Die Zahl mit Covid-19-Patienten belegten Intensivbetten steigt von Tag zu Tag. Gleichzeitig ist die Zahl der gesamten belegten Intensivbetten jedoch seit Wochen stabil. Zur Klärung dieses Widerspruchs könnte eine groß angelegte Auswertung der Krankenhausdaten durch die Initiative Qualitätsmedizin beitragen, die 500 deutsche Kliniken vertritt. Nach den Zahlen waren drei Viertel der hospitalisierten „Covid-Patienten" nur Verdachtsfälle. Diese binden Ressourcen und treiben die Statistik in die Höhe. Mitverantwortlich für die zahlreichen „falschen" Fälle sei, so die Studie, die mediale Präsenz des Themas „Corona". Von **Ralf Wurzbacher**.

Dieser Beitrag ist auch als Audio-Podcast verfügbar.

https://www.nachdenkseiten.de/upload/podcast/201127_Corona_Verdaechtige_Wie_man_in_deutschen_Kliniken_ohne_Virusnachweis_zum_Covid_Fall_wird_NDS.mp3

Podcast: Play in new window | Download

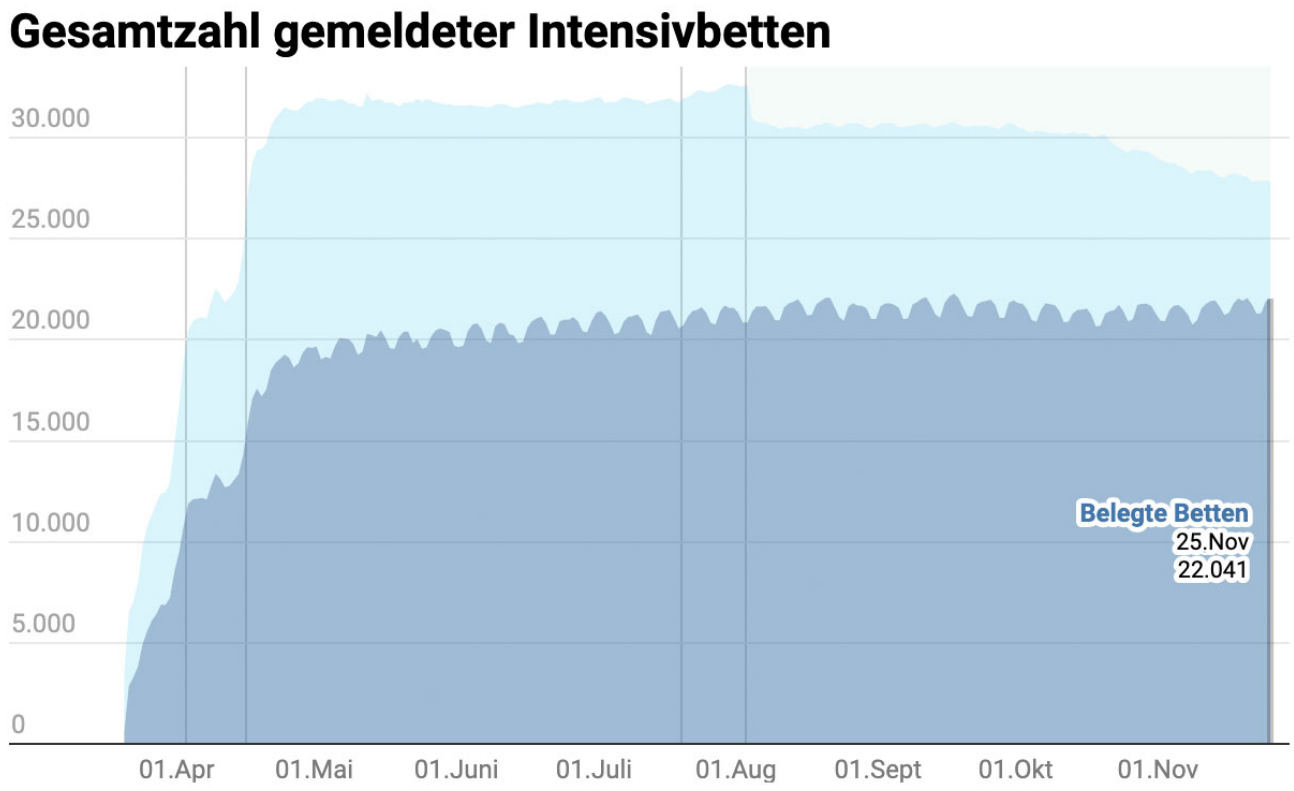
Ende Oktober machte das Internetportal „Telepolis" auf eine Merkwürdigkeit aufmerksam. In seinem Beitrag „Corona-Lockdown: Droht tatsächlich eine akute nationale Gesundheitsnotlage?" ging Christof Kuhbandner der Frage nach, ob und wie sich die wachsende Zahl der am neuartigen Corona-Virus Erkrankten im Belegungsgrad der deutschen Kliniken widerspiegelt. Dafür hat der Autor die Tagesreporte des DIVI-Intensivregisters im Zeitraum vom 28. August bis 28. Oktober studiert. Die von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin gemeinsam mit dem Robert Koch-Institut (RKI) aufgebaute Datenbank liefert seit Frühjahr alle 24 Stunden eine Bestandsaufnahme zur Anzahl der Patienten mit Covid-Diagnose in Intensivbehandlung sowie freier Intensivbetten.

Kuhbandners Auswertung beförderte eine Überraschung zutage: „Es lässt sich kein wirklicher Anstieg in der Anzahl der insgesamt belegten Intensivbetten erkennen. Das Einzige, was ansteigt, ist die Anzahl der Intensivpatienten mit positivem SARS-CoV-2-PCR-Testergebnis." Tatsächlich verharrte die Belegung zwei Monate lang mit nur kleinen wechselnden Ausschlägen nach oben und unten auf nahezu gleichbleibendem Niveau um den Dreh von 22.500. Steil nach oben ging im selben Zeitfenster dagegen der Anteil der Covid-Fälle an der Gesamtheit der intensivmedizinisch Behandelten. Der Trend hält bis heute an: Zwischen Anfang Oktober und Mitte November zog die entsprechende Quote um das 15-Fache an. Gemessen an den Gesamtkapazitäten an Intensivbetten beträgt die Relation der Covid-Patienten zu den anderweitig Erkrankten inzwischen eins zu sieben

(rund 14 Prozent).

Keine Überlast in Kliniken

Dieses Phänomen wirft Fragen auf: Wenn es so viele Covid-19-Patienten in den Krankenhäusern und auf den Intensivstationen gibt, dann müsste sich dies in einer höheren Auslastung der Krankenhäuser und Intensivstationen niederschlagen. Denn eine neue Krankheit sollte, zusammen mit den schon bekannten und je nach Jahreszeit im Umlauf befindlichen, insgesamt mehr Kranke als üblich zur Folge haben. Genau diese Logik liegt ja erklärtermaßen den Maßnahmen zugrunde, die die Bundesregierung im Rahmen sowohl des ersten wie auch des zweiten, gerade erst verlängerten Lockdowns verhängt hat. Man müsse, hört man allenthalben, das Gesundheitssystem vor dem drohenden Kollaps bewahren, weil eben Covid-19 das System mit einer saisonuntypischen Überlast konfrontieren würde.



Quelle: Intensivregister

Anmerkung zur Grafik: *Die Daten aus dem Frühjahr sind nicht direkt mit den aktuellen Daten vergleichbar, da das DIVI damals noch im Aufbau war und weniger Krankenhäuser*

ihre Daten einreichten

Nach Lage der Dinge besteht aktuell aber keine Überlast. Die Zahl freier Intensivbetten lag über Wochen bis tief in den November hinein stabil im Bereich zwischen 6.500 und 7.000, wobei sie in diesen Tagen erstmals unter die Marke von 6.000 gerutscht ist. Es gibt durchaus Kliniken, die bereits am Anschlag arbeiten, in der Breite bestehen indes noch allerhand Kapazitäten. Auch im Vergleich mit 2019 und den Vorjahren erscheint der Belegungsgrad der Jahreszeit entsprechend normal. Zur Einordnung der medial befeuerten Hysterie, Deutschland könnten bald Verhältnisse wie im italienischen Bergamo blühen, sollte man allerdings Folgendes wissen: Von Juli und bis November wurden in großem Stil Intensivplätze aus der Statistik herausgenommen, in der Größenordnung von 5.000. Am 24. Juli zählte das DIVI-Register noch knapp 33.000, während es am 24. November nicht einmal mehr 28.000 waren. Zu erklären sind diese „Verluste“ vor allem durch fehlendes Personal. Seit Mitte Oktober hat das DIVI-Register die meldenden Kliniken mehrfach eindringlich darauf hingewiesen, nur noch freie Betten zu melden, für die auch ausreichend Personal zur Verfügung steht.

Auf alle Fälle will das Gesamtbild nicht zu dem den ganzen Sommer über betriebenen Alarmismus passen, im Herbst stünde uns eine zweite und wohl noch schlimmere Corona-Welle bevor. Warum hat man dann nicht mit aller Kraft mehr Kräfte mobilisiert und weshalb wurden haufenweise Betten abgeschafft, deren Mangel sich vielleicht irgendwann rächen könnte? Gegenüber den NachDenkSeiten monierte dies auch Ulrich Keil, ehemaliger Direktor des Instituts für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Münster und langjähriger Berater der Weltgesundheitsorganisation (WHO): „Es ist Zynismus pur, den Lockdown mit der Gefahr der Überlastung unseres Krankenhauswesens zu rechtfertigen und gleichzeitig massiv am Abbau unserer Krankenhauslandschaft zu arbeiten. Wollen wir etwa mutwillig unseren guten Intensivbettenschlüssel von 34 pro 100.000 Einwohnern auf ein Level von sechs pro 100.000 wie in den Niederlanden herunterfahren?“ (Vgl. Interview mit Ulrich Keil vom 4. Mai).

Lesen Sie dazu auch auf den NachDenkSeiten: Personalengpass auf den Intensivstationen – das Versagen der Politik wird abgewälzt

Der „Telepolis“-Artikel deckte noch weitere Kuriositäten auf. Dasselbe Bild wie auf den Intensivstationen zeigt sich demnach im Hinblick auf die stationär behandelten Patienten mit akuten respiratorischen Infektionen (Severe Acute Respiratory Infection – SARI), die auch durch andere Erreger wie etwa Influenza-, Rhino- oder Humane Metapneumoviren (hMPV) ausgelöst werden. Deren Gesamtzahl war über den Beobachtungszeitraum gleichbleibend beziehungsweise sogar leicht sinkend, während allein der Anteil der SARI-

Fälle mit positivem Corona-Test deutlich zugenommen hatte. Das Muster wiederholt sich bei der Betrachtung aller SARI-Befunde, also auch derjenigen außerhalb der Kliniken: Die Bandbreite und Zahl der Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung liegt seit Wochen auf einem undramatischen Level. Nur der Anteil positiver SARS-CoV-2-Testergebnisse, ermittelt anhand der Polymerase-Kettenreaktion (PCR), reißt gegen den Trend nach oben aus.

Influenza weg vom Fenster?

Welche Erklärungen kann es dafür geben? Wahrscheinlich ist, dass die AHA-Maßnahmen hier einen Einfluss haben. Offenbar wurden durch Abstandsgebote und Isolierungsmaßnahmen gängige Erreger ein Stück weit zurückgedrängt. Unwahrscheinlich ist, dass dies praktisch spiegelbildlich zum vermehrten Auftreten von SARS-CoV-2 geschehen ist, im Sinne eines Nullsummenspiels, und das dazu nicht nur einmal, sondern gleich zweimal in einem Jahr. Passend dazu fragte dieser Tage etwa der Mitteldeutsche Rundfunk (MDR): „Gibt es diesmal keine Influenza-Welle?“ Anders als sonst wäre die Grippesaison im Frühjahr viel eher zu Ende gegangen und hätte aktuell im Herbst „ungewöhnlich mild begonnen“. An anderer Stelle berichtet der Sender: „Seit die Beschränkungen wegen der Pandemie in Kraft sind, ist von der Grippe praktisch nichts mehr zu sehen. Weder in Europa, wo die Zahl der Grippefälle im März und April praktisch unter die Schwelle der Messbarkeit gesunken war, noch in Australien oder Neuseeland, wo in den Südhalbkugelwintermonaten Juni bis September praktisch kaum Grippefälle gezählt wurden.“ Dabei hätten zum Herbstbeginn viele Fachleute befürchtet, dass bei einem Zusammentreffen von Corona-Pandemie und Grippewelle „die Zahl freier Krankenhausbetten zusammenschmelzen (könnte), wie ein Eiswürfel unter einem Brennglas“.

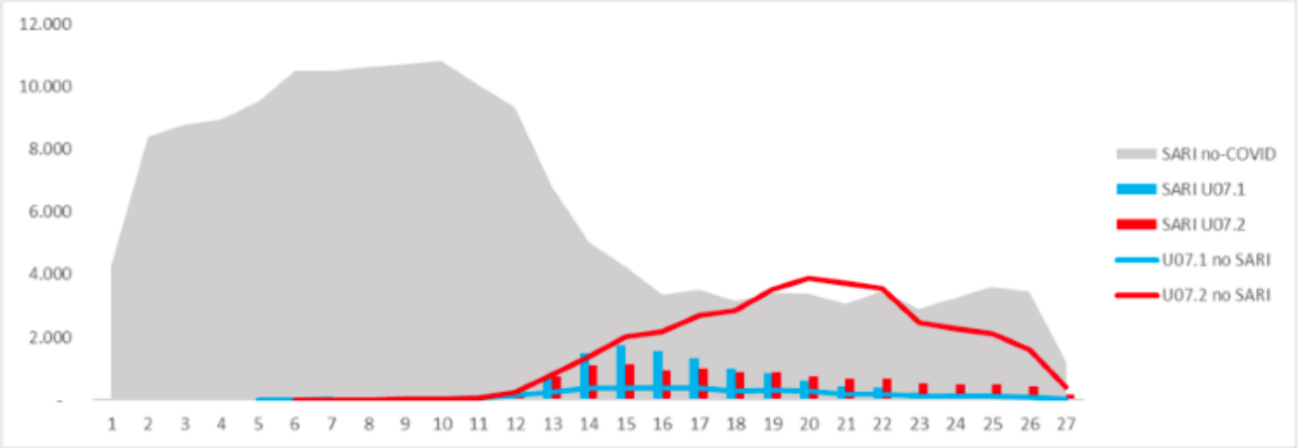


Abb. 4.: Wöchentlicher Verlauf der SARI-Fälle in den unterschiedlichen Kategorien: SARI no-COVID für das SARI (ICD J09-J22) ohne COVID Kodes; SARI U07.1 und SARI U07.2. bei gleichzeitig vorliegenden COVID Kode; U07.1 no SARI, U07.2 no SARI bei COVID Kodes ohne SARI Kodierung.

Zu schmelzen scheint aber lediglich das Aufkommen an saisontypischen SARI-Erkrankungen, wofür etwa die Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) beim RKI Indizien liefert. Diese überwacht mit sogenannten Sentinelproben das alljährliche Grippegeschehen. Von den angeschlossenen Arztpraxen schicken wöchentlich im Schnitt 100 die Rachenabstriche von Patienten mit Atemwegserkrankungen ein, um daraus ein Lagebild zu erstellen, welche Erreger gerade in welcher Intensität zirkulieren. Die jüngsten Analysen der Wochen 46, 45 und 44 führten keinen einzigen Fall von Influenza auf. Daraus könnte man schließen, dass Influenza einfach weg vom Fenster ist, muss man aber nicht. So schränkt die AGI in ihren Reporten regelmäßig ein, dass „aufgrund der geringen Zahl eingesandter Proben (…) keine robuste Einschätzung zu derzeit eventuell noch zirkulierenden Viren möglich“ sei.

Corona-Betriebsamkeit

Das ist deshalb erwähnenswert, weil mit den Sentinelstichproben seit dem Frühjahr auch auf SARS-CoV-2 getestet wird. Angesichts dessen mutet es zunächst verblüffend an, dass in den vergangenen sieben Wochen nur sehr wenige Corona-Infektionen identifiziert wurden, einmal in sechs, einmal in fünf und einmal in vier Prozent der Fälle, zweimal trat der Erreger gar nicht auf. Für „Telepolis“ stehen die Befunde „in starkem Kontrast dazu, dass in derselben Zeit die Anzahl der gemeldeten Personen mit positiven SARS-CoV-2-Testergebnissen in der Bevölkerung sehr stark zugenommen hat“. Das Magazin sieht eine mögliche Erklärung darin, „dass qualitativ unterschiedliche PCR-Testverfahren zum Einsatz kommen“ und „bei den Analysen der Sentinelproben durch das RKI davon auszugehen ist,

dass hochspezifische Testverfahren verwendet werden“, die bei den Massentestungen in der Bevölkerung nicht zum Einsatz kommen würden.

Die Diskrepanz könnte sich auch anders begründen. In der Pandemie stellt die Corona-Betriebsamkeit alle anderen epidemiologischen Surveillanceinstrumente in den Schatten. Menschen mit dem leisesten Verdacht eines Virusbefalls werden von Ärzten und Behörden umgehend zum Testen auf SARS-CoV-2 geschickt, während das mögliche Vorhandensein anderer Erreger kaum oder gar nicht abgeklärt wird. Ein Beleg für solche Zusammenhänge könnte die vergleichsweise niedrige Zahl an Sentinelproben sein, die die AGI ab der 40. bis zur 46. Kalenderwoche erreichten. In den drei Vorjahren waren es in diesem Zeitraum jeweils deutlich mehr. 2017 kamen 538 zusammen, diesmal nur 276. In Woche 42 waren es kümmerliche 15. Vermutlich hängt dies schlicht mit der Angst der Ärzte zusammen, sich bloß kein Corona ins Haus zu holen, weil sonst die Schließung der Praxis droht. Also weist man die Leute lieber sofort zum Covid-Testzentrum, wo man dann auch nur nach SARS-CoV-2 Ausschau hält, wodurch andere Erreger per se unter den Tisch fallen.

Zur Frage, warum die Kliniken nicht insgesamt voller werden, aber anteilig immer mehr Corona-Fälle die Betten belegen, liegt inzwischen ein Dokument vor, das die Hintergründe in großer Klarheit benennt. Es stammt von der Initiative Qualitätsmedizin (IQM), die nach Eigendarstellung „Verbesserungspotenziale bei der medizinischen Behandlungsqualität“ sichtbar machen und ein „aktives Fehlermanagement“ fördern will. Der Verband versammelt bundesweit rund 500 Mitgliedskliniken, was einem Viertel aller Krankenhäuser entspricht, und wird unterstützt durch diverse Fachgesellschaften, die Krankenkassen sowie die Bundesärztekammer. Im Rahmen ihrer Studie „Effekte der SARS-CoV-2 Pandemie auf die stationäre Versorgung im ersten Halbjahr 2020“ hat die IQM die sogenannten Routinedaten nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) von 421 Kliniken unter die Lupe genommen. In den beteiligten Krankenhäusern wurden insgesamt 2,8 Millionen Fälle behandelt (35 Prozent aller Fälle in Deutschland), darunter knapp 62.000 Covid-19-Fälle. Die Expertise soll demnächst in einer wissenschaftlichen Zeitschrift veröffentlicht werden, die zentralen Ergebnisse liegen aber bereits vor.

Echte und falsche Covid-Kranke

Das Wichtigste: Von den in den ersten sechs Monaten in den fraglichen Kliniken hospitalisierten sogenannten Corona-Patienten waren rund drei Viertel lediglich Corona-Verdachtsfälle. Gerade einmal 14.783 Fälle hatten demnach einen positiven PCR-Test und wurden „mit einer nachgewiesenen Corona-Infektion stationär behandelt“, heißt es in dem Papier und weiter: „Erstaunlicherweise fanden wir mit 46.919 eine viel höhere Zahl von stationären Patienten, die mit der Verdachtsdiagnose einer Covid-Erkrankung, allerdings

ohne Nachweis der Infektion im Labor, behandelt wurden." Aus den Routinedaten lässt sich diese Verteilung anhand sogenannter Schlüsselnummern oder Kodes ermitteln. Diese sind nach den Vorgaben der WHO bestimmten Krankheiten beziehungsweise Krankheitsbildern zugeordnet. Für Covid-19 sind dies im wesentlichen die Kategorien U07.1 und U07.2. Die erste ist bei Fällen zu verwenden, „bei denen das Virus Sars-CoV-2 durch Labortest nachgewiesen wurde", die zweite, sofern der Erreger „nicht durch Labortest nachgewiesen wurde, sondern die Infektion klinisch-epidemiologisch bestätigt wurde".

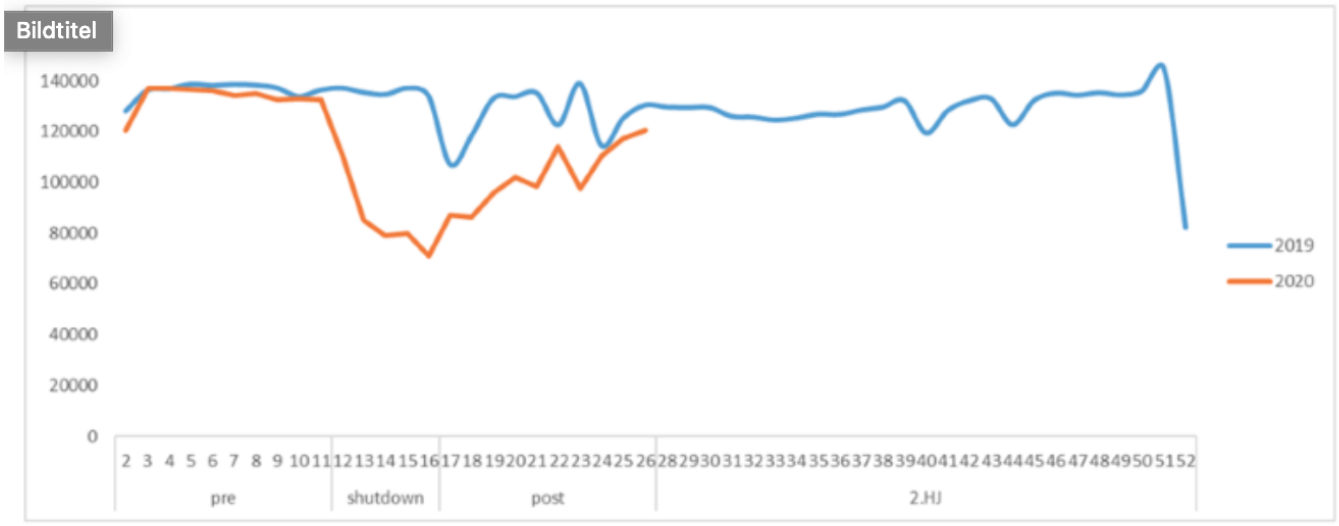


Abb. 7.: Wöchentlicher Verlauf aller Krankenhausfälle für die Jahre 2019 und das 1.HJ 2020; Daten für das zweite Halbjahr (2.HJ) sind nur für 2019 verfügbar.

Was Verdachtsfälle konkret zu Corona-Fällen macht, lässt sich in den entsprechenden Anweisungen des RKI nachlesen. Für eine „epidemiologische Bestätigung" bedarf es demnach „mindestens einer der beiden folgenden Nachweise unter Berücksichtigung der Inkubationszeit: „Epidemiologischer Zusammenhang mit einer labordiagnostisch nachgewiesenen Infektion beim Menschen durch Mensch-zu-Mensch-Übertragung. Auftreten von zwei oder mehr Lungenentzündungen (Pneumonien) (spezifisches klinisches Bild) in einer medizinischen Einrichtung, einem Pflege- oder Altenheim, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, auch ohne Vorliegen eines Erregernachweises. Inkubationszeit maximal 14 Tage."

Schon die Begrifflichkeiten „wahrscheinlich" und „vermutet" offenbaren, dass bei den Diagnosen mit erheblichen Unsicherheiten operiert wird. Das ist insofern bedenklich, als sich die Symptome und Verläufe einer ganzen Reihe von respiratorischen Atemwegserkrankungen mindestens ähneln und in großen Teilen sogar weitgehend überschneiden. Die Gefahr von Verwechslungen ist also ganz erheblich, zumal sich auch die

Behandlungsroutinen bei den verschiedenen SARI-Erkrankungen weitgehend gleichen und sehr häufig schwere Pneunomien zum Tode führen können. Wie also will ein Arzt unter diesen Voraussetzungen mit Gewissheit sagen können, mit welcher Krankheit er es gerade zu tun hat?

Weniger SARI-Fälle als im Vorjahr

Ein anderes Resultat der IQM lässt erahnen, wie sehr und wie häufig die Mediziner mit ihren Einschätzungen danebengelegen haben könnten. Tatsächlich zeigen sich nämlich bei der Sterblichkeit massive Unterschiede zwischen den U07.1- und U07.2-Fällen. Patienten mit positivem Test kamen den Daten zufolge zu 19 Prozent zu Tode, jene ohne Virusnachweis nur zu 6,6 Prozent. Starke Differenzen ergeben sich auch bei der Häufigkeit der intensivmedizinischen Behandlung (25,6 Prozent versus 15,7 Prozent) und der maschinellen Beatmung (18,9 Prozent versus 5,7 Prozent). Ganz offensichtlich liegen hier gänzlich unterschiedliche Krankheitstypen vor, wovon sich dreierlei ableiten lässt: Mit der landläufigen Zuschreibung Covid-19 und SARS-CoV-2 sind mit hoher Wahrscheinlichkeit und von der Öffentlichkeit unbemerkt auch andere SARI-Erkrankungen assoziiert. Eine „echte“ Covid-Erkrankung nimmt offenbar sehr wohl schwerere Verläufe und führt öfter zum Ableben als andere SARI-Erkrankungen. Mit Blick auf die Gesamtgesellschaft und die zu schützende „Volksgesundheit“ ist indes Entwarnung geboten, weil augenscheinlich weniger Menschen gefährdet sind, als die kursierenden Zahlen zu „Infektionen“ und Hospitalisierungen es erscheinen lassen.

Was die Sache nicht besser macht: In den offiziellen Tafeln zu den Covid-19-Toten und in Krankenhäusern behandelten Covid-Fällen tauchen die „falschen“ Covid-Kranken nach Lage der Dinge nicht auf. Rückwirkend – sobald die Betroffenen austherapiert oder verstorben sind – wird dem PCR-Test dann wohl doch eine über jeden Zweifel erhabene Beweiskraft zugeschrieben, auf die man aber im klinischen Alltagsgeschäft nichts zu geben scheint. Im Klartext: Aus der Statistik werden die „falschen Hasen“ getilgt, das falsche Bild von mit Corona-Patienten überfüllten Krankenhäusern lässt man aber unwidersprochen weiterwirken.

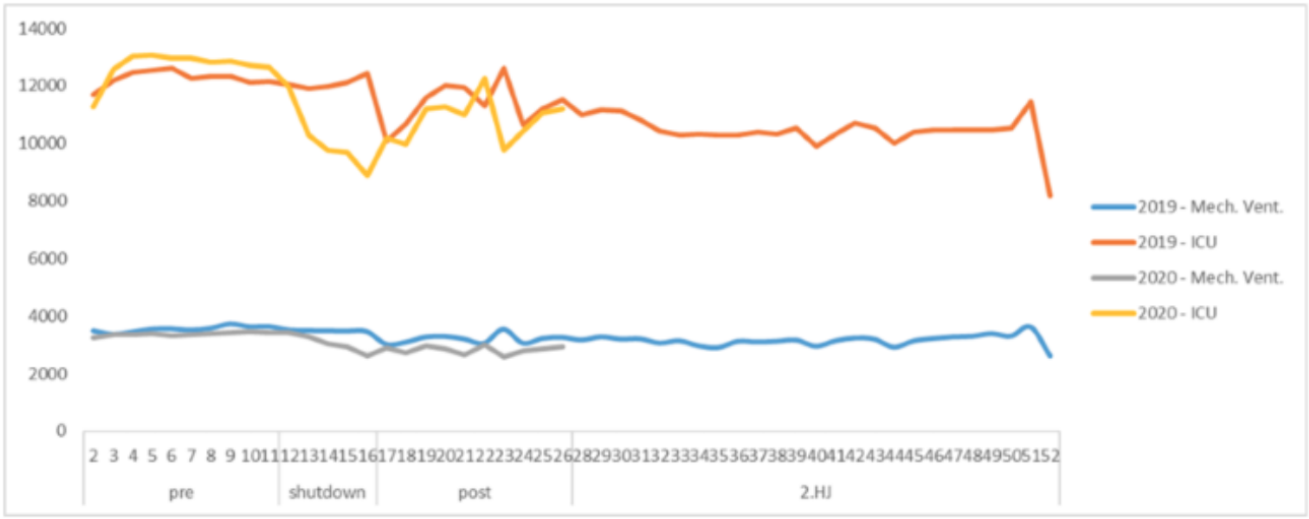


Abb. 8.: Wöchentlicher Verlauf aller Intensivfälle (ICU) und der Beatmungsfälle (Mech. Vent.) für die Jahre 2019 und das 1.HJ 2020; Daten für das zweite Halbjahr (2.HJ) sind nur für 2019 verfügbar.

„Absolut erstaunlich“, wie es im IQM-Paper heißt, sind weitere Erkenntnisse. Nimmt man die Zahlen des „Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH“ (InEK), zeigt sich dasselbe Bild für ganz Deutschland. Dieses schlüsselt für Ende Mai 34.916 U07.1-Fälle in allen Kliniken auf, denen 111.769 U07.2-Fälle, also Corona-Verdachtsfälle, gegenüberstehen. Für die Forscher „überraschenderweise“ war auch die SARI-Gesamtfallzahl „im ersten Halbjahr 2019 mit 221.841 Fällen höher als 2020 mit insgesamt 187.174 Fällen, obwohl darin auch die Covid-bedingten SARI-Fälle mit eingeschlossen wurden“. Auffällig sei weiterhin, „dass bei mehr als 35.000 Patienten ein Covid-Verdacht (…) kodiert wurde, ohne dass ein SARI vorlag“. Das könnte bedeuten, dass Menschen in großer Zahl zu Corona-Kranken deklariert wurden, ohne auch nur einen Husten, Schnupfen oder Fieber gehabt zu haben. Das im Frühjahr ohne Unterlass beschworene Schreckensszenario der Kliniken stellt das IQM ebenfalls ins rechte Bild: „Interessanterweise beobachteten wir für den Verlauf der Intensivaufenthalte und auch für die Anzahl der maschinell beatmeten Patienten keine Zunahme im Vergleich zu 2019. Im Gegenteil, die Anzahl von Intensivfällen war im Lockdown deutlich geringer und die Beatmungsfälle blieben weitgehend unverändert. (…) „Zu keinem Zeitpunkt war in den beteiligten Krankenhäusern ein Kapazitätsengpass messbar.“

„Raus aus der Angstspirale“

Bleibt noch zu klären, wie das Institut all diese eklatanten Fehleinschätzungen bewertet und die Antwort dazu hat es in sich: „Die wahrscheinlichste Erklärung ist unseres Erachtens nach, dass in Anbetracht der medialen Präsenz des Themas und der damit einhergehenden

Aufmerksamkeit Fälle mit passender Symptomatik selbst dann als Covid-Verdacht behandelt wurden, wenn die PCR negativ blieb.“ Verwiesen wird in diesem Zusammenhang auf Beschreibungen von „bis zu 30 Prozent falsch negativer PCR-Befunde“, allerdings mit der Einschränkung, dass dies die hohe Anzahl an Verdachtsfällen „nicht plausibel“ mache. Gleichwohl wäre gerade bei wieder steigenden Fallzahlen „eine national oder international standardisierte Strategie zur Bewertung der Tests von höchster Priorität, um möglicherweise unnötige Engpässe in der Versorgung oder auch bei Schutzmaterialien zu vermeiden“.

Für Entwarnung plädiert Francesco De Meo in einem Blogbeitrag. De Meo ist langjähriger Krankenhausmanager und demnächst Geschäftsführer der Helios-Kliniken, die an der IQM-Studie beteiligt waren. „Ich bin der Auffassung, dass wir die Surveillance darauf ausdehnen müssen, wie viele Erkrankte aus den Infizierten resultieren und wie viele davon schließlich tatsächlich in den Kliniken behandelt werden müssen“, empfahl er, um so alsbald „aus der derzeit erkennbaren Angst- und Trotzspirale herauszukommen“. „Wir haben dies auch dem Bundesgesundheitsministerium aufgezeigt, und hoffen künftig auf eine stärkere Balance in der Argumentation und den Maßnahmen.“ Denkste!

Titelbild: pixinoo/shutterstock.com