
Quelle: Destatis (2021), Berechnungen des ifo Instituts.

© ifo Institut

- 1 Aktualisierte Version des gleichnamigen Beitrags auf <http://wirtschaftlichefreiheit.de/wordpress/?p=28548>
- 2 Der Rückgang in KW52 und KW53 ist dabei durch Meldeverzögerungen während der Weihnachtsfeiertage überzeichnet; der leichte Anstieg der Neuinfektionen in KW1/2021 dürfte deshalb durch Nachmeldungen bedingt sein. Im Ganzen scheint die Dynamik der Pandemie durch die Verschärfung des zweiten Lockdowns jedoch rückläufig zu sein.
- 3 Datenstand 15 Januar 2021. Zur Drucklegung lagen zwar bereits Daten bis zur KW52 vor, aber diese dürften aufgrund der Weihnachtsfeiertage und daraus resultierenden Meldeunsicherheiten nachträglich noch revidiert werden. Auf eine Fortschreibung bis zum aktuellen Rand wird daher verzichtet.
- 4 Die Abweichung zwischen beiden Kurven in der ersten Welle sowie erneut ab KW43 könnten auf eine Untererfassung coronabedingter Sterbefälle zurückzuführen sein.
- 5 Nach aktuellen Ergebnissen des Statistischen Bundesamts ist die Bevölkerung in 2020 anders als in der Bevölkerungsvorausberechnung unterstellt nicht gestiegen, vor allem als Folge geringerer Zuwanderung. Da auch die 14. KBV nur ein geringes Bevölkerungswachstum annahm (+0,2%) und sich die Zuwanderung auf eher jüngere Bevölkerungsgruppen konzentriert, wurde dies bei den hier präsentierten Ergebnissen nicht berücksichtigt.
- 6 Die Ergebnisse sind auch nicht dadurch verzerrt, dass für die Bevölkerung im Jahr 2020 die Schätzwerte der Bevölkerungsvorausberechnung verwendet wurden. Bei Berechnung der Sterbewahrscheinlichkeiten mit den Bevölkerungszahlen zum 31. Dezember 2019 liegt die relative Übersterblichkeit in der zweiten Welle in allen Altersgruppen in vergleichbarer Größenordnung.
- 7 Zu ähnlichen Ergebnissen (allerdings mit einer methodisch anderen Vorgehensweise) kommt die Universität München (Projekt „CoDAG“), Bericht Nr. 4 vom 11. Dezember 2020 und Bericht Nr. 6 vom 7. Januar 2021, vgl. [https://www.stablab.stat.uni-muenchen.de/\\_assets/docs/codag-bericht-4.pdf](https://www.stablab.stat.uni-muenchen.de/_assets/docs/codag-bericht-4.pdf) sowie [https://www.covid19.statistik.uni-muenchen.de/pdfs/codag\\_bericht\\_6.pdf](https://www.covid19.statistik.uni-muenchen.de/pdfs/codag_bericht_6.pdf)

Abb. 10

Tatsächliche und altersstrukturbedingte Übersterblichkeit



Quelle: Destatis (2021), Berechnungen des ifo Instituts.

© ifo Institut