

# Bericht zur Coronalage vom 24.11.2020: Gute Nachrichten, schlechte Presse



Ich möchte Ihnen nun eine Auswertung der [Initiative für Qualitätsmedizin](#), einem Zusammenschluss deutscher und schweizerischer Kliniken erläutern. Sie trägt den Namen „Effekte der SARS-CoV-2 Pandemie auf die stationäre Versorgung im ersten Halbjahr 2020“. Sie bezieht sich auf 2,8 Millionen Behandlungsfälle in 421 Krankenhäusern aller Versorgungsstufen und damit auf 35 Prozent aller deutschen Krankenhausfälle.

Diese Erhebung basiert nicht auf unrealistischen Horror-Modellrechnungen von Panikmachern, auf die sich ganz offenbar die Politik verlässt, sondern auf den Krankheitscodierungen der Abrechnungsdaten und kommt damit der Wirklichkeit so nahe, wie es derzeit möglich ist. Das Ergebnis: Es gab 2020 weniger stationär behandelte schwere Atemwegsinfektionen als 2019 und zwar inklusive Covid-19. Man bedenke, 2019 war im Vergleich zu 2018 eher eine milde Grippewelle. Es gab bzgl. Atemwegsinfektionen sogar 2020 weniger Beatmungsfälle als 2019. Auch weitere Details dieser Auswertung, auf die ich weiter unten ausführlich eingehe, geben Anlass zur Entwarnung und zum Nachdenken.

Was jedoch sehr irritiert, ist, dass diese Erhebung schon Ende Oktober veröffentlicht wurde und weder Politik noch Medien diese gute Nachricht an die Bevölkerung weitergegeben haben. Ein Leser hat mich darauf hingewiesen mit der Bitte, diese Auswertung auf Achgut.com zu veröffentlichen. Die Medien würden sie ignorieren. Kann es sein, weil diese Arbeit die Annahme einer Epidemie nationalen Ausmaßes endgültig widerlegt?

Denn durch diese Auswertung wissen wir es nun schwarz auf weiß, dass die neuen einschneidenden Corona-Schutzmaßnahmen angesichts des massiven gesellschaftlichen, auch gesundheitlichen, Schadens keinen Sinn machen. Wer hier von einem Präventionsparadox spricht (das Missachten von Maßnahmen, weil sie wirken), der hat nicht verstanden, dass im Frühjahr die Infektionen bereits vor dem Lockdown zurückgingen und dass die Infektion ihren Weg geht, egal ob sich Länder zu einem milden, mittleren oder schweren Lockdown entschließen. Die neuen Maßnahmen haben, wenn überhaupt, einen geringgradigen Einfluss auf die Virusverbreitung. Und da die meisten Infizierten quasi fast symptomfrei sind, wird eine Nachverfolgungsstrategie selbst bei bestausgestatteten Gesundheitsämtern – und davon sind wir Lichtjahre entfernt – kaum möglich sein. Kurz: das ausgebrochene Virus lässt sich nicht wirksam eindämmen.

## Weg von der Angstkommunikation

Darauf weist [in eindringlichem Ton auch eine weitere Stellungnahme](#) eines Autorenkreises, bestehend aus ehemaligen Mitgliedern des Sachverständigenrats Gesundheit der Bundesregierung, Medizinprofessoren, Fachleute der Krankenkassen, hin.

Eine ernüchternde Analyse des bisherigen Pandemiegeschehens und der Forderung eines Strategiewechsels, weg von der Angstkommunikation, Beenden der einschränkenden Maßnahmen und direkter Fokus auf die Pflegeheime mittels besserer Ausstattung an Material und Pflegekräften. Dies ist die 6. Stellungnahme, in der die Autoren die offizielle Coronapolitik kritisieren. Sie bescheinigen der Regierung Beratungsresistenz. Ich bin mir sehr sicher, die Frage, inwieweit solche Epidemien in den Pflegeheimen Todesopfer fordern und auch Intensivabteilungen punktuell überfordern, entscheidet sich anhand einer intelligenten, interdisziplinären Strategie in der Prävention und Therapie von Atemwegsinfektionen bei alten, vorerkrankten Menschen vor Ort und nicht in der Gesellschaft. Eine Corona-Strategie wie sie auf Achgut.com schon seit März gefordert wurde und die mit einem Bruchteil des inzwischen verbrannten Geldes in den Pflegeheimen hervorragend hätte umgesetzt werden können.

Was mich persönlich hochgradig empört ist die martialische, permanente wie omnipräsente Angstpropaganda und ihre erwartbare negative Wirkung auf Psyche und Körper. Selbst wenn die Corona-Epidemie ähnlich wie 2018 unter den Älteren gewütet hätte, wäre die von der Regierung verbreitete Panik völlig unangebracht. Eine demokratisch gewählte Regierung sollte ihre Bürger durch gute Informationen motivieren und Zuversicht vermitteln. 2020 jedoch fällt das Bild einer gefährlichen Bedrohung durch ein unsichtbares Killervirus angesichts der Wirklichkeit wie ein Kartenhaus zusammen.

Weitere Details der Auswertung erstaunen, andere wiederum waren erwartbar. Vor allem Stephan Kohn, der einzige Mitarbeiter des Bundesinnenministeriums (BMI), der dort [bereit war, seine Arbeit zu tun](#), nämlich eine Risikoanalyse der Schutzmaßnahmen zu erstellen, hat eindringlich auf die negativen Auswirkungen auch im Gesundheitsbereich frühzeitig hingewiesen. Das BMI versucht immer noch juristisch, seinen Beamten deswegen, und defacto nur deswegen, rauszuschmeißen. Ein Skandal, den niemanden in der Presse interessiert.

Nicht ignorieren möchte ich an dieser Stelle in aller Klarheit, dass COVID-19 für die Risikogruppen eine schwere, tödliche Erkrankung sein kann, die vorgestellte Auswertung bestätigt dies noch einmal. Es macht auch weiter Sinn, altbekannte Hygienemaßnahmen in der Grippezeit ernst zu nehmen, wie Händewaschen und für die Risikogruppen das Meiden von Menschenansammlungen in engen Räumen. Jedoch zeigt die Auswertung in aller Deutlichkeit, dass die aktuellen, einschneidenden Maßnahmen in keinem Verhältnis zu der Gesamtgefahr durch COVID-19 für die Bevölkerung stehen.

Bevor ich Ihnen die Auswertung nun näher vorstelle, habe ich eine Bitte: Verbreiten sie diesen Hoffnung machenden Beitrag an möglichst viele weiter. Verzeihen Sie, wenn ich darauf hinweise, am besten ruhig und sachlich. Viele

Menschen schwanken angesichts der Horrormeldung und der tatsächlich erlebten Wirklichkeit. Diese Diskrepanz verstört. Sie brauchen jetzt die Chance ohne Druck, Häme oder hochspekulatives bis abwegiges Beiwerk, die schlichte Wirklichkeit wahrzunehmen. Das ist die beste Medizin gegen den Viruswahn.

## Die Auswertung im Detail

Hier ist der Link zu dieser Arbeit. Am besten Sie drucken sie sich aus:

<https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/covid-19-pandemie>

Ich darf Ihnen die wichtigsten Aussagen dieser Arbeit nun vorstellen und einige der darin enthaltenen Grafiken besprechen und erläutern:

Bei der Analyse der im Krankenhaus behandelten Atemwegsinfektionen wird der Oberbegriff SARI verwendet (Severe Acute Respiratory Infections/ „Schwere akute respiratorische Infektionen“). Die Analyse unterscheidet:

- “SARI no-COVID”, wenn ein SARI Code ohne einen COVID Code verwendet wurde;
- “SARI U07.1” / “SARI U07.2”, wenn ein SARI Code mit einem der COVID Codes verbunden war;
- “U07.1 / U07.2 no SARI”, wenn einer der COVID Codes ohne einen SARI Code verwendet wurde.

Also Atemwegsinfizierte ohne Corona, Atemwegsinfizierte mit Corona und Coronakranke ohne Atemwegsinfektion.

### Anmerkung zu [Abbildung 2 \(Scrollen\)](#):

Hier sieht man, dass neben den 14.783 COVID-Fällen mit nachgewiesener Corona Infektion die viel höhere Zahl von 46.919 COVID-Fällen ohne Virusnachweis behandelt wurden. Die Sterblichkeit lag bei nachgewiesener Infektion bei 19%. Maschinell beatmet wurden 18,9%. Bei den COVID Fällen ohne Nachweis war die Sterblichkeit niedriger mit 6,6% und 5,7% Beatmungsfällen. Somit handelt es sich ziemlich wahrscheinlich um eine andere Erregergruppe. Doch welche? Eine mildere Form der Influenza? Die Sentineldaten sprechen eher dagegen, aber [irgendetwas anderes muss es sein](#). An dieser Stelle möchte ich nicht müde werden, auf das Problem der zu frühen invasiven Beatmung bei Viruspneumonien hinzuweisen.

### Anmerkung zu [Abbildung 3 \(Scrollen\)](#):

Vergleich des wöchentlichen Verlaufes der SARI-Fälle im ersten Halbjahr 2019 und 2020. Sie sehen, die Kurven laufen parallel, wobei 2020 sogar weniger Behandlungsfälle zu verzeichnen sind. Die Kurve steigt 2019 im Herbst dann wieder an, auch das ist die Situation, die wir gerade erleben. Ob sie 2020 stärker ansteigt, wissen wir noch nicht. Das kann durchaus sein. Welche Rolle die Panik dann dabei spielt, müsste ebenfalls diskutiert werden. Ganz sicher ist, würde man noch das Jahr 2018 als Vergleich hinzunehmen, wäre die Diskrepanz zu 2020 noch wesentlich größer.

**Die Autoren schreiben:**

*„Überraschenderweise war die SARI-Fallzahl im ersten Halbjahr 2019 mit 221.841 Fällen höher als 2020 mit insgesamt 187.174 Fällen, obwohl darin auch die COVID bedingten SARI-Fälle miteingeschlossen wurden. Die nicht mit COVID in Verbindung stehenden SARI-Fälle summieren sich auf 166.214; SARI U07.1 auf 11.132; SARI U07.2 auf 11.206. Es ist auffällig, dass bei mehr als 35.000 Patienten ein COVID-Verdacht (U07.2) kodiert wurde, ohne dass ein SARI vorlag.“*

Und weiter:

*„Die Beobachtung, dass ca. dreimal mehr Fälle mit COVID-Verdacht als mit einer nachgewiesenen Infektion kodiert waren, ist absolut erstaunlich. Allerdings findet sich ein vergleichbares Verhältnis in den InEk Daten von Ende Mai für ganz Deutschland, wo neben den 34.916 U07.1 Fällen 111.769 U07.2 Fälle kodiert sind.*

*Natürlich könnte man annehmen, dass hierfür gerade am Anfang der Pandemie mangelnde Testkapazitäten verantwortlich waren, was aber nicht zum später auftretenden zeitlichen Verlauf der Verdachtsfälle passt (Abb. 2). 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. In der Literatur sind bis zu 30% falsch negativer PCR Befunde beschrieben, sodass dies eine Grundlage für diese Kodierung bieten mag. In der Summe resultierte hieraus allerdings eine nicht plausibel hohe Anzahl an Verdachtsfällen. Das zog möglicherweise einen nicht begründet hohen Aufwand für Schutzmaßnahmen in den Krankenhäusern nach sich, sofern diese Patienten mit denselben oder ähnlichen Maßnahmen behandelt wurden wie nachgewiesene COVID-Fälle.“*

#### **Meine Anmerkung:**

Hier sprechen die Autoren ein ganz aktuelles Problem an. Die Panikmache der Politik und der Medien führte dazu, dass viel zu viele Atemwegsinfektionen als COVID-Patienten eingestuft wurden, sogar 35.000 Fälle ohne Atemwegssymptome. Alle wurden dann stationär als COVID-Fälle gehandhabt, obwohl dies oft gar nicht nötig gewesen wäre (und die ohne Panik möglicherweise ambulant viel besser zu behandeln gewesen wären). Das führt direkt zu dem Problem, dass die dann stationär aufgenommenen unter Quarantänebedingungen behandelt und gepflegt werden müssen, was einen erheblichen Mehraufwand bedeutet. Dies ist die Situation, die die Krankenhäuser derzeit massiv belastet. Was dazu führt, solche Patienten ohne Nachweis oder Symptome mit der Diagnose COVID zu belegen (Panik, Angst-etwas-falsch-zu-machen, Abrechnungsanreize), sollte extra untersucht werden.

#### **Anmerkung zu [Abbildung 6 \(Scrollen\)](#)**

Bestätigung von Alter als wesentlicher Risikofaktor bezogen auf alle Formen der Atemwegsinfektionen, jedoch ganz besonders bei den gesicherten COVID Fällen.

## Effekte der Pandemie auf andere Krankenhausfälle

### Anmerkung zu [Abbildung 7 \(Scrollen\)](#)

**Die Autoren:** „Während der Phase des Lockdowns waren die Krankenhausbehandlungen um ca. 40% reduziert, was im Wesentlichen darauf zurückzuführen ist, dass zu der Zeit weitreichende Regularien das elektive Behandlungsangebot für Patienten bundesweit einschränkten. Auch nach Beendigung des Lockdowns bewegten sich die Fallzahlen nur langsam wieder aufwärts, sodass am Ende des ersten Halbjahres 2020 ca. 15% weniger Fälle im Krankenhaus behandelt wurden als zur selben Zeit im vergangenen Jahr.“

### Anmerkung zu [Abbildung 8 \(Scrollen\)](#)

„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.“

**Meine Anmerkung:** Natürlich hängt dies auch, wie die Autoren weiter schreiben, mit der Absage von geplanten Operationen und weiteren elektiven Behandlungen zusammen, aber eben nicht nur. Es gab auch weniger Notfallbehandlungen, und das sollte zu denken geben.

### Anmerkung zu [Abbildung 10 \(Scrollen\)](#)

**Die Autoren:** „Während die Reduktion der elektiven Behandlungen das Ziel der Maßnahmen war, sollten weiterhin alle Notfälle behandelt und dringliche Behandlungen ungehindert fortgeführt werden. Dass allerdings die Pandemie auch deutliche Folgen für die Notfallversorgung hatte, soll am Beispiel der Herzerkrankungen gezeigt werden. Sowohl für den akuten Herzinfarkt als auch für die Herzinsuffizienz waren die Fallzahlen um 24 bzw. 35 Prozent während des Lockdowns erniedrigt. In der Phase danach waren die Zahlen für den Herzinfarkt wieder vergleichbar zu dem Niveau vorher, während für die Herzinsuffizienz die Fallzahlen weiterhin um 15 Prozent im wöchentlichen Durchschnitt erniedrigt blieben.“

## Effekte der Pandemie auf andere Krankenhausfälle – Sterblichkeit

### Die Autoren:

*„Während des Lockdowns nahmen die wöchentlichen Krankenhausfälle um 37% ab und blieben auch in der Phase nach dem Lockdown bis zum Ende des ersten Halbjahres um 18% erniedrigt. Die Krankenhaussterblichkeit war in dieser Zeit prozentual von ca. 2,2% auf 3,5% erhöht, was aber nicht auf absolut mehr Todesfälle, sondern darauf zurückzuführen ist, dass weniger Patienten ins Krankenhaus kamen (Abb. 11).“*

*So war beispielsweise die beschriebene Fallzahl für den akuten Herzinfarkt und die Herzinsuffizienz während und nach dem Lockdown deutlich geringer. Dass die prozentuale Krankenhaussterblichkeit in dieser Phase für den*

*Herzinfarkt von 7,6% in 2019 auf 9,0% in 2020 und auch für die Herzinsuffizienz von 7,1% auf 9,0% anstieg, war vor allem hierauf zurückzuführen, und wiederum nicht darauf, dass mehr Patienten im Krankenhaus verstarben als im Vorjahr.*

*Bei der Lungenentzündung ist ein anderes Bild zu beobachten. Hier nahm die wöchentliche Fallzahl um 9% zu, es verstarben in der Zeit des Lockdowns allerdings 76% mehr Fälle im Krankenhaus, sodass der Letalitätsanstieg auf eine faktische Übersterblichkeit zurückzuführen ist. Erstaunlicherweise sank nach dem Lockdown die Anzahl der Fälle von Lungenentzündung um 21% verglichen zum Vorjahr, was möglicherweise Ausdruck der Abstands- und Hygienemaßnahmen ist, die nicht nur COVID, sondern auch die Übertragung anderer Lungenentzündungen vermindern können.“*

**Meine Anmerkung:** Herzkrankheiten sind nicht wegen des Lockdowns verschwunden, sondern betroffene Patienten trauten sich nicht, den Arzt zu rufen. Und starben dann wohl in vielen Fällen zu Hause, weil sie nicht oder zu spät behandelt wurden. In welcher Dimension, wird sicher noch genauer untersucht werden.

Es mag tatsächlich sein, dass die Zahl der Ansteckungen bei Atemwegsinfektionen insgesamt durch die Lockdown Maßnahmen gedrückt wurde. Die Daten der Sentinelerhebung deuten nicht zwingend darauf hin, aber zumindest wäre dieser Effekt plausibel. Angesichts [Abb. 3](#) beantwortet sich die Frage, ob dieser Effekt aber überhaupt notwendig war, eindeutig mit nein. Wenn, dann wurde er mit zigfachen Nachteilen auf anderen Feldern erkauft.

## **Schlussfolgerungen:**

### **Die Autoren:**

***„Im ersten Halbjahr 2020 wurden deutlich weniger Patienten im Krankenhaus behandelt als 2019. Auch die Gesamtzahl der SARI-Fälle, Intensivfälle und Beatmungsfälle war zu jedem Zeitpunkt geringer als 2019. Zu keinem Zeitpunkt war in den beteiligten Krankenhäusern ein Kapazitätsengpass messbar. Die Folgen der verminderten Krankenhausbehandlungen müssen genau und zeitnah analysiert werden, um auch anhand dieser Daten zu bilanzieren, welche Maßnahmen angemessen sind.“***

### **Diskussion vor dem Hintergrund der kürzlich publizierten Bundesstatistik der Sterbefälle. Die Autoren:**

*„In Zusammenhang mit unseren Beobachtungen ist die Publikation der Sterbefälle für das Jahr 2020 (bis August) durch das Statistische Bundesamt interessant, die eine Analyse der sogenannten Übersterblichkeit ermöglicht, also den Vergleich der auftretenden Sterbefälle mit den erwarteten, die typischerweise aus einem Durchschnitt der Vorjahre berechnet werden*

*Hier zeigt sich, dass die Sterbefälle 2020 nur unwesentlich von dem Mittel der Sterbefälle der Jahre 2016-19 abweichen. Die als „Exzess Letalität“ bezeichnete Differenz ist in der folgenden [Abb. 12](#) für die einzelnen Monate dargestellt, wobei wir die monatlich berichteten Zahlen der an Corona*

Verstorbenen.“

*„Während im April die Übersterblichkeit zeitlich mit der Sterblichkeit an Corona zusammenfiel, war die Übersterblichkeit im August augenscheinlich nicht auf Corona zurückzuführen. Das Statistische Bundesamt gibt in seiner Publikation die Hitzewelle als mögliche Ursache der Beobachtung im August an. Dieser Effekt könnte allerdings auch auf die verminderte Krankenhausversorgung gerade bei Notfällen während der vorhergehenden Monate zurückführbar sein. Eine tiefere Analyse der zugrundeliegenden Zusammenhänge ist zur weiteren Beurteilung wünschenswert.“*

**Meine Anmerkung:** Dem kann ich mich nur anschließen. Noch eines. Das Thema Übersterblichkeit wird immer wieder missbräuchlich verwendet, um die These eines außergewöhnlich gefährlichen Infektionsgeschehens 2020 zu rechtfertigen. Doch dies gelingt nur mit leicht durchschaubaren Darstellungstricks. Auf *ScienceFiles* wurde dieses Thema ausreichend [mit aussagekräftigen Grafiken herausgearbeitet](#). Mit dieser Kritik am Missbrauch einer angeblichen Übersterblichkeit meine ich ausdrücklich nicht die Autoren dieser Auswertung, die korrekt den gesamten zeitlichen Rahmen darstellen. Sie haben, obwohl sie mit dieser Veröffentlichung der offiziellen Darstellung diametral widersprechen, diese gut zugänglich publiziert. Es wird Zeit, dass solche belastbaren Vergleichszahlen angemessen wahrgenommen werden.

Es wird auf diese Weise immer schwerer werden, die Wirklichkeit zu verneinen. Denn wir brauchen als Gesellschaft keine Angst vor Corona und COVID-19 zu haben, nur Respekt. Es handelt sich um eine in Deutschland übliche saisonale, virale Atemwegsinfektion mittlerer Ausprägung. Nicht mehr aber auch nicht weniger. COVID-19 befällt dabei in besonderer Weise die Lunge, während Influenza vermehrt auch zu Herzproblemen führen kann. Was wir zukünftig benötigen, sind intelligentere Strategien und bessere Ausstattungen für die Pflegeheime selbst. Denn dort und nicht in der Gesellschaft entscheidet sich, ob eine solche Infektion zu hohen Todesraten und unwürdigem Sterben, isoliert unter Quarantäne, führt oder nicht.

Der Beitrag erschien zuerst bei ACHGUT [hier](#)