

NUR JEDER ZWEITE „CORONA-PATIENT“ WEGEN CORONA-VERDACHT IM KRANKENHAUS | VON KARSTEN MONTAG

Posted on 6. November 2021

Abrechnungsdaten der Krankenkassen zeigen: Nur rund die Hälfte aller hospitalisierten COVID-19-Fälle des vergangenen Winters wurde mit akuten Atemwegserkrankungen ins Krankenhaus aufgenommen – alle anderen „Corona-Patienten“ hingegen wegen ganz anderer Krankheitsbilder. Mit viel Geduld und Aufwand ist es Multipolar gelungen, die Abrechnungsdaten der Krankenhäuser für die Jahre 2019, 2020 und die ersten fünf Monate des Jahres 2021 sicherzustellen. Diese fördern erstaunliche Erkenntnisse zutage.

*Ein Standpunkt von **Karsten Montag**.*

Aus den Abrechnungsdaten der Krankenhäuser mit den Krankenkassen, welche das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bereitstellt, geht hervor, dass der Anteil der COVID-19-Fälle mit akuten Atemwegserkrankungen an allen stationär aufgenommen COVID-19-Fällen im Winter 2020/21 zum Teil nur bei etwas mehr als der Hälfte lag und die übrigen sogenannten COVID-19-Fälle aufgrund vollkommen anderer Krankheitsbilder, wie etwa Herzinfarkt, Harnwegsinfektionen oder Beinbruch in die Klinik kamen. Die InEK-Abrechnungsdaten zeigen eindeutig, welche COVID-19-Fälle primär aufgrund der Symptome einer SARS-CoV-2-Infektion behandelt wurden und bei welchen Fällen eine COVID-19-Erkrankung nur eine Nebendiagnose darstellt.

Die Abrechnungsdaten fördern noch weitere brisante Erkenntnisse zutage: So stieg im Vergleich zu 2019 die Zahl der intensivmedizinisch behandelten Fälle abseits von akuten Atemwegserkrankungen – insbesondere Schlaganfälle, Krebserkrankungen und Herzinfarkte – nach dem ersten Lockdown ungewöhnlich stark an. Dies deutet auf die Folgen verschobener Behandlungen und verzögerter Vorsorgeuntersuchungen wegen des ersten Lockdowns hin.

Zudem zeigen die Zahlen, dass sämtliche Lockdowns jeweils zu Zeitpunkten in Kraft traten, als die Krankenhausbelegung in Deutschland deutlich unter derjenigen des Jahres 2019 lag. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn wusste bereits im August 2020 durch Abrechnungsdaten der Krankenkassen, dass der erste Lockdown zu einer extremen Unterauslastung der Krankenhäuser geführt hatte. Trotzdem nutzte die Bundesregierung im Winter 2020/21 das Mittel erneut. Auch dieser zweite

Lockdown führte zu einer deutlichen Unterauslastung der Krankenhäuser. Aber der Reihe nach.

September 2020: Spahn und Lauterbach schließen neuen Lockdown aus

Am 2. September 2020, schloss Spahn einen zweiten Lockdown in einem Gespräch mit der Bild-Zeitung aus. Er äußerte auch, dass der Lockdown im Frühjahr 2020 nicht so drastisch hätte ausfallen müssen. Auch Karl Lauterbach hielt in einem Interview vom 24. September 2020 *„die Wahrscheinlichkeit, noch einmal so einen Lockdown wie vor ein paar Monaten zu erleben, (...) für gleich null“*.

Über welche Informationen verfügten Spahn und Lauterbach im September 2020, die sie zu derartigen Aussagen führten? Aussagen, die sich bald darauf als falsch herausstellten, als Bundeskanzlerin Merkel gemeinsam mit den Ministerpräsidenten der Länder zunächst einen Teil-Lockdown ab dem 2. November sowie einen „harten“ Lockdown ab dem 16. Dezember 2020, diesmal sogar mit regionalen nächtlichen Ausgangssperren, beschlossen.

Expertenbeirat überprüft seit April 2020 Corona-Sonderbelastungen

Gemäß Paragraf 24 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), welches unter anderem die Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser aufgrund von Corona-Sonderbelastungen regelt, hatte das Gesundheitsministerium einen Beirat von Vertretern aus Fachkreisen einberufen, der seit April 2020 die Auswirkungen der Sonderregelungen für die Krankenhäuser aufgrund von COVID-19 überprüft.

Grundlage der Arbeit des Beirates sind Abrechnungsdaten der Krankenhäuser mit den Krankenkassen, welche das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bereitstellt. Um kurzfristige Auswertungen des Beirats zu ermöglichen, wurden die Krankenhäuser mit Artikel 3 des Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite im Mai 2020 vom Gesetzgeber verpflichtet, neben den bisherigen einmaligen Datenabzügen jeweils am 31. März für das Vorjahr dem InEK zusätzlich zeitnah unterjährige Datenlieferungen zur Verfügung zu stellen, und zwar

- bis zum 15. Juni 2020 für Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 1. Januar 2020 und dem 31. Mai 2020 nach voll- oder teilstationärer Behandlung aus dem Krankenhaus entlassen worden sind,

und

- bis zum 15. Oktober 2020 für Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 1. Januar 2020 und dem 30. September 2020 nach voll- oder teilstationärer Behandlung aus dem Krankenhaus entlassen worden sind.

Im Rahmen weiterer Novellen des Krankenhausentgeltgesetzes wurde Paragraf 21, Absatz 3b mittlerweile derart angepasst, dass die unterjährigen Daten zukünftig jedes Jahr bis jeweils 15. Juni und 15. Oktober sowie bis 15. Januar für das gesamte vorangegangene Jahr von den Krankenhäusern an das InEK zu liefern sind.

Erster Lockdown: Patientenschwund, Milliardenkosten und kaum Covid-Fälle

In einer Beiratssitzung Ende August 2020 wurde der kurz zuvor fertiggestellte Bericht *„Analysen zum Leistungsgeschehen, zur Erlössituation von Krankenhäusern und zu betroffenen Patienten und ihrer Versorgung in der Corona-Krise“* auf Basis der ersten unterjährigen Datenlieferung für den Zeitraum 1. Januar bis 31. Mai 2020 vorgestellt. Darin kommen die beiden Verfasser und Beiratsmitglieder Prof. Dr. Boris Augurzký vom Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) und Prof. Dr. med. Reinhard Busse von der Technischen Universität Berlin unter anderem zu folgenden Schlussfolgerungen:

- Die durchschnittliche Anzahl der Patienten in den Krankenhäusern ist mit Beginn der zwölften Kalenderwoche im Vergleich zum Vorjahr stark zurückgegangen, in der 15. Kalenderwoche gar um 42 Prozent^[?].
- Die durchschnittliche Anzahl der Patienten auch auf den Intensivstationen ist ab der zwölften Kalenderwoche um bis zu 20 Prozent zurückgegangen.
- Die COVID-19-Patienten ab der zwölften Kalenderwoche benötigten nur 1,7 Prozent der Krankenhausbettenkapazität^[?].
- Die COVID-19-Fälle im Zeitraum Januar bis Mai 2020 bedurften im Schnitt nur 4 Prozent der intensivmedizinischen Kapazitäten^[?].
- Die Krankenhäuser hatten im Zeitraum Januar bis Mai 2020 aufgrund der im

Krankenhausfinanzierungsgesetz festgelegten Freihaltepauschalen trotz des hohen Rückgangs von Patienten im Schnitt nur eine Erlösminderung von 0,4 Prozent zu verzeichnen.

- Die Freihaltepauschalen verursachten Kosten von 4,7 Milliarden Euro allein für die ersten drei Monate der Coronakrise.
- Der erhebliche Rückgang der Anzahl der Patienten sei nur zu einem geringen Teil auf die Verschiebung von geplanten unkritischen Operationen zurückzuführen und erfolgte für den Expertenbeirat hinsichtlich anderer Krankheitsbilder in diesem Ausmaß unerwartet.

Aufgrund der sehr geringen Belastung der Krankenhäuser durch COVID-19-Patienten wurde im Protokoll der Beiratssitzung festgehalten, dass *„eine flächendeckende Freihaltung von Bettenkapazitäten wie auch der Aufbau von Kapazitäten für die intensivmedizinische Behandlung“* sowie *„eine Verlängerung der finanziellen Hilfen nach Paragraph 21 KHG (Freihaltepauschalen und Pauschale für zusätzliche Intensivbetten) für die Krankenhäuser über den 30. September 2020 hinaus in der aktuellen Form“* nicht mehr erforderlich sei.

Weitere Lockdowns wider besseren Wissens

Auf Anfrage von Multipolar bestätigte Professor Busse, dass er auf Bitten von Spahn im Expertenbeirat tätig ist und Auswertungen der Sonderbelastungen durch das Coronavirus erstellt. Seit spätestens Ende August 2020 wusste die Bundesregierung also nicht nur, dass COVID-19 keine Gefahr für das deutsche Gesundheitssystem darstellt, sondern auch, dass die Freihaltung von Kapazitäten in den Krankenhäusern von Fachleuten als nicht notwendig betrachtet wurde und immense Kosten verursacht hat. Es ist durchaus anzunehmen, dass diese Erkenntnisse des Beirats dazu beitrugen, dass Spahn und Lauterbach im September 2020 einen weiteren Lockdown für den folgenden Winter ausschlossen.

Trotz dieser durch den Expertenbeirat eindeutig belegten Erkenntnisse haben Bundeskanzlerin Merkel und die Ministerpräsidenten der Länder allein aufgrund steigender Inzidenzfälle im Herbst und Winter 2020 jedoch weitere Lockdowns beschlossen und als Begründung angeführt, das Gesundheitssystem damit vor Überlastung zu schützen.

Ein weiterer Bericht des Expertenbeirats vom 30. April 2021 bestätigt auf Basis aller Abrechnungsdaten

für das Jahr 2020, dass die deutschen Krankenhäuser nicht ein einziges Mal, auch nicht im November oder Dezember 2020, vor einer Überlastung standen. Im Gegenteil, selbst während der Zeit des zweiten Lockdowns war die Anzahl der aufgenommenen Krankheitsfälle in den Krankenhäusern deutlich niedriger als im Vergleichszeitraum 2019.

Was die Berichte des Expertenbeirates verschweigen

Trotz der inhaltlich implizierten fundamentalen Kritik an der Corona-Politik der Bundesregierung sind die Berichte des Beirates wohlwollend formuliert und enthalten Spekulationen, welche die Entscheidungen der Bundeskanzlerin und der Ministerpräsidenten zumindest teilweise stützen. So wird im Bericht vom 30. April 2021 ohne Angabe eines Beleges vermutet, dass trotz vorsorglicher Laboruntersuchungen auf Corona-Infektionen bei der stationären Aufnahme von Patienten alle behandelten akuten Atemwegserkrankungen potentiell auf COVID-19-assoziierte Erkrankungen zurückzuführen sein könnten.

Zudem wurde in den Berichten des Beirates festgestellt, dass die Übersterblichkeit im Jahr 2020 *„ziemlich exakt der Anzahl der an oder mit Covid gestorbenen Personen entsprach“*, und es wurde vermutet, dass einiges dafür spreche, dass eine weitere, noch nicht geklärte *„Übersterblichkeit durch zusätzliche, nicht als solche erkannte COVID-19-Tote bedingt ist“*. Daraus schließen die Autoren, dass der Rückgang an stationären Fällen die Sterblichkeit der nicht oder verspätet stationär behandelten Patienten nicht erhöht hat. Diese nicht belegte Schlussfolgerung trägt jedoch eine politische Färbung, da die Auswertung der Abrechnungsdaten des InEK auf das genaue Gegenteil hindeuten.

Die InEK-Daten

Grundsätzlich stellt das InEK über seinen Datenbrowser die Abrechnungsdaten der Krankenhäuser mit den Krankenkassen der Öffentlichkeit in einer Form bereit, die keine Rückschlüsse auf die persönlichen Daten der Patienten zulassen. Allerdings sorgt eine angeblich zu hohe Auslastung ständig – selbst mitten in der Nacht – dafür, dass der Zugang zu diesen Daten äußerst eingeschränkt ist.

Andere öffentlich zugänglichen Datenquellen wie die GENESIS-Online-Datenbank des Statistischen

Bundesamts eignen sich nicht, um die Auslastung der Krankenhäuser auf der Basis der Abrechnungsdaten auszuwerten, da die Daten für 2020 noch nicht vorliegen. Auf Anfrage von Multipolar teilte das Statistische Bundesamt mit, dass erst im Februar 2022 mit der Bereitstellung der Abrechnungsdaten für das Jahr 2020 in der GENESIS-Online-Datenbank zu rechnen ist. Zudem würden nur die Hauptdiagnosen veröffentlicht. Da eine nachgewiesene COVID-19-Infektion immer nur als Nebendiagnose von den Krankenhäusern gemeldet wird, werden anhand dieser Daten daher keine Rückschlüsse möglich sein, ob ein Patient primär wegen einer akuten Atemwegserkrankung behandelt wurde oder ein anderer Grund für die stationäre Aufnahme vorlag.

Mit viel Geduld und Aufwand ist es Multipolar jedoch gelungen, aussagekräftige Abrechnungsdaten für die Jahre 2019, 2020 und 2021 über den InEK-Datenbrowser sicherzustellen.

Nur jeder zweite COVID-19-Fall aufgrund akuter Atemwegserkrankung behandelt

Wie vom Robert Koch-Institut (RKI) im Epidemiologischen Bulletin vom 29. Juli 2021 vorgeschlagen, wurden zur Identifikation akuter Atemwegserkrankungen aufgrund einer Virusinfektion die ICD-10-Codes J00 - J22, J44.0 und B34.9 verwendet. In den Abbildungen 1 und 2 wurden die Fälle, die in der Hauptdiagnose einen dieser Codes und in der Nebendiagnose den Code U07.1 (COVID-19, Virus nachgewiesen) enthielten, allen Fällen mit der Nebendiagnose einer nachgewiesenen SARS-CoV-2-Infektion gegenübergestellt. Sowohl bei allen hospitalisierten Fällen als auch bei den Fällen mit Intensiv-Aufenthalt mit nachgewiesenem Virus ist zu erkennen, dass die Anzahl der COVID-19-Fälle mit einer akuten Atemwegserkrankung in der Hauptdiagnose insbesondere um die Jahreswende 2020/21 deutlich geringer ist als die gesamte Anzahl der Fälle mit einer laborbestätigten SARS-CoV-2-Infektion.



Abbildung 1: (für größere Darstellung klicken) Eigene Darstellung, Datenquelle InEK



Abbildung 2: (für größere Darstellung klicken) Eigene Darstellung, Datenquelle InEK

Die Hauptdiagnosen, die nicht einer akuten Atemwegserkrankung entsprechen und zu denen als

Nebendiagnose eine nachgewiesene SARS-CoV-2-Infektion gemeldet wurde, sind weit gestreut und reichen von Hirn- und Herzinfarkten über Harnwegsinfektionen und Gehirnerschütterung bis zu Oberschenkelhalsbrüchen. Im Grunde decken sie das gesamte Spektrum der im Krankenhaus behandelten Fälle ab, außer dass bei der stationären Aufnahme ein positiver PCR-Test festgestellt wurde. Anhand der InEK-Abrechnungsdaten ist also sehr gut unterscheidbar, welche COVID-19-Fälle primär aufgrund der Symptome einer SARS-CoV-2-Infektion behandelt wurden und bei welchen Fällen eine COVID-19-Erkrankung nur eine Nebendiagnose darstellt.

Die hohe Anzahl von hospitalisierten COVID-19-Fällen ohne akute Atemwegserkrankung zum Jahreswechsel 2020/21 spiegelt dabei die hohe Anzahl von PCR-Tests in der Bevölkerung wider. Während in der 13. Kalenderwoche 2020 gemäß der Testzahlen des RKI insgesamt knapp 380.000 Tests durchgeführt wurden, waren es in der 50. Kalenderwoche 1,5 Millionen.

Da der Anteil der COVID-19-Fälle ohne akute Atemwegserkrankung auch auf den Intensivstationen ähnlich hoch ist wie bei den gesamten Hospitalisierungen, muss man davon ausgehen, dass insbesondere um die Jahreswende 2020/21 wahrscheinlich nur maximal zwei Drittel der auf den Intensivstationen verstorbenen COVID-19-Fälle tatsächlich Opfer einer SARS-CoV-2-Infektion geworden sind. Das wiederum wirft die Frage auf, ob aufgrund der hohen Testzahlen ein nicht unbeträchtlicher Anteil der offiziellen COVID-19-Opfer in Wirklichkeit an anderen Ursachen gestorben ist und die vom Expertenbeirat erklärte Übersterblichkeit aufgrund von COVID-19 nicht andere Gründe hat.

Zahl anderer Intensivfälle wächst nach Lockdown stark

Die Anzahl der intensivmedizinisch behandelten Fälle abseits von akuten Atemwegserkrankungen ist nach dem ersten Lockdown erheblich angestiegen. Für die Vermutung, dass die Übersterblichkeit auch auf andere Ursachen, als das Coronavirus zurückzuführen ist, spricht auch die im Vergleich zu 2019 hohe Anzahl aller stationär aufgenommenen Fälle mit Intensiv-Aufenthalt von der 22. bis zur 42. Kalenderwoche 2020, wie dies in Abbildung 3 ersichtlich ist.



Abbildung 3: Eigene Darstellung, Datenquelle InEK

Da der Zuwachs der Anzahl aller Fälle mit intensivmedizinisch behandelten akuten Atemwegserkrankungen, unabhängig davon, ob eine SARS-CoV-2-Infektion nachgewiesen wurde oder nicht, in diesem Zeitraum nur bei unter zehn Prozent liegt, müssen andere Ursachen für den Anstieg der Fälle auf den Intensivstationen verantwortlich sein. Tatsächlich lag zwischen der 22. und 42. Kalenderwoche 2020 die Anzahl der intensivmedizinisch behandelten Fälle mit Schlaganfällen, Krebs, Leberzirrhose und anderen Krankheitsbildern zum Teil deutlich höher als im Vergleichszeitraum im Jahr 2019, wie Abbildung 4 zeigt.



Abbildung 4: Eigene Darstellung, Datenquelle InEK

Da, wie aus Abbildung 5 zu erkennen ist, im gleichen Zeitraum die Anzahl aller hospitalisierten Fälle in 2020 im Vergleich zu 2019 signifikant zurückgegangen ist, können die hier gewonnenen Erkenntnisse ein Hinweis darauf sein, dass aufgrund der Verschiebung von nicht dringend notwendigen Eingriffen und der geringeren Nutzung von Krankenhausleistungen die Krankheitsfälle kritischer verlaufen sind und dementsprechend auch mehr Todesopfer gefordert haben.



Abbildung 5: Eigene Darstellung, Datenquelle InEK

Abbildung 5 ist zudem zu entnehmen, dass sich die Anzahl aller stationär aufgenommenen Fälle mit akuten Atemwegserkrankungen trotz COVID-19 seit Beginn der Coronakrise auf einem niedrigeren Niveau befindet als in 2019 und sich dieser Trend in 2021 fortsetzt.

Tatsächliche Krankenhausbelegung widerspricht Lockdown-Begründung

Auch die Krankenhausbelegungstage spiegeln dieses Bild wieder. Auffällig ist, dass die Lockdowns immer dann in Kraft traten, als sich die jeweilige Auslastung der Krankenhäuser deutlich unter dem Niveau des Vorjahres befand, wie Abbildung 6 zeigt. Obwohl als Grund der Maßnahmen stets ein Schutz des

Gesundheitssystem vor einer Überlastung angegeben wurde, haben die tatsächliche Belegung und die Kapazität der Krankenhäuser bei den Entscheidungen erkennbar keine Rolle gespielt.



Abbildung 6: Eigene Darstellung, Datenquelle InEK

Fazit

Sinn der Maßnahmen zur Eindämmung von COVID-19 war es offiziell, das deutsche Gesundheitssystem vor einer Überlastung zu schützen, jedoch nicht, die Krankenhausbelegungstage dauerhaft zu senken und die daraus resultierenden Erlösausfälle der Krankenhäuser mit Milliardenbeträgen aus Steuergeldern zu kompensieren.

Zur Erinnerung: Gesundheitsminister Spahn war im September 2020 mithilfe des Berichts des Expertenbeirats zu dem Schluss gelangt, dass die Maßnahmen im Frühjahr 2020 über das Ziel hinausgeschossen waren und ein zweiter Lockdown daher nicht notwendig sei. Anhand der vorliegenden Daten ist es sachlich nicht nachvollziehbar, warum Bundeskanzlerin Merkel und die Ministerpräsidenten der Länder diesen Fehler ein zweites Mal begingen und Ende 2020 weitere Lockdowns beschlossen. Wie zu erwarten führten diese zu einer noch geringeren generellen Auslastung der Krankenhäuser.

Dass trotz der niedrigen Auslastung die intensivmedizinisch behandelten Fälle abseits akuter Atemwegserkrankung im Vergleich zu 2019 zum Teil deutlich angestiegen sind, ist ein Hinweis darauf, dass die Verschiebung von nicht notwendigen Eingriffen und die geringere Nutzung von Krankenhausleistungen sogar Menschenleben forderten. Damit wären die Maßnahmen nicht nur unnötig und kostenaufwändig, sondern kontraproduktiv gewesen.

Über den Autor: Karsten Montag, Jahrgang 1968, hat Maschinenbau an der RWTH Aachen, Philosophie, Geschichte und Physik an der Universität in Köln sowie Bildungswissenschaften in Hagen studiert. Er war viele Jahre Mitarbeiter einer gewerkschaftsnahen Unternehmensberatung, zuletzt Abteilungs- und Projektleiter in einer Softwarefirma, die ein Energiedatenmanagement- und Abrechnungssystem für den Energiehandel hergestellt und

vertrieben hat.

+++

Danke an den Autor für das Recht zur Veröffentlichung des Beitrags.

+++

Dieser Beitrag erschien zuerst am 30. Oktober 2021 im [Online-Magazin multipolar.](#)

+++

Bildquelle: nimito / shutterstock