

multipolar-magazin.de

Kliniken 2020: Falsche Corona-Fälle, Patientenschwund und selbstgemachter Notstand

14-17 Minuten

Überlastete Kliniken, Schwerkranke, die nicht behandelt werden können: Seit Beginn der Corona-Krise ist die Angst vor diesem Szenario in der Öffentlichkeit präsent – und dient als Begründung für immer schärfere Lockdown-Maßnahmen mit weitreichenden existenziellen und psychischen Folgen. Doch was passierte 2020 wirklich in den Krankenhäusern? Eine neue Analyse der Initiative Qualitätsmedizin (IQM), in der rund 500 Kliniken in Deutschland und der Schweiz organisiert sind, offenbart nun ein anderes Bild. Auch eine aktuelle Recherche der ZEIT belegt eine maßlose Übertreibung des Corona-Problems.

SUSAN BONATH, 18. Februar 2021, [4 Kommentare](#)

„Kranke“, die nicht krank waren

Die Zahl 5.639 überschattete den Jahreswechsel zu 2021. So viele angebliche COVID-19-Intensivpatienten [führte](#) das Register der Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, kurz DIVI, am letzten Tag des ersten Pandemiejahres 2020 auf – Tendenz damals noch weiter steigend. Alles schwerkranke Corona-Patienten? Mit dem

Damoklesschwert der Triage wurde die Öffentlichkeit in Panik versetzt. Erst Mitte Dezember war der Lockdown verschärft worden.

Doch viele Skeptiker trauten schon damals den Zahlen nicht. Es war bekannt, dass jeder Patient zunächst einen PCR-Test auf das Coronavirus SARS-CoV-2 bekam, bevor er in einer Klinik behandelt wurde – egal ob es um eine Krebs-Therapie oder eine Knie-OP ging. Dieses Vorgehen hat tatsächlich viele Zufallsfunde zutage gefördert, die trotz positivem Befund keine Symptome der Lungenerkrankung COVID-19 zeigten, wie aus einem Bericht der ZEIT diese Woche [hervorgeht](#).

Demnach räumten 20 Kliniken aus ganz Deutschland ein, dass 20 bis 30 Prozent der „COVID-19-Patienten“ wegen ganz anderer Erkrankungen oder für eine Entbindung ins Krankenhaus gekommen waren. Wegen eines positiven Tests listete sie das Robert-Koch-Institut (RKI) trotz fehlender Symptomatik als COVID-19-Patienten auf. Auch die DIVI räumte auf Nachfrage der ZEIT ein: Auf den Intensivstationen werde jeder zehnte im Register aufgeführte Patient wegen anderer Erkrankungen behandelt. Derweil dienen gerade diese Zahlen der Politik als Alarmmelder für „schwere Fälle“.

Das Robert-Koch-Institut (RKI) winkte auf Anfrage der Journalisten ab: Das „harte Kriterium“, um als COVID-Fall in die Daten einzugehen, sei nun mal ein positiver Test. Doch selbst davon gibt es derzeit immer weniger. Von Anfang Januar, als der Höchststand von „COVID-Fällen“ auf Intensivstationen (ITS) mit 5.762 angegeben worden war, bis zum 18. Februar sanken die Zahlen um rund 45 Prozent. Wer von den [aktuell 3.177 Patienten](#) an COVID-19 leidet, bleibt unklar.

Weniger Patienten als im Vorjahr

Die Horrorszenarien stimmen in weiten Teilen offensichtlich nicht mit der Realität überein. Dafür sprechen auch neue Daten der IQM, die der Verband von 431 deutschen Kliniken erhoben und am 16. Februar [veröffentlicht](#) hat. Das ist ein Viertel aller Krankenhäuser in der Bundesrepublik, die 2020 rund ein Drittel aller Betten stellten.

Demnach behandelten die Einrichtungen letztes Jahr insgesamt rund sechs Millionen Menschen – fast eine Million weniger als 2019, wie Tabelle 1 belegt. Tabelle 4 gibt einen tieferen Einblick. Danach gingen auch die Patientenzahlen auf den Intensivstationen dieser Häuser gegenüber dem Vorjahr um fast 5 Prozent zurück. Die Anzahl der Behandelten mit Erkrankungen der Atemwege, sogenannte SARI-Fälle (Schwere Akute Respiratorische Infektion), zu denen COVID-19 gehört, schrumpfte sogar um gut zehn Prozent. Die Sorge um fehlende Beatmungsplätze kann diese Studie ebenfalls nicht untermauern: Eine invasive Intubation mussten rund 163.000 Menschen über sich ergehen lassen. Das waren 6,4 Prozent weniger als 2019.

Über den Grund für den Rückgang der Patientenzahlen lässt sich spekulieren. Die Annahme, andere Erkrankungen könnten zurückgegangen sein, ist wenig plausibel. Dieser Fakt korreliert allerdings mit Hunderttausenden verschobenen Operationen vor allem im Frühjahr, darunter auch Krebsbehandlungen.

Höherer Anteil an Sterbefällen

Gestiegen ist allerdings der Anteil der Todesfälle in den Krankenhäusern. 2019 überlebten 2,3 Prozent aller Patienten ihren Klinikaufenthalt nicht. 2020 starben 2,7 Prozent. Dass SARI-Fälle, in der Regel schwere Lungenentzündungen, häufiger zum Tod führten, fällt besonders ins Gewicht. Während

2019 insgesamt 12 Prozent dieser Patienten starben, überlebten im Folgejahr 15 Prozent ihre Erkrankung nicht. Die Todesfälle in den Intensivstationen insgesamt nahmen aber nur geringfügig um 0,6 Prozent zu. Die absolute Zahl der Verstorbenen, die zuvor beatmet wurden, sank indes leicht von 52.450 auf 51.375.

Bis hierhin ist festzuhalten: Insgesamt starben 2020 insgesamt 0,3 Prozent mehr Menschen in den untersuchten Kliniken, als im Jahr davor, dies aber von 13,6 Prozent weniger Patienten, womit die Sterberate um 0,4 Prozentpunkte stieg. Anders gesagt: Die Anzahl schwerer Atemwegserkrankungen ging zurück, zugleich führten diese häufiger zum Tod. Ob dies tatsächlich an der besonderen Schwere von COVID-19-Erkrankungen liegt oder an einer möglicherweise inadäquaten Behandlung in einem finanziell unter Druck stehenden Gesundheitssystem, ist unklar.

IQM-Daten: COVID-Fälle ohne COVID

Die neuen Zahlen der IQM bestätigen auch Recherchen der ZEIT: Wer als COVID-Fall gilt, muss nicht immer COVID haben. Tabelle 2 zeigt Fälle auf, die zwei verschiedenen Diagnoseschlüsseln zugeordnet wurden: U07.1 und U07.2. Ersterer steht für mittels PCR-Test „bestätigte COVID-19-Fälle“, letzterer fasst sogenannte „COVID-19-Verdachtsfälle“ zusammen. Diese wurden bemerkenswerterweise negativ getestet. Um als Verdachtsfall vermerkt zu werden, reicht bereits ein nachgewiesener Kontakt zu einer positiv getesteten Person – unabhängig vom Krankheitsbild – oder eine Lungenentzündung.

Demnach behandelten die IQM-Kliniken etwa 69.000 positiv getestete COVID-Patienten und 84.000 negativ getestete „Verdachtsfälle“. Die Frage, ob für letztere die gleichen Hygiene-

Sondermaßnahmen galten, beantwortet die Studie nicht. Sollte dies der Fall sein, dürfte sich das verschärfend auf die Lage ausgewirkt haben.

Angesichts dieser Zuordnungskriterien ist es auch wenig erstaunlich, dass nur zwei Drittel der 69.000 positiv Getesteten und drei Viertel der negativ getesteten Patienten in den COVID-Datenbanken überhaupt eine Atemwegserkrankung hatten, also ein SARI-Fall waren.

Hohe Sterberate bei Positiven und Beatmeten

Zieht man die SARI-Fälle heran, stellt man Erstaunliches fest: Waren diese Patienten positiv getestet, lag die Beatmungsrate mit 20,2 Prozent niedriger als bei den negativ getesteten SARI-Fällen (25 Prozent). Zugleich starben von den positiv getesteten SARI-Betroffenen mehr (23,2 Prozent), als bei den negativ Getesteten (14,6 Prozent).

Erschreckend gering stellt sich in den IQM-Daten die Überlebensrate von invasiv beatmeten Patienten dar. Fast die Hälfte der positiv getesteten Betroffenen (46,4 Prozent) starben, bei den negativ getesteten „Verdachtsfällen“ waren es 33,9 Prozent. Insgesamt fanden fast 40 Prozent der Positiven auf Intensivstationen den Tod, unabhängig von der Behandlung, bei Menschen mit Verdachtsdiagnose waren dies gut 23 Prozent.

Der Chefarzt der Lungenklinik Moers, Thomas Voshaar, beklagte nicht als einziger Fachexperte eine zu frühe Intubation, also invasive Beatmung, von Patienten mit einer COVID-19-Diagnose. Er sehe davon ab, [sagte](#) er gegenüber der Frankfurter Rundschau. Er wies damit eine um drei Viertel niedrigere Todesrate bei den COVID-Fällen aus. Häufig, so der Fachmann, führe die Intubation selbst zum Tod.

Die Beatmungsrate bei „COVID-Fällen“ beträgt laut DIVI-Register aktuell 57 Prozent – liegt also sehr hoch. Möglicherweise spielen dabei höhere Fallpauschalen für invasiv Intubierte eine Rolle. So verschafft diese Behandlung den Kliniken hohe Einnahmen. Darüber [berichtete](#) die WELT schon zu Beginn der Corona-Krise im April 2020.

Deutlich höhere Todesrate im letzten Quartal

In Tabelle 3 fördert die IQM-Analyse einen weiteren bedenklichen Befund zu Tage: In der sogenannten zweiten Corona-Welle stieg der Anteil der Verstorbenen an den insgesamt behandelten positiv Getesteten drastisch an. Unter der Rubrik „1. Welle“ erfasste die IQM den Zeitraum bis zur Kalenderwoche 40, also bis Anfang Oktober. Das letzte Jahresquartal deklarierte der Verband als „2. Welle“.

In „Welle 1“ starben demnach 16,8 Prozent aller Patienten. Von den danach bis Jahresende Behandelten verließen 18,9 Prozent das Krankenhaus nicht lebend. Der Anteil der SARI-Fälle an den positiv Getesteten lag in „Welle 1“ bei 72,5 Prozent, von diesen starben 20,9 Prozent. In „Welle 2“ betrug ihr Anteil nur noch 66,7 Prozent, von denen nunmehr 24,8 Prozent starben. Die Sterberate bei positiv Getesteten lag in den Intensivstationen in „Welle 1“ bei 32,6 Prozent, in „Welle 2“ kletterte sie auf 42,5 Prozent. Bei den Beatmungspatienten war der Anstieg der Sterberate noch gravierender: von 38,5 auf 50,7 Prozent.

Falsche Behandlung? IQM hofft auf Einzelfalldaten

Die IQM begründet die höhere Sterblichkeit in „Welle 2“ unter anderem wie folgt: „Das mittlere Alter der Patienten der zweiten Welle war mit 64,6 Jahren vier Jahre höher als die 60,4 Jahre der ersten Welle.“ Da dem Verband keine Daten zu den

verabreichten Medikamenten und den jeweiligen Einzelfällen übermittelt worden seien, könne man „hierzu lediglich spekulieren“. Die Autoren hofften, „dass Registerdaten mit auf die individuellen Patienten bezogenen Analysen bald Aufschluss über die möglichen Ursachen geben werden“.

Ferner können sich die Autoren „die geringere prozentuale Inanspruchnahme der Intensivmedizin und der Beatmung nicht primär durch mangelnde Kapazitäten erklären“. Im Vergleich zu 2019 seien den Daten zufolge nämlich nicht mehr Fälle, die dessen bedurften, aufgetreten. Zu einer Überlastung einzelner Häuser könne es wegen ungleichmäßiger Verteilung der COVID-19-Patienten, unterschiedlichen Personal-Situationen und einer längeren Beatmungsdauer gegenüber dem Vorjahr trotzdem gekommen sein, „auch wenn das in der Summe nicht der Fall war“.

Dabei ist die Überlastung von Kliniken in Deutschland nicht neu. Fast jedes Jahr, meist wenn im Januar die Grippewelle aufkommt, klagen Krankenhäuser darüber, und dies seit vielen Jahren. Die jährlich wiederkehrende Überlastung der Kliniken ist hausgemacht. Nicht einmal während der Corona-Krise verhinderte die Bundesregierung Krankenhaus-Schließungen. Sie warb auch nicht offensiv um Personal, die Gehälter stiegen nicht maßgeblich, die Ausbeutung in Pflegeberufen ging weiter. Es wurde ganz „marktkonform“ weiter abgebaut. In den Pflegeheimen, aus denen zuletzt bis zu zwei Drittel der als Corona-Tote Erfassten stammten, sieht es ähnlich aus.

Marktkonforme „Optimierung“

Von einer Überlastung der Krankenhäuser durch mehr Patienten im Zuge der Pandemie kann also nicht die Rede sein. Die Überlastung hat eine andere, seit Jahren bekannte Ursache:

Personalmangel. Die Gesundheitsversorgung nicht nur in der Bundesrepublik wurde zuletzt immer mehr der ökonomischen Logik unterworfen. Private Klinikkonzerne streben Maximalprofite an. Doch es spielt kaum noch eine Rolle, ob die Häuser von Privatkonzernen oder Kommunen betrieben werden. Sie alle müssen „rentabel“ sein.

Viele Kliniken konnten mit der marktkonformen „Optimierung“ in der Vergangenheit nicht mithalten. So [schrumpfte](#) die Zahl der Krankenhäuser in Deutschland seit der Jahrtausendwende von 2.242 auf 1.925 im Jahr 2018. Während es 2000 noch rund 560.000 Betten gab, waren es vor drei Jahren nur noch [weniger als eine halbe Million](#).

Für die Rendite sparen die Krankenhäuser nicht nur an Investitionen in Sanierung und Modernisierung. Auch die Lohnkosten werden gedrückt, so weit es irgend geht. Dementsprechend „optimiert“ hat sich die Kliniklandschaft auch im ersten Pandemiejahr weiter. Insgesamt gingen 21 Krankenhäuser 2020 vom Netz, wie die Berliner Zeitung [berichtete](#). Rund 30 weiteren steht das Aus bevor.

Besonders unrentable Bereichen wie Geburtsmedizin und Kinderheilkunde verschwinden immer mehr aus dem Angebot der Kliniken. So [sank](#) die Zahl der Kreißsäle in Deutschland von 1.186 im Jahr 1991 auf 672 im Jahr 2017. Schon vor der Pandemie, Ende 2019, [schlug](#) der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Gerald Gaß, Alarm: „Die Situation der Kinderkliniken und Kinderstationen ist hoch problematisch.“ In einem Telefonat mit der Autorin Ende 2020 beschrieb Torben Brinkema von der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Intensiv- und Notfallmedizin auch die Lage der Kinder-Intensivstationen als „überaus dramatisch“.

Zur marktkonformen Optimierung gehört auch der klassische Personalabbau. Zum Beispiel [plant](#) der städtische Bremer Klinikverbund Gesundheit Nord (Geno) derzeit die Entlassung von 440 Pflegekräften in den kommenden drei Jahren. So will die Klinikleitung – Pandemie hin oder her – 44 Millionen Euro pro Jahr einsparen.

Maßnahmen als Notstandsbeschleuniger?

Dass die Krankenhäuser und ihre Verbände trotz Patientenschwund im ersten Pandemiejahr über einen Notstand klagten, ähnlich wie schon bei vielen Grippewellen in den Vorjahren, ist angesichts solcher Kürzungen nicht verwunderlich. Den Notstand weiter befeuert haben dürften nun die Maßnahmen „zur Eindämmung der Pandemie“. Statt mehr Reinigungskräfte und Hygiene-Experten einzustellen und besser zu bezahlen, banden Hygiene-Verordnungen die Ressourcen der Pflegenden und schlug Kontaktpersonen-Quarantäne massenhaft zu Buche.

Die eigentliche Versorgung der Patienten gerät so ins Hintertreffen. Sehr wahrscheinlich trug auch dies maßgeblich mit zur desaströsen Lage in vielen Kliniken im Coronajahr 2020 bei. An einer Überbelegung kann es jedenfalls nicht gelegen haben: Es gab keine.

Über die Autorin: Susan Bonath, Jahrgang 1971, ist freie Journalistin mit dem Schwerpunkt Arbeit und Soziales. Sie lebt in Sachsen-Anhalt.