

Die frisch vorgelegten Abrechnungsdaten der Krankenkassen mit den Kliniken bergen allerlei Kuriositäten: Der Rekordleerstand in Deutschlands Hospitälern hat sich zugespitzt und die sogenannten Corona-Fälle schlugen sich in einer Belegungsquote von nur 2,3 Prozent nieder. Die vielbeschworene „Überlastung“ geben die Zahlen nicht her, so wenig wie sie das Narrativ von der schweren Covid-19-Last stützen. Bei genauerem Hinsehen wurden Abertausende Erkrankte und Tote aufs falsche Konto gebucht. Das kann man kreative Buchführung nennen oder einfach nur Betrug. Von **Ralf Wurzbacher**.

Dieser Beitrag ist auch als Audio-Podcast verfügbar.

https://www.nachdenkseiten.de/upload/podcast/220211_Corona_Panoptikum_die_neuesten_Krankenhausdaten_NDS.mp3

Podcast: [Play in new window](#) | [Download](#)

Was wenige wissen: 2020 herrschte in Deutschlands Kliniken, anders als man es bei einer „epidemischen Notlage von nationaler Tragweite“ erwarten würde, historischer Leerstand. Zuletzt im Jahr 1997 gab es [weniger Behandlungen](#) und nie seit der deutschen Wiedervereinigung war die Bettenauslastung mit [knapp über 67 Prozent](#) auch nur annähernd so gering wie im Jahr eins der Pandemie. Doch jetzt ist klar: Das zweite Jahr der Corona-Krise hat den Minusrekord noch einmal „getoppt“. Wurden im Jahr davor rund 16,77 Millionen Krankenhausfälle gezählt - nach 19,2 Millionen 2019 - waren es 2021 mit zirka 16,66 Millionen noch einmal über 100.000 weniger.

Hervor geht dies aus den vor wenigen Tagen vom [Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH \(InEK\)](#) veröffentlichten Abrechnungsdaten der deutschen Kliniken mit den Krankenkassen. Im Unterschied zu den oft gesendeten TV-Reportagen aus ausgewählten Covid-19-Corona-Stationen, die Ärzte und Pfleger am Rande mentaler und körperlicher Erschöpfung zeigen, liefert das InEK-Zahlenmaterial ein unaufgeregtes Abbild der Versorgungssituation in der Fläche. Dadurch gewinnt man einen besseren, weil umfassenden Überblick darüber, was in deutschen Hospitälern in zwei Jahren des „vermeintlichen Gesundheitsnotstands“ wirklich los war - oder eben nicht. Die [Datenbank](#) ermöglicht überdies erhellende Einsichten in das „Betriebssystem“ des medizinischen Corona-Managements, die dem Publikum des täglichen Corona-Panikorchesters vorenthalten werden.

2,3 Prozent „Covid-19-Fälle“

Lag die Gesamtauslastung der Kliniken 2020 um 13 Prozent unter der im Jahr 2019, haben sich die Einbußen mit etwa 13,4 Prozent (gegenüber 2019) noch einmal verstärkt. Die Belegungstage verharrten auf dem Vorjahresniveau und blieben damit um ebenfalls 13 Prozent hinter 2019 zurück. Das erscheint insofern verwunderlich, als die Corona-Hypothek eigentlich deutlich schwerer wog als noch 2020. Die zweite Welle im Winter und die dritte im Frühjahr hatten ungleich mehr Infektions-, Krankheits- und Todesfälle gefordert als die erste Welle und der Beginn der zweiten im Jahr 2020. Das bestätigen auch die InEK-Daten: Während 2020 insgesamt rund 176.000 Patienten mit einer U07.1-Kodierung in der Nebendiagnose geführt wurden, waren es 2021 mit fast 385.000 mehr als doppelt so viele. Codes beziehungsweise Schlüsselnummern sind bestimmten Diagnosen, Krankheitsbildern und Behandlungsroutinen zugeordnet. U07.1 umfasst nach den Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) alle Fälle, „bei denen das Virus SARS-CoV-2 durch Labortest nachgewiesen wurde“, unabhängig davon, ob ein Patient ursächlich wegen eines anderen Leidens in Behandlung ist und quasi nur nebenbei positiv getestet wird.

Bezogen auf die Gesamtbelegung schlugen die so kategorisierten Covid-19-Patienten im Jahr 2020 lediglich mit einer Quote von knapp über einem Prozent zu Buche. Dagegen waren es 2021 schon etwas mehr als 2,3 Prozent. Deutlicher sind die Verschiebungen bei den Covid-19-Intensivpatienten. Diese machten 2020 bei einer Gesamtzahl von nahezu 40.000 etwa zwei Prozent aller Fälle aus. 2021 entsprachen rund 98.000 Behandlungsfälle einer Quote von über 5,2 Prozent. Hier zeigt sich jedoch eine Auffälligkeit: Während 2020 nur 22 Prozent aller Covid-19-Hospitalisierungen zu einem Fall für die Intensivmedizin wurden, waren es im Folgejahr über 25 Prozent. Das erscheint sonderbar, weil man annehmen sollte, dass die Behandlungsfortschritte nach einem Jahr Pandemieerfahrung sich günstig auf die Schweregrade und Verläufe der Krankheit auswirken. Dazu kommt, dass die ab der zweiten Jahreshälfte dominante Delta-Variante verglichen mit dem ursprünglichen Wuhan-Virus als weniger gefährlich gilt. Genau das spiegelt sich dann auch in den Todeszahlen wider. 2020 starben von allen Intensivpatienten etwa 34 Prozent, 2021 lediglich noch 32,8 Prozent.

Bloß nicht ins Krankenhaus

Dass das Vorjahr dagegen verhältnismäßig mehr Intensivpatienten hervorgebracht hat, ist nur eine von diversen Kuriositäten, die das Studium der InEK-Datensammlung ans Licht befördert. Dazu gehört die Frage, wie trotz einer zahlenmäßig schwereren Corona-Last in der Jahresendabrechnung noch einmal weniger Patienten den Weg in die Kliniken fanden als 2020. Müssten sich 208.000 zusätzliche Covid-19-Patienten nicht in höheren Belegungszahlen niederschlagen? Sofern der Klinikleerstand medial überhaupt einmal behandelt wird, dann stets mit dem Hinweis, dies begründe sich insbesondere mit den

vielen abgesagten oder aufgeschobenen Operationen, wodurch Kapazitäten für potenzielle Covid-19-Zugänge geschaffen worden seien. Während das Argument für 2020 eine - wenn auch begrenzte - Berechtigung hat, greift es für 2021 nicht mehr. Anders als in der Frühphase der Krise gab es im vergangenen Jahr kein politisch verordnetes Freihaltegebot. Vielmehr muss man den Klinikdirektoren sogar ein gesteigertes Interesse unterstellen, das Flautejahr 2020 mit einer Behandlungsoffensive zu kompensieren.

Die Talfahrt setzte sich aber sogar fort, was vor allem eine Ursache hat: Die durch zwei Jahre Angstpropaganda verschreckten Menschen im Land machen einen großen Bogen um die Krankenhäuser aus Sorge, sich selbst todbringend mit dem Virus anzustecken. Das mag in gewissem Umfang ein Gewinn sein, weil nirgendwo sonst so unnötig viel behandelt, therapiert und operiert wird wie in Deutschland. Bei einem Schwund von 2,5 Millionen Krankenhausfällen ist gleichwohl von schwerwiegenden Folgewirkungen für eine Vielzahl an Menschen auszugehen, die eine mithin lebenswichtige Therapie nicht erhalten haben. Das Ausmaß der durch die Corona-„Schutzmaßnahmen“ und ihre PR-Begleitung bedingten Kollateralschäden lässt sich nicht beziffern, so wenig wie die Zahl der verhinderten Genesungen oder durch sie provozierten Erkrankungen. Sicher erscheint nur, dass die Zukunft noch viel Leid bereithalten wird.

„Falsche“ Corona-Patienten

Zurück zu den Merkwürdigkeiten der InEK-Daten. Es lohnt sich, zu schauen, welche Arten von Patienten mit der Kodierung U07.1 erfasst sind, und dies damit abzugleichen, was einen Corona-Patienten eigentlich ausmacht. Ein solcher muss einen positiven PCR-Befund haben, Covid-19-typische Symptome zeigen und wegen seiner Virulenz isoliert werden. Der „Kodierleitfaden für die Intensivmedizin 2022“, ein jährlich aktualisiertes Handbuch für Mediziner, mitverfasst vom Heidelberger Internisten Markus Thalheimer, schlüsselt dagegen eine Konstellation von Codes für das auf, was gemeinhin als asymptomatischer Corona-Patient bezeichnet wird. Nach Auskunft der Pressestelle des Universitätsklinikums Heidelberg beschreibt dies Fälle, welche „wegen anderer Erkrankungen“ stationär versorgt würden (zum Beispiel Unfall), bei denen „Corona im Screeningtest nachgewiesen“ werde und „die deswegen isoliert werden müssen, aber nicht an Covid-19 erkrankt sind“. Kombiniert man die dazu im Leitfaden angegebenen Schlüssel Z29.0 („Isolierung als prophylaktische Maßnahme“) und Z22.8 („Keimträger sonstiger Infektionskrankheiten“) mit dem Kode U.07.1, spuckt die Datenbank für 2021 nur noch 204.000 statt 385.000 Treffer aus. Die Zahl der intensivmedizinischen Behandlungen schrumpft durch die Eingrenzung von 98.000 auf nur noch 54.500.

Faktisch wurden also Zehntausende sogenannte Corona-Kranke weder isoliert noch litten

sie unter den spezifischen Symptomen, woraus sich schließen lässt: Es handelte sich bei ihnen gar nicht um „echte“ Corona-Patienten. Trotzdem hielten es die Verantwortlichen zu keinem Zeitpunkt für nötig, über diese stattliche Unwucht in der Statistik aufzuklären und dem polit-medialen Getöse von mit Covid-19-Kranken überlaufenen Intensivstationen zu widersprechen. Im Gegenteil haben die Klinikmanager offenbar Geschmack an all dem gefunden. Vergleicht man nämlich die Jahre 2020 und 2021, dann hat die Gruppe der „falschen“ Corona-Fälle im vergangenen Jahr anteilig sogar noch zugenommen.

Mitläufer steigern Völlegefühl

Über eine andere Gruppe, die der „Corona-Verdächtigen“, hatten die NachDenkSeiten unter anderem [hier](#) berichtet. Für die unter der Kodierung U07.2 laufenden Fälle liegt kein oder ein negativer PCR-Test vor. Dennoch soll bei ihnen laut WHO-Definition eine Infektion „klinisch-epidemiologisch“ bestätigt worden sein. Obwohl etwa Experten der Initiative Qualitätsmedizin (IQM), eines großen Klinikverbunds, feststellten, dass es sich bei diesen Patienten aufgrund niedrigerer Todesziffern und abweichender Behandlungsprozeduren „um eine andere Population als bei den nachgewiesenen Covid-19-Fällen“ handele, laufen die Betroffenen doch irgendwie im großen Corona-Panoptikum mit.

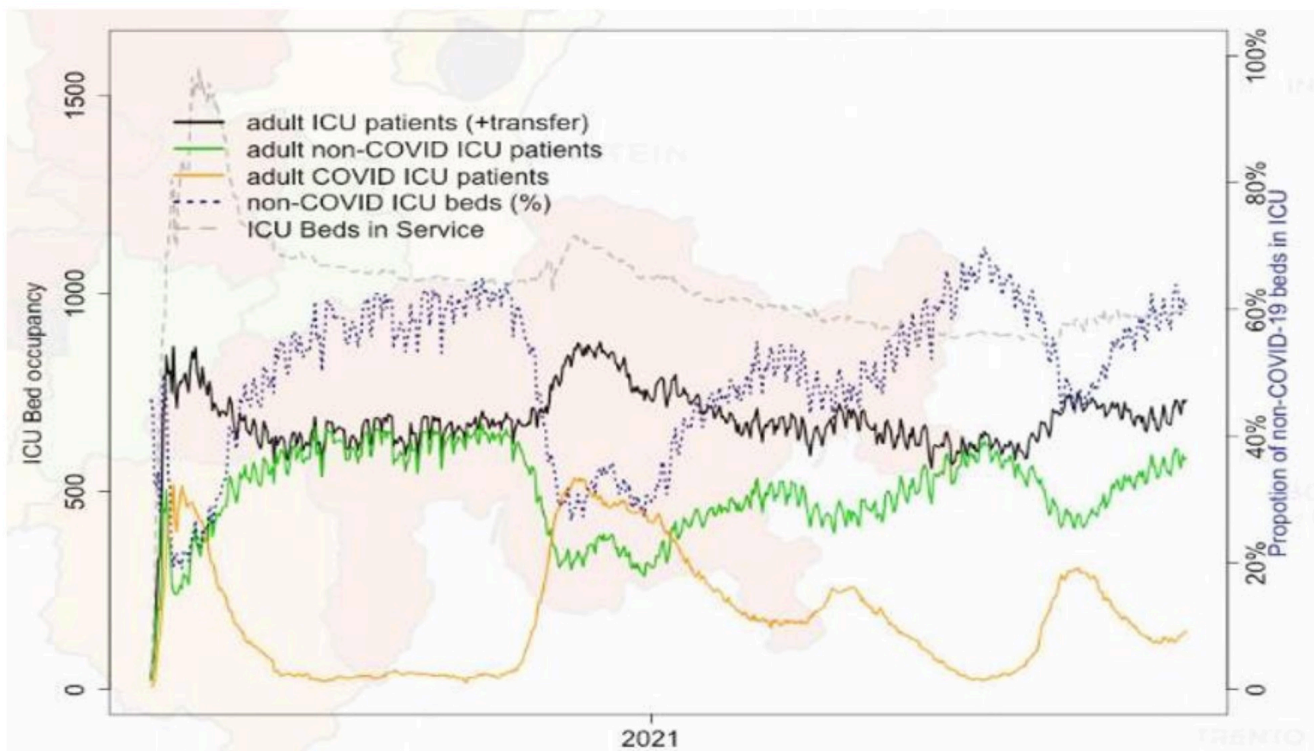
Zwar werden Verstorbene nicht unter Covid-19-Toten geführt. Und auch das Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) hat die Gruppe in seinen durch das Bundesgesundheitsministerium (BMG) beauftragten [„Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise“](#) vom 30. April 2021 nicht berücksichtigt. Trotzdem spielen sie, da wenigstens informell als Corona-Fälle klassifiziert, eine Art von Statistenrolle, wann immer von der vermeintlichen Überlastung der Kliniken die Rede ist. Soll heißen: Mit ihnen fühlt sich alles noch viel voller an. Schließlich kamen in zwei Jahren 446.000 dieser Fälle zusammen, davon allein knapp 75.000 auf Intensivstation. Weshalb sich einmal mehr die Frage stellt: Warum haben die Verantwortlichen nicht kommuniziert, dass diese Gruppe wohl in großer Mehrheit nicht zur Corona-Krise beiträgt? Und wieso hat die WHO überhaupt den Kode U07.2 aufgesetzt, wohlgerne für Menschen, die keinen positiven PCR-Laborbefund haben?

Konstante Krankheitslast

Das oben angesprochene Paradoxon, dass eine neu hinzugekommene Krankheit mit einer zahlenmäßig signifikanten Patientenpopulation die Versorgungskapazitäten trotzdem nicht zusätzlich strapaziert und nicht an beziehungsweise über ihre Grenzen bringt, zeigt sich an verschiedenen Stellen. Für Schlagzeilen hatte das unter der Bezeichnung „Divigate“ aufgeflogene Versteckspiel mit Intensivbetten gesorgt, bei dem sich mehrere Tausend

Behandlungsplätze praktisch in Luft auflösen. Auslöser dafür waren im Wesentlichen finanzielle Fehlanreize, die die Bundesregierung gesetzt hatte und zu Mitnahmeeffekten führten. Der vermeintliche Druck bei der Intensivbettenbelegung war in der Fläche zu keinem Zeitpunkt real, sondern einer Mischung aus politischem Versagen (Absicht?) und der [kreativen Buchführung](#) von Klinikmanagern geschuldet. Tatsächlich blieben die Belegungszahlen der Intensivstationen für die gesamte Dauer der Pandemie auf einem ziemlich konstanten Niveau, nahezu unberührt davon, wie hoch gerade die Corona-Welle schwappte. Wie in einem System kommunizierender Röhren nahm die Last durch sonstige Patienten bei zunehmender Corona-Last ab und umgekehrt wieder zu, sobald die Zahl der Covid-19-Fälle wieder abfiel.

Dieses durch die Eidgenössische Technische Hochschule Zürich (ETH) erstellte Schaubild zur Intensivpflegebelegung in den Schweizer Kliniken veranschaulicht die Vorgänge eindrücklich.



Quelle: ETH

Grün - Intensivpatienten ohne Covid

Gelb - Intensivpatienten mit Covid

Schwarz - Intensivpatienten gesamt

Nicht mehr Atemwegsleiden

Dasselbe Phänomen zeigt sich bei den Fallzahlen zu akuten respiratorischen Atemwegserkrankungen (Severe Acute Respiratory Infection - SARI), die etwa durch Erreger wie Influenza-, Rhino- oder Humane Metapneumoviren (hMPV) verursacht werden. Obwohl darunter auch Infektionen mit SARS-Cov-2 subsumiert sind, gab es sowohl 2020 als auch 2021 nicht mehr, sondern sogar weniger Fälle als noch 2019. Und während zwar der Anteil der SARI-Fälle mit positivem Corona-Test jeweils deutlich zugelegt hat, ging der Anteil anderer Erreger bei den Befunden wie von Zauberhand zurück. Auch hierfür gab es eine anfangs schlüssig wirkende Erklärung: Demnach hätten die AHA-Maßnahmen, also Abstandsregeln und Isolierungsmaßnahmen, saisonal gängige Erreger ein Stück weit zurückgedrängt. Inzwischen ist das Argument allerdings schwerlich haltbar: Obwohl die Bestimmungen seit Monaten sehr viel weniger streng sind, ist die Zahl der nicht corona-assoziierten SARI-Fälle nicht signifikant gestiegen.

Einmal mehr helfen die InEK-Daten, dem Geheimnis auf die Spur zu kommen. Dort sind sämtliche Atemwegsleiden unter den Hauptdiagnosen mit dem Buchstaben J aufgeführt. Covid-19 taucht hier namentlich nicht auf, weil die Krankheit ausnahmslos als Nebendiagnose kodiert wird. Die Fälle finden sich offenbar in großer Zahl unter der Schlüsselnummer J12.8, „Pneumonie durch sonstige Viren“. Davon gab es 2019 knapp über Tausend Fälle, 2020 dann etwa 90.000 und 2021 knapp über 200.000. Kein Zufall: Diese Werte sind fast deckungsgleich mit der Zahl der oben ermittelten Covid-19-Patienten, die Symptome zeigen, isoliert werden und nicht „Keimträger sonstiger Infektionskrankheiten“ sind.

PCR-Verschiebepark

Aber auch das müssen deshalb nicht allesamt „echte“ Corona-Fälle sein, dergestalt, dass allein das SARS-Cov-2-Virus die Hospitalisierung begründen würde. Betrachtet man die anderen J-Schlüssel, wird ersichtlich, dass die Fallzahlen gegenüber dem Jahr 2019 an vielen Stellen massiv eingebrochen sind, wobei dieser Trend auch im Vergleich der Jahre 2020 und 2021 anhält. Gab es zum Beispiel 2019 noch 72.000 Fälle von „akuter Bronchitis, nicht näher bezeichnet“ (J20.9), waren es 2020 noch 43.000 und 2021 nur 32.000. Eine Abfolge in ähnlicher Größenordnung zeigt sich auch bei „Pneumonie, nicht näher bezeichnet“ (J18.9) oder „Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet“ (J18.0). Die schwerwiegenden SARI-Fälle sind unter den Codes J09 bis J22 aufgeschlüsselt, wobei jede Rubrik zumeist mehrere Spezifizierungen enthält. Bei insgesamt über 40 Diagnosen liegen

die Fallzahlen für 2021 bis auf fünf Ausnahmen unter denen von 2019 - zumeist sehr deutlich.

Die Fülle an Beispielen folgt augenscheinlich einem Muster: Wo immer irgendwie ein Virus im Spiel ist, haben sich die Fälle geradewegs verflüchtigt, beziehungsweise sind sie mutmaßlich ins Corona-Lager übergelaufen. Ist kein Virus beteiligt, wie etwa bei einer „Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes“ (J69.0), bewegen sich die Fallzahlen im Dreijahresrückblick auf praktisch identischem Level.

Überzogene Todeszahlen

Kurzum: Die InEK-Daten liefern starke Indizien dafür, dass eine im Bereich der Atemwegsinfektionen im saisonalen Normalbereich befindliche Krankheitslast in einem wohl nicht unerheblichen Ausmaß auf das Corona-Konto umgeschichtet wird, wobei als „Beweisstück“ ein positiver PCR genügt. Das soll nicht bedeuten, dass Covid-19 keine originär neue Krankheit mit spezifischen Symptomen und einer besonderen Gefährlichkeit ist. Allerdings werden die Fallzahlen mit großer Wahrscheinlichkeit deutlich zu hoch angesetzt.

Das betrifft auch die Angaben zu den Todesopfern, die sich mittlerweile auf knapp 120.000 summieren sollen. Bekanntlich schert die Zahl alle „an“ und „mit“ Corona Verstorbenen über einen Kamm. Allein in den Krankenhäusern haben von den U07.1-Kodierten 2020 und 2021 fast 94.000 ihr Leben gelassen. Bereinigt man den Wert nur um die „falschen“ Covid-19-Fälle - weil ohne Symptome, ohne Isolierung und „Keimträger sonstiger Infektionskrankheiten“ - bleiben 53.643 Fälle übrig.

Hinweis: In den InEK-Daten sind eigens Fälle möglicher Impfnebenwirkungen und -schäden aufgeführt - weit über 20.000 für das Jahr 2021. Die NachDenkSeiten berichten darüber in der nächsten Woche.

Titelbild: Cryptographer/shutterstock.com

