Eine Analyse der TU Berlin offenbart Erstaunliches: Nie zuvor gab es in den Krankenhäusern weniger Behandlungsfälle, nie zuvor waren weniger Betten belegt – trotz oder wegen Corona. Die Diskrepanz zwischen der Datenlage und der anhaltenden Panikkommunikation von Politik und Medien könnte kaum größer sein. Die Studienautoren interessiert das nicht und sie wollen ihr Werk anders verstanden wissen: als Beweisstück für eine Flurbereinigung der Versorgungslandschaft. Von **Ralf Wurzbacher**.

Dieser Beitrag ist auch als Audio-Podcast verfügbar.

https://www.nachdenkseiten.de/upload/podcast/210223_Im_Pandemiejahr_2020_herrschte_in_Deutschlands_Kliniken_historischer_Leerstand_NDS.mp3

Podcast: Play in new window | Download

Kliniken, die aus allen Nähten platzen. Schwerstkranke, die sich vor Intensivstationen stauen und elendig auf ihren Tod warten. Ärzte, die auswürfeln, welchem Patienten sie helfen und welchem nicht. Im Zuge der Corona-Krise haben sich Bilder wie diese tief im kollektiven Bewusstsein eingegraben. Seit über einem Jahr beschwören Politiker, Wissenschaftler und Medien das Szenario eines Gesundheitssystems vorm Kollaps: Steigende Infektionszahlen, steigende Krankenzahlen, steigende Todeszahlen – wird man des Virus nicht Herr, sind italienische Verhältnisse programmiert. Selbst bei sinkenden Zahlen dräut es aus allen Kanälen: Lassen wir heute den Lockdown schleifen, erleben wir morgen unser Bergamo.

Warnungen nach diesem Muster sind unser täglicher Begleiter und mit wachsenden Inzidenzen ereilen sie uns mit noch größerer Häufigkeit. „Durch die Mutationen werden die Krankheitsverläufe auch länger und schwerer. Auch jüngere Menschen sind davon stärker betroffen“, mahnte zuletzt etwa Markus Söder (CSU). Auch wenn viele ältere Menschen bereits geimpft wären, gehe die Entwicklung erneut dahin, dass Intensivstationen bald wieder an ihre Grenzen stoßen würden, erklärte Bayern Regierungschef. Ins selbe Horn stoßen dieser Tage das Robert Koch-Institut (RKI), Intensivmediziner, Ärzteverbände und die „Westdeutsche Allgemeine Zeitung“ titelte jüngst treffsicher: „Dritte Corona-Welle: den Kliniken droht wieder Überlastung.“

2,4 Millionen Fälle weniger

Die Schlagzeile ist doppelt fragwürdig. Sie spekuliert nicht bloß auf eine künftige

„Überlastung“, deren Eintreten längst nicht ausgemacht ist. Überdies bezieht sie sich auf zurückliegende Erfahrungen, die es gar nicht gibt, und konstruiert so einen scheinbaren Wiederholungsfall. Denn eine „Überlastung“ in der Fläche der deutschen Krankenhauslandschaft war im Verlauf der Pandemie bisher zu keinem Zeitpunkt messbar. Punktuell stießen Kliniken durchaus an ihre Grenzen, aber nicht in einer Weise, die sich von saisonalen Spitzen unterschieden hätte, wie sie auch früher immer wieder in den Herbst- und Wintermonaten vorgekommen waren. Auch hinsichtlich der Belegung von Intensivbetten wurde niemals der kritische Punkt erreicht, an dem über Triagemaßnahmen hätte nachgedacht werden müssen. Die sogenannte Notfallreserve, die rund 10.000 Betten umfasst, musste in all den Monaten nicht ein einziges Mal beansprucht werden.

Ein Gesamtbild der Lage liefert eine neue Studie zweier Wissenschaftler der Technischen Universität Berlin, die sich auf die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) erhobenen Klinikdaten des Vorjahres stützt. Der Hauptbefund: Im ersten Pandiemiejahr brach die Zahl der bei den Krankenkassen abgerechneten Behandlungen gegenüber 2019 um 13 Prozent ein. Statt damals 19,2 Millionen waren es 2020 nur mehr 16,8 Millionen Fälle. Das erstaunliche Ergebnis passt so gar nicht zum Alarmismus, mit dem die Menschen im Land seit mehr als zwölf Monaten unter Dauerstress gesetzt werden. Das beschworene Extrem eines Gesundheitswesens am oder überm Limit erweist sich rückblickend als Schimäre. Das Wirken und Treiben des deutschen Corona-Managements hat das genau gegenteilige Extrem gezeitigt: eine massive Minderauslastung des Klinikbetriebs.

„Allzeittief“

Wie die NachDenkSeiten von Koautor Reinhard Busse erfuhren, liegt die Analyse noch nicht als „fertiges, frei gegebenes Dokument“ vor. Allerdings hat das „Deutsche Ärzteblatt“ schon in der vorvergangenen Woche ausführlich über die Inhalte berichtet. Die Zeitung konstatierte dabei eine „historisch niedrige Bettenauslastung“. Wurden 2019 noch 75,1 Prozent der Kapazitäten ausgeschöpft, sank der Wert 2020 auf ein „Allzeittief“ von 67,3 Prozent. In kleinen Häusern (bis 299 Betten) blieben sogar knapp 38 Prozent der Betten ungenutzt (minus 9,7 Prozent), bei mittleren Standorten betrug der Leerstand über 33 Prozent (minus 8,3 Prozent) und selbst in großen Kliniken (ab 600 Betten) wurden gerade einmal 71,2 Prozent in Anspruch genommen (minus 7 Prozent). Lediglich bei der mittleren Verweildauer pro Patient ließ sich eine leichte Zunahme um ein Prozent auf 6,02 Tage verzeichnen. Wegen der geringen Patientenzahl reduzierten sich die Verweildauertage in der Gesamtheit jedoch um zwölf Prozent, wobei der Schwund bei größeren Hospitälern abermals geringer ausfiel.

Auch in puncto Intensivmedizin, von der es auf dem Höhepunkt der zweiten Welle immer wieder hieß, man stoße an die Grenzen, gab es zu jeder Zeit noch reichlich Reserven. Aufs Jahr betrachtet betrug die Belegung der vorhandenen Intensivbetten in kleinen Krankenhäusern 63,6 Prozent. In großen Kliniken lag die Auslastung bei 71 Prozent, wobei sich auch nur dort ein geringfügiges Mehraufkommen bei der Verweildauer von Intensivpatienten von einem Prozent zeigte. Für die kleinen und mittleren Häuser ergab sich ein Rückgang um fünf beziehungsweise zwei Prozent. Anhand dieser Größen erklärt sich auch der drastische „Verlust“ an Intensivkapazitäten ab Jahresmitte 2020. Von August bis November gab die Zahl der von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) erfassten Intensivbetten von knapp 33.000 auf unter 28.000 nach. Selbst in der Hochphase der Krise hat es schlicht nicht so viele Betten gebraucht. Mehr noch war die „Korrektur“ aber personalpolitisch provoziert: Im Herbst hatte die DIVI gemahnt, nur noch freie Betten zu melden, für die auch ausreichend Personal zur Verfügung steht. Das zwischenzeitliche „Überangebot“ war demnach eine reine Luftbuchung.

Bettchen, versteck Dich

Also ließ man allerhand Luft ab, war damit immer noch auf der sicheren Seite und machte nebenbei ein gutes Geschäft. Tatsächlich hatte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) sogar eine Aufstockung auf knapp 40.000 Betten versprochen und dafür per „Rettungsschirm“ eine halbe Milliarde Euro Steuergeld locker gemacht, pro Bett 50.000 Euro. Aber schon im Juli suchte der Minister vergebens nach den Früchten seines Schaffens. 7.000 Betten waren einfach verschwunden, beziehungsweise gar nicht erst aufgetaucht, weshalb Experten von „Mitnahmeeffekten“ ausgingen. Dass später 5.000 weitere Betten aus der Statistik purzelten, fiel da kaum noch ins Gewicht, zumal auch der Restbestand den Erforderlichkeiten genügte. Aktuell weist das DIVI-Register rund 25.000 Intensivbetten aus, wovon etwa 3.500 nicht belegt sind.

Das bewegt sich auf dem Niveau der Klinikdaten, die Busse und seine wissenschaftliche Mitarbeiterin Ulrike Nimptsch ausgewertet haben. Danach wurden dem InEK im Jahr 2020 insgesamt 26.787 Intensivbetten gemeldet, wobei die großen Krankenhäuser den Bestand um fünf Prozent aus- und die kleinen um sieben Prozent abbauten. Vielsagend ist jedoch der Saldo aus Gewinnen und Einbußen: Alles in allem legten die Kapazitäten lediglich um 206 Betten zu – und dies in Zeiten der laut EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides „größten Gesundheitskrise seit Menschengedenken“. Die Ansage beißt sich mit weiteren Erkenntnissen der Autoren. So belief sich die Belegungsquote durch Covid-19-Patienten im Vorjahr auf im Mittel überschaubare 1,3 Prozent mit einem Höchstwert von knapp fünf Prozent in der zweiten Dezemberhälfte. Bezogen auf alle Intensivpatienten schlugen die

Verweildauertage von Corona-Fällen auf den Intensivstationen mit 5,2 Prozent zu Buche.

In der Mehrheit Corona-Verdächtige

In ihren Resultaten ähnelt die Analyse denen der Jahresbilanz der Initiative Qualitätsmedizin (IQM), der bundesweit rund 500 Mitgliedskliniken angeschlossen sind. Nach dem im Februar vorgelegten Report, der sich aus den sogenannten Routinedaten nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) speist und rund ein Viertel aller Krankenhäuser in Deutschland berücksichtigt, zählten die fraglichen Einrichtungen im Vorjahr rund 13,6 Prozent weniger Behandlungen als 2019. Bei den Intensivstationen ergab sich ein Minus um 4,7 Prozent. Bemerkenswert erscheint zudem der Rückgang bei den sogenannten SARI-Erkrankungen (Schwere Akute Respiratorische Infektion) um über zehn Prozent. Darin sind auch die Covid-19-bedingten SARI-Fälle inbegriffen. Eine Erklärung dafür könnte der „Ausfall“ der klassischen Grippewelle sein, also die mögliche Verdrängung von Influenzaviren durch das neuartige Corona-Virus. Dass die saisonüblichen Erreger durch die Wirkung der Abstands- und Hygieneregeln und das Tragen von Schutzmasken ausgemerzt wurden, erscheint wenig plausibel. Für SARS-Cov-2 hätte sich dann ja derselbe Effekt einstellen müssen. Die Vorgänge geben der Wissenschaft allerdings noch Rätsel auf.

Die IQM hatte im Jahresverlauf 2020 bereits drei Untersuchungen zur Klinikauslastung vorgelegt, wovon die zum ersten Halbjahr 2020 auch bei den NachDenkSeiten Thema war. Unter dem Titel Corona-Verdächtige wurde dabei insbesondere der Umstand beleuchtet, dass für einen großen Teil der in den Kliniken als Covid-19-Fälle geführten Patienten kein Labornachweis für eine SARS-Cov-2-Infektion vorliegt. In der Jahresendabrechnung beträgt das Verhältnis der Fälle mit positivem PCR-Befund zu jenen mit einer Verdachtsdiagnose 45 zu 55 Prozent. Die Möglichkeit falsch-negativer PCR-Tests kann dieses Phänomen nur begrenzt erklären, wie auch die IQM-Experten konstatieren. Vielmehr legen die ermittelten Daten zu Sterblichkeiten und Behandlungsroutinen für sie den Schluss nahe, dass es sich „bei diesen Patienten um eine andere Population als bei den nachgewiesenen Covid-19-Fällen“ handele.

Politik bedient Zerrbild

Bedenklich ist, dass diese Tatsache und die fälligen Folgerungen von Politik und Medien bis heute nicht kommuniziert werden. Statt dessen wird unablässig das Zerrbild von mit Corona-Schwerstkranken überfüllten Kliniken gepflegt. Hätten die Menschen Kenntnis, dass davon mehr als die Hälfte gar keine echten Covid-19-Patienten sind, deutlich seltener schwer erkrankt sind und deutlich seltener zu Tode kommen, wäre nicht nur öffentlich einiges an Druck aus dem Kessel genommen. Auch was den Einsatz von Ressourcen angeht,

ließe sich manches in bessere Bahnen lenken. Denn Verdachtsfällen werden dieselben Sicherheitsmaßnahmen zuteil wie den laborbestätigten Fällen. Und dann stellt sich noch diese Frage: Wenn der PCR-Test der „Goldstandard“ bei der Corona-Fahndung ist, warum gibt man dann im Klinikbetrieb so wenig auf seine Beweiskraft?

Zurück zu den InEK-Daten und den Grenzen ihrer Beweiskraft. Natürlich lassen sich die Jahre 2019 und 2020 nicht einfach gegeneinander aufrechnen. Das Minus bei den Fallzahlen geht schließlich selbst zum weit überwiegenden Teil auf das Konto von Corona. Das System wurde ja ausdrücklich zu dem Zweck heruntergeregelt, Reserven für die in Massen erwarteten Covid-19-Patienten freizuhalten – was sich indes als Fehleinschätzung herausstellte. Dafür hat man andere Behandlungen und Operationen in großem Stil abgesagt oder aufgeschoben. Zugleich drängten deutlich weniger Menschen von sich aus ins Versorgungssystem, im Wesentlichen wegen verbreiteter Ängste, sich beim Arzt oder im Krankenhaus mit SARS-Cov-2 anzustecken.

In der Folge gingen die Behandlungen allein zwischen 9. März und 24. Mai um 30 Prozent zurück, vom 25. Mai bis 13. Dezember um zehn Prozent. Laut Studie reduzierten sich die Notfallaufnahmen von Kindern im Vergleich zum vorangegangenen Jahr um 21 Prozent. Schlaganfälle wurden zu vier Prozent weniger behandelt, Herzinfarkte je nach Art um vier oder acht Prozent, Brustkrebsmammographien gingen um drei Prozent zurück. Deutlich größer noch sind die Differenzen bei „ambulant-sensitiven“ Krankenhausfällen, die nicht zwangsläufig eine klinische Behandlung erfordern. Bei Asthma ließen die Fallzahlen um 29 Prozent nach, bei Bluthochdruck um 18 Prozent, bei Diabetes um 17 Prozent und bei Herzinsuffizienz um zwölf Prozent.

Neoliberaler Klinikkahlschlag

Es ist müßig, darüber zu spekulieren, ob und wie viele dieser ausgelassenen, ausgefallenen oder aufgeschobenen Behandlungen sich später als Kollateralschäden der Lockdown-Politik niederschlagen werden oder dies schon haben. Ebenso wenig wird sich die Behauptung der Lockdown-Strategen be- oder widerlegen lassen, allein durch das Herunterfahren der Versorgungsstrukturen wären noch schlimmeres Leid und noch mehr Tote verhindert worden. Tatsächlich wollen die Studienautoren einen solchen Diskussionsbeitrag auch gar nicht leisten. Sie sind auch weit davon entfernt, mit ihrer Auswertung die Irrungen und Wirrungen der Corona-Panik-PR zu entlarven und für Versachlichung oder Entwarnung zu plädieren. Ganz im Gegenteil betätigen sie sich sogar selbst als Warner und zwar davor, dass die „Krankenhäuser dauerhaft um staatliche Unterstützung für ihre nicht benötigten Kapazitäten betteln“.

Die NachDenkSeiten hatten zu Jahresanfang über Bestrebungen von Lobbyisten nach fortgesetzten Klinikschließungen zum Vorteil der großen Krankenhauskonzerne berichtet. Allein im Vorjahr wurden 20 kleinere Einrichtungen dichtgemacht, worüber sich Gesundheitsminister Spahn bis heute in Schweigen hüllt. Konzeptpapiere der Bertelsmann Stiftung oder der Wissenschaftsakademie Leopoldina fordern eine umfassende Flurbereinigung zum Zweck von mehr Effizienz, Spezialisierung und Zentralisierung, an deren Ende nur noch wenige hundert der aktuell knapp 2.000 Standorte stehen sollen. Mit ihrer Studie wollen Busse und Nimptsch Argumentationsstoff liefern, indem sie Corona zum Kronzeugen für ein neoliberales Kahlschlagsprogramm machen.

„Wenn in der schwersten Gesundheitskrise seit Jahrzehnten das wesentliche Problem der Krankenhauslandschaft durch den Leerstand von überflüssigen Betten und Häusern verursacht wird (und nicht durch überfüllte Betten und Häuser), dann sollte endlich klar werden, dass eine echte Reform hin zu technisch und personell adäquat ausgestatteten Krankenhäusern überfällig ist“, äußerte sich Busse in einer schriftlichen Stellungnahme gegenüber den NachDenkSeiten. Nach seiner Darstellung sind die leerstehenden Kapazitäten „nur zum geringsten Teil ‚geschaffen‘ worden – sie sind ja ganz überwiegend das Resultat einer anderen Nutzen-Risiko-Wahrnehmung auf Seiten von Patienten (und einweisenden Ärzten)“.

Weg mit Fehlanreizen

Tatsächlich stecken sehr viele Kliniken in existenziellen Nöten, gerade weil sie im Zuge der Krise hunderttausende Behandlungen nicht vornehmen und abrechnen konnten. Mit ihren bisher aufgelegten „Rettungspaketen“ lässt die Bundesregierung aber gerade die Standorte am ausgestreckten Arm verhungern, die Hilfe am nötigsten bräuchten: kleinere und mittlere Häuser abseits der Ballungszentren. Nun trifft es fraglos zu, dass in deutschen Kliniken unnötige Operationen durchgeführt werden und nicht alle Einweisungen medizinisch geboten sind. Deshalb wäre es an der Zeit, die falschen Anreize im Rahmen des Fallpauschalensystems (Diagnosis Related Groups, DRGs) abzuschaffen. Denn an an diesen stoßen sich gerade hoch spezialisierte und rationalisierte Kliniken mit bester Ausstattung gesund und bei großflächig wegbrechender Konkurrenz ließen sich noch viel größere Profite erwirtschaften. Deshalb ist in der Wachstums- und Verwertungslogik von Krankenhauskonzernen wie Rhön, Sana, Fresenius und Helios für staatliche „Subventionsbetriebe“ selbstredend kein Platz.

Aber ausgerechnet eine Ausnahmesituation wie die einer Pandemie als Beleg dafür heranzuziehen, dass das System überbordende Strukturen der Überversorgung birgt , was sich daran zeige, dass die Menschen „freiwillig“ und aus quasi „besserer Einsicht“ von

einem Arztbesuch absehen, erscheint ziemlich perfide. „Dass sich diese Entwicklung verstetigt, ist somit zumindest nicht unwahrscheinlich“, vermuten die beiden Autoren und könnten bei anhaltender Krise recht behalten. Schon auf kurze Sicht dürften nach Angaben des Vereins Gemeingut in BürgerInnenhand (GiB) rund 30 weitere Kliniken von der Bildfläche verschwinden. Wohin das führt, lässt sich vielleicht schon bei der nächsten Pandemie besichtigen – wenn die Überlastung real wird.

Titelbild: venusvi/shutterstock.com