

**Stellungnahme zur Anhörung vom 21. März 2022, 10.00 Uhr im
Ausschuss für Gesundheit**

(Deutscher Bundestag)

Titel:

Öffentliche Anhörung zu 5 Gesetzesentwürfen

zum Thema „Impfpflicht“

Drucksache 20/899 - 20/954 - 20/978 - 20/680 - 20/516

Einzel sachverständiger:

Tom Lausen (Informatiker)

Tom Lausen hat zu den Gesetzesentwürfen umfangreiche Daten gesichtet:

**„Mängel der Gesetzesentwürfe - Daten zu Todesfolgen durch COVID-19
Impfstoffe werden nicht aufgeführt“**

„Untererfassung von Impfnebenwirkungen“

„Systemische Überlastung des Gesundheitssystems“

Zahlenveröffentlichungen von Tom Lausen: www.intensivstationen.net

Datenaufklärung für Bundestagsabgeordnete: impfabstimmung.de

Vorherige Stellungnahme vom 08.07.2021 Ausschuss f. Gesundheit - UA Pandemie

[https://www.bundestag.de/resource/blob/850806/7bd14581e33890e68fe7d57ee67d4cbf/
19_14-2_13-2-ESV-Tom-Lausen-Langfristige-Konsequenzen-data.pdf](https://www.bundestag.de/resource/blob/850806/7bd14581e33890e68fe7d57ee67d4cbf/19_14-2_13-2-ESV-Tom-Lausen-Langfristige-Konsequenzen-data.pdf)

Vorherige Stellungnahme vom 14.03.2022 Ausschuss für Gesundheit

[https://www.bundestag.de/resource/blob/883938/7d235144f04619373179440fcd21422b/
20_14_0013-8-ESV-Tom-Lausen-IfSG-data.pdf](https://www.bundestag.de/resource/blob/883938/7d235144f04619373179440fcd21422b/20_14_0013-8-ESV-Tom-Lausen-IfSG-data.pdf)

Die Gesetzesentwürfe

1.) Drucksache 20/899 vom 03.03.2022

Entwurf eines Gesetzes zur Aufklärung, Beratung und Impfung aller Volljährigen gegen SARS-CoV-2 (SARSCoVImpfG)

2.) Drucksache 20/954 vom 10.03.2022

Entwurf eines Gesetzes zur Einführung einer verpflichtenden Impfberatung für Erwachsene und einer altersbezogenen Impfpflicht ab 50 Jahren unter Vorbehalt gegen das Coronavirus SARS-CoV-2

3.) Drucksache 20/978 vom 14.03.2022

Impfvorsorgegesetz – Ein guter Schutz für unser Land

Erläuterung: Impfreister und Impfmeehanismus, also flexible und erweiterbare Impfpflicht nach Kriterien der Pandemieeränderung, die einfach vom Bundestag per sofort beschlossen werden kann „Sollte die Entwicklung der Pandemie Veränderungen erfordern, sind diese Stufen entsprechend anzupassen.“

4.) Drucksache 20/680 vom 15.02.2022

Impfbereitschaft ohne allgemeine Impfpflicht gegen SARS-CoV-2 erhöhen

5.) Drucksache 20/516 vom 14.02.2022

Keine gesetzliche Impfpflicht gegen das COVID-19-Virus

Mängel der „Impfpflicht“-Gesetzesentwürfe

Fehlende Auseinandersetzung und Daten zu Todesfolgen und schwerwiegenden Nebenwirkungen durch COVID-19 Impfstoffe in den Gesetzesentwürfen 1 - 4

Diese 4 Gesetzesentwürfe beschäftigen sich **nicht** mit den

244.576 Nebenwirkungen,

29.786 schwerwiegenden unerwünschten Nebenwirkungen und den

2.255 Todesfällen,

die als Verdachtsfälle im Zusammenhang mit COVID-19 Impfstoffgabe bereits sicher dokumentiert bei der deutschen Bundesoberbehörde, dem Paul-Ehrlich-Institut, in Form der Sicherheitsberichte öffentlich herausgegeben wurden (siehe Quellenangaben).

Selbst das Bundesverfassungsgericht hat bereits eindeutig anerkannt, dass die COVID-19 Impfstoffe Menschen **töten** oder aber auch **schwerwiegend beschädigen** können.

„Im Einzelfall können auch schwerwiegende Impfnebenwirkungen eintreten, die im extremen Ausnahmefall auch tödlich sein können (vgl.

Sicherheitsbericht des Paul-Ehrlich-Instituts vom 7. Februar 2022 – Verdachtsfälle von Nebenwirkungen und Impfkomplicationen nach Impfung zum Schutz vor COVID-19 seit Beginn der Impfkampagne am 27. Dezember 2020 bis zum 31. Dezember 2021 – S. 5, 8 f., 28 ff.). Eine erfolgte Impfung ist auch im Falle eines Erfolgs der Verfassungsbeschwerde irreversibel.“

https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2022/02/rs20220210_1bvr264921.html

Randnote 16

Die Gesetzesentwürfe unterlassen es vollständig, Todesfälle durch COVID-19 Impfstoffe als Folge der Anordnung der Impfpflicht zu erwähnen, obwohl diese sämtlich bei der obersten Behörde für Impfstoffsicherheit, dem Paul-Ehrlich-Institut und dem obersten deutschen Gericht bereits benannt worden sind.

Sie unterlassen ebenso zu benennen, welches Recht dem Gesetzgeber gegeben sein soll, wenn schon jetzt statistisch gesichert ist, dass er durch seine Impfpflicht-Gesetzesvorschläge mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit einzelne Menschen tötet oder ihnen schwerwiegenden Gesundheitsschaden durch die verpflichtende Impfstoffgabe zufügt.

An dieser Stelle sei dringend ergänzend auf folgenden Hinweis der kritischen Richter und Staatsanwälte in Deutschland verwiesen:

„Aus diesen Grundsätzen folgt, dass eine Impfpflicht mit den gegenwärtig zugelassenen COVID-19-Impfstoffen mit dem Recht auf Leben nach Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG in Verbindung mit der Menschenwürdegarantie des Art. 1 Abs. 1 GG unvereinbar ist.

Denn der bedeutsamste vom Gesetzgeber angeführte Zweck der Impfpflicht ist, andere Menschenleben zu schützen. Die Betroffenen aber werden in Bezug auf die Impfung als Objekt behandelt. In ihnen wird lediglich eine Gefahr für andere Menschen gesehen, die es auszuschalten oder zu reduzieren gilt. Hierdurch werden die betroffenen Menschen verdinglicht und zugleich entrechtlicht, indem über ihr Leben durch den Staat einseitig verfügt wird. Dabei macht es keinen Unterschied, wenn nur eine geringe Anzahl der von der Impfpflicht betroffenen Menschen im Ergebnis zu Tode kommt.

Denn jeder einzelne von ihnen ist Träger des Grundrechts, welches ihm final genommen wird.“

<https://netzwerkkrista.de/wp-content/uploads/2022/03/Netzwerk-Kritische-Richter-und-Staatsanwaelte-Stellungnahme-Impfpflicht-Gesundheitsausschuss-21.3.2022.pdf>

Fehlende Daten zu Todesfolgen durch COVID-19 Impfstoffe im Entwurf 5

Im Entwurf 5 ist eine Auseinandersetzung mit den Verdachtsfällen an Nebenwirkungen und schwerwiegenden Nebenwirkungen aufgeführt. Aber auch der 5. Entwurf, der sich gegen eine Impfpflicht wendet, erwähnt die Daten zu den Todesfolgen durch COVID-19 Impfstoffe nicht.

"Untererfassung von Impfnebenwirkungen"

Warum ist diese Auseinandersetzung mit den bekannten Todesfällen und schwerwiegenden Nebenwirkungen aber auch den normalen Nebenwirkungen nach COVID-19 Impfstoffen im Zusammenhang mit der gesetzlich geplanten Anordnung einer Impfpflicht wichtig?

Das Paul-Ehrlich-Institut hat auch die Funktion, eine Nutzen-Risiko Bewertung von Arzneimitteln, Therapien und Impfstoffen vorzunehmen. Diese ist ausschließlich für die Menschen gedacht, die in Erwägung ziehen, sich freiwillig impfen zu lassen. Sie sollen eine eigene Abwägung zwischen Nutzen und Risiko treffen können. Werden bei dieser Bewertung zu Nutzen und Risiko Fälle von schwerwiegenden Gesundheitsschäden oder Tod nach Impfungen bekannt, so wird dies in den Bewertungen zur Nutzen-Risiko Abwägung einbezogen.

Trifft der einzelne Mensch also trotz dieser bekannten schwerwiegenden Folgen oder Todesfällen die Entscheidung, eine Zustimmung zu einer COVID-19 Impfstoffverabreichung zu erteilen, so hat dieser Mensch die Sicherheit mit Hilfe des Paul-Ehrlich Instituts in seine eigene Risiko-Bewertung einbeziehen können, aber eben selbst entschieden, das Risiko von Tod und schwerwiegenden Gesundheitsschäden in Kauf zu nehmen.

Der einzelne Mensch hat darüber hinaus auch die Möglichkeit, sich bei anderen Quellen zu informieren, aber er trifft schließlich die eigene Entscheidung, auch dahingehend, ob er Tod oder schwerwiegende Schäden in Kauf nimmt.

Der Gesetzgeber kann dies nicht für die Menschen tun. Der Gesetzgeber kann den für einige Menschen statistisch sicheren Tod eben nicht anordnen, auch nicht, wenn der Tod oder die schwerwiegenden Gesundheitsschäden nur sehr selten vorkommen werden.

Ein zusätzliches starkes Hindernis ist hierbei, dass das Paul-Ehrlich-Institut eben nicht sicher ALLE Fälle von Tod oder schwerwiegenden Schädigungen nach Impfungen aufgedeckt und erfasst hat.

Die Warnsignale der BKK Versichertendaten, die der Einzelsachverständige Tom Lausen gesichtet hatte, zeigten nach Analyse durch die Controller der BKK ProVita, dass das Paul-Ehrlich-Institut nur einen Bruchteil der Nebenwirkungen erfasste, eine weitere Aufdeckung bis heute aber nicht erfolgte. Somit steht eine Diskrepanz von möglicherweise Millionen unterfassten Nebenwirkungen unbekannter Schwere im Raum.

Egal, wer die Aufdeckung und Erfassung dieser sämtlichen Nebenwirkungen derzeit verhindert oder blockiert, so ist doch sichergestellt, dass die Gesetzesentwürfe zur Impfpflicht einen deutlich größeren Schaden bei den zu impfenden Menschen anrichten werden, als bekannt ist. Die Gesetzesentwürfe, die eine Impfpflicht fordern, ignorieren also wissentlich sowohl Daten zu Tod und bereits bekannten schwerwiegenden Gesundheitsschädigungen, die mutmaßlich durch Impfungen mit COVID-19 Impfstoffen hervorgerufen wurden, als auch die Tatsache, dass die zuständige Bundesoberbehörde einen großen Teil von Impfnebenwirkungen gar nicht erfasst hat und dies nun erst einmal durchführen muss.

Angesichts der Tatsache, dass der Gesetzgeber schon keine Impfungen, die potentiell zum Tod führen können, verfassungsrechtlich rechtswirksam anordnen darf, haben die Gesetzesentwürfe ohnehin so lange zurückzustehen, bis ein durch echte Daten vollständiges Lagebild zu Tod und Nebenwirkungen vorhanden ist. Erst danach kann überhaupt abgewogen werden, ob man Tod und Gesundheitsschaden durch Impfpflicht bei den Menschen im Land anordnen darf. Dies fehlt gänzlich in den Gesetzesentwürfen, außer dem Gesetzesentwurf 5.

Die Bundesregierung und der Bundestag müssen vor einem Impfpflichtgesetz 100% sicherstellen, dass alle gesetzlichen Verpflichtungen zur Aufdeckung, Erfassung von Tod und Gesundheitsschäden ausgeschöpft wurden und die zuständige Bundesoberbehörde, die Hersteller und die gesetzlich verpflichteten Körperschaften, wie die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen, die Gesundheitsfolgen durch akribische Datensichtung aufgedeckt haben.

Pharmakovigilanz (human)

Die WHO definiert Pharmakovigilanz als alle Aktivitäten, die sich mit der Aufdeckung, Bewertung, dem Verstehen und der Prävention von Nebenwirkungen oder von anderen Arzneimittel-bezogenen Problemen befassen.

<https://www.pei.de/DE/arzneimittelsicherheit/pharmakovigilanz/pharmakovigilanz-node.html>

Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz - AMG)

§ 62 Organisation

[...]

2) Die zuständige Bundesoberbehörde erfasst alle Verdachtsfälle von Nebenwirkungen, von denen sie Kenntnis erlangt.

Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG)

§ 13 Weitere Formen der epidemiologischen Überwachung; Verordnungsermächtigung

[...]

(5) **Die Kassenärztlichen Vereinigungen** und, soweit die Angaben bei ihnen vorliegen, die für die Durchführung von Impfleistungen eingerichteten Impfzentren **haben** für Zwecke der Feststellung der Inanspruchnahme von Schutzimpfungen und von Impfeffekten (Impfsurveillance) dem Robert Koch-Institut und **für Zwecke der Überwachung der Sicherheit von Impfstoffen (Pharmakovigilanz) dem Paul-Ehrlich-Institut in von diesen festgelegten Zeitabständen folgende Angaben zu übermitteln:**

1. Patienten-Pseudonym,
2. Geburtsmonat und -jahr,
3. Geschlecht,
4. fünfstellige Postleitzahl und Landkreis des Patienten,
5. Landkreis des behandelnden Arztes oder des Impfzentrums,
6. Fachrichtung des behandelnden Arztes,
7. Datum der Schutzimpfung, der Vorsorgeuntersuchung, des Arzt-Patienten-Kontaktes und Quartal der Diagnose,
8. antigenspezifische Dokumentationsnummer der Schutzimpfung, bei Vorsorgeuntersuchungen die Leistung nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab,

**9. Diagnosecode nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD),
Diagnosesicherheit und Diagnosetyp im Sinne einer Akut- oder
Dauerdiagnose,**

10. bei Schutzimpfungen gegen Severe-Acute-Respiratory-Syndrome-Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) zusätzlich die impfstoffspezifische

Dokumentationsnummer, die Chargennummer, die Indikation sowie den Beginn oder den Abschluss der Impfserie.

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, dass Personen oder Einrichtungen, die für die Durchführung von Schutzimpfungen verantwortlich sind, bestimmte Angaben nach Satz 1 zu von ihnen durchgeführten Schutzimpfungen für Zwecke der Impfsurveillance und der Pharmakovigilanz an das Robert Koch-Institut, an das Paul-Ehrlich-Institut oder an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu übermitteln haben. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind befugt, die ihnen nach Satz 2 übermittelten Daten zu verarbeiten, soweit es erforderlich ist, um ihre Verpflichtung nach Satz 1 zu erfüllen. Das Robert Koch-Institut bestimmt die technischen Übermittlungsstandards für die im Rahmen der Impfsurveillance und der Pharmakovigilanz zu übermittelnden Daten sowie das Verfahren zur Bildung des Patienten-Pseudonyms nach Satz 1 Nummer 1. Eine Wiederherstellung des Personenbezugs der übermittelten pseudonymisierten Daten ist für das Robert Koch-Institut und das Paul-Ehrlich-Institut auszuschließen. [...]

Der Einzel-Sachverständige Tom Lausen hat das Paul-Ehrlich-Institut mehrfach mit Fristsetzung dazu befragt, ob die Übertragung der Daten seitens der KVen an das Institut gesendet werden. Das Paul-Ehrlich-Institut hat diese Frage nicht beantwortet. Deren Daten in den Sicherheitsberichten lassen auch darauf schließen, dass die Daten der KVen nicht vorhanden sind. Es darf nunmehr bis zum Beleg des Gegenteils davon ausgegangen werden, dass das Paul-Ehrlich-Institut und die Kassenärztlichen Vereinigungen keinerlei Daten austauschen, die zu einer mehr abgesicherten Sicherheitsbewertung der COVID-19 Impfstoffe führen könnten.

Die InEK-Daten

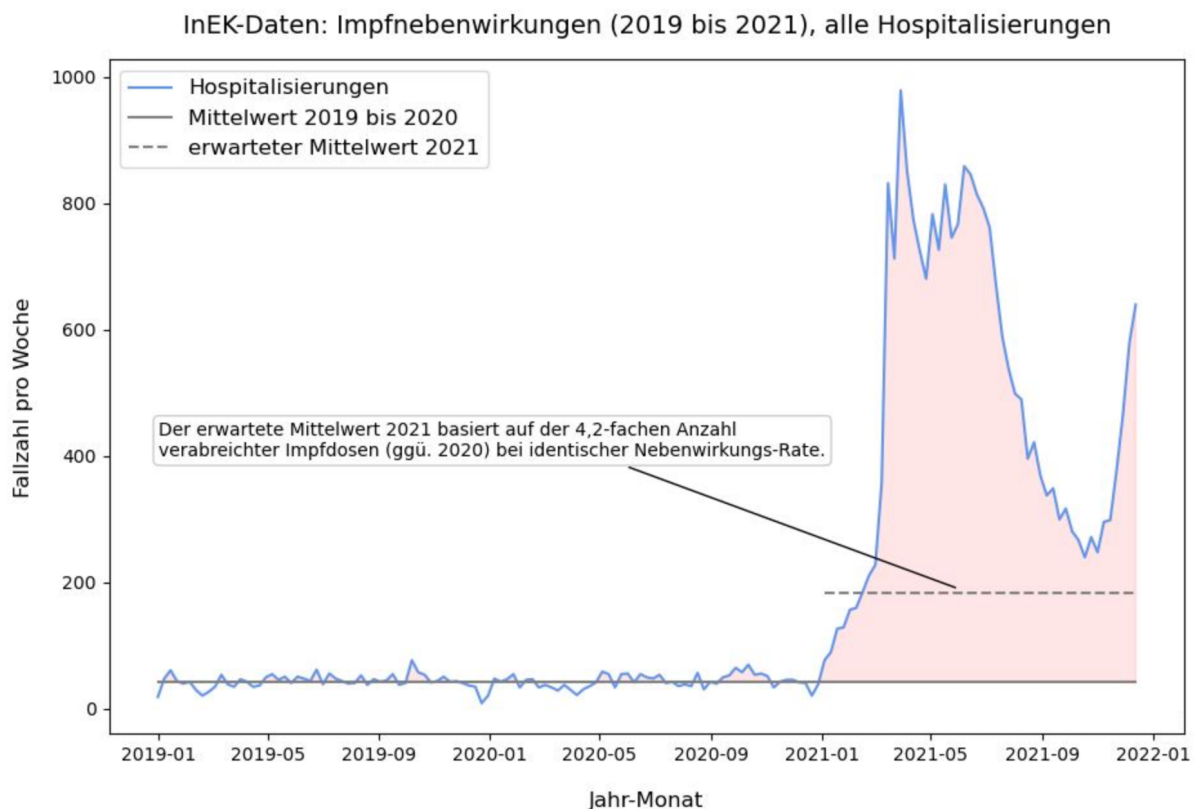
Wenn auch die Gesetzesentwürfe diese behördlichen Quellen wegen des Umstandes nicht einbezogen, dass man beim Paul-Ehrlich-Institut nur von „Verdachtsfällen“ auf Tod oder schwerwiegende Nebenwirkungen spricht, so gäbe es weitere öffentliche Datenquellen, die die Verdachtsmeldungen deutlich flankieren und deshalb diese Verdachtsfälle zu ernst zu nehmenden Fällen erhärten können.

Mit dem 2. Bevölkerungsschutzgesetz vom 18.11.2020 wurde die InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH) verpflichtet, die Abrechnungsdaten der deutschen Krankenhäuser anonymisiert öffentlich zur Verfügung zu stellen.

Quelle: datenbrowser.inek.org

Diese Daten geben einen hervorragenden Blick auf die Geschehnisse in deutschen Krankenhäusern in den Jahren 2019, 2020 und 2021. Ich betrachte hier die Impfnebenwirkungskodierungen, die den Fällen bei der Abrechnung zugefügt waren.

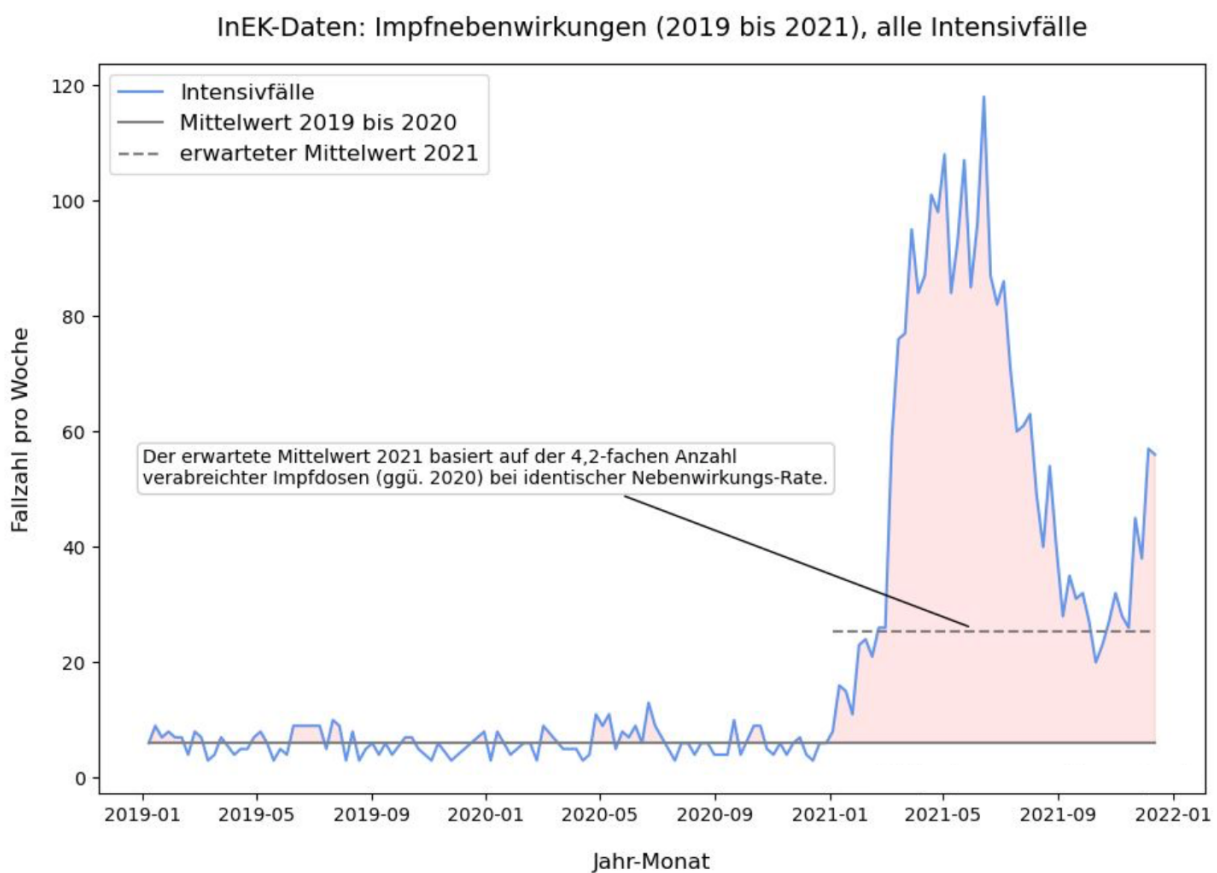
Die nachfolgende Grafik erklärt sich selbst.



Grafik: Alle Hospitalisierungsfälle mit Impfnebenwirkungen (ICD-Codes T88.0, T88.1, Y59.9 und U12.9) gemäß InEK-Daten.

Die Übersicht der hospitalisierten Fälle mit Impfnebenwirkungskodierungen zeigt deutlich, wie die Anzahl stationär behandelter Impfnebenwirkungen im Jahr 2021 sprunghaft ansteigt. Um diesen Anstieg in Relation zur Anzahl verabreichter Impfdosen zu setzen, wurde der Mittelwert der Jahre 2019 und 2020 um einen entsprechenden Faktor multipliziert und als gestrichelte Linie eingezeichnet. Der Faktor ergibt sich aus der Anzahl der im Jahr 2020 verabreichten 47,3 Millionen Impfdosen und der ca. 149 Millionen verabreichten Dosen der Covid-19-Impfstoffe.

<https://www.arzneimittel-atlas.de/arzneimittel/j07-impfstoffe/verbrauch>



Grafik: Intensivmedizinisch behandelte Fälle mit Impfnebenwirkungen (ICD-Codes T88.0, T88.1, Y59.9 und U12.9) gemäß InEK-Daten.

Stationäre Einweisungen sind bereits für sich genommen schwerwiegend. Noch schwerwiegender sind Einweisungen auf eine Intensivstation. Diese zeigt die folgende Grafik. Das Verhältnis zu den Werten der Vorjahre ist ähnlich.

Die mittlere arithmetische Verweildauer der

23.233 Fälle

mit Impfnebenwirkungskodierungen in 2021 betrug:

4,3 Tage stationärer Aufenthalt.

InEK DatenBrowser - Unterjährige Datenlieferung DRG Januar bis Dezember 2021

Daten-Selektion

MDC: DRG: Hauptdiagnose: Nebendiagnose: weitere Nebendiagnose: Entlassungsgrund:

Prozedur: weitere Prozedur: Altersklasse: Bettengrößenklassen: Abteilungsart: Intensivfälle:

Beatmungstunden (von - bis): Aufnahmedatum (von - bis): Entlassungsdatum (von - bis):

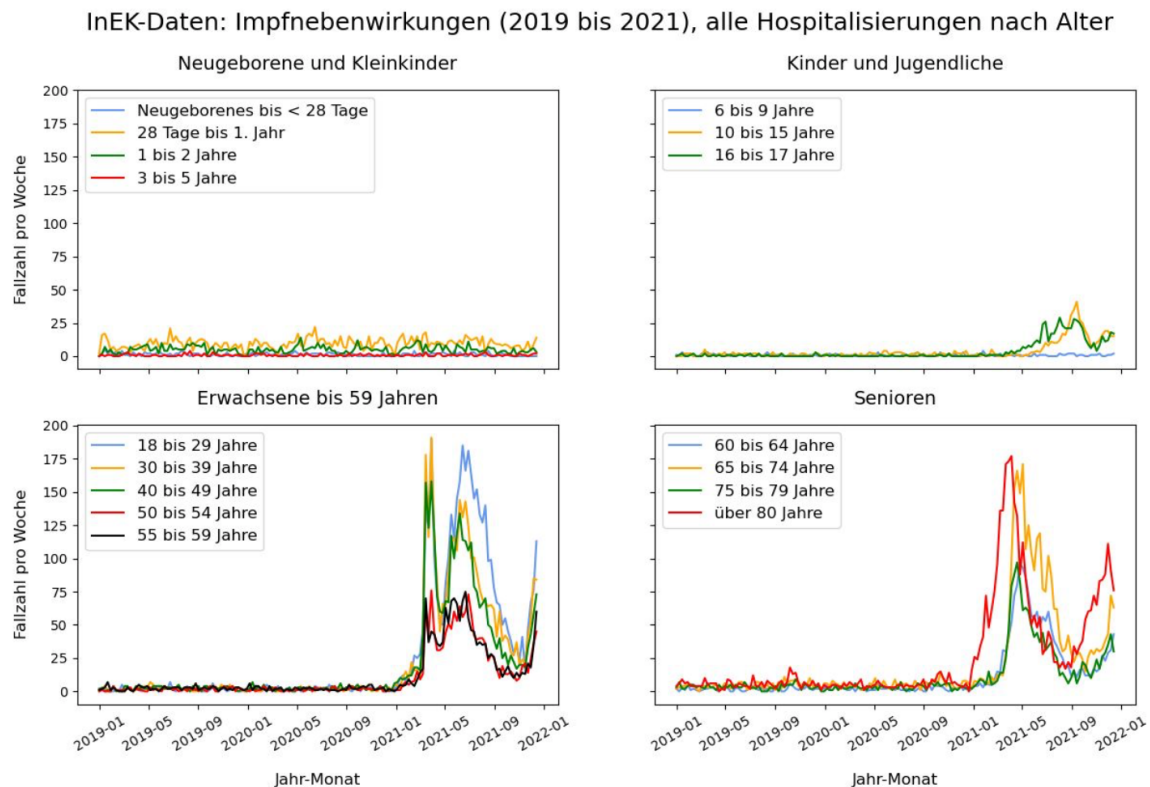
DATEN ANZEIGEN **SELEKTION ZURÜCKSETZEN**

Daten-Anzeige **EXCEL-DOWNLOAD**

Fallmenge	Verweildauer	PCCL	Altersklassen	Altersklassen
Fallzahl 23.233	Kurzlager 36,25 %	0 75,82 %	< 28 Tage 0,00 %	30-39 Jahre 14,13 %
	Normalager 59,45 %	1 9,59 %	28 Tage - 1. Jahr 0,00 %	40-49 Jahre 12,43 %
	Langlager 4,31 %	2 6,24 %	1-2 Jahre 0,00 %	50-54 Jahre 6,40 %
	Mittl. arithm. VWD 4,3	3 5,69 %	3-5 Jahre 0,00 %	55-59 Jahre 6,56 %
	Std. Abw. VWD 7,4	4 2,25 %	6-9 Jahre 0,16 %	60-64 Jahre 6,92 %
	HK VWD 37,04 %	5 0,36 %	10-15 Jahre 1,98 %	65-74 Jahre 11,60 %

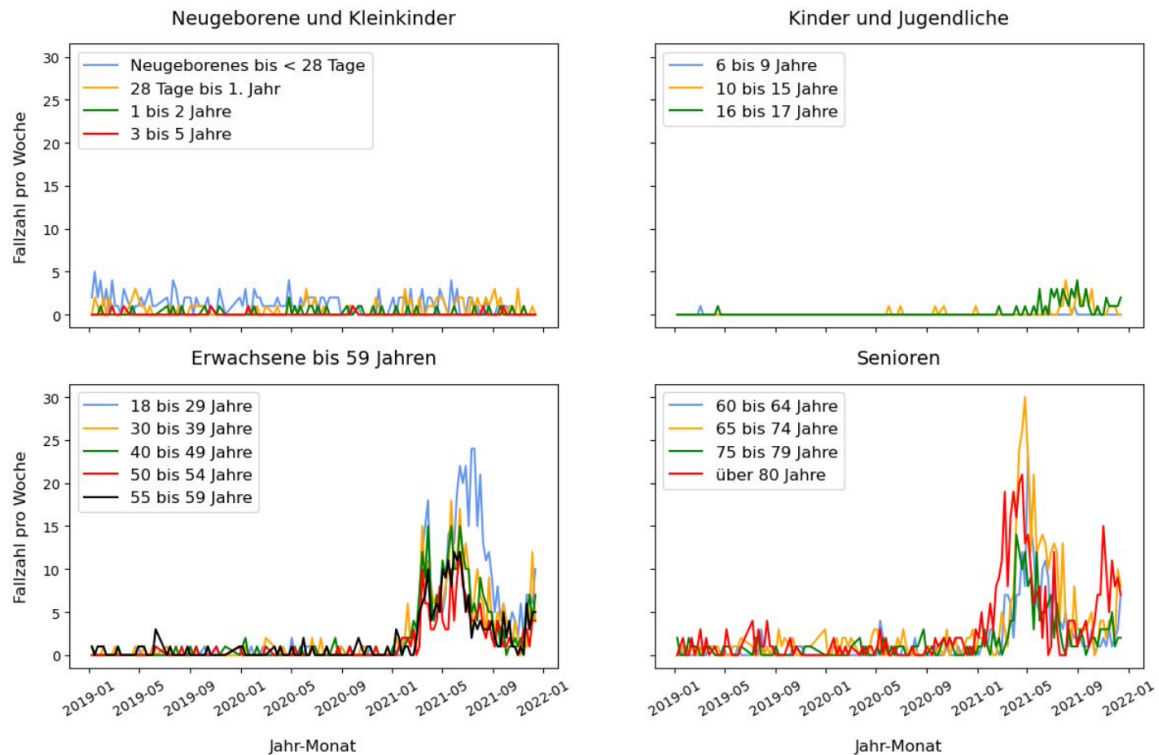
Differenzierung der Impfnebenwirkungskodierungen nach Alter

Betrachtet man die Hospitalisierungen der unterschiedlichen Altersgruppen, so fällt zunächst auf, dass Neugeborene und Kleinkinder nicht betroffen sind. Dies ist auch die einzige Altersgruppe, die bislang nicht mit Covid-19-Impfstoffen geimpft wurde. Bei Kindern und Jugendlichen beginnt der Anstieg erst in der zweiten Jahreshälfte 2021.



Alle Impfnebenwirkungen (ICD-Codes T88.0, T88.1, Y59.9 und U12.9) gemäß InEK-Daten, differenziert nach Alter.

Impfnebenwirkungen (2019 bis 2021), Intensivfälle nach Alter



Grafik: Intensivmedizinisch behandelte Fälle mit Impfnebenwirkungen (ICD-Codes T88.0, T88.1, Y59.9 und U12.9) gemäß InEK-Daten

Quellenangaben zu InEK Daten und PEI Sicherheitsbericht

<https://www.g-drg.de>

<https://datenbrowser.inek.org>

<https://www.dimdi.de/dynamic/de/das-dimdi/aktuelles/meldung/icd-10-gm-2021-neue-u-kodes-im-zusammenhang-mit-impfungen-gegen-covid-19-publiziert>

Erste Codierungen mit dem Diagnosecode U12.9 finden sich im InEK-Datenbestand ab dem 10.3.2021.

Ein 'Fall' entspricht dabei einem Krankenhausaufenthalt von der stationären Aufnahme bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus.

2021 wurden ca. 4,2 mal so viele Impfdosen verabreicht wie im Jahr 2020.

<https://www.arzneimittel-atlas.de/arzneimittel/j07-impfstoffe/verbrauch>

https://github.com/robert-koch-institut/COVID-19-Impfungen_in_Deutschland/tree/master/Archiv (CSV-Daten zum Impfquotenmonitoring des RKI)

Dabei wurde die Annahme getroffen, dass die Anzahl der Nicht-Covid-Impfungen im Jahr 2021 derjenigen des Jahres 2020 entsprach.

https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/dossiers/sicherheitsberichte/sicherheitsbericht-27-12-20-bis-31-12-21.pdf?__blob=publicationFile&v=5

Abschliessend soll nicht unerwähnt bleiben, dass aus den Daten der InEK im Zusammenhang mit Impfnebenwirkungskodierungen T88.1,U12.9,T88.0 und Y59.9

282 Todesfälle für 2021

aufgeführt werden. 46% dieser Todesfälle sind der Gruppe der Vulnerablen oder Hochbetagten zugehörig. Sämtliche Fälle sind von Krankenhausärzten in den Zusammenhang mit Impfnebenwirkungen gesetzt worden.

The screenshot shows the InEK DatenBrowser interface for the year 2021. The left sidebar contains navigation links for 'Handbuch', 'Nutzungsbedingungen', and 'Datenjahr 2021'. The main area displays search filters for MDC, DRG, Hauptdiagnose, Nebendiagnose, weitere Nebendiagnose, Entlassungsgrund, Prozedur, weitere Prozedur, Altersklasse, Bettengrößenklassen, Abteilungsart, Intensivfälle, Beatmungsstunden, Aufnahme- und Entlassungsdatum. A green 'DATEN ANZEIGEN' button is visible. Below the filters, a 'Daten-Anzeige' section shows a table with columns for Fallmenge, Verweildauer, PCCL, Altersklassen, and a detailed breakdown of cases by gender and age group.

Fallmenge	Verweildauer	PCCL	Altersklassen	Altersklassen
Fallzahl 282	Kurzlieger 28,01 %	0 11,35 %	< 28 Tage 0,00 %	30-39 Jahre 2,84 %
	Normallieger 64,89 %	1 7,45 %	28 Tage - 1. Jahr 0,00 %	40-49 Jahre 2,48 %
	Langlieger 7,09 %	2 10,99 %	1-2 Jahre 0,00 %	50-54 Jahre 3,19 %
	Mittl. arithm. VWD 11,1	3 26,37 %	3-5 Jahre 0,00 %	55-59 Jahre 4,26 %
	Std. Abw. VWD 17,0	4 33,33 %	6-9 Jahre 0,00 %	60-64 Jahre 7,45 %
	HK VWD 39,52 %	5 6,38 %	10-15 Jahre 0,35 %	65-74 Jahre 19,15 %
		6 2,13 %	16-17 Jahre 0,00 %	75-79 Jahre 13,48 %
			18-29 Jahre 0,71 %	80+ Jahre 46,10 %
Geschlecht				
männlich 50,35 %				
weiblich 49,29 %				
divers 0,00 %				
unbestimmt 0,35 %				

Die Anzahl der Todesfälle mit Impfnebenwirkungskodierungen T88.1, T88.0, Y59.9

2019: 20 Tote

2020: 29 Tote

2021: 282 Tote

2019 Todesfälle mit Impfnebenwirkungskodierungen T88.1, T88.0, Y59.9

InEK DatenBrowser - Datenlieferung DRG 2019 gruppiert nach 2020

DRG Januar bis Mai 2021
Unterjährige Datenlieferung PEPP Januar bis Mai 2021

Datenjahr 2020
Datenlieferung DRG 2020 gruppiert nach 2021
Unterjährige Datenlieferung DRG Januar bis Dezember 2020
Unterjährige Datenlieferung PEPP Januar bis Dezember 2020
Unterjährige Datenlieferung DRG Januar bis September 2020
Unterjährige Datenlieferung PEPP Januar bis September 2020
Unterjährige Datenlieferung DRG Januar bis Mai 2020
Unterjährige Datenlieferung PEPP Januar bis Mai 2020

Datenjahr 2019
Datenlieferung DRG 2019 gruppiert nach 2020
Download des bisherigen G-DRG-Browsers 2019_2020

Daten-Selektion

MDC: DRG: Hauptdiagnose: Nebendiagnose: weitere Nebendiagnose: Entlassungsgrund:
T88.1, T88.0, Y59.9 07 Tod

Prozedur: weitere Prozedur: Altersklasse: Bettengrößenklassen: Abteilungsart: Intensivfälle:
6-9 Jahre, 10-15 Jahre, 16...

Beatmungsstunden (von - bis): Aufnahme datum (von - bis): Entlassungsdatum (von - bis):
Von Bis MM/TT/JJJJ MM/TT/JJJJ MM/TT/JJJJ MM/TT/JJJJ

DATEN ANZEIGEN SELEKTION ZURÜCKSETZEN

Daten-Anzeige

EXCEL-DOWNLOAD

Fallmenge	Verweildauer	PCCL	Altersklassen	Altersklassen
Fallzahl	20	Kurzlieger	10,00 %	0 0,00 %
		Normallieger	70,00 %	1 5,00 %
		Langlieger	20,00 %	2 15,00 %
Geschlecht				
männlich	65,00 %	Mittl. arithm. VWD	29,6	3 25,00 %
weiblich	35,00 %	Std. Abw. VWD	53,5	4 30,00 %
divers	0,00 %	HK VWD	35,61 %	5 15,00 %
unbestimmt	0,00 %			6 10,00 %

2020 Todesfälle mit Impfnebenwirkungskodierungen T88.1, T88.0, Y59.9

InEK DatenBrowser - Datenlieferung DRG 2020 gruppiert nach 2021

Unterjährige Datenlieferung PEPP Januar bis Dezember 2021
Unterjährige Datenlieferung DRG Januar bis September 2021
Unterjährige Datenlieferung PEPP Januar bis September 2021
Unterjährige Datenlieferung DRG Januar bis Mai 2021
Unterjährige Datenlieferung PEPP Januar bis Mai 2021

Datenjahr 2020
Datenlieferung DRG 2020 gruppiert nach 2021
Unterjährige Datenlieferung DRG Januar bis Dezember 2020
Unterjährige Datenlieferung PEPP Januar bis Dezember 2020
Unterjährige Datenlieferung DRG Januar bis September 2020

Daten-Selektion

MDC: DRG: Hauptdiagnose: Nebendiagnose: weitere Nebendiagnose: Entlassungsgrund:
T88.0, T88.1, Y59.9 07 Tod

Prozedur: weitere Prozedur: Altersklasse: Bettengrößenklassen: Abteilungsart: Intensivfälle:
6-9 Jahre, 10-15 Ja...

Beatmungsstunden (von - bis): Aufnahme datum (von - bis): Entlassungsdatum (von - bis):
Von Bis MM/TT/J. MM/TT/J. MM/TT/J. MM/TT/J.

DATEN ANZEIGEN SELEKTION ZURÜCKSETZEN

Daten-Anzeige

EXCEL-DOWNLOAD

Fallmenge	Verweildauer	PCCL	Altersklassen	Altersklassen
Fallzahl	29	Kurzlieger	20,69 %	0 0,00 %
		Normallieger	75,86 %	1 3,45 %
		Langlieger	3,45 %	2 6,90 %
Geschlecht				
männlich	48,28 %	Mittl. arithm. VWD	15,5	3 17,24 %
weiblich	51,72 %	Std. Abw. VWD	13,7	4 55,17 %
divers	0,00 %	HK VWD	53,11 %	5 17,24 %
unbestimmt	0,00 %			6 0,00 %

Der Code U12.9 steht für

„Unerwünschte Nebenwirkungen bei der Anwendung COVID-19 Impfstoffen.“

Im Zusammenhang mit Impfnebenwirkungskodierungen nur U12.9 gab es

183 Todesfälle für 2021

aufgeführt werden. 44% dieser Todesfälle sind der Gruppe der Vulnerablen oder Hochbetagten zugehörig.

InEK DatenBrowser - Unterjährige Datenlieferung DRG Januar bis Dezember 2021

MDC: DRG: Hauptdiagnose: Nebendiagnose: weitere Nebendiagnose: Entlassungsgrund: U12.9 07 Tod

Prozedur: weitere Prozedur: Altersklasse: Bettengrößenklassen: Abteilungsart: Intensivfälle:

Beatmungsstunden (von - bis): Aufnahmedatum (von - bis): Entlassungsdatum (von - bis):

Von Bis MM/TT/J. MM/TT/J. MM/TT/J. MM/TT/J.

DATEN ANZEIGEN **SELEKTION ZURÜCKSETZEN**

Daten-Anzeige **EXCEL-DOWNLOAD**

Fallmenge	Verweildauer	PCCL	Altersklassen	Altersklassen
Fallzahl 183	Kurtzlieger 30,05 %	0 15,30 %	< 28 Tage 0,00 %	30-39 Jahre 2,73 %
	Normallieger 62,84 %	1 7,10 %	28 Tage - 1. Jahr 0,00 %	40-49 Jahre 3,28 %
	Langlieger 7,10 %	2 10,93 %	1-2 Jahre 0,00 %	50-54 Jahre 3,83 %
	Mittl. arithm. VWD 10,1	3 29,51 %	3-5 Jahre 0,00 %	55-59 Jahre 5,46 %
	Std. Abw. VWD 17,1	4 28,42 %	6-9 Jahre 0,00 %	60-64 Jahre 7,65 %
	HK VWD 37,16 %	5 6,01 %	10-15 Jahre 0,55 %	65-74 Jahre 18,58 %
		6 2,73 %	16-17 Jahre 0,00 %	75-79 Jahre 12,02 %
			18-29 Jahre 1,09 %	80+ Jahre 44,81 %

Geschlecht

geschlecht	Anteil
männlich	48,63 %
weiblich	50,82 %
divers	0,00 %
unbestimmt	0,55 %

Fälle, die im zeitlichen Zusammenhang nach der COVID-19 Impfstoffgabe zuhause verstarben, werden natürlich nicht von den Krankenhausdaten erfasst.

„Systemische Überlastung des Gesundheitssystems“

Feststellungen zu Daten und Datenerhebungen

im deutschen Gesundheitssystem

Auslastung der Krankenhäuser durch gesetzlich versicherte Patienten -

(Datenquellen und Erläuterungen im Anhang)

Alle Fälle, alle Stationen (Tabelle 1)

Fallzahlen	davon COVID-19	Veränderung zu 2019
2019: 19.241.830		
2020: 16.704.757	111.324	- 2.537.073
2021: 16.665.365	276.332	- 2.576.465

Im Jahr 2020 wurden in deutschen Krankenhäuser trotz 111.324 COVID-19 Fällen insgesamt **2,5 Mio. Fälle weniger** stationär behandelt als 2019.

Obwohl im Jahr 2021 deutlich mehr COVID-19 Fälle stationär behandelt waren (276.332), wurden ebenfalls erneut insgesamt **2,5 Mio. Fälle weniger** stationär behandelt als 2019.

Fazit:

In den Jahren 2020 und 2021 gingen den Krankenhäusern ca. 5 Millionen Fälle verloren. Es ergibt sich offenkundig eine signifikante Menge ungenutzter Kapazitäten in deutschen Krankenhäusern. Durch die stark verringerte Fallzahl waren Personalengpässe ebenfalls nicht anzunehmen. Ein Ausfall von Krankenhauspersonal, welches im Jahr 2019 noch 2,5 Millionen Fälle mehr versorgt hatte, ist öffentlich nicht bekannt geworden. Eine Überlastung der Krankenhäuser, insbesondere durch COVID-19 Patienten hat dementsprechend niemals stattgefunden.

Intensivmedizinische Behandlungen (Tabelle 2)

Fallzahlen	davon COVID-19	Veränderung zu 2019
2019: 2.267.118	-	
2020: 2.049.247	27.469	- 217.871
2021: 1.897.001	68.228	- 370.117

Im Jahr 2020 wurden in den Intensivstationen der deutschen Krankenhäuser trotz 27.469 COVID-19 Fällen mit intensivmedizinischer Behandlung insgesamt **217.871 Fälle weniger** intensivmedizinisch behandelt als 2019.

Obwohl im Jahr 2021 deutlich mehr COVID-19 Fälle in den Intensivstationen der deutschen Krankenhäuser behandelt wurden (68.228), wurden ebenfalls erneut deutlich weniger Fälle intensivmedizinisch behandelt als 2019 . Insgesamt waren es **370.117 Fälle weniger** als 2019.

Daraus ergibt sich ebenso offenkundig eine signifikante Menge ungenutzter Kapazitäten in deutschen Intensivstationen. Eine Überlastung der Intensivstationen, insbesondere durch COVID-19 Patienten hat niemals stattgefunden.

Fazit:

Die starken stationären Fallzahlrückgänge machten sich auf den deutschen Intensivstationen ebenfalls bemerkbar. Auch hier war eine Überlastung wegen der stark geringeren Fallzahlen ausgeschlossen. Ebenso wie im Bereich der Normalstationen wurde der Ausfall großer Teile des Intensivpflegepersonals nicht öffentlich bekannt. Es gab sogar Anstrengungen der Maximalversorger und auch kleinerer Häuser, das bestehende Personal mit ausführlichen Schulungen und „Refresherkursen“ in Beatmungsmedizin zu schulen. Dort wurden teilweise auch für alle Geräte Funktionsüberprüfungen durch die Abteilung für Medizintechnik und formale Einweisungen nach Medizinproduktegesetz in alle Gerätetypen durch einweisungsbefugte Anästhesisten durchgeführt.

Verlegungen von Fällen in ein anderes Krankenhaus

Alle Fälle, alle Behandlungen (Tabelle 3)

Jahr	Verlegungen in andere Krankenhäuser	Verlegungen COVID-19 in andere Krankenhäuser	%
2019	611.431		
2020	547.046	15.108	2,8 %
2021	556.736	31.014	5,6 %

Das Verlegungsgeschehen von Fällen der deutschen Krankenhäuser in andere Häuser ist ein eingespielter Vorgang, der in riesiger Fallzahl vorkommt. Das Verlegegeschehen ist in Coronazeiten allerdings stark zurückgegangen.

Verlegungen bei Intensivmedizinische Behandlungen (Tabelle 4)

	Verlegungen Fälle	Verlegungen COVID-19 Fälle	%
2019	214.952		
2020	195.660	6.810	3,5 %
2021	192.448	15.889	8,3 %

Fazit:

In den Jahren 2020 und 2021 sind deutlich weniger Verlegungen vonstatten gegangen als 2019. Dies ist der geringeren Auslastung der Krankenhäuser geschuldet. Weniger Fälle bedeutet auch weniger Verlegungen.

Berechnungen, Datenquellen, Erläuterungen

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK datenbrowser.inek.org) veröffentlicht in regelmäßigen Abständen Daten zu stationären Krankenhausleistungen in Deutschland, die der Pflege und Weiterentwicklung des sogenannten Fallpauschalensystems zu Grunde liegen. Das Fallpauschalensystem stellt seit 2004 die verbindliche Grundlage der Abrechnung von Krankenhausleistungen dar.

Die vom InEK verwalteten Daten umfassen zahlreiche öffentlich erreichbare Informationen, um die erbrachten Leistungen im Detail zu dokumentieren. Insbesondere werden für jeden einzelnen Patienten das Aufnahmedatum, das Entlassungsdatum, die bei der Entlassung aus der Patientenakte entnommenen Diagnosecodes, angewandte medizinische Prozeduren und der Zustand des Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung festgehalten. Die Daten stehen über einen der Öffentlichkeit zugänglichen Datenbrowser zur Verfügung und gewähren tiefe Einblicke in das Krankenhauseschehen innerhalb definierter Zeiträume.

Für die Auswertungen wurden diese Datenlieferungen des InEK-Datenbrowsers herangezogen:

Datenjahr 2019: "Datenlieferung DRG 2019 gruppiert nach 2020"

Datenjahr 2020: "Datenlieferung DRG 2020 gruppiert nach 2021"

Datenjahr 2021: "Unterjährige Datenlieferung DRG Januar bis Dezember 2021"

Tabelle 1

Alle Fälle, alle Stationen

Datenquelle: datenbrowser.inek.org

Alle Krankenhausfälle 2019,2020, 2021

Datenfilterwerte: keine, Ausgabe alle

Alle stationären COVID-19-Fälle 2020, 2021

Datenfilterwerte: Nebendiagnose: U07.1, Prozeduren (OPS): 8-98g*

Diese Werte filtern alle COVID-19 Fälle, die auch isolationspflichtig kodiert wurden.

Tabelle 2

Intensivmedizinische Behandlungen - alle 2019,2020, 2021

Datenquelle: datenbrowser.inek.org

Datenfilterwerte: Prozeduren (OPS): 8-930, 8-98f*,8-980*

Alle Intensivmedizinisch behandelten COVID-19-Fälle 2020, 2021

Datenfilterwerte: Nebendiagnose: U07.1, Prozeduren (OPS): 8-98g* + weitere

Prozeduren: 8-930, 8-98f*,8-980*

Diese Werte filtern alle COVID-19 Fälle, die auch isolationspflichtig und mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung (Erwachsene) kodiert wurden. Häuser, die diese Standards der 8-98f* nicht erreichen, wurden mit 8-930 mit berücksichtigt.

Tabelle 3

Alle Fälle, alle Stationen

Datenquelle: datenbrowser.inek.org

Alle Krankenhausfälle - Verlegungen 2019,2020, 2021

Datenfilterwerte: Ausgabe alle + Entlassungsgrund -> 06 Verlegung in anderes Krankenhaus

Alle stationären COVID-19-Fälle 2020, 2021

Datenfilterwerte: Nebendiagnose: U07.1 + Entlassungsgrund -> 06 Verlegung in anderes Krankenhaus

Tabelle 4

Intensivmedizinische Behandlungen - alle Verlegungen 2019,2020, 2021

Datenquelle: datenbrowser.inek.org

Datenfilterwerte: Prozeduren (OPS): 8-930, 8-98f*,8-980* + Entlassungsgrund -> 06 Verlegung in anderes Krankenhaus

Alle Intensivmedizinisch behandelten COVID-19-Fälle 2020, 2021

Datenfilterwerte: Nebendiagnose: U07.1 + Prozeduren (OPS): 8-930, 8-98f*,8-980*
+ Entlassungsgrund -> 06 Verlegung in anderes Krankenhaus

Diese Werte filtern alle Fälle mit COVID-19, die mit intensivmedizinischer
Komplexbehandlung (Erwachsene) kodiert wurden. Häuser, die diese Standards der
8-98f* nicht erreichen, wurden mit 8-930 mit berücksichtigt.

ICD Codes

<https://www.icd-code.de>

Tom Lausen, Datenanalyst, Grünendeich.