

# Datenanalyse

(Teil 3 - zusätzliche Daten)

Analyse der Krankenhausdaten im Kontext der  
Corona-Bekämpfungsverordnung Schleswig-Holsteins

vom 1. November 2020 sowie der  
Schulen-Coronaverordnung vom 30.10.2020

## **Autor:**

Tom Lausen - Datenanalyst

c./o. LAUSEN MEDIA

Obstmarschenweg 12

21720 Grünendeich

26. März 2025

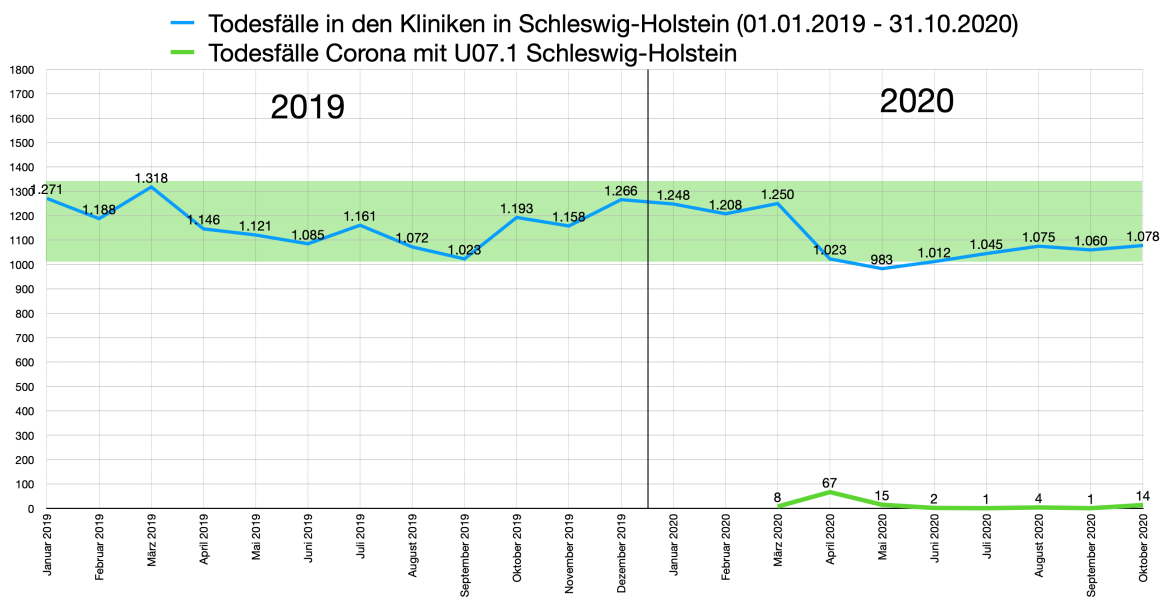
Datenquelle aller Daten: [datenbrowser.inek.org](https://datenbrowser.inek.org) - alle Daten wurden mit dem InEK-Datenbrowser für Schleswig-Holstein ausgefiltert. Alle ITS Daten stammen aus den Zahlen der DIVI ([https://github.com/robert-koch-institut/Intensivkapazitaeten\\_und\\_COVID-19-Intensivbettenbelegung\\_in\\_Deutschland](https://github.com/robert-koch-institut/Intensivkapazitaeten_und_COVID-19-Intensivbettenbelegung_in_Deutschland))

## Weitere Zusatzdaten zur Daten-Analyse vom 12.03.2025

### Ex-Ante Sicht

#### 1. Todesfälle in den Kliniken Schleswig-Holsteins - alle Ursachen inkl. Corona

Zeitraum: 01.01.2019 bis 31.10.2020



#### **Erläuterung der grünen oder folgend orangefarbenen Leiste:**

Farbleiste im Hintergrund ist der Sterbekorridor aus 2019, also der Normalbereich ohne Corona.

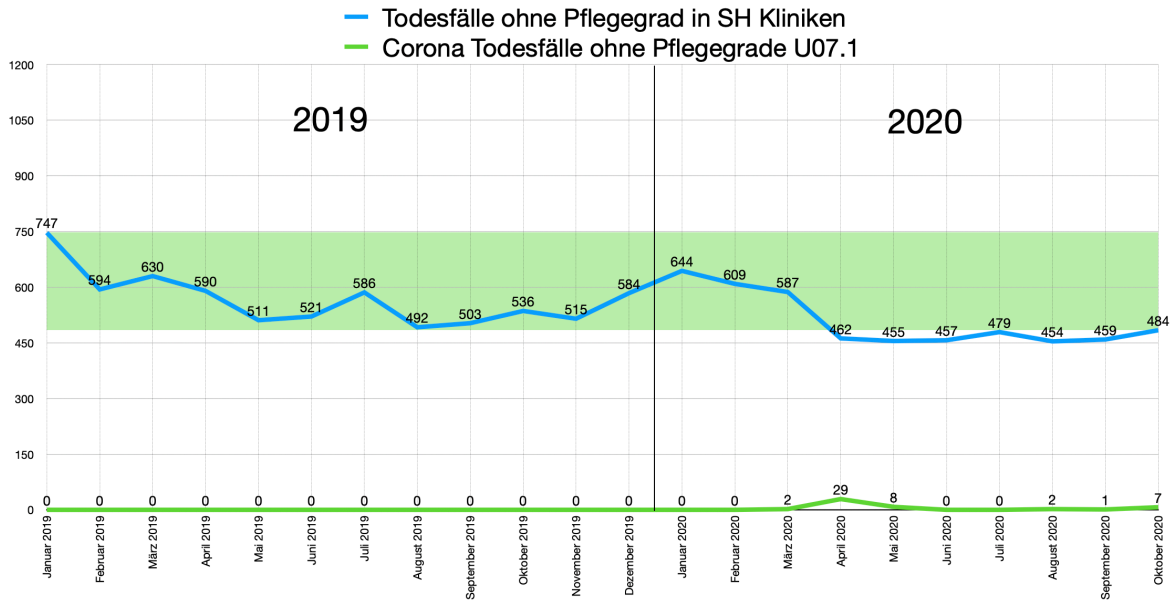
#### **Zusammenfassung aus datenanalytischer Sicht**

Eine Prognose, wonach sich das Infektionsgeschehen im November 2020 in Schleswig-Holstein dynamisch überborden oder explosionsartig entwickeln würde, war auf Basis der verfügbaren Todesfall- und Seroprävalenzdaten nicht plausibel und aus Sicht der Gesundheitsdaten nicht ableitbar.

Die Datenlage ließ eine solche Annahme **nicht zu**.

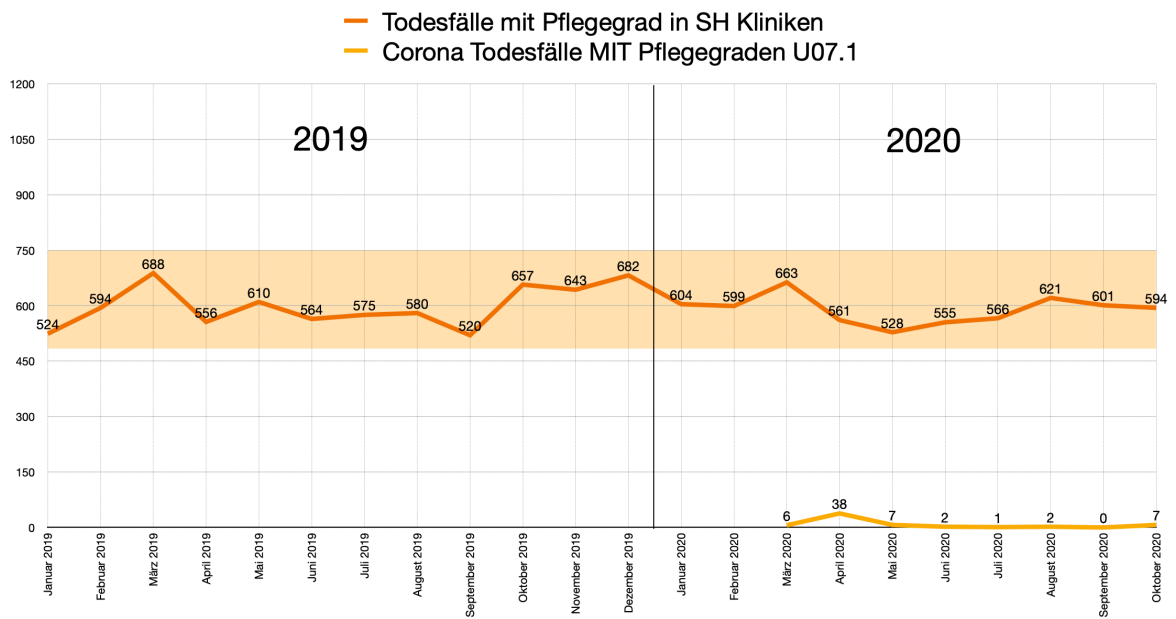
(Davon) Todesfälle **ohne** Pflegegrad in den Kliniken Schleswig-Holsteins:

**Ex-Ante Sicht**



(Davon) Todesfälle **mit** Pflegegrad in den Kliniken Schleswig-Holsteins:

**Ex-Ante Sicht**



Die offiziellen Krankenhausdaten zeigen für Schleswig-Holstein im Zeitraum **Januar 2019 bis Oktober 2020 keine pandemische Übersterblichkeit.**

Im Gegenteil:

Die **Gesamtzahl der Todesfälle in den Kliniken** war insbesondere von **April bis Oktober 2020 durchgehend im Bereich oder unter dem Niveau der Vorjahre.** Von einer akuten Belastung des Gesundheitssystems kann für diesen Zeitraum **nicht gesprochen werden.**

Zwischen **März und Oktober 2020** wurden in Schleswig-Holstein insgesamt **112 Todesfälle** mit dem ICD-Code **U07.1**(COVID-19, labordiagnostisch bestätigt) dokumentiert – bei rund **2,95 Millionen Einwohnern** entspricht das einer **sehr niedrigen bevölkerungsbezogenen Sterblichkeit von 0,0038 %.**

Diese Zahl verteilt sich auf sieben Monate und zeigt **keinerlei Hinweise auf eine sich beschleunigende oder eskalierende Entwicklung.**

### **Keine Datenbasis für eine „dynamische“ Prognose im Herbst 2020**

Zum Stichtag 31. Oktober 2020 lagen in Schleswig-Holstein weder:

- **signifikant ansteigende Todeszahlen in den Kliniken,**
- **noch Anzeichen einer Welle mit Corona-Todesfällen,**

Auch die **SeBluCo-Studie** des RKI zur Seroprävalenz zeigte:

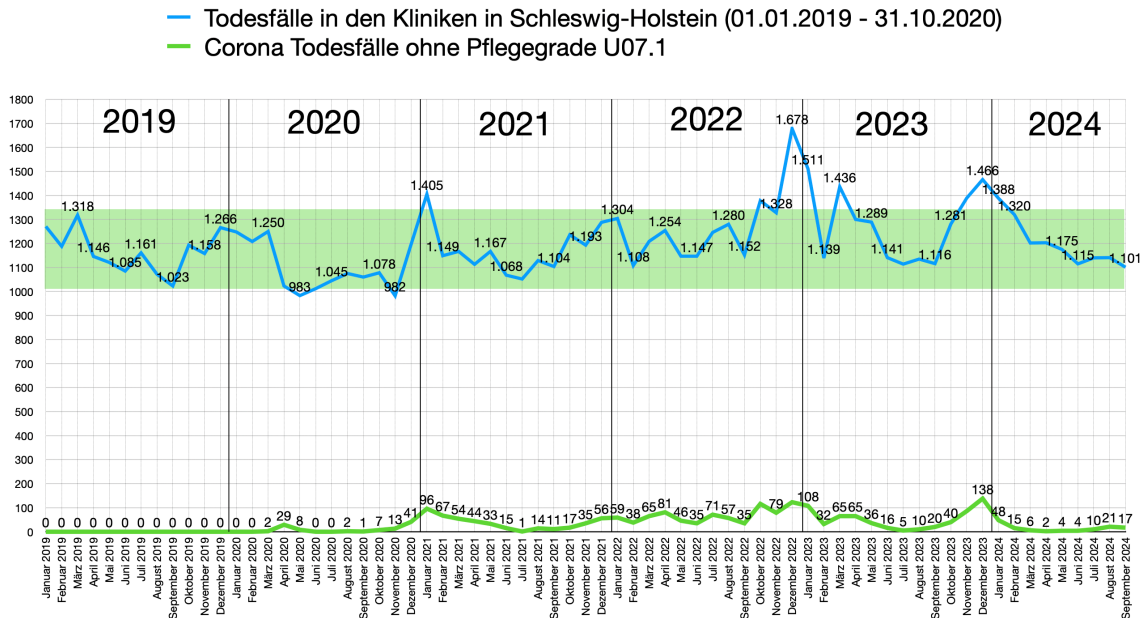
Die **Durchseuchung der Bevölkerung war gering (< 2 %)** – das Virus hatte sich **nicht flächendeckend verbreitet**, und es bestanden **keine Hinweise auf eine unsichtbare Infektionsdynamik**, die eine plötzliche Verschärfung erwarten ließ.

Spätestens sieben Monate nach Beginn der Pandemie (März–Oktober 2020) musste auf Basis valider Datenlage entschieden werden – nicht mehr auf bloßer Vorsorgevermutung. Die Datenlage war klar, vollständig und öffentlich zugänglich. Eine unklare oder volatile Gefährdungslage konnte nicht mehr behauptet werden.

## Ex-POST Sicht

### 1. Todesfälle in den Kliniken Schleswig-Holsteins - alle Ursachen

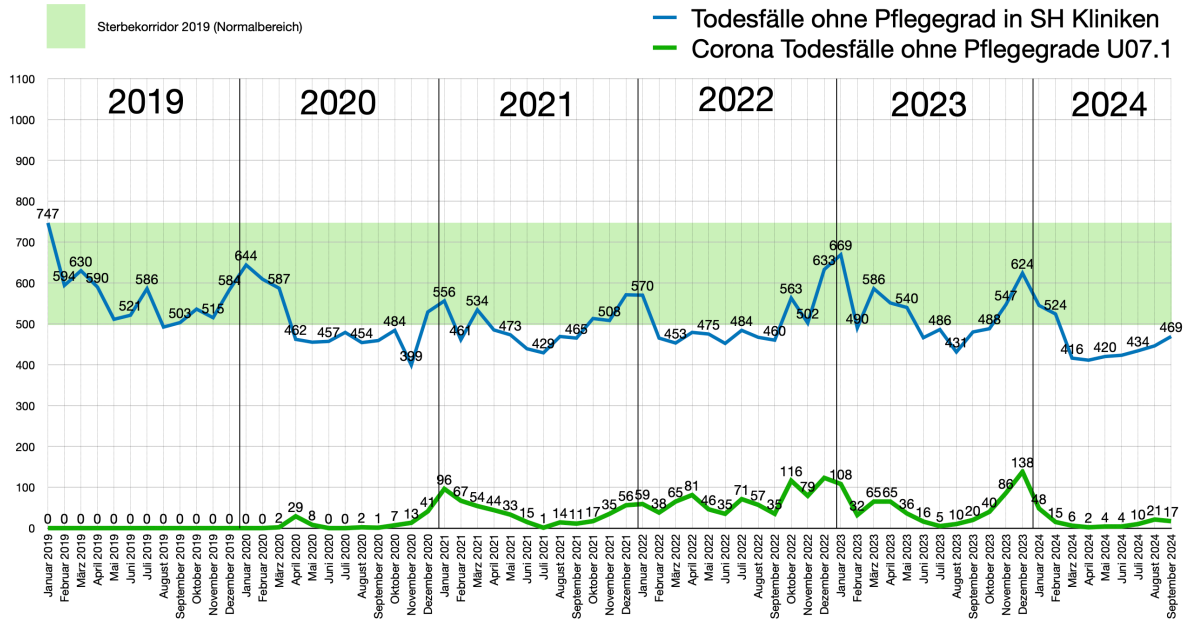
Zeitraum: 01.01.2019 bis 30.09.2024



Eine **ex post**-Sicht kann im Verfahren dennoch interessant sein, weil sie aufzeigt, **ob die damalige Prognose mit dem tatsächlichen Verlauf übereinstimmte** – und damit Rückschlüsse auf die **Tragfähigkeit der ursprünglichen Annahmen** zulässt. Wenn die Landesregierung im Verfahren lediglich **steile Kurven von Infektionszahlen** vorlegte, **ohne Zusammenhang zu Krankenhauseinweisungen oder Todesfällen**, dann zeigt das, dass die Entscheidung **auf Modellen ohne Bezug zur tatsächlichen Krankheitslast** basierte. Eine solche Darstellung hat **keine Aussagekraft über das reale gesundheitliche Risiko** und bestätigt im Nachhinein, dass die damalige Prognose **nicht nur unzureichend begründet, sondern auch in der Realität nicht eingetreten ist**. Ex post sichtbar wird also: Die befürchtete Belastungsdynamik blieb aus – **trotz aller Maßnahmen oder auch unabhängig von ihnen**.

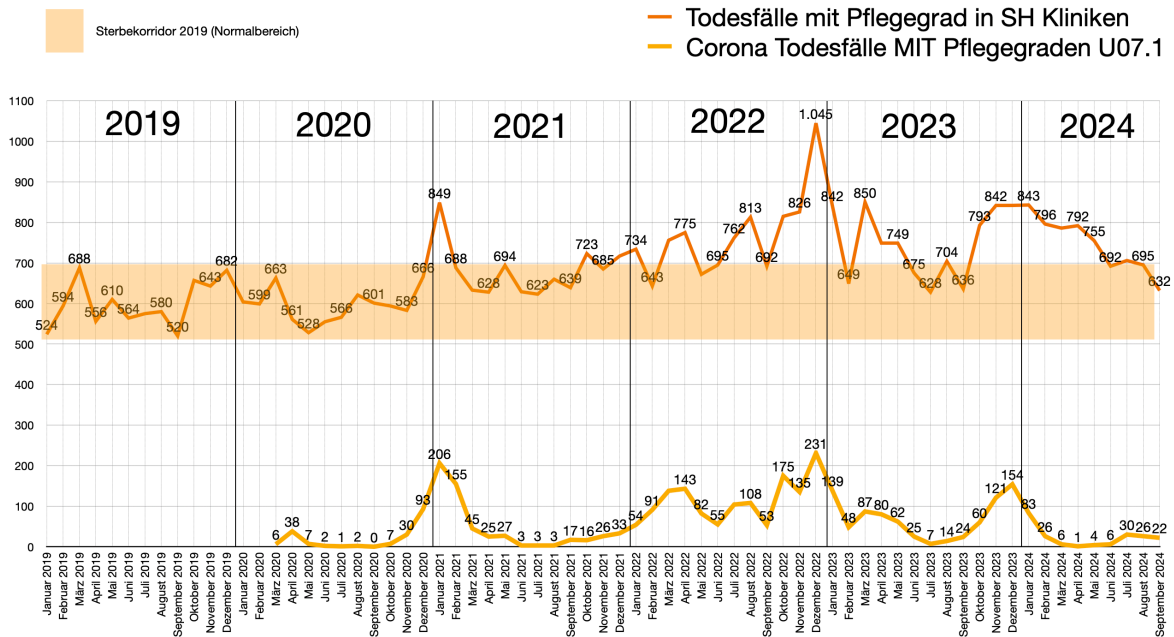
(Davon) Todesfälle **ohne** Pflegegrad in den Kliniken Schleswig-Holsteins:

### Ex-POST Sicht



(Davon) Todesfälle **mit** Pflegegrad in den Kliniken Schleswig-Holsteins:

### Ex-POST Sicht



Die **Sterbezahlen ex post bis 2024** zeigen eindeutig, dass die Todesfälle bei Personen **ohne Pflegegrad**, darunter auch zahlreiche **über 80-Jährige**, im Bereich des normalen Sterbekorridors von 2019 lagen – zum Teil sogar **darunter**. Im Gegensatz dazu lagen die Todeszahlen bei **Menschen mit Pflegegrad** insbesondere im **Monat des massiven Impfstarts einmalig deutlich über dem historischen Vergleichswert** und stiegen auch **ab 2022 mit dem „Booster“ erneut an**, obwohl längst umfassende Schutzmaßnahmen umgesetzt worden waren.

Bei den Nicht-Pflegegraden, also auch den über 80-jährigen, lag die Sterbekurve im Normalkorridor. Nur bei den Pflegegraden überstieg die Sterbekurve den Normalbereich insbesondere im Jahr 2022 erheblich. Dies wirft natürlich Fragen in Bezug auf die Massnahmen und die Schutzimpfung auf, die hier nicht thematisiert werden.

Diese retrospektive Betrachtung macht klar: **Die damaligen Prognosen einer unkontrollierbaren Ausbreitung mit massenhafter schwerer Erkrankung und Tod in der Allgemeinbevölkerung haben sich nicht erfüllt.**

Insbesondere **nach sieben Monaten Erfahrung** mit dem realen Verlauf der Pandemie – gestützt durch die **Krankenhausdaten des InEK**, die **SeBluCo-Studie** zur niedrigen Seroprävalenz und stabile **Sterbedaten in Schleswig-Holstein** – war eine dramatische Entwicklung **nicht nur nicht eingetreten**, sondern **aus Sicht der Daten nie anzunehmen gewesen**.

## **Einleitung zur Analyse der Intensivstationen in Schleswig-Holstein (Ex-ante-Sicht)**

Im Rahmen der Pandemieplanung ist eine frühzeitige Bewertung der Belastungssituation auf Intensivstationen (ITS) essenziell. Diese Analyse richtet sich auf die Monate der ersten Pandemiewellen und berücksichtigt relevante Operationen- und Prozeduren-Codes (OPS), die die tatsächliche Beanspruchung intensivmedizinischer Ressourcen widerspiegeln.

Dabei stehen insbesondere folgende Prozeduren im Fokus:

- OPS 8-98f.\*: Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung – ein Indikator für besonders schwere Verläufe mit hohem Versorgungsaufwand.
- OPS 8-98g.\*: Isolationspflichtige Komplexbehandlung – relevant für die stationäre Versorgung infektiöser Patienten, auch ohne schwere COVID-19-Verläufe.
- OPS 8-701: Einfache endotracheale Intubation – als Zeichen schwerer respiratorischer Insuffizienz.
- OPS 8-706: Anlegen einer Beatmungsmaske – in der Regel bei nicht-invasiver Beatmung, oft bei schwerer Atemnot.
- OPS 8-930: Monitoring ohne invasive Messung – oft in Situationen erhöhten Überwachungsbedarfs, z. B. zur Beobachtung kritischer Patienten.

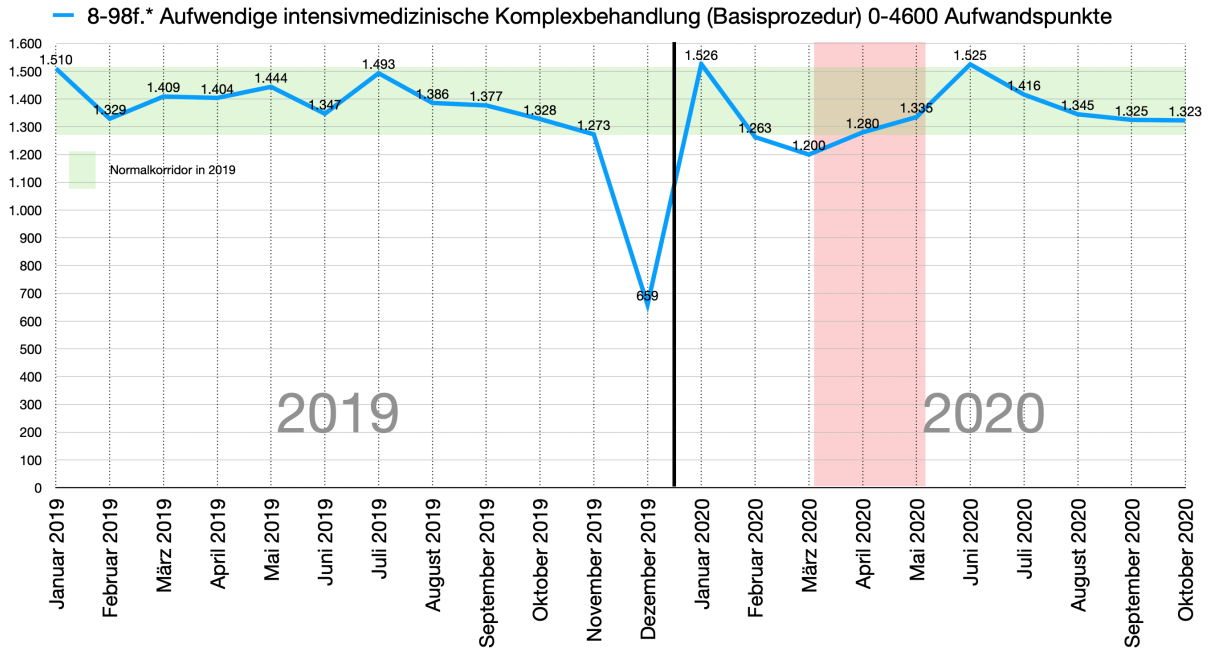
Diese Kombination erlaubt einen differenzierten Blick auf tatsächliche intensivmedizinische Versorgungserfordernisse. Die Betrachtung erfolgt aus ex-ante Sicht – also auf Grundlage der bereits im Frühjahr 2020 verfügbaren klinischen Erfahrung und Erkenntnisse, u. a. aus internationalen Daten und der frühen serologischen SeBluCo-Studie. Sie erlaubt auch eine Rückschau darauf, inwiefern damalige Prognosen und Maßnahmen angesichts realer Krankenhausdaten gerechtfertigt waren.



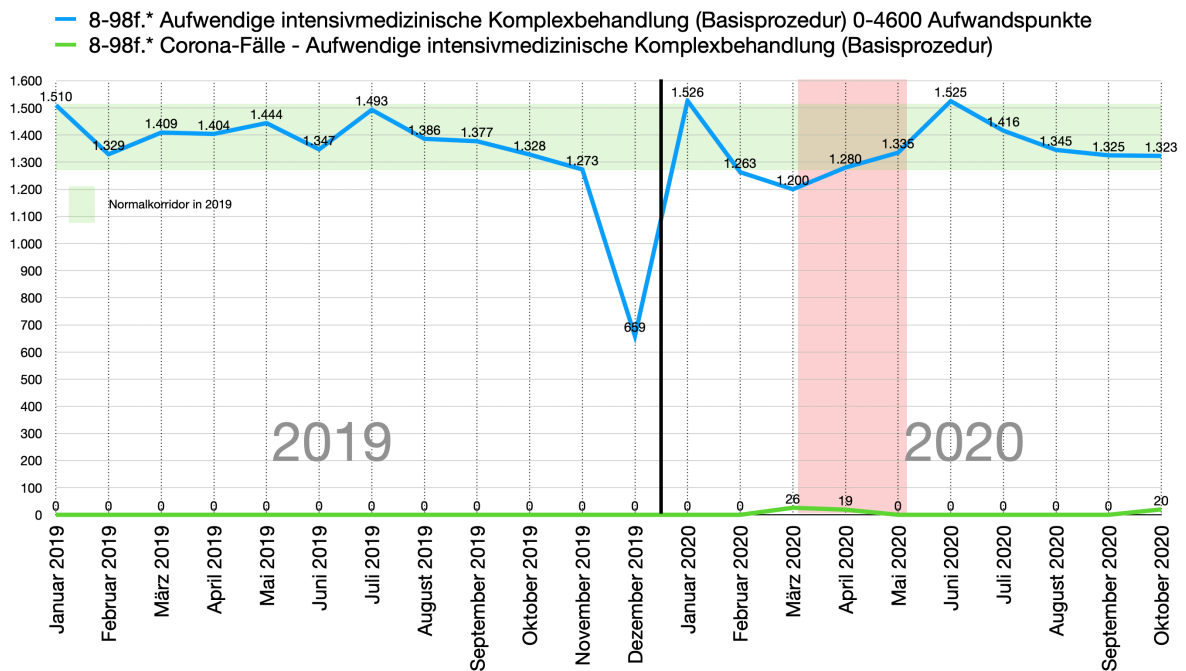
## Ex-ante-Betrachtungen in den Intensivstationen in Schleswig-Holstein

Zeitraum 01.01.2019-31.10.2020

### Alle Fälle mit OPS 8-98f\* - Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung



### Alle Fälle mit OPS 8-98f\* - Corona-Fälle in grün

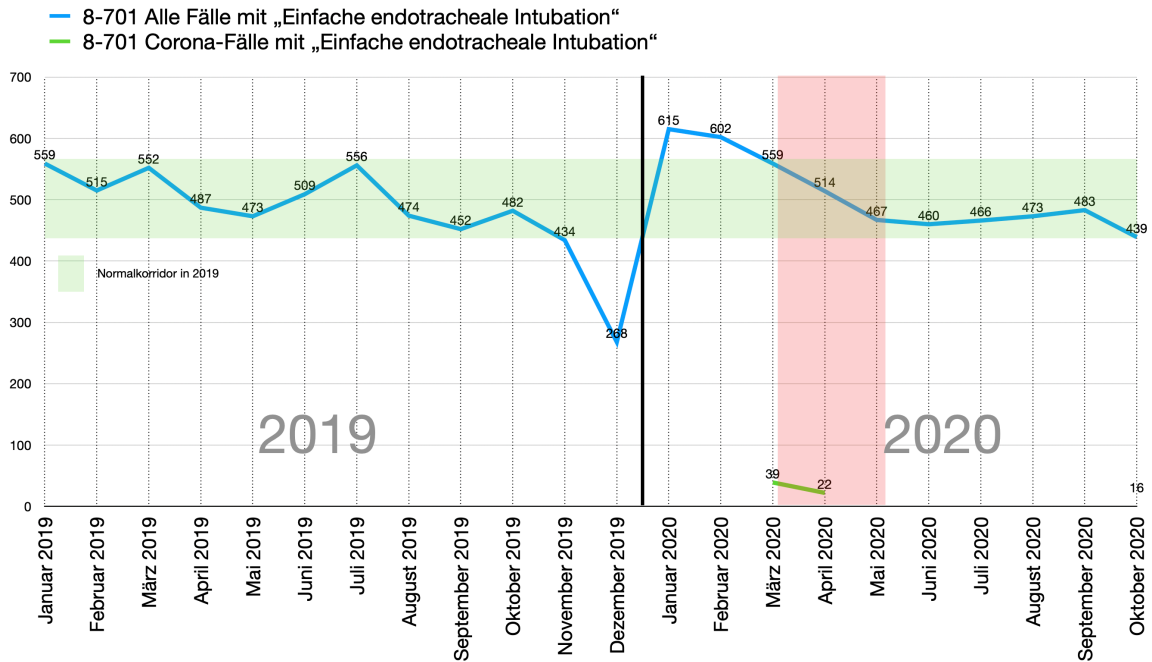


**Ex-ante-Sicht - Zeitraum: 01.01.2019-31.10.2020**

**Beatmung auf Intensivstationen in Schleswig Holstein**

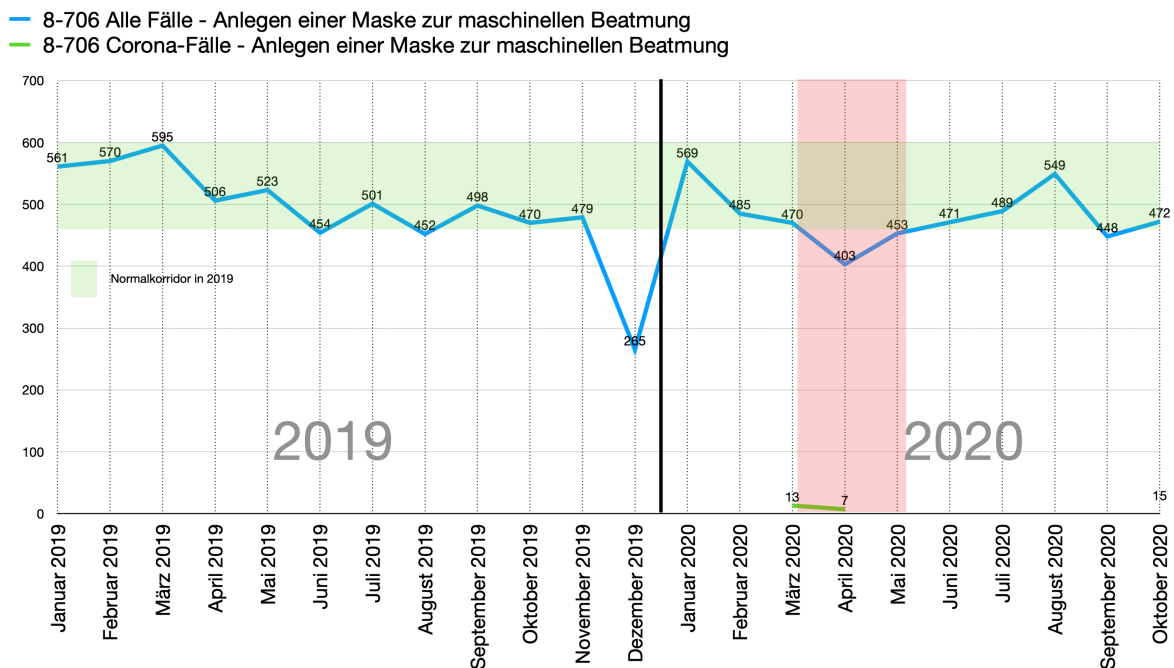
**Intubation OPS 8-701 (Invasive Beatmung)**

Corona-Fälle mit Intubation in grün als Teilmenge



**Maskenbeatmung OPS 8-706 (NIV)**

Corona-Fälle mit Maskenbeatmung in grün als Teilmenge



## **Ex-ante Einschätzung der ITS-Situation in Schleswig-Holstein (Herbst 2020)**

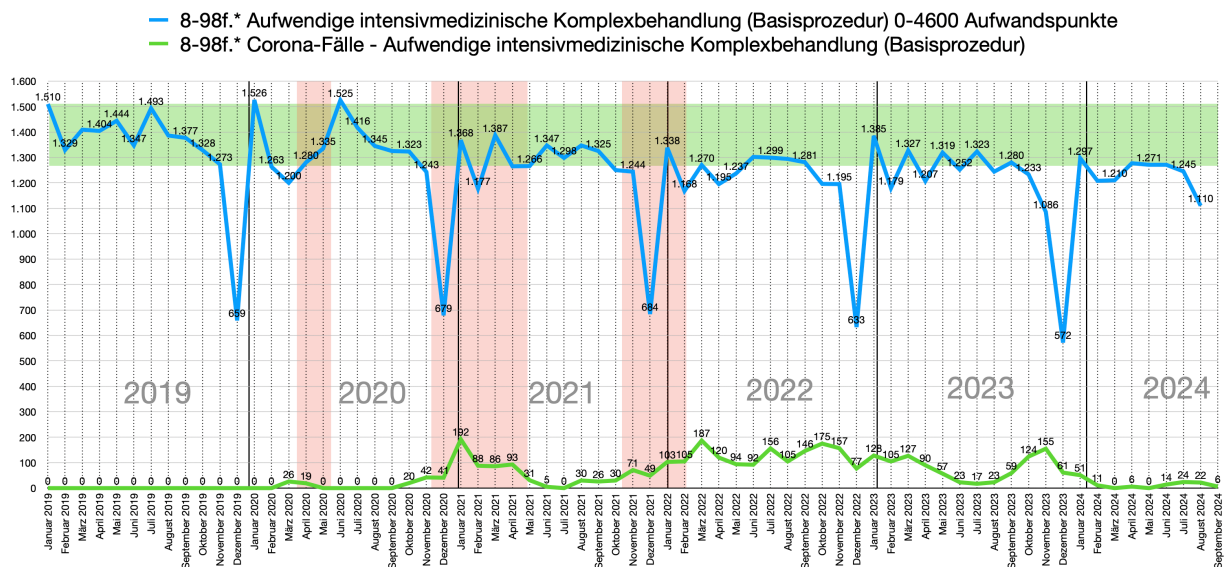
Bereits nach sieben Monaten Pandemieerfahrung lagen belastbare Daten vor: Die COVID-Fallzahlen mit schwerem Verlauf in Schleswig-Holstein blieben gering. Im ersten Lockdown wurden z. B. im April 2020 nur 39 Corona-Fälle mit Intubation (OPS 8-701) und 13 mit maschineller Beatmung (OPS 8-706) registriert – also sehr wenige.

Gleichzeitig sank die Gesamtauslastung der Intensivstationen durch das Verbot elektiver Eingriffe. Die Pandemie führte also **nicht zu einer Überlastung**, sondern phasenweise zu **Unterauslastung**.

Angesichts dieser realen Entwicklung und der vorliegenden Studien (z. B. SeBluCo) war es **ex ante nicht gerechtfertigt**, im Herbst 2020 für Schleswig-Holstein von einem drohenden Worst-Case-Szenario auszugehen.

## Ex-POST Sicht

### 2. Intensivmedizinische Komplexbehandlungen in den Kliniken Schleswig-Holsteins - alle Ursachen und Corona-Fälle (positiver PCR-Test)



#### *Ex-post-Betrachtung der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlungen (OPS 8-98f) in Schleswig-Holstein\**

Die Entwicklung der OPS 8-98f\*-Fälle bei U07.1-Patienten in Schleswig-Holstein zeigt aus **ex-post Sicht** ein klares Bild: Zu keinem Zeitpunkt wurde der "Normalkorridor" aus dem Jahr 2019 (also das präpandemische Niveau der aufwendigen ITS-Behandlungen) bei COVID-Fällen auch nur annähernd erreicht. Selbst in Phasen, in denen elektive Eingriffe wieder erlaubt waren, stieg die Zahl dieser schweren intensivmedizinischen Behandlungen nicht auf das frühere Niveau an.

#### **Waren Worst-Case-Szenarien gerechtfertigt?**

Nein – **weder ex ante (ab Herbst 2020)** noch ex post ergibt sich eine tragfähige Grundlage für Worst-Case-Prognosen in Schleswig-Holstein. Bereits im ersten Lockdown zeigte sich eine deutliche Reduktion der ITS-Gesamtbelastung – durch das Verbot elektiver Operationen und durch nur wenige tatsächlich schwere COVID-Verläufe. Das

Risiko einer Gesundheitskrise durch Überlastung der Intensivstationen trat faktisch **nicht ein**.

Die Daten machen deutlich: **Ein Zusammenbruch der Intensivversorgung war zu keinem Zeitpunkt sichtbar**. Im Gegenteil: Die Auslastung blieb – auch bei zunehmenden COVID-Fällen – **unter dem üblichen Jahresdurchschnitt**. Damit fehlte die Grundlage für dramatische Annahmen, wie sie etwa zur Rechtfertigung harter Maßnahmen genutzt wurden.

Die Auswertung der OPS-Codes (insbesondere 8-98f\*) für intensivmedizinische Komplexbehandlungen bei **Corona-Fällen (U07.1)** in Schleswig-Holstein über den Zeitraum von März 2020 bis Ende 2024 zeigt ein **auffälliges, inkonsistentes Verlaufsmuster**, das kaum mit dem klassischen Verlauf einer Pandemiewelle erklärbar ist – und noch weniger mit einer dramatisch gestiegenen Krankheitslast.

## **2020: Wenige Fälle trotz Pandemie-Erklärung**

Im ersten Pandemiejahr 2020 finden sich **nur vereinzelte Corona-bezogene Komplexbehandlungen auf Intensivstationen**. Im Frühjahr (Lockdown 1) sind die Fallzahlen sogar auffällig niedrig – teils bei Null – was **nicht mit einer akuten Gesundheitskrise vereinbar** ist. Besonders bemerkenswert ist: Während das Land im Lockdown war und von politischer Seite aus Worst-Case-Szenarien angenommen wurden, **sind die dokumentierten schweren Fälle minimal**. Es wird deutlich: Der **erste Lockdown hatte keinen medizinischen, sondern organisatorischen Effekt**, der vor allem zu einem Rückgang elektiver Eingriffe führte.

## **2021: Deutlich mehr COVID-Intensivbehandlungen – aber ohne Überlastung**

2021 steigen die Fallzahlen bei 8-98f\* für U07.1 deutlich – mit Spitzen z. B. im Januar (192 Fälle) und im weiteren Verlauf des Jahres. Dennoch **erreicht die Summe der Behandlungen nie die Regelversorgung des Normalkorridors von 2019**. Das bedeutet: Auch in der Hochphase von COVID blieb das Intensivgeschehen insgesamt **unterhalb**

**der Kapazitätsgrenzen.** Die Fälle stiegen an, aber nicht über das hinaus, was auch in Vorjahren an intensivmedizinischer Aktivität zu beobachten war.

### **2022–2024: Unrunder Verlauf trotz Impfung**

In den Folgejahren (2022–2024) bleibt die Anzahl der aufwendig intensiv behandelten Corona-Fälle **relativ hoch**, obwohl zu diesem Zeitpunkt die Bevölkerung zu großen Teilen geimpft oder genesen war. Diese Diskrepanz legt nahe, dass **vermehrt Fälle über U07.1 codiert wurden, ohne dass sie sich in einer real höheren Krankheitslast niederschlagen.** Besonders auffällig: Obwohl die aufwendigen COVID-Behandlungen weitergemeldet werden, steigen **die Gesamtbehandlungen auf den Intensivstationen nicht über den 2019er-Normbereich hinaus.** Das spricht stark dafür, dass es sich hierbei um ein **Kodierverhalten und nicht um eine klinisch bedingte Überlastung** handelt.

### **Fazit: Keine Zusatzbelastung durch COVID – aber veränderte Kodierpraxis**

Die Daten aus Schleswig-Holstein belegen, dass es **ex post keine Berechtigung für Worst-Case-Prognosen gab** – selbst auf dem Höhepunkt der gemeldeten COVID-Wellen blieb die Intensivversorgung **innerhalb der bekannten und bewältigten Schwankungsbreite.** Die in späteren Jahren wachsende Zahl an Corona-Kodierungen bei stabil bleibender Gesamtintensivbelegung deutet **nicht auf eine höhere medizinische Belastung**, sondern vielmehr auf **veränderte Dokumentations- oder Abrechnungspraxen.** Eine echte pandemische Notlage mit systemrelevanter Überlastung der Intensivstationen ist **nicht erkennbar.**

## **Ex-post-Bewertung des OPS-Codes 8-98g\***

Der OPS 8-98g\* steht für die Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern. Er dokumentiert aufwändige Hygienemaßnahmen wie Isolation, Einkittelung, verstärkte Schutzkleidung und organisatorischen Mehraufwand. Diese Prozedur wurde bereits vor der Pandemie regelmäßig angewandt – z. B. bei Noroviren, Clostridioides difficile, Influenza mit Komplikationen, RS-Virus oder bei Masern-Ausbrüchen.

Die Analyse der Fallzahlen in Schleswig-Holstein zeigt aus **Ex-post-Sicht**: Trotz COVID-19 stieg die Zahl der 8-98g\*-Behandlungen **nicht über das gewohnte Maß hinaus**. Vielmehr wurde der Mehraufwand durch die stark gesunkenen Gesamteinweisungen während der Lockdowns weitgehend ausgeglichen. Zu keiner Zeit kam es aufgrund der Isolation zu einer Systemüberlastung.

**Fazit:** Die 8-98g\*-Daten belegen, dass die pandemiebedingten Isolationsmaßnahmen im normalen Rahmen bewältigt wurden. In Verbindung mit weiteren Beobachtungen (z. B. keine nachhaltige Zunahme aufwendiger Intensivbehandlungen mit 8-98f\*) lässt sich festhalten: **Worst-Case-Szenarien waren rückblickend unbegründet** und hätten – basierend auf vorhandenen Erfahrungen und Daten wie der SeBluCo-Studie – frühzeitig relativiert werden können.

## **Keine Pandemie erkennbar – stabile Intensivzahlen trotz „Krise“**

Die Fallzahlen der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlungen (OPS 8-98f.\*) in Schleswig-Holstein zwischen Januar 2019 und August 2024 zeichnen ein bemerkenswert konstantes Bild: Monatlich bewegen sich die Werte in der Regel zwischen 1.300 und 1.500 Fällen – ganz unabhängig von der Pandemie. Ein auffälliges, jährlich wiederkehrendes Phänomen ist der **Jahresendeffekt**, der bereits **im Dezember 2019**, also vor Corona, sichtbar war: Gegenüber den Vormonaten sinkt die Zahl der aufgenommenen Fälle um bis zu **10.000 Patienten**. Dieser Effekt ist strukturell bedingt – etwa durch Urlaubszeiten, Abrechnungszyklen und reduzierte elektive Eingriffe – und keineswegs pandemiespezifisch.


## **Lockdown-Effekt: Rückgang statt Anstieg – keine Überlastung**

Mit dem ersten Lockdown ab März 2020 zeigen die Daten keine Intensivkrise, sondern im Gegenteil: **ein massives Absinken der Behandlungszahlen**. Statt einer Welle schwerer COVID-Intensivfälle kam es zu einer massiven Reduktion stationärer Leistungen – verursacht durch das politisch verordnete Verbot elektiver Eingriffe. Die Kliniken wurden leergezogen, Intensivkapazitäten freigeräumt – ohne dass diese in nennenswertem Umfang genutzt wurden. **Das System war unterfordert**, nicht überlastet. Selbst mit Wiedereinsetzen des Regelbetriebs in der zweiten Jahreshälfte 2020 wurde das Defizit **nicht kompensiert**, die Intensivzahlen kehrten lediglich in den „Normalbereich“ zurück.



## **Ex-post: Worst-Case-Prognosen klar widerlegt**

Mit sieben Monaten Pandemie-Erfahrung, begleitender Forschung (z. B. SeBluCo-Studie) und realen Behandlungsdaten hätte man spätestens ab Herbst 2020 **keine Worst-Case-Prognosen mehr aufrechterhalten dürfen**. Keine einzige der ursprünglich postulierten Szenarien (z. B. Überlastung, Triage, Zusammenbruch der Versorgung) ist eingetreten – weder mit Maßnahmen noch hypothetisch ohne. Die Belegung der Intensivstationen blieb **konstant, planbar und innerhalb der historischen Norm**. Die Pandemie – soweit sie sich in aufwendiger Intensivmedizin abbilden müsste – **ist statistisch kaum erkennbar**.



Datenanalyse und Recherche

Tom Lausen

26.03.2025