

# „COVID-19- Empirie schadet nie!“ 4

---

## Inhalt

1 Die „Überlastung“ der Intensivstationen als Narrativ zum nicht enden wollenden Ausnahmezustand („Lockdown“) – Kryptische und Anekdotische Beweisführung – Der Politisch-Mediale-Komplex .....	1
2 Die Berichterstattung über das Klinikum Ludwigshafen als Beispiel – Die Überlastung der Kliniken als Perpetuierung des Immergleichen – „Aufklärung als Massenbetrug“ .....	6
3 Intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten in Deutschland (DIVI) und die Diskussion um das „Schrappe-Papier“: Warum sind die Kliniken am Limit, obwohl die Zahl der Intensivbetten in der Pandemie abnimmt und die Auslastung immer gleich hoch ist? .....	12
4 Im internationalen Vergleich verfügt Deutschland über eine sehr hohe Zahl an Intensivbetten: Wieso waren die Krankenhäuser in Deutschland überlastet, obwohl in anderen Ländern viel höhere Zahlen von Covid-Patienten zu verzeichnen waren? Und warum sind in Deutschland – trotz der vielen Intensivbetten – mehr Covid-Patienten verstorben? .....	24
5 Die „Überlastung“ der Intensivstationen als „unendliche Geschichte“ – Pandemie oder Profitinteresse der Kliniken und endemische Berichterstattung der Medien über die Überlastung der Kliniken? .....	45
6 „Eine unendliche Geschichte“, die noch nicht vorbei ist. Zur aktuellen Diskussion um die Überlastung der Intensivstationen: Trifft eine Behauptung doch mehr zu, je häufiger man sie äußert? .....	50

## 1 Die „Überlastung“ der Intensivstationen als Narrativ zum nicht enden wollenden Ausnahmezustand („Lockdown“) – Kryptische und Anekdotische Beweisführung – Der Politisch-Mediale-Komplex

Im ersten Teil dieses Blogs wurde in einem der ersten Kapitel behandelt, warum die Über- oder Untersterblichkeit ein statistisch sehr verlässliches („unbestechliches“) Kriterium darstellt, um die Auswirkungen und den Verlauf einer Pandemie darzustellen.<sup>1</sup>

Im zweiten<sup>2</sup> und dritten<sup>3</sup> Teil des Blogs wurde deutlich, dass die Übersterblichkeit (in den allermeisten Ländern, aber vor allem auch Deutschland) was Covid-19 anbelangt vor allem vulnerable, und/oder ältere Teile der Bevölkerung betroffen hat. Und zwar insbesondere während der zweiten oder dritten Welle<sup>4</sup>. Die Daten, insbesondere die Fortschreibung im 3. Teil des Blogs,

---

<sup>1</sup> Vgl. [https://www.uni-speyer.de/fileadmin/Lehrstuehle/Knorr/1\\_Corona\\_und\\_Uebersterblichkeit\\_Tests\\_und\\_Inzidenz\\_Mangelnde\\_Nachverfolgung\\_25\\_05\\_21.pdf](https://www.uni-speyer.de/fileadmin/Lehrstuehle/Knorr/1_Corona_und_Uebersterblichkeit_Tests_und_Inzidenz_Mangelnde_Nachverfolgung_25_05_21.pdf).

<sup>2</sup> Vgl. [https://www.uni-speyer.de/fileadmin/Lehrstuehle/Knorr/2\\_Corona\\_und\\_Uebersterblichkeit\\_Vergleich\\_2020\\_und\\_2016\\_bis\\_2019\\_30\\_Laender.pdf](https://www.uni-speyer.de/fileadmin/Lehrstuehle/Knorr/2_Corona_und_Uebersterblichkeit_Vergleich_2020_und_2016_bis_2019_30_Laender.pdf).

<sup>3</sup> [https://www.uni-speyer.de/fileadmin/Lehrstuehle/Knorr/3\\_Update\\_Corona\\_und\\_Uebersterblichkeit\\_Einfluss\\_von\\_Corona\\_4\\_Laender.pdf](https://www.uni-speyer.de/fileadmin/Lehrstuehle/Knorr/3_Update_Corona_und_Uebersterblichkeit_Einfluss_von_Corona_4_Laender.pdf).

<sup>4</sup> Vgl. [https://www.uni-speyer.de/fileadmin/Lehrstuehle/Knorr/3\\_Update\\_Corona\\_und\\_Uebersterblichkeit\\_Einfluss\\_von\\_Corona\\_4\\_Laender.pdf](https://www.uni-speyer.de/fileadmin/Lehrstuehle/Knorr/3_Update_Corona_und_Uebersterblichkeit_Einfluss_von_Corona_4_Laender.pdf).

haben gezeigt, dass die Übersterblichkeit der Bevölkerung, weil nicht mehr vorhanden (z.B. Schweden), oder nicht auf Corona zurückzuführen (z.B. Deutschland), nur noch schwerlich als Begründung für massive Lockdown-Einschränkungen angeführt werden konnten. Es brauchte folglich ein neues „Narrativ“ – wie man im Neusprech des 21. Jahrhunderts so schön sagt (früher hätte man einfach von Begründung gesprochen) – um weitere und weitergehende Grundrechtseinschränkungen in Form von Lockdown-Maßnahmen beschließen zu können. Und hier schlug nun die Stunde der „Überlastung der Intensivstationen“ und/oder der Krankenhäuser allgemein.

Datum      September 2020

Am 14.09.2021 titelte der SWR in einem Artikel<sup>5</sup> mit 14 weiteren Todesfällen in Zusammenhang mit Covid-19 und einer „angespanntere Lage auf den Intensivstationen in Baden-Württemberg“. Weiter heißt es:

**„In dieser Woche soll eine neue Corona-Verordnung in Kraft treten. Der Fokus soll speziell auf der Auslastung der Krankenhäuser und Intensivstationen liegen.“**

Und tatsächlich steht weiter geschrieben:

**„Immer mehr Menschen mit einer Covid-Infektion landen dort.“** (Krankenhäuser und Intensivstationen, der Autor).

Das ist eine „steile These“. Aber folgen wir zunächst der Argumentation des Artikels. Dort heißt es weiter: „Die Zahl der Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer Covid-19-Erkrankung auf einer Intensivstation in Baden-Württemberg behandelt werden müssen, nimmt weiter zu. Laut aktuellen Daten des Landesgesundheitsamts (..) stieg die Zahl auf aktuell 204 an. 8,9 Prozent der betreibbaren Intensivbetten im Land werden aktuell durch Covid-19-Fälle belegt.“ 8,9% ist natürlich schon einmal eine Menge; wenn auch eine kleine Menge. Und die folgende Grafik, die tatsächlich mit dem Artikel veröffentlicht worden ist, zeigt, dass

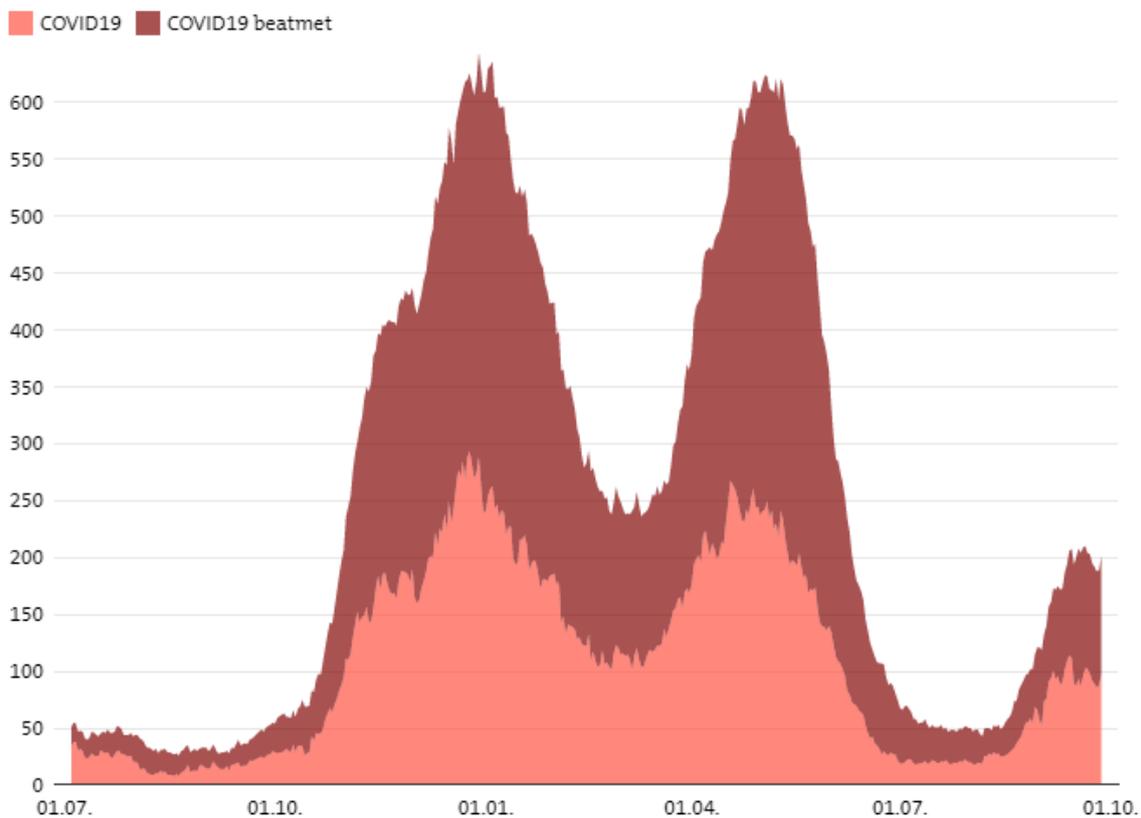
1. Die Zahl der Covid-Patienten im September 2021 lediglich ein Drittel der Fälle (ca. 200 im Vergleich zu ca. 600) im Winter 2020/21 oder im Frühjahr 2021 ausmacht und
2. Der Anstieg der Covid-Patienten zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Artikels seinen Höhepunkt erreicht bzw. überschritten hatte. Es heißt dort ja auch: „Hospitalisierungsinzidenz fällt leicht“

---

[Laender.pdf](https://www.uni-speyer.de/fileadmin/Lehrstuehle/Knorr/2_Corona_und_Uebersterblichkeit_Vergleich_2020_und_2016_bis_2019_30_Laender.pdf), sowie [https://www.uni-speyer.de/fileadmin/Lehrstuehle/Knorr/2 Datenblaetter Vergleich Sterbefaelle und nach Alter 2020 2016 bis 2019 fuer 30 Laender.pdf](https://www.uni-speyer.de/fileadmin/Lehrstuehle/Knorr/2_Datenblaetter_Vergleich_Sterbefaelle_und_nach_Alter_2020_2016_bis_2019_fuer_30_Laender.pdf).

<sup>5</sup> <https://www.swr.de/swraktuell/baden-wuerttemberg/corona-infektionslage-in-bw-100.html>.

Anzahl der gemeldeten Intensivbetten belegt mit COVID-19-Patienten seit 4. August 2020 in Baden-Württemberg



Grafik: SWRdata • Quelle: DIVI-Intensivregister (Stand: 27.09.2021) • Daten

SWR» AKTUELL

Abb. 4-1: Anzahl der mit Corona-Patienten belegten Intensivbetten, Juli 2020 bis Ende September 2021, Quelle: Fn. 5.

**Die Daten der obigen Grafik zeigen eindeutig, dass aufgrund der oben angeführten neuen Corona-Verordnung des Landes** (Zur Erinnerung: „In dieser Woche soll eine neue Corona-Verordnung in Kraft treten. Der Fokus soll speziell auf der Auslastung der Krankenhäuser und Intensivstationen liegen.“), **eigentlich die Schlussfolgerung hätte sein müssen, dass die Corona-Einschränkungen gelockert werden könnten bzw. müssten.** Der SWR-Artikel versucht aber kontrafaktisch ein ganz anderes Bild – oder sagen wir lieber Narrativ – zu erzeugen: „14 WEITERE TODESFÄLLE IN ZUSAMMENHANG MIT COVID-19 - Coronavirus: Angespanntere Lage auf den Intensivstationen in Baden-Württemberg“ ... „Immer mehr Menschen mit einer Covid-Infektion landen dort [Intensivstationen]. Die Zahl der Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer Covid-19-Erkrankung auf einer Intensivstation in Baden-Württemberg behandelt werden müssen, nimmt weiter zu.“ Die Frage ist natürlich: **Cui Bono? Wem soll diese Berichterstattung nützen?**

In einem Artikel vom 28.09.2021 „Die aktuelle Lage auf den Intensivstationen“<sup>6</sup> kann man das gleiche Muster feststellen. Zunächst werden Ängste geschürt:

„Viele Infizierte erkranken so schwer an COVID-19, dass sie auf einer Intensivstation behandelt werden müssen. Eine Überforderung des Gesundheitswesens muss vermieden werden.“

<sup>6</sup> [Corona in Krankenhäusern: Aktuelle Lage auf den Intensivstationen - SWR Aktuell.](#)

Faktisch bestand für Panik aber nicht der geringste Anlass, wie im gleichen Artikel wenige Zeilen später zu lesen war:

„Intensivstationen in Deutschland behandeln derzeit 1.422 COVID-19-Patientinnen und Patienten. Davon müssen 805 Patienten beatmet werden. Insgesamt sind 25.357 Intensivbetten in Deutschland betriebsbereit, davon sind 15,7 Prozent noch frei. Die Lage ist nicht angespannt. Die Verfügbarkeit freier Intensivbetten ist gegeben. (Quelle: Divi-Intensivregister, Stand: 28. September 2021 ..)“

Dennoch werden ständig anekdotische Berichte über die Überlastung der Intensivstationen veröffentlicht. Ein besonders bizarres Beispiel von Desinformation stellt ein Artikel im „Merkur“ vom 10.09.2021 dar.<sup>7</sup> Dieser Titel:

„Corona: Überlastung der Intensivstationen - Belastung viermal so hoch wie vor einem Jahr“

Betrachtet man allerdings die Abb. 4-1., dann wird deutlich, dass im September 2020 nur sehr wenig Fälle auf den Intensivstationen in Baden-Württemberg lagen; dies dürfte in den anderen Bundesländern nicht anders gewesen sein. Die Zahl im September 2021 mag nun viermal höher gewesen sein, sie lag aber immer noch dreimal unter der maximalen Belastung im Herbst/Winter 2021 bzw. Frühjahr 2021. Wieso daher eine Überlastung der Intensivstationen im September abgeleitet wird, muss das Geheimnis der Autorin Veronika Silberg bleiben. Angeführt wird zwar ein „Wegbrechen der Pflegekräfte“. Zitiert wird Christian Karagiannidis, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin:

„Die Zahl der betreibbaren Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit geht von Monat zu Monat zurück auf jetzt etwa 9000.“, so der Mediziner auf Twitter. „Viele Kliniken melden uns Personalprobleme. Das Personal ist müde und wird weniger.“

Auf das Problem bzw. die Frage der Intensivbetten, die weniger werden, kommen wir im Rahmen der Diskussion des sogenannten „Schrappe-Papiers“ noch zurück, denn möglicherweise wurden von den Kliniken viel mehr Intensivbetten gemeldet, als tatsächlich vorhanden waren. Grund hierfür **könnte sein**, dass freie Kapazitäten finanziell honoriert worden sind. D.h., es wurden aus rein betriebswirtschaftlichen Gründen (Profitinteresse) mehr Intensivbetten gemeldet, als betreibbar waren. Für das Argument der geringeren Zahl der Pflegekräfte werden weder Daten noch Belege angeführt. (Auch auf dieses Thema werden wir noch zurückkommen).

Besonders verstörend ist allerdings das folgende Zitat aus dem Merkur-Artikel:

„**Viele Pflegekräfte haben mir erzählt**, dass sie das Zumachen der Leichensäcke, dieses Geräusch, nicht mehr hören konnten. Das spiegelt wider, was da in den Wochen passiert ist von Jahresanfang bis Mitte Mai.“ erzählt Prof. Michael Hallek vom Uniklinikum Köln in einem WDR-Interview.“ [eigene Hervorhebung durch Fettdruck].

Der Autor des vorliegenden Blogs ist kein Krankenhaus-Experte, aber das Pflegekräfte auf Intensivstationen „**Leichensäcke zumachen**“ ist mir neu. Das eigentliche Problem an dieser Aussage ist, dass die Übersterblichkeit (und das heißt die Todesfälle) in Deutschland seit Beginn des Jahres 2021 deutlich zurückgegangen ist und vor allen Dingen nicht mehr auf Corona zurückzuführen ist. Die Abbildungen 3-1.a und 3-1.b im 3. Teil des Blogs (Datei 3\_ Update Corona und Übersterblichkeit

---

<sup>7</sup> Vgl. <https://www.merkur.de/welt/coronavirus-intensivbetten-auslastung-krankenhaeuser-personal-pflege-impfung-90947372.html>.

Einfluss von Corona 4 Länder)<sup>8</sup> belegen deutlich, dass die Aussage aus dem Merkur-Artikel scheinbar in keiner Weise mit der Realität übereinstimmen („Fake-News“?).

Die Gewerkschaft VERDI an die Corona-Pandemie genutzt, um die Verhältnisse an der Universitätsklinik Ulm anzuprangern, wie u.a. der SWR z.B. am 06.05.2021 berichtete<sup>9</sup>:

„Das Pflegepersonal berichtet von langen Schichten, in denen oft keine Zeit für längere Pausen sei. Zwei Pfleger seien schon kollabiert, weil sie nichts trinken konnten. Die üblichen Standards könnten nicht eingehalten werden, sagte Verdi-Gewerkschaftssekretär Jannik Widon dem SWR. Über ihn sind einige Pflegekräfte an die Öffentlichkeit gegangen. Es fehlten zum Beispiel Räume zum Umziehen. .. "Die Pfleger müssen die infektiöse Schutzkleidung auf dem Flur umziehen. Ein Kollege hält daher die Luft an, wenn er sich umkleidet, bis er draußen ist." Jannik Widon, Gewerkschaftssekretär aus dem Fachbereich Gesundheit bei ver.di.“

Beim SWR finden sich viele weitere Berichte mit dem gleichen Tenor:

**Weniger Intensivbetten in Biberach:** Am Biberacher Sana-Klinikum mussten die Intensivbetten von 14 auf zehn reduziert werden. Dies sei eine vorübergehende Maßnahme wegen der Ausfälle unter den Mitarbeitenden, teilte eine Sprecherin mit. Für die Pandemie hatte man in Biberach die Kapazität auf 14 Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit erhöht - also mehr als verdoppelt.

Handelt es sich bei den vier Betten, die stillgelegt wurden, möglicherweise um Betten, die nur „virtuell“ existiert haben, um von der Prämie für frei gehaltene Intensivbetten zu profitieren?

**Keine freien Betten in Heidenheim:** Am Klinikum Heidenheim werden derzeit alle planbaren Operationen verschoben. Einige Mitarbeiter sind krank oder in Quarantäne, deswegen müsse man aber noch keine Betten stilllegen oder Stationen schließen ...

Die Frage der Verschiebung aller planbaren OPs ist durchaus interessant, denn im Vergleich zu anderen Ländern ist die Übersterblichkeit in Deutschland auch in 2021 deutlich erhöht, obwohl die Zahl der Corona-Toten deutlich abgenommen hat und die Übersterblichkeit daher deutlich geringer sein müsste. Kann die Ursache hierfür sein, dass „zu viele“ Corona Fälle behandelt worden sind und eigentlich dringlichere Kranke nicht? Eine sicher schwer zu beantwortende Frage, aber die These steht im Raum: „Haben die Krankenhäuser und Ärzte in der Corona-Pandemie Geld verdient, indem sie Patienten auf die Intensivmedizin verlegt haben, die dort nicht hingehörten?“<sup>10</sup> Diese Frage soll im Rahmen der Diskussion des „Schrappe-Papiers“ wieder aufgegriffen werden.

---

<sup>8</sup> [https://www.uni-speyer.de/fileadmin/Lehrstuehle/Knorr/3\\_Update\\_Corona\\_und\\_Uebersterblichkeit\\_Einfluss\\_von\\_Corona\\_4\\_Laender.pdf](https://www.uni-speyer.de/fileadmin/Lehrstuehle/Knorr/3_Update_Corona_und_Uebersterblichkeit_Einfluss_von_Corona_4_Laender.pdf).

<sup>9</sup> <https://www.swr.de/swraktuell/baden-wuerttemberg/ulm/angespannt-bis-chaotische-lage-auf-intensivstationen-100.html>.

<sup>10</sup> <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/123892/Coronakrise-Heftige-Debatte-um-Belegung-von-Intensivbetten>.

## 2 Die Berichterstattung über das Klinikum Ludwigshafen als Beispiel – Die Überlastung der Kliniken als Perpetuierung des Immergleichen – „Aufklärung als Massenbetrug“

Das Narrativ der Überlastung der Kliniken erscheint in der Rück- und Vorschau als eine Perpetuierung bzw. Wiederholung des Immergleichen<sup>11</sup>. („Aufklärung als Massenbetrug“<sup>12</sup>).<sup>13</sup> Gleich wie viele Corona-19 Fälle, gleich wie hoch die (Über)Sterblichkeit, gleich ob vor oder nach der Pandemie, die Kliniken in Deutschland und insbesondere die Intensivstationen „sind am Limit“ oder bereits darüber.

Die Berichterstattung in der pfälzischen Lokalzeitung DIE RHEINPFALZ aus Ludwigshafen ist ein gutes Beispiel. Vom 14.11.2020 bis zum 20.04.2021 erschien eine Serie von Artikeln, die immer wieder die Überlastung des Klinikums Ludwigshafen zum Thema hatte. Die Artikel sind im Folgenden in der Reihenfolge des Erscheinens kursiv wiedergegeben.

### Zeitraum Nov. 2020 – Mai 2021 (und darüber hinaus)

14. November 2020

„Schwere Verläufe von Covid-19 fordern Ärzten und Pflegekräften alles ab. Ein Ort, an dem um das Leben der Patienten gerungen wird, ist die Medizinische Intensivstation des Klinikums Ludwigshafen.“<sup>14</sup>

22. November 2020

„Wir fahren planbare Eingriffe zurück“: Das Klinikum in der Corona-Krise. ... Rund 100 Covid-19-Patienten werden aktuell im Klinikum behandelt.

27.11.2020

„**Corona-Krise: Keine planbaren Eingriffe mehr am Klinikum** - Ludwigshafen - DIE RHEINPFALZ. ... Im Haus werden aktuell über 130 Covid-19-Patienten behandelt – 30 davon auf den Intensivstationen“

30. November 2020

„**Klinikum am Anschlag: Nur noch vier Intensivbetten frei.**

Im Klinikum sind derzeit nur noch vier Intensivbetten frei: Von den insgesamt 55 sind 25 mit Covid-19-Patienten belegt und 26 mit Notfällen wie Schlaganfällen oder Herzinfarkten.“

01. Dezember 2020

„Intensivbetten für Covid-19-Patienten: Lage in der Pfalz teilweise angespannt. **Im Klinikum Ludwigshafen ist die Lage angespannt; nur noch vier Intensivbetten waren Stand Montag frei.**“

Freitag, 26. März 2021

---

<sup>11</sup> Um an dieser Stelle einmal die „alte Frankfurter Schule“ (z.B. Horkheimer/Adorno) zu paraphrasieren. Vgl. z.B. Eickelpasch, Rolf: Mit der Axt der Vernunft. Mythos und Vernunftkritik in der kritischen Theorie, in: Eickelpasch, Rolf: Unübersichtliche Moderne? Springer Fachmedien Wiesbaden 1991, S. 35-97.

<sup>12</sup> Vgl. Horkheimer, Max, Adorno, Theodor W.: Dialektik der Aufklärung, Frankfurt a.M., Fischer 1986, Kap. „Kulturindustrie. Aufklärung als Massenbetrug“, S. 108ff.

<sup>13</sup> Hinweis für jüngere Menschen: Man könnte die in den Fn 11 & 12 dargelegten Sachverhalte auch als zwangsläufige und fortlaufende Produktion von „Fake-News“ aufgrund des „Framing-Auftrags“ der Medien übersetzen.

<sup>14</sup> <https://www.rheinpfalz.de/politik/artikel,-der-ernstfall-auf-einer-intensivstation-f%C3%BCr-covid-patienten-arid,5133855.html?reduced=true>.

**„Am Klinikum spitzt sich die Corona-Lage wieder zu.** Zudem werden die Betroffenen immer jünger. Auch die drei anderen Krankenhäuser in der Stadt rechnen mit einem Anstieg der Covid-Fälle. Dort ist die „dritte Welle“ aber noch nicht angekommen.“

06. April 2021

**„Am Klinikum Ludwigshafen spitzt sich die Corona-Lage nach Angaben des Ärztlichen Direktors Günther Layer wieder dramatisch zu.** 24 Patienten mit Covid-Infektionen werden aktuell im zweitgrößten Krankenhaus des Landes behandelt. Gegenüber den Vorwochen sei das ein Anstieg um 50 Prozent. Über die Hälfte dieser Patienten würden auf Intensivstationen betreut... .“

12. April 2021

„Klinikum: 15 Corona-Patienten auf Intensivstation“

„Inzidenz: LU<sup>15</sup> überschreitet 200er-Marke – Klinikum schlägt Alarm

12. April 2021

**Durch die dritte Corona-Welle spitzt sich die Lage in den Krankenhäusern zu. Im Klinikum Ludwigshafen haben die Covid-Patienten dafür gesorgt, dass die Kapazitäten der Intensivmedizin ausgeschöpft sind. Der Ärztliche Direktor Günter Layer schlägt Alarm.“**

15. April 2021

„Während das Klinikum in Ludwigshafen weiter von einer „sehr angespannten“ Lage auf seiner vollen Intensivstation spricht, sieht es anderswo weit weniger dramatisch aus – etwa in Pirmasens, Germersheim, Grünstadt, Bad Dürkheim oder auch Kaiserslautern. **In Ludwigshafen geht man jedoch davon aus, dass es aktuell „etwas schlimmer“ als zum Höhepunkt der zweiten Pandemiewelle ist.“**

20. April 2021

**„Am Ludwigshafener Klinikum ist die Intensivstation am Limit.** Für schwer kranke Patienten kann dies bedeuten, dass sie auf einen dringend benötigten OP-Termin warten müssen. Viermal musste etwa die Operation des Krebskranken Werner N. verschoben werden.“

31. August 2021

SWR: „Die Zahl der Corona-Patienten am Kliniken Ludwigshafen steigt offenbar wieder etwas an. Dort werden zurzeit 13 Patienten betreut, vier auf der Intensivstation. ... In Bezug auf das Alter gebe es mittlerweile zwei herausragende Patientengruppen. Die meisten Erkrankten seien zwischen 20 und 30 Jahre alt, die andere Gruppe 50 bis 60 Jahre. Der derzeit jüngste Corona-Patient am Klinikum Ludwigshafen sei 25 Jahre alt und liege auf der Intensivstation. Alle Intensivpatienten würden selbständig atmen, dabei aber von Geräten unterstützt. **Die Zahl der Patienten, die schwer an Corona erkranken, steigt nach Aussage des Klinikums kontinuierlich an.“<sup>16</sup>**

Und am

08. September 2021

dürfen wir noch lesen: „Im Klinikum werden zehn von 22 Covid-Patienten intensivmedizinisch behandelt“.

---

<sup>15</sup> LU = Ludwigshafen am Rhein.

<sup>16</sup> <https://www.swr.de/swraktuell/rheinland-pfalz/ludwigshafen/stationaere-corona-patienten-in-der-pfalz-100.html>.

Die Lage am Ludwigshafener Klinikum ist derzeit aus mehreren Gründen angespannt... <sup>17</sup>.

Die Situation ist im Klinikum Ludwigshafen ist sicherlich permanent sehr angespannt. Aber fassen wir zusammen:

- Am 27.11.2020 wurden 130 Covid-19-Patienten behandelt – 30 davon auf den Intensivstationen
- Am 30.11.2020 wurden 100 Covid-19-Patienten behandelt – 25 davon auf den Intensivstationen
- Am 22.03.2021 wurden 24 Covid-19-Patienten behandelt – 13 davon auf den Intensivstationen
- Am 08.09.2021 wurden 22 Covid-19-Patienten behandelt – 10 davon auf den Intensivstationen

## Was fällt auf?

1. Die Zahl der Covid-19 Fälle nimmt deutlich ab (von 130 am 27.11.2020 auf 24 / 22 am 22.03. bzw. 08.09.2021)
2. Die Zahl der Covid-19 Fälle, die auf die Intensivstation kommen nimmt dramatisch zu, von weniger als 25% im November 2020 auf mehr als 50% im März 2021

Die folgende Tabelle gibt die Zahl der Covid-19 Fälle, die Covid-19-Fälle auf der Intensivstation und den relativen Anteil (%) in der 2. Welle (27.11.2020), der 3. Welle (22.03.2020) und der 4. Welle (Stand 08.09.2021).

Klinikum LU	Covid-Fälle	Intensiv	% Intensiv
<b>27.11.2020</b>	130	30	23
<b>22.03.2021</b>	24	13	54
<b>31.08.2021</b>	13	4	31
<b>08.09.2021</b>	22	10	45

Tabelle 4-1: Klinikum Ludwigshafen: Covid-19 Fälle, Covid-19-Fälle auf der Intensivstation und relativer Anteil (%) in der 2. Welle, der 3. Welle sowie der 4. Welle

Interessant ist, dass in der zweiten Welle (27.11.2020), in der in Deutschland tatsächlich deutlich mehr Covid-Tote als in der ersten und den weiteren Infektions-Wellen zu verzeichnen waren<sup>18</sup>, nur relativ wenig Covid-Fälle auf der Intensivstation des Klinikums Ludwigshafen zu verzeichnen waren (23%, weniger als ein Viertel). In der 3. Welle (22.03.2021), obwohl allgemein fast die gleiche Zahl an Infektionen festzustellen war<sup>19</sup>, deutlich weniger Covid-Fälle im Klinikum behandelt (27.11.2020: 130 Fälle, 22.03.2020: 24); Allerdings wurden prozentual viel mehr Fälle auf der Intensivstation behandelt (über 50%, (54%)). Zudem wird im Rheinpfalz-Artikel vom 26. März 2021 vermerkt „zudem werden die Betroffenen immer jünger“ (siehe oben). Das ist irgendwie merkwürdig: Obwohl a) scheinbar immer weniger Covid-Fälle in die Klinik eingeliefert werden, und diese auch immer jünger werden, kommen – relativ gesehen – immer mehr Covid-Patienten auf die Intensivstation (mehr als 50%

<sup>17</sup> [https://www.rheinpfalz.de/lokal/ludwigshafen\\_artikel,-klinikum-corona-bleibt-herausforderung-streit-um-neueinstellungen-\\_arid,5250399.html?reduced=true](https://www.rheinpfalz.de/lokal/ludwigshafen_artikel,-klinikum-corona-bleibt-herausforderung-streit-um-neueinstellungen-_arid,5250399.html?reduced=true).

<sup>18</sup> Vgl. z.B. den 3. Teil des Blogs, [https://www.uni-speyer.de/fileadmin/Lehrstuehle/Knorr/3\\_Update\\_Corona\\_und\\_Uebersterblichkeit\\_Einfluss\\_von\\_Corona\\_4\\_Laender.pdf](https://www.uni-speyer.de/fileadmin/Lehrstuehle/Knorr/3_Update_Corona_und_Uebersterblichkeit_Einfluss_von_Corona_4_Laender.pdf), Abb. 3-1.b

<sup>19</sup> Vgl. Ebda.

(54%) am 22.03.2021). Auch im September 2021 wurden fast die Hälfte (45%) der Covid-Patienten auf die Intensivstation geschafft.

Die folgenden Abbildungen zeigt die Entwicklung der Covid-19 Infektionen und der mit Covid-19 in Verbindung gebrachten Todesfälle für Ludwigshafen (LU).

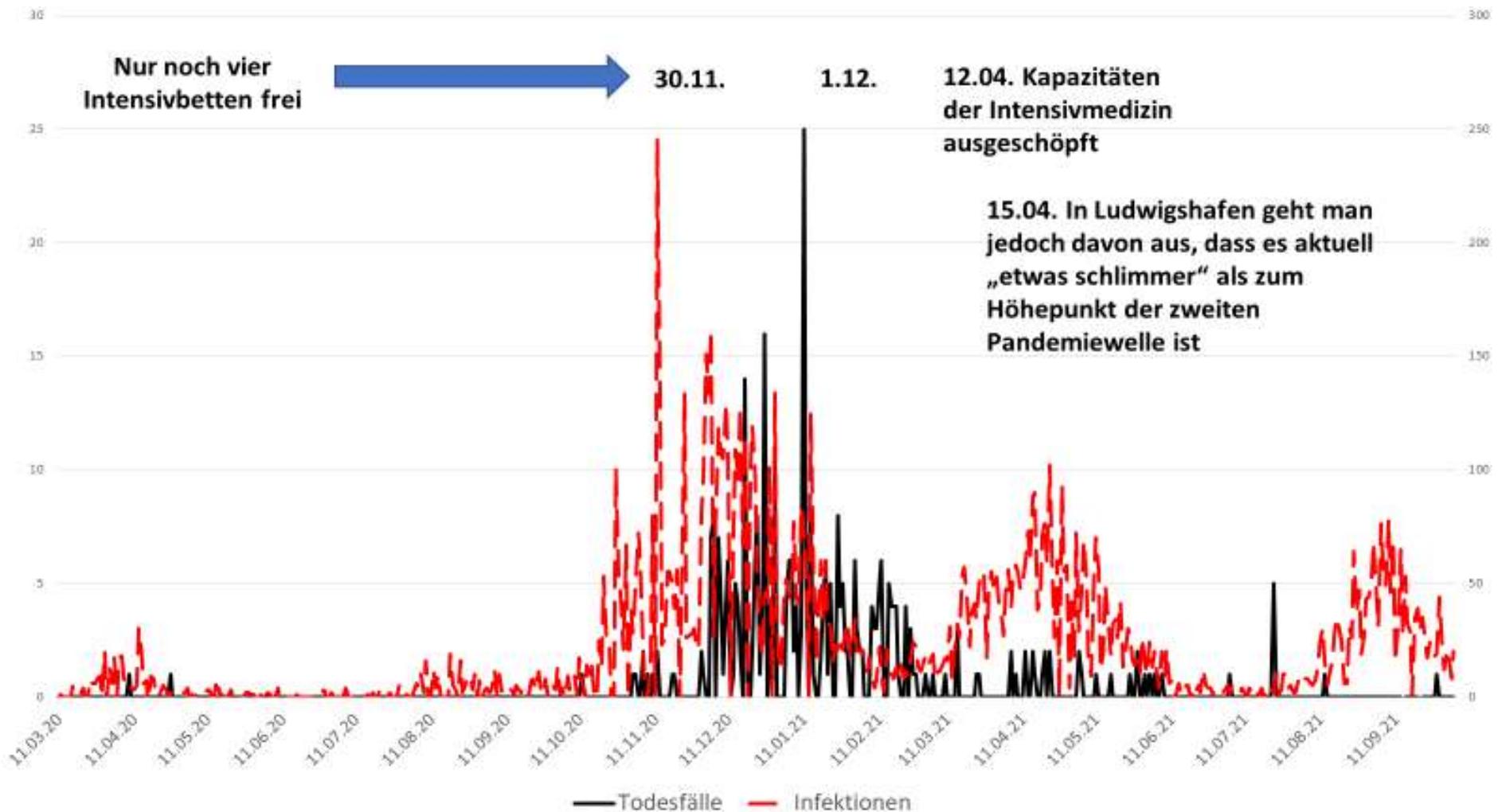


Abb. 4-2: LU, Anzahl Covid-Infektionen (rechte vertikale Achse) und Covid-Todesfälle (linke vertikale Achse), Mitte 03/20 bis Mitte 09/2021, Quelle: LUA Rheinland-Pfalz20, Absolute Werte. (Zitate oben aus der RHEINPFALZ, siehe oben)

<sup>20</sup> <https://lua.rlp.de/de/unsere-themen/infektionsschutz/meldedaten-coronavirus/>.

Abbildung 4-2 zeigt, dass der Anteil der Todesfälle mit Covid-19 Diagnose in Ludwigshafen insbesondere in der 2. Welle ab etwa Dezember 2020 deutlich ansteigt. Mitte März 2021 ist die Anzahl der Todesfälle dann wieder sehr gering (Nahe Null), um jedoch Mitte April wieder etwas anzusteigen. Mitte Juni gibt es dann nur noch sehr selten Todesfälle von Personen mit Covid-Erkrankung zu beklagen. Gleichzeitig nimmt die Zahl der Neuinfektionen deutlich ab. (Obwohl ab August eine 4. Welle der Infektionen feststellbar ist, die auf „Reiserückkehrer“<sup>21</sup> zurückzuführen ist.).

Man kann Abbildung 4-2 in Verbindung mit Tabelle 4-1 nun in zweierlei Hinsicht interpretieren:

1. Die Zahl der Corona-Opfer geht mit der Zeit zurück, da immer mehr Personen mit Corona auf den Intensiv-Stationen versorgt werden und dadurch gerettet werden (konnten). **Leider ist diese Hypothese nicht sehr plausibel:**
  - a. In der Zeit vor dem 1.12.2020 waren relativ wenig Personen auf den Intensivstationen, zumindest im Klinikum Ludwigshafen betrug der Anteil ca. 23% (Tabelle 4-1). Nach den Daten betrug der Anteil der Corona-Infizierten, die gestorben sind ca. 1%
  - b. In der Zeit um den 22.03.2021, als mit ca. 54% mehr als doppelt so viele Corona-Patienten im Klinikum LU auf die Intensivstation kamen, lag der Anteil der Todesfälle höher als 1%. D.h., weniger Covid-Fälle, mehr Covid-Fälle auf der Intensivstation und dennoch ein höherer Anteil an Todesfällen (am 15.03.20 ca. 9%)
  - c. In der Zeit vor dem 31.08.2021 gab es sehr wenig Corona-Fälle und gar keine Todesfälle in Zusammenhang mit Corona. Dennoch waren vier von 13 Personen auf der Intensivstation: „Jüngster Intensiv-Patient zur Zeit ist 25 Jahre“
  - d. In der Zeit um den 15.09.2021 sind kaum noch bzw. gar keine Todesfälle mehr zu verzeichnen, die mit Covid in Zusammenhang gebracht werden können. Wenn dies mit der Behandlung auf der Intensivstation erklärt werden könnte, hätte auch bereits im Zeitraum um den 22.03. keine Sterbefälle mit Corona auftreten dürfen, denn die Zahl der Infektionen ist ähnlich hoch (siehe Abbildung 4-2) und zum Zeitpunkt um den 22.03. starben noch bis zu 9% der Corona-Fälle

Wie auch immer, der Rückgang der Todesfälle von Personen mit Covid-19 Diagnose kann nicht mit der Zunahme an Behandlungen auf der Intensivstation erklärt werden. Für die Erklärung der Zunahme der Behandlungen auf der Intensivstation braucht es daher (leider) einer anderen Hypothese:

2. **Obwohl viel weniger Corona-Fälle zur verzeichnen waren, und die Patienten auch deutlich jünger waren als in der ersten und zweiten Well<sup>22</sup>, und damit deutlich weniger Risiko-Patienten mit hohem Sterberisiko vorhanden waren, wurden mehr Personen mit Corona auf den Intensivstationen (im Klinikum LU) behandelt.** Die Hypothese ist daher, dass die Kapazitäten der Intensivstationen ausgelastet werden sollten und ein reines Profitinteresse der Klinik dahintersteht

---

<sup>21</sup> Zum Thema Reiserückkehrer siehe auch den 3. Teil des Blogs: [https://www.uni-speyer.de/fileadmin/Lehrstuehle/Knorr/3\\_Corona-Fallzahlen\\_und\\_soziooekonomische\\_Faktoren\\_Diskussion\\_Migrationshintergrund\\_.pdf](https://www.uni-speyer.de/fileadmin/Lehrstuehle/Knorr/3_Corona-Fallzahlen_und_soziooekonomische_Faktoren_Diskussion_Migrationshintergrund_.pdf).

<sup>22</sup> Laut DIVI-Register machen die 30-40-jährige auf den Intensivstationen bis Mitte 2021 lediglich 2,8% aller Covid-Patienten aus. 7,8% waren zwischen 40-49 Jahre alt, 22% zwischen 50-59 Jahren, demnach waren ca. 2/3 älter als 59, vgl. das Adoc-Papier 3 der „Schrappe-Gruppe“, FN.29.

Wenn Hypothese 2 zutreffend wäre, dann stünde natürlich auch die Begründung des Lockdowns aufgrund einer Überlastung des Gesundheitswesens und speziell der Intensivstationen auf tönernen Füßen.

Interessant ist auch, dass eine vergleichbare Berichterstattung wie über das Klinikum Mannheim für andere Kliniken nicht gegeben hat bzw. nicht feststellbar ist. Nur am 3.12.2020 ist beim SWR ein Interview mit „Dr. Thomas Kirschning, Geschäftsführender Oberarzt in der Intensivmedizin am Uniklinikum Mannheim“ mit dem Titel „Uniklinikum Mannheim wegen Corona "an der Kapazitätsgrenze"“. Hier ein kleiner Ausschnitt:<sup>23</sup>

„Wir behandeln derzeit 55 Covid-Patienten auf den speziellen Isolier- und Intensivstationen. Das ist etwa die Hälfte der in Mannheimer Kliniken behandelten Fälle, die aktuell bei 111 positiven stationären Covid-Fällen liegt. Damit sind zwei Covid-Isolierstationen bei uns mit je 18 Betten nahezu komplett ausgelastet. Auch zwei Covid-Intensivstationen mit 20 von derzeit 22 Covid-Intensivbetten sind bereits an der Kapazitätsgrenze.“

„Kirschning: In Baden-Württemberg liegt der Anteil der Covid-Patienten auf den Intensivstationen bei etwa 14 Prozent. In den gesamten Mannheimer Kliniken macht der Anteil bereits 20 Prozent aus. Am Universitätsklinikum hier liegt der Anteil der Corona-Patienten bereits bei 30 Prozent aller Intensiv-Patienten. Das bedeutet zwangsläufig, und das ist auch ein Grund zur Sorge, dass wir auch einen Engpass für intensivpflichtige Patienten haben, die intensivmedizinisch zu versorgende Erkrankungen erleiden. Das heißt: Es geht nur über eine Reduzierung von Kapazitäten im Krankenhaus in den normalen Bereichen. Das geht dann eben auch zu Lasten dieser Normalbereiche und der Patienten, die nicht an Covid erkrankt sind.“

Das Uniklinikum Mannheim liegt etwa 7km oder 15 Minuten mit PKW (Rettungswagen) entfernt. Natürlich gibt es noch viele weitere Kliniken in Mannheim / Ludwigshafen wie die BG Unfallklinik, die etwa 4,5km vom Klinikum LU oder ca. 8 Min. vom Klinikum entfernt liegt. Es ist aber nicht bekannt, zumindest nicht in den Medien ersichtlich, ob Covid-, oder Intensivpatienten verlegt worden sind.

Interessant ist auch, dass man in Mannheim – scheinbar im Gegensatz zu LU – eigene Covid-Intensivstationen hat. Die im Interview wiedergegebene Behauptung, dass es „zwangsläufig zu einem Engpass in der intensivmedizinischen Versorgung kommen müsse“ ist scheinbar nicht eingetroffen. (Man hätte in der Zeitung davon gelesen). Fast schon verstörend wirkt dann der Sachverhalt, dass am Klinikum LU – gerade nach der 2. Welle - immer mehr Corona-Patienten auf die Intensivstationen kamen, obwohl es immer weniger Infektionen und Todesfälle gab. Das erscheint irgendwie widersinnig...

### 3 Intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten in Deutschland (DIVI) und die Diskussion um das „Schrappe-Papier“: Warum sind die Kliniken am Limit, obwohl die Zahl der Intensivbetten in der Pandemie abnimmt und die Auslastung immer gleich hoch ist?

Auf der Homepage des DIVI (Deutscher Interdisziplinärer Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) ist zu lesen:

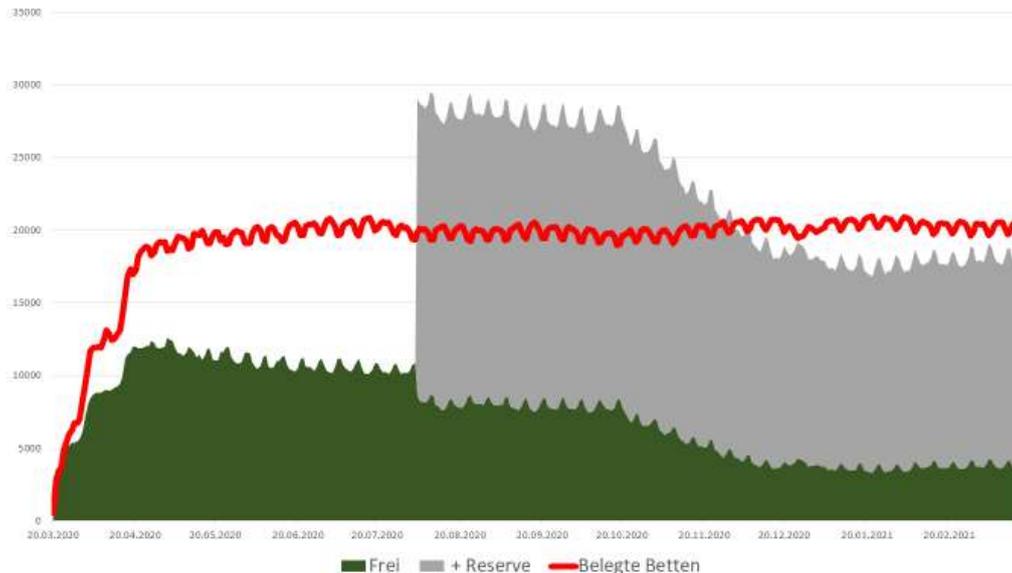
---

<sup>23</sup> <https://www.swr.de/swraktuell/baden-wuerttemberg/mannheim/corona-uniklinikum-mannheim-intensivstationen-100.html>.

„Täglich veröffentlichen wir ... **die aktuellen Daten des DIVI-Intensivregisters zu den derzeitigen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten in Deutschland**. Das Register wurde im Frühjahr 2020 gemeinsam mit dem RKI aufgebaut. **Deshalb verfügen wir erst über verlässliche Daten seit dem 20. April 2020.**“<sup>24</sup>

Datum 18.03.2020

In einer ersten Auswertung der Daten des DIVI-Intensivregisters Mitte März ergab sich folgendes Bild:

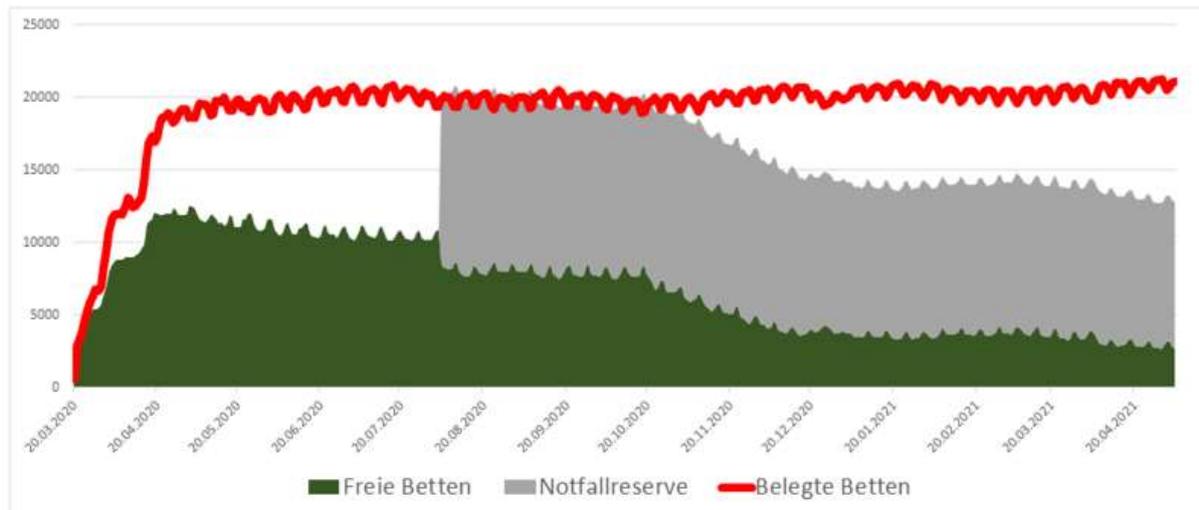


Quelle <https://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage/zeitreihen>, Stand 18.03.2021

Abb. 4-3.a: Belegte Intensivbetten (rote Linie), freie Intensivbetten (grüne Fläche) und Reserve (graue Fläche), Quelle: <https://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage/zeitreihen>, Stand 18.03.2021

<sup>24</sup> <https://www.divi.de/register/tagesreport>. (Eigene Hervorhebung (Fettdruck)).

Die gleiche Auswertung der DIVI-Daten vom 5.05.2021 zeigt ein etwas anderes Bild:



Quelle <https://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage/zeitreihen>, Stand 5.05.2021

Abb. 4-3.b: Belegte Intensivbetten (rote Linie), freie Intensivbetten (grüne Fläche) und Reserve (graue Fläche), Quelle: <https://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage/zeitreihen>, Stand 05.05.2021

Für den Zeitraum August bis September sind teilweise fast 10.000 Betten aus der „Not-Reserve“ verschwunden. Beim ZDF kann man am 10.06.2021 lesen:<sup>25</sup> „Der Bundesrechnungshof hat diverse Corona-Maßnahmen des Gesundheitsministeriums gerügt. So sei etwa Geld für Intensivbetten geflossen, die nicht belegt waren.“ .. „Auch bei den Ausgleichszahlungen für die Krankenhäuser sei es zu einer massiven "Überkompensation aus Steuermitteln" gekommen. Die Kliniken bekamen Geld für verschobene oder ausgesetzte planbare Aufnahmen, um freie Kapazitäten für Covid-19-Patientinnen und -Patienten zu schaffen. Die Ausgleichszahlungen des Bundes hätten allein im Jahr 2020 10,2 Milliarden Euro betragen.“ In Drucksache 19/21742 des Deutschen Bundestages – 19. Wahlperiode kann man auf S. 2 folgendes zu den Ausgleichszahlungen lesen:<sup>26</sup>

„Die Aufwendungen aus Bundesmitteln zur Finanzierung der Ausgleichszahlungen schätzte die Bundesregierung im März dieses Jahres auf 2,8 Mrd. Euro für 100 Tage (vgl. Begründung zum COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz). Das BAS hat für die Ausgleichszahlung an die Länder bzw. Krankenhäuser in der Zeit vom 16. März 2020 bis zum 8. Juli 2020 ca. 6,3 Mrd. Euro ausgezahlt (vgl. <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Spahn-warnt-Kliniken-vor-Missbrauch-der-Freihalte-Pauschale-411242.html>). Entgegen der ursprünglichen Prognose der Bundesregierung wurden somit ca. 5,5 Mrd. Euro für 100 Tage gezahlt, fast doppelt so viel wie erwartet. **Nach der aktuellen Gesetzeslage ist die Zahlung von Ausgleichszahlungen bis zum 30. September 2020 befristet (vgl. § 21 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)).** Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) fordert allerdings eine Weitergeltung der grundsätzlichen Regelung bis weit in das nächste Jahr (vgl. <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/sachgerechte-weiterentwicklung-des-rettungsschirms-fuer-krankenhaeuser/>).“

<sup>25</sup> <https://www.zdf.de/nachrichten/politik/corona-bundesrechnungshof-spahn-verschwendung-100.html>.

<sup>26</sup> <https://dserver.bundestag.de/btd/19/217/1921742.pdf>. (eigene Hervorhebung (Fettdruck)).

Was für ein merkwürdiger Zufall, dass mit dem gesetzlichen Auslaufen der „Freihalte-Pauschale“ 10.000 freie Intensivbetten verschwunden sind.

In einem Artikel vom 18.05.2021 widerlegt die Autorin Sandra Simonsen die Thesen des sogenannten „Schrappe-Papiers“ (wir kommen noch darauf zurück) im Rahmen eines „Faktenchecks“.<sup>27</sup> Der Faktencheck von Frau Simonsen beruht aber nicht, wie man vielleicht glauben möchte, auf Daten, z.B. des DIVI, sondern im Wesentlichen auf „Twitter-Meldungen“. Natürlich freut man sich im ersten Moment, dass jetzt doch alles was im Internet steht und vor allem auf Social-Media-Plattformen gepostet wird, auf einmal wahr ist. Auf den zweiten Blick kommen aber doch Zweifel auf. Und es wird noch gruseliger, denn zitiert wird dann Divi-Präsident Christian Karagiannidis, der im Podcast "Die Idee" vom NDR bereits verlautbart hat:

**„dass erst im Oktober alle Krankenhäuser verstanden hätten, wann welches Bett als Intensivbett gezählt werden könnte.** [eigene Hervorhebung] "Diese Schärfung hat dazu geführt, dass im Intensivregister formal die Zahl der Intensivbetten abgefallen ist", erklärt er, "aber die Zahl, die wir jetzt sehen, das ist die eigentlich wahre Zahl der Intensivbetten." Denn Intensivbetten abbauen würde keiner freiwillig."<sup>28</sup>

Merkwürdig ist zum einen, dass laut Divi-Präsident Christian Karagiannidis die Kliniken nicht wissen, was ein Intensivbett ist. (Man sollte sich bei einer ernsthaften Erkrankung vermutlich ins nahe Ausland, z.B. Dänemark begeben). Weiterhin sind Intensivbetten in der Pandemie tatsächlich abgebaut worden. Wie z.B. die Abbildungen 4.3.a und 4.3.b zeigen:

1. Die Zahl der intensiv behandelten Personen (Betten) bleibt immer gleich (bei ca. 20.000)
2. Die Zahl der freien Betten und der Notfallreserve nimmt kontinuierlich ab

In einer 3. Ad hoc-Stellungnahme (bezugnehmend auf die Kritik an ihrer Arbeit) der Autorengruppe um Prof. Schrappe<sup>29</sup> kann man lesen:

**„Bis zum 31.12.2020 wurden laut Bundesamt für Soziale Sicherung 10,2 Mrd. € als Ausgleichszahlungen für Einnahmeausfälle der Krankenhäuser ausgezahlt. Insgesamt wurden 530 Mio. € als Prämien für knapp 11.000 zusätzliche Intensiv-Betten abgerufen. Dieser Zuwachs ist größer als die Gesamtzahl der Intensivbetten, die Frankreich mit 66,97 Millionen Einwohnern überhaupt zur Verfügung stehen. Über das Jahr 2020 wurden zur Behandlung von CoViD-19-Patienten durchschnittlich 2% der stationären und 4% der intensivmedizinischen Kapazitäten – bei deutlichen Differenzen in zeitlicher und räumlicher Hinsicht - benötigt“<sup>30</sup> (Eigene Hervorhebung: Fettdruck).**

Gleichwohl stand die „drohende Überlastung“, insbesondere der intensivmedizinischen Versorgung“ im Focus der politischen Diskussion zur Begründung massiver Grundrechtseinschränkungen für die

---

<sup>27</sup> Vgl. [https://www.t-online.de/gesundheit/krankheiten-symptome/id\\_90047066/divi-gate-wissenschaftler-korrigieren-zahlen-wieder-falsch.html](https://www.t-online.de/gesundheit/krankheiten-symptome/id_90047066/divi-gate-wissenschaftler-korrigieren-zahlen-wieder-falsch.html).

<sup>28</sup> Ebda.,

<sup>29</sup> Es handelt sich um eine interdisziplinär zusammengesetzte Gruppe (insbes. Mediziner und Juristen) von 10 Personen, siehe [https://schrappe.com/ms2/index.htm/files/thesenpapier\\_adhoc3\\_210517\\_endfass.pdf](https://schrappe.com/ms2/index.htm/files/thesenpapier_adhoc3_210517_endfass.pdf), S. 2.

<sup>30</sup> Ebda., S. 15. Als Quellen führt die „Schrappe Gruppe“ zum einen den Text Augurzky, B., Busse, R., Haering, A., Nimptsch, U., Pilny, A., Werbeck, A.: Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise. Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, 30.4.2021, sowie OECD: Beyond Containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD: [https://read.oecdilibrary.org/view/?ref=119\\_119689-ud5comtf84&Title=Beyond%20Containment:Health%20systems%20responses%20to%20COVID19%20in%20the%20OECD](https://read.oecdilibrary.org/view/?ref=119_119689-ud5comtf84&Title=Beyond%20Containment:Health%20systems%20responses%20to%20COVID19%20in%20the%20OECD) (abgerufen am 24.04.2021).

Bevölkerung.<sup>31</sup> Im Entwurf eines Vierten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite<sup>32</sup> vom 13.04.2021 heißt es

**„Trotz der bereits durchgeführten Impfungen bei hochbetagten und besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen hat sich in den letzten Wochen eine erhebliche Zunahme der Belastung im Gesundheitssystem ergeben.“<sup>33</sup>** (Eigene Hervorhebung: Fettdruck)

Betrachtet man allerdings die Divi-Daten zur Auslastung der Intensivstationen in Zusammenhang mit der Entwicklung der Corona-Fallzahlen dann muss die Aussage, dass sich „in den letzten Wochen eine erhebliche Zunahme der Belastung im Gesundheitssystem ergeben“ hat (13.04.2021), bestenfalls als „grober Unfug“ eingestuft werden. Wie die folgende Abb. 4.3.c zeigt. Denn,

- Die Zahl der belegten Intensivbetten ist laut Divi-Register immer bei mehr oder weniger 20.000 im Zeitraum Ende April 2020 bis Ende August 2021.
- Die Zahl der freien Betten nimmt kontinuierlich ab. D.h., es müssen Intensiv-Betten abgebaut worden sein, auch im Zeitraum vom 13.04.2021. „

**Wie kann es also „eine erhebliche Zunahme der Belastung im Gesundheitssystem“ gegeben haben? Egal zu welchem Zeitpunkt.**

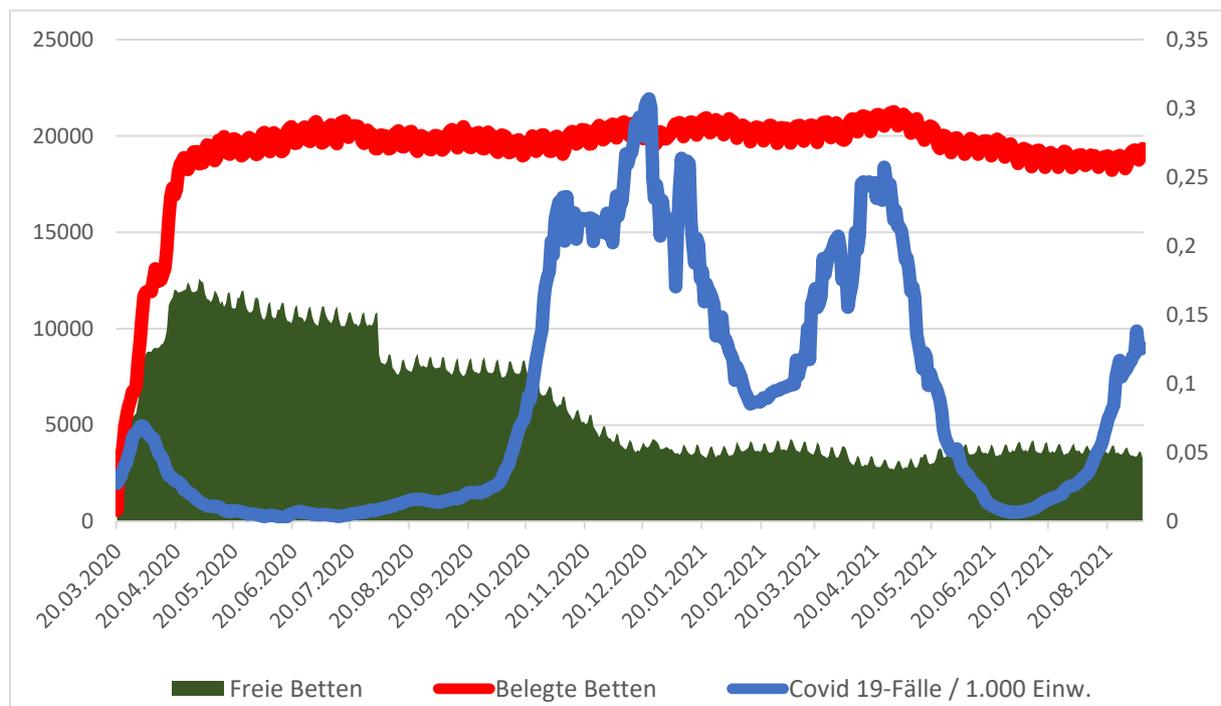


Abb. 4-3.c: Belegte Intensivbetten (rote Linie), freie Intensivbetten (grüne Fläche), linke Achse, Quellen: Divi<sup>34</sup> und Anzahl der (neuen) Covid-Infektionen (blaue Linie), rechte Achse: Our World in Data<sup>35</sup>, eigene Berechnungen

Was fällt auf?

<sup>31</sup> Vgl. „Schrappe“ (Fn. 28/29, a.a.O.), S. 6.

<sup>32</sup> Drucksache 19/28444 des Deutschen Bundestages – 19. Wahlperiode, Entwurf eines Vierten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite, S. 1 (<https://dserver.bundestag.de/btd/19/284/1928444.pdf>).

<sup>33</sup> Ebd., S 1.

<sup>34</sup> Divi-Intensivregister, a.a.O., siehe z.B. Abb. 4.3.a und b.

<sup>35</sup> Siehe OWID, <https://ourworldindata.org/coronavirus>.

Im Falle von Abb. 4.3.c fällt sofort ins Auge, dass

- a. die Belegung der Intensivbetten mehr oder weniger konstant bei 20.000 Betten (rote Linie, linke vertikale Achse) liegt, während die Zahl der Covid-Fälle (blaue Linie, rechte vertikale Achse) stark oszilliert, von mehr oder weniger „0“ im Mai/Juni 2020 bis mehr als 0,3 Fällen pro Tausend Einwohnern. Im Januar / Februar fällt die Zahl wieder erheblich auf 0,1 Fälle um anschließend im März / April wieder auf 0,25 Fälle pro Tausend Einwohner anzusteigen. Anschließend fällt der Wert wieder auf Null um dann im Juni/August wieder etwas anzusteigen.
- b. Weiterhin wird sichtbar, dass die Zahl der freien Betten im Bereich der ICU (Intensive Care) Units deutlich zurückgegangen ist, und zwar von der höchsten Zahl an gemeldeten freien Betten am 12.05.2020 von 11.609 Betten auf 3.767 Betten, ein Rückgang um mehr als 66%. Die Zahl der insgesamt vorhandenen (aktuelle betreibbaren) ICU (Summe der belegten und freien Betten) ist im gleichen Zeitraum lediglich um ca. 30% zurückgegangen). Der Rückgang der gemeldeten freien Betten wird wie folgt erklärt:
  - I. Bis zum 23. Dezember 2020 wurden die Intensivbetten für Erwachsene und Kinder zusammen angegeben.<sup>36</sup> Wie Abb. 4.3.c aber zeigt, hat der Abbau bzw. hat der Rückgang der freien ICU im Wesentlichen bereits vor dem 23. Dezember 2020 stattgefunden. Bleibt also noch die zweite Erklärung:
  - II. Personalmangel: In einem Artikel im Ärzteblatt heißt es:<sup>37</sup> „So sei ein Intensivbett nicht nur das vorhandene Bett mit Beatmungsgerät. Es gehe um die Anzahl tatsächlich betreibbarer Betten – auch im Krankenhausfinanzierungsgesetz stehe dieser Begriff. Ein intensivmedizinischer Behandlungsplatz gelte als betreibbar/betriebsfähig, wenn ein vorgesehener Raum, funktionsfähige Geräte und Material pro Bettenplatz, Betten, und personelle Besetzung mit pflegerischem und ärztlichem Fachpersonal vorhanden seien und eingesetzt werden könnten.“ Und weiter: „Bereits Anfang August 2020 sei es im DIVI-Intensivregister zu einem Rückgang der Intensivbettenzahl gekommen. Dieser sei auf eine Änderung bei der Abfrage der intensiv-medizinischen Kapazitäten sowie dem Einsetzen der Pflegepersonaluntergrenzen<sup>38</sup> zurückzuführen. In der Konsequenz hätten zahlreiche Kliniken ihre Bettenmeldungen an diese Personalvorgaben angepasst.“ Wie auch immer. Ausgesetzte Pflegepersonaluntergrenze kann theoretisch auch „Null“ bedeuten. Heißt, man hätte, aber das ist natürlich reine Spekulation, auch nicht betreibbare Betten melden können. Im in Fn. 34 zitierten Artikel der WELT heißt es hierzu: „dass mancherorts Kliniken bis in den vergangenen November hinein Betten als betreibbar gemeldet haben – diese in Wahrheit aber gar nicht direkt einsetzbar gewesen sind, weil Personal fehlte ...“<sup>39</sup>
  - III. Der Rückgang der Pflegekräfte ist ein weiterer wichtiger Punkt in der Diskussion des Rückgangs der betreibbaren Intensivbetten. Er lässt sich abschließend statistisch leider nicht eindeutig beantworten. Im Deutschlandfunk äußert am z.B. 17.03.2021

---

<sup>36</sup> Vgl. z.B. <https://www.welt.de/politik/deutschland/plus231223231/Intensivstationen-Wie-berechtigt-sind-Zweifel-am-Schrappe-Papier.html>, S. S.1 sowie <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/123892/Coronakrise-Heftige-Debatte-um-Belegung-von-Intensivbetten>,

<sup>37</sup> A.a.O., Fn.34.

<sup>38</sup> Laut „Schrappe-Papier“ ab 1. August 2020 wieder maximal 2,5 Patienten pro Pflegekraft; Nachtschicht 3,5; Corona bedingt waren seit März 2020 ausgesetzt worden. Vor Beginn der „dritten Welle“ wurde die Pflegepersonaluntergrenze erneut herabgesetzt (Tagschicht 2 Patienten pro Pflegekraft; Nachtschicht 3 Patienten pro Pflegekraft), Vgl. Quelle Fn. 42.

<sup>39</sup> Die WELT, a.a.O. (Fn.34), S. 2.

Uwe Janssens von der Intensivmedizingesellschaft DGIIN, dass „Die Widerstandsfähigkeit, der Menschen, die auf Intensivstationen arbeiten, darf jetzt nicht unendlich auf die Probe gestellt werden.“<sup>40</sup> 9.000 Pflegekräfte hätten dem Gesundheitssystem bereits den Rücken gekehrt.“ **Hier wird in einem öffentlich-rechtlichen Medium bewusst suggeriert, dass 9.000 Beschäftigte im Bereich der Intensivstationen ihren Beruf aufgegeben hätten. Das wären allerdings fast alle der nach den Zahlen des Statistischen Bundesamtes (Destatis) Pflegekräfte in Krankenhäusern im Bereich Intensivmedizin. Die lag 2019 bei 9.141 Personen.**<sup>41</sup> Die 9.000 Personen, die Herr Janssens anführt, können also gar nicht die Intensivmedizin betreffen, vielmehr handelt es sich um eine Zahl, die alle Pflegekräfte in Krankenhäusern, aber auch Altenpfleger beinhaltet. Und auch die Bundesagentur hat ganz andere Zahlen als Herr Janssens: **„Die Zahl der Beschäftigten in der Alten- und Gesundheitspflege ist trotz Pandemie weiter gestiegen. Im Oktober, bis zu diesem Monat liegen derzeit Daten vor, gab es in der Gesundheits- und Altenpflege rund 1,77 Millionen sozialversicherungspflichtige Beschäftigte. Das sind 43.300 mehr als ein Jahr zuvor. Das gesamte Gesundheitswesen gehört zu den wenigen Branchen, die vergangenes Jahr nicht von einem Beschäftigungsrückgang betroffen waren.“**<sup>42</sup> [eigene Hervorhebung].

Natürlich wäre es reine Spekulation die Aussagen von Herrn Janssens als gezielte Falschinformation (aka „Fake-News“) zu bezeichnen. Ebenso wie der Verdacht, dass die Fehlmeldungen bezüglich der intensivmedizinischen Kapazitäten aus rein finanziellem Anreiz entstanden sind<sup>43</sup>, ist natürlich ebenfalls rein spekulativ. Für das Argument, dass sich viele Pflegekräfte im Bereich der Intensivmedizin aus ihrem Beruf zurückgezogen hätten, gibt es allerdings keinerlei (statistische) Belege (z.B. bei Destatis oder der Bundesagentur für Arbeit):

**„Ob und wie viele Pflegekräfte sich tatsächlich aus ihrem Beruf zurückgezogen haben, lässt sich statistisch nicht nachweisen.** Aussagen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zufolge ist es nicht zu einem massenhaften Exodus der Pflegekräfte gekommen.“ (eigene Hervorhebung: Fettdruck)<sup>44</sup>

Datum 19.05.2021

In einem Artikel des SWR, in einfacher Sprache betitelt „Corona-Lage auf Intensivstationen doch nicht so schlimm? Sozialminister Lucha wehrt sich gegen Vorwürfe“<sup>45</sup>, vom 19.05.2021 wird zunächst der Sozialminister Lucha zitiert:

„... Seit Februar letzten Jahres<sup>46</sup> arbeiten das Pflegepersonal und das ärztliche Personal über der Belastungsgrenze.“ (S.1)

---

<sup>40</sup> [https://www.deutschlandfunk.de/gesellschaft-der-intensivmediziner-janssens-9-000.694.de.html?dram:article\\_id=494209](https://www.deutschlandfunk.de/gesellschaft-der-intensivmediziner-janssens-9-000.694.de.html?dram:article_id=494209).

<sup>41</sup> Vgl. [https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg\\_isgbe5.prc\\_menu\\_olap?p\\_uid=gast&p\\_aid=52721444&p\\_sprache=D&p\\_help=3&p\\_indnr=922&p\\_indsp=&p\\_ityp=H&p\\_fid=](https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=52721444&p_sprache=D&p_help=3&p_indnr=922&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=).

<sup>42</sup> <https://www.arbeitsagentur.de/presse/2021-19-tag-der-pflege-mehr-beschaeftigte-in-pflegeberufen>.

<sup>43</sup> Die WELT, a.a.O. (Fn.34), S. 2.

<sup>44</sup> [https://schrapppe.com/ms2/index\\_htm\\_files/thesenpapier\\_adhoc3\\_210517\\_endfass.pdf](https://schrapppe.com/ms2/index_htm_files/thesenpapier_adhoc3_210517_endfass.pdf), S. 30.

<sup>45</sup> <https://www.swr.de/swraktuell/baden-wuerttemberg/diskussion-um-ueberlastung-von-intensivstationen-100.html>.

<sup>46</sup> Es muss sich also um den Februar 2020 gehandelt haben.

Die Aussage ist schon deshalb interessant, weil es im Zeitraum Mai bis August 2020 kaum Corona-Fälle gab (siehe Abb. 4-3.c). Das arbeiten „über der Belastungsgrenze“ steht demnach überhaupt nicht in Zusammenhang mit Corona sondern ist scheinbar immerwährend. Und wenig später heißt es im gleichen SWR-Artikel:

„Baden-Württemberg habe mehr Intensivplätze als das ganze spanische Gesundheitssystem, "und da sind wir stolz darauf, dass wir auf dieses Gesundheitssystem zurückgreifen können", sagte Lucha“ (S.1)

Für den geeigneten Beobachter stellt sich natürlich die Frage, wie es kommen kann, dass das Pflegepersonal in Baden-Württemberg seit mehr als einem Jahr „über der Belastungsgrenze“ arbeitet, obwohl es doch mehr Intensivplätze gibt als in „ganz Spanien“? Wie muss es da in Spanien aussehen?

In der Folge wird im obigen SWR-Artikel auch der Tübinger Oberbürgermeister Boris Palmer, ein „Partei-Genosse“ von Herrn Lucha zitiert:

Zur Durchsetzung der Bundes-Notbremse seien vor allem die Intensivstationen bemüht worden. "Das Personal verlässt diese. Dafür gibt es gar keine Belege, niemand hat eine solche Statistik", so Palmer. Er kritisierte die Schätzungen, die in vielen Medien und von Politikern wie dem SPD-Gesundheitsexperten Karl Lauterbach verbreitet worden seien. Es habe keinerlei Hinweise darauf gegeben, dass die aufgestellten Szenarien, wonach junge Menschen schwer erkranken oder sterben, wirklich auftreten würden. "Das war eine Schätzung. Aber eine gegen jede Statistik, denn es gab keinerlei Hinweise darauf, dass plötzlich das Alter der Intensivpatienten im Schnitt um mehr als 20 Jahre abstürzt", so der Tübinger Oberbürgermeister.“ (S.2)

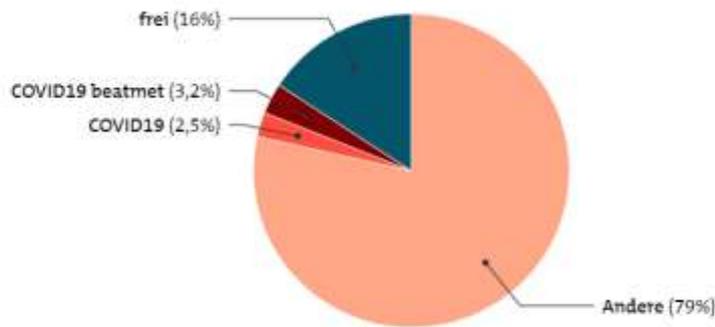
Und weiter

„Auch Tübingens Oberbürgermeister Boris Palmer (Grüne) äußerte seine Meinung zur Diskussion und bezeichnete es als "unglaublich", dass eine Triage gedroht habe, weil "viele Nachbarländer weitaus höhere Inzidenzen hatten und weniger Intensivbetten, aber trotzdem nie eine Triage"“ (S.2)

Und weiter wird der Freiburger Medizinstatistiker Gerd Antes zitiert:

„Es zweifle niemand daran, dass das Personal teils über der Belastungsgrenze arbeite. Damit sei aber die Warnung verbunden gewesen, man könnte am Rande des Zusammenbruchs des Systems stehen. Die Warnungen seien immer wieder aus der gleichen Ecke gekommen - in Baden-Württemberg habe man davon aber wenig gehört...

Antes ist der Meinung, man sei nicht kurz vor einem Kollaps gestanden. "Wir haben die höchste Intensivbetten-Dichte auf die Einwohner bezogen, auf jeden Fall in Europa oder sogar in der ganzen Welt." Demgegenüber gebe es andere Länder mit höheren Inzidenzen, "die haben ein Drittel an Intensivbetten, und da passiert das nicht". Es sei sehr berechtigt, diese Fragen zu stellen.“ (S.2)



Grafik: SWRdata • Quelle: DIVI-Intensivregister (Stand: 16.10.2021) • Daten

SWR» AKTUELL

Abb. 4-4: Freie und belegte Intensivbetten, Quelle: SWR, Fn. 43.

Abb. 4-4 zeigt, dass am 16.10.2021 weniger als 6% der intensivmedizinischen Kapazitäten durch Covid-19 Patienten belegt waren. 79% betrafen andere Fälle und 16% waren frei.

Reicht das, also weniger als 6% Covid-Patienten auf den Intensivstationen, für die Regierung durch Notverordnungen wie in der Weimarer Republik?

Datum 16.12.2020

Aufsehen erregte in der Medienlandschaft vor allem der Fall des Ärztlichen Direktors des Oberlausitzer Bergland-Klinikums, Mathias Mengel. Die ARD berichtete am 16.12.2020:

„Ein Reporter des Deutschlandfunks hatte am Dienstag getwittert, Mengel habe gesagt, dass im Klinikum Zittau schon mehrfach triagiert werden musste. Grund seien zu wenige Beatmungsbetten.“

„Dem Nachrichtenportal t-online erklärte der Mediziner: "Wir waren in den vergangenen Tagen schon mehrere Male in der Situation, dass wir entscheiden mussten, wer Sauerstoff bekommt und wer nicht."

„Es werde versucht, die Patienten, für die es keine Versorgung gibt, in eine andere Klinik zu verlegen, sagte Mengel demnach. Regelmäßig würden diese per Hubschrauber nach Leipzig und Dresden geflogen, aber nicht alle Patienten seien transportfähig, ...“<sup>47</sup>

**Zahlen über die Anzahl der Personen, die nicht mehr Beatmet werden konnten gibt es nicht. Ebenso wenig wie zu Personen, die in andere Kliniken verlegt werden mussten.**

Triage ist aber ein eher wenig spannendes Verfahren, das in der Medizin (aber auch in vielen anderen Bereichen) eingesetzt wird, um zu entscheiden, was zuerst bzw. vordringlich gemacht werden muss:

„Triage in der Notaufnahme bezeichnet die Methodik, den Schweregrad der Erkrankung beziehungsweise der Verletzung von Notfallpatienten innerhalb kurzer Zeit zu identifizieren, eine Kategorisierung und Priorisierung vorzunehmen und die Patienten dem geeigneten Behandlungsort zuzuweisen.“<sup>48</sup>

<sup>47</sup> <https://www.tagesschau.de/inland/triage-aussage-sachsen-101.html>. Vgl. auch <https://www.bild.de/news/inland/news-inland/krankenhaus-in-sachsen-berichte-ueber-angebliche-triage-wegen-corona-74484542.bild.html>.

<sup>48</sup> <https://www.aerzteblatt.de/archiv/79711/Triage-in-der-Notaufnahme>.

Aber wie kann es in Deutschland zu Triage in Bezug auf Covid19 gekommen sein?

Die Frage, inwieweit gerade zu Anfang der Pandemie, Patienten falsch beatmet worden sind, und dadurch viele Patienten gestorben sind, soll an dieser Stelle nicht weiterverfolgt werden.<sup>49</sup> Es handelt sich ja nicht um einen Medizin-Blog und ich (der Autor) habe nur rudimentäre Kenntnisse im Bereich der Heilkunde.

Allerdings kann man auch ohne Daten und Beweise „steile Thesen“ aufstellen: „Die Grünen-Politikerin Corinna Ruffer vermutet laut einem Bericht, dass es in Heimen zu einer Vor-Triage von Corona-Patienten kommt.“<sup>50</sup> **Man erfährt zwar weder um welchen Bericht es sich handelt, noch sonstige Daten oder Belege. Kann man natürlich trotzdem so machen .**

Wenn es zu einer Überlastung des Gesundheitssystems in Deutschland gekommen sein sollte (inklusive Triage), dann stellt sich die Frage, warum die immer vorhandenen freien Kapazitäten auf den Intensivstationen nie vollständig in Anspruch genommen worden sind (siehe Abb. 4-3.c). Die geringste Zahl an freien Betten zur intensivmedizinischen Versorgung ergibt sich für den 30.04.2021 mit 2.693 freien Betten. Das ist in etwa der Höhepunkt der „3. Welle“. Zum Höhepunkt der „2. Welle“ im November / Dezember 2020“ gab es mehr freie Intensiv-Betten. Am 6.12.2020 gab es angeblich laut DIVI-Register 4.571 freie Intensivbetten. (siehe auch die folgende Abb. 4-3.d). Wiederum stellt sich die Frage, warum in der Pandemie entweder Intensivbetten abgebaut worden sind (die es möglicherweise aber auch nie gegeben hat), bzw. keine zusätzlichen Kapazitäten aufgebaut worden sind? Obwohl doch dies, nachdem die (Über)Sterblichkeit aufgrund der Datenlage nicht mehr hierfür tauglich war, das zentrale Argument für die massive Einschränkung von Grundrechten war. Und die Kliniken angeblich über der Belastungsgrenze arbeiten (dies allerdings egal wie hoch die Zahl der Corona-Fälle ist).

Bezüglich der sachlichen Grundlage z.B. der sogenannten“ „Bundesnotbremse“ kann man bei der Bundesregierung folgendes lesen:

„Die Lage ist ernst, sehr ernst“, betonte Bundesgesundheitsminister Spahn im Bundestag. Dies zeige ein Blick auf die Auslastung der Intensivstationen – der „härtesten Währung in dieser Pandemie“.<sup>51</sup>

Hat die „Bundesnotbremse“ im März/April 2021 Schlimmeres verhindert? Obwohl doch die Zahl der freien Intensivbetten zurückgefahren wurde / und oder niemals vorhanden war?

Laut „Schrappe-Papier“ wurden im Jahr 2020 durchschnittlich 2% der stationären und 4% der intensivmedizinischen Kapazitäten beansprucht, allerdings mit deutlichen Differenzen in zeitlicher und räumlicher Hinsicht.<sup>52</sup>

Oktober 2020

Abb. 4-4 hat gezeigt, dass am 16.10.2021 etwas weniger als 6% der intensivmedizinischen Kapazitäten durch Covid19 Patienten belegt waren. Am 26.10.2020, zehn Tage später und noch vor dem Höhepunkt der 2. Welle im Dezember 2020 liest man im Ärzteblatt „Krankenhäuser kündigen

---

<sup>49</sup> Vgl. hierzu z.B.

[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/COVRIIN\\_Dok/Beatmung.pdf?blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/COVRIIN_Dok/Beatmung.pdf?blob=publicationFile).

<sup>50</sup> <https://www.morgenpost.de/politik/article231393051/Corona-Gruenen-Politikern-befuerchtet-versteckte-Triage.html>.

<sup>51</sup> <https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/bundesweite-notbremse-1888982>.

<sup>52</sup> A.a.O., Fn. 42.

Verschiebung nicht dringlicher Operationen wegen Corona an“.<sup>53</sup> Dies scheint tatsächlich erfolgt zu sein. Beim statistischen Bundesamt (Destatis) kann man erfahren:<sup>54</sup>

- „Corona-Pandemie führt zu deutlich weniger Behandlungsfällen: Fast 2,5 Millionen weniger Krankenhausbehandlungen und gut 690 000 weniger Operationen als im Vorjahr
- 176 100 Menschen mit oder wegen einer Corona-Infektion stationär behandelt“

Die Zahl der Patientinnen und Patienten ging demnach um 13% (besonders stark in der ersten Corona-Welle im April 2020: -35%) und die Zahl der Operationen um 9,7% zurück. **Was an diesen Zahlen besonders spannend ist, ist, dass die Zahl der Corona Patientinnen mit 176.100 noch nicht einmal 1% der gesamten 19,4 Mio. Patientinnen<sup>55</sup> des Jahres ausmachen.** Und dennoch sind Kliniken mit einem „sauberen“ Plus aus dem Pandemiejahr gekommen, so jedenfalls die gesetzlichen Krankenkassen:

„Die Ausgaben der gesetzlichen Kassen für die Krankenhäuser stiegen 2020 auf 81,5 Milliarden Euro. Hinzukamen rund 700 Millionen Euro für zusätzliche Intensivbetten sowie vom Bund 9,4 Milliarden Euro an sogenannten Freihaltepauschalen. Insgesamt erhielten die Kliniken im Pandemie-Jahr 91,64 Milliarden Euro, rund 14 Prozent mehr als 2019 (80,3 Milliarden Euro), wie der GKV-Spitzenverband vorrechnet.“<sup>56</sup>

In der ARD (Tagesschau) wird allerdings eine vom Lobbyverband der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) aufgestellte, ganz andere Rechnung aufgemacht:<sup>57</sup> Verschobene Operationen und abgesagte Behandlungen: „Die Einnahmen deutscher Kliniken sind 2020 massiv gesunken. Die Krankenhausgesellschaft fordert nun weitere finanzielle Hilfen“ Wieso es finanzielle Hilfen braucht, dafür braucht es schon sehr viel Phantasie, denn selbst die GKV gibt zu: „Allerdings hätten die Kliniken aus der Staatskasse Entschädigungen von 9,7 Milliarden Euro erhalten, sagte der künftige Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)“. Wie können die Einnahmen der Krankenhäuser massiv gesunken sein, wenn der Staat die Mindereinnahmen mehr als kompensiert hat und die GKV mehr als eine Milliarde mehr überwiesen hat? Eine „Milchmännchenrechnung“ der DKG, die die ARD frag- und recherchelos übernommen hat?

Zudem stellt sich natürlich die Frage, wieso Operationen verschoben worden sind, obwohl immer freie Kapazitäten zur Verfügung standen bzw. sogar abgebaut worden sind? Die Notfallreserve gar nicht berücksichtigt. Natürlich ist die Hypothese, dass die in 2020 nicht-durchgeführten Operationen eigentlich unnötig gewesen wären und zuvor nur der Profiterzielung der Kliniken dienten, was durch die „staatlichen Ausgleichszahlungen“ in der „Pandemie“ hinfällig geworden ist, reine Spekulation.

---

<sup>53</sup> <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/117711/Krankenhaeuser-kuendigen-Verschiebung-nicht-dringlicher-Operationen-wegen-Corona-an>.

<sup>54</sup> [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/09/PD21\\_445\\_231.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/09/PD21_445_231.html).

<sup>55</sup> [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/_inhalt.html).

<sup>56</sup> <https://www.bibliomedmanager.de/news/gkv-moniert-einnahmenezuwachs-der-kliniken-von-14-prozent>.

<sup>57</sup> <https://www.tagesschau.de/wirtschaft/unternehmen/krankenhaus-einnahmeverluste-101.html>.

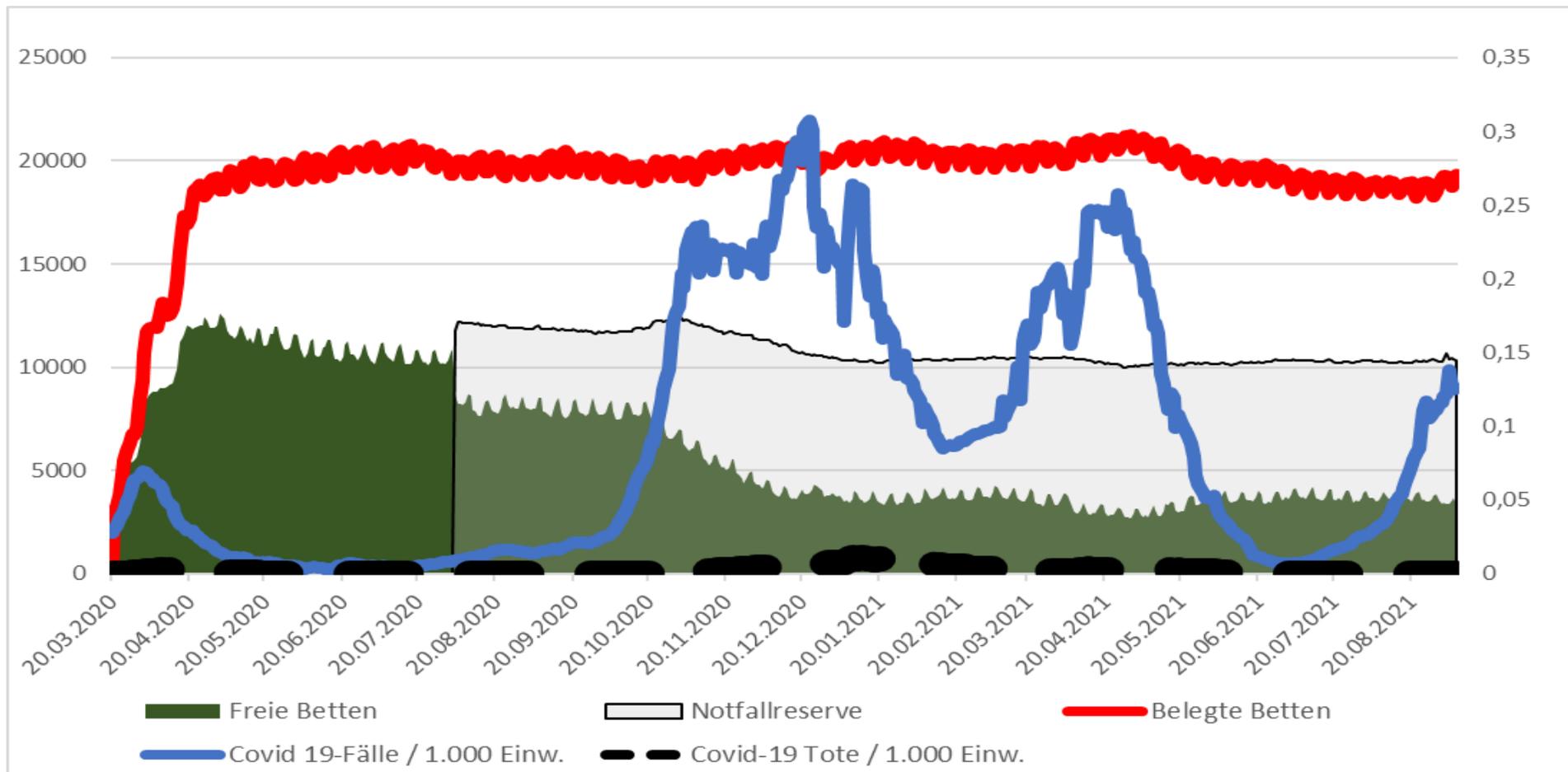


Abb. 4-3.d: Belegte Intensivbetten (rote Linie), freie Intensivbetten (grüne Fläche), Notfallreserve (graue Fläche), linke Achse, Quellen: Divi<sup>58</sup>; Anzahl der (neuen) Covid-Infektionen (blaue Linie), Covid-Tote (schwarze unterbrochene Linie), rechte Achse: Our World in Data<sup>59</sup>, eigene Berechnungen

<sup>58</sup> Divi-Intensivregister, wie Abb. 4.-3.c.

<sup>59</sup> Siehe OWID, wie Abb. 4.-3.c..

4 Im internationalen Vergleich verfügt Deutschland über eine sehr hohe Zahl an Intensivbetten: Wieso waren die Krankenhäuser in Deutschland überlastet, obwohl in anderen Ländern viel höhere Zahlen von Covid-Patienten zu verzeichnen waren? Und warum sind in Deutschland – trotz der vielen Intensivbetten – mehr Covid-Patienten verstorben?

Die Gruppe von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern um Matthias Schrappe kommt zum Ergebnis: „Im internationalen Vergleich verfügt Deutschland über eine hohe Versorgungsdichte mit Intensivbetten“.<sup>60</sup> Grundlage der Aussage ist vor allem eine OECD-Studie aus dem Jahr 2017, die bis ins Jahr 2020, je nach Verfügbarkeit der Daten, aktualisiert worden ist:

**Figure 7. Capacity of intensive care beds in selected OECD countries, 2020 (or nearest year)**

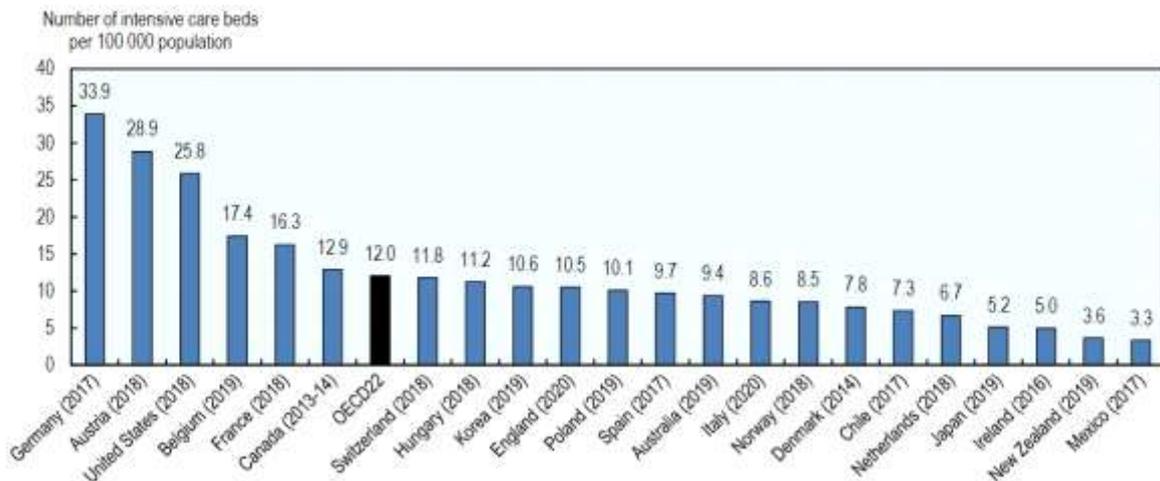


Abb. 4-5: Anzahl der Intensivbetten in ausgewählten OECD-Ländern, Absolute Werte bezogen auf 100.000 Einwohner, Quelle: OECD<sup>61</sup>

21.04 2021

Der Chef des privaten Krankenhauskette HELIOS Francesco De Meo wird In einem Artikel der WELT vom 21.04.2021 wie folgt zitiert (basierend auf einem Interview mit der FAZ):<sup>62</sup>

„Es habe schon immer volle Intensivstationen gegeben. Er ist dagegen, den Leuten „zusätzliche Angst zu machen““

„Patienten auf Krankenhäuser mit freien Kapazitäten zu verlegen, funktioniere gut. Damit stehe und falle die Schlagkraft des Gesundheitssystems.“

<sup>60</sup> A.a.O., Fn. 42, S. 10.

<sup>61</sup> [https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=119\\_119689-ud5comtf84&Title=Beyond%20Containment:Health%20systems%20responses%20to%20COVID-19%20in%20the%20OECD](https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=119_119689-ud5comtf84&Title=Beyond%20Containment:Health%20systems%20responses%20to%20COVID-19%20in%20the%20OECD), S. 13. Wichtiger methodischer Hinweis: In einigen Ländern sind die Intensivbetten für Kinder in die Berechnung einbezogen, in anderen nicht (für Details siehe die angegebene Quelle (URL)).

<sup>62</sup> <https://www.welt.de/wissenschaft/article230571345/Intensivstationen-Wirklich-dramatisch-ist-die-Lage-derzeit-nicht.html>.

„Wirklich dramatisch ist die Lage derzeit nicht, auch wenn vor allem unsere großen Krankenhäuser jetzt wieder sehr viele Covid-Patienten behandeln“

„Patienten in Deutschland würden oft schnell auf die Intensivstation verlegt – man müsse erst noch sehen, ob das auch eine bessere Versorgung bedeute. In Spanien, wo Helios auch rund 40 Kliniken betreibe, gebe es in etwa so viele Corona-Infektionen wie in Deutschland, und auch die Gesamtzahl der Behandlungen im Krankenhaus sei ähnlich. Jedoch gebe es in Deutschland dreimal so viele Covid-Patienten auf der Intensivstation wie in Spanien.“

1.06 2021

Und am 1.06.2021 ist in der gleichen überregionalen Zeitung lesen:<sup>63</sup>

„Die Helios-Kliniken haben die Behandlungsabläufe von jeweils 30.000 Covid-Patienten in Deutschland und Spanien ausgewertet. In den deutschen Helios-Kliniken kamen demnach über 25 Prozent der Patienten auf die Intensivstationen, mehr als doppelt so viele wie in Spanien, wo die Helios ebenfalls tätig ist.“

„Zugleich war die Krankenhaussterblichkeit in Deutschland etwas höher als in Spanien, sie lag unter den deutschen Helios-Patienten bei 18 Prozent, bei den spanischen hingegen bei 15 Prozent. In diese Berechnung gingen alle entlassenen Patienten von Beginn der Pandemie bis Ende April 2021 ein.“

Greifen wir an dieser Stelle die Ergebnisse bezüglich der Ausgaben für die Versorgung in den Krankenhäusern aus dem vorangegangenen Kapitel 3 wieder auf: „Die Ausgaben der gesetzlichen Kassen für die Krankenhäuser stiegen 2020 auf 81,5 Milliarden Euro. Hinzukamen rund 700 Millionen Euro für zusätzliche Intensivbetten sowie vom Bund 9,4 Milliarden Euro an sogenannten Freihaltepauschalen. Insgesamt erhielten die Kliniken im Pandemie-Jahr 91,64 Milliarden Euro, rund 14 Prozent mehr als 2019 (80,3 Milliarden Euro), wie der GKV-Spitzenverband vorrechnet.“

Wie schon im Kapitel 3, stellt sich die Frage, wieso die Kliniken dieses „goldene Jahr“ verzeichnen konnten, denn:

„...kam es zu einer in ihrer Ausprägung unerwarteten Abnahme bzw. Verschiebung von stationären Behandlungsfällen: die Fallzahl ging im Jahr 2020 um 14% zurück, die Belegungstage fielen um 15%, und besonders in den kleinen Krankenhäusern unter 300 Betten sank die Auslastung auf 62,1% (alle Häuser: auf 67,3%)“<sup>64</sup>

Diese Entwicklung kann wohl kaum mit einer Überlastung der Kliniken aufgrund von Corona erklärt werden. Vielmehr scheint die Subventionierung der Kliniken der entscheidende Anhaltspunkt zu sein<sup>65</sup>.

Eine Studie des RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung der Technische Universität Berlin mit dem Titel „Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise - Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020“<sup>66</sup> im Auftrag des

---

<sup>63</sup> <https://www.welt.de/wissenschaft/article231509963/Krankenhaussterblichkeit-in-Deutschland-hoehere-als-in-Spanien.html>.

<sup>64</sup> A.a.O., Fn. 42, S. 13.

<sup>65</sup> Siehe hierzu insbes. Fn. 28.

<sup>66</sup> Von der „Schrappe-Gruppe“ zitiert als „Augurzyk et.al.“, [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/C/Coronavirus/Analyse\\_Leistungen\\_Ausgleichszahlungen\\_2020\\_Corona-Krise.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Analyse_Leistungen_Ausgleichszahlungen_2020_Corona-Krise.pdf), Als Quelle wird angegeben: Verordnung zur Änderung

Bundesministeriums für Gesundheit“ vom 30. April 2021 identifiziert mehrere signifikante Phasen zur „Erlösminderung und Ausgleichszahlungen“ für die Krankenhäuser in Deutschland im Jahr 2020:

1. Bis 12. Juli: Einheitliche Ausgleichszahlung von 560 Euro je gegenüber 2019 zusätzlich freiem Bett und Tag („Fehltage“) für alle Krankenhäuser
2. Ab 13. Juli bis 30. September durch gestaffelte Pauschalen ersetzt (280, 360, 460, 560, 660 oder 760 Euro)
3. Zwischen 01. Oktober und 17. November gab es keine Ausgleichszahlungen
4. Ab 18. November Ausgleichszahlungen krankenhaushausindividuell anhand der folgenden Kriterien. Die 7-Tage-Inzidenz nachgewiesener Covid-19-Fälle im Landkreis, die Notfallstufe der Krankenhäuser sowie die Kapazität der freien betreibbaren Intensivbetten

Interessanterweise korrelieren die Umstellungen der Ausgleichszahlungen deutlich mit der Zahl der freien Intensivbetten. Die folgende Abbildung, auf der Basis von Abb. 4-3.c zeigt den Zusammenhang. Vor dem 12. Juli, als noch pauschal € 560,- für jedes freie Intensivbett pro Tag gezahlt worden sind, gab es mehr als 10.000 freie Betten. Nachdem die Pauschale – je nach Krankenhaustyp – gestaffelt worden ist, sank die Zahl der freien Intensivbetten um mehr als 2.000. Nachdem die Pauschale am 30. September vollständig gestrichen worden war, sank die Zahl der freien Intensivbetten um ca. weitere 3.000 Betten. Danach trat die individuelle Förderung, je nach Lage der Epidemie in Kraft. Das, so könnte man vermuten, hat die Zahl der freien Intensivbetten bei etwas über 3.000 stabilisiert. Ökonomisch gesehen, könnte man vermuten, dass in der ersten Phase der pauschalen Ausgleichszahlungen alle Kliniken so viel wie möglich freie Intensivbetten gemeldet haben. (Ob diese tatsächlich hätten betrieben werden können, darüber lässt sich nur spekulieren, denn sie sind nie, auch nur ansatzweise, benötigt worden). Je geringer bzw. gezielter die Ausgleichszahlungen auf die regionale Situation der Kliniken zugeschnitten worden sind, umso mehr ging die Zahl der freien Betten zurück.

---

der Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser aufgrund von Sonderbelastungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2 sowie § 21 Absatz 2a Satz 2 KHG.

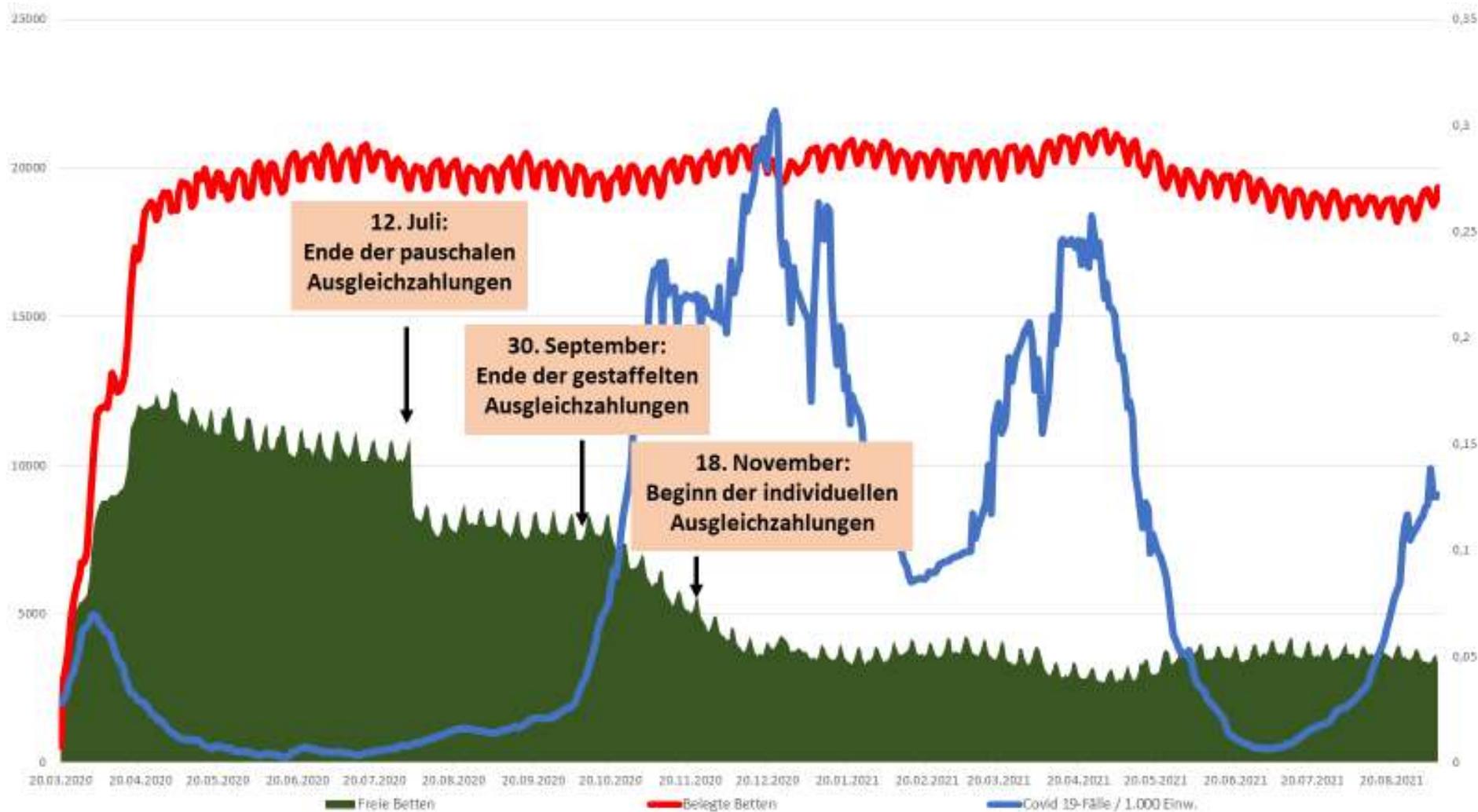


Abb. 4-3.e: (Basierend auf Abb. 4.-3.c): Belegte Intensivbetten (rote Linie), freie Intensivbetten (grüne Fläche), linke Achse, Anzahl der (neuen) Covid-Infektionen (blaue Linie), rechte Achse plus Änderungen des Regimes der Ausgleichszahlungen des Staates für die Kliniken

Am 22.10.2021 erscheint im SWR ein Artikel betitelt „Zahl der Covid-Intensivfälle steigt auch in BW - immer mehr Pflegekräfte fehlen“:<sup>67</sup>

„Intensivmediziner warnen vor Engpässen bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten, weil die Zahl der verfügbaren Intensivbetten sinkt. Grund sei ein massiver Personalmangel.“

Derzeit, also Mitte/Ende Oktober 2021 seien bundesweit 22.207 Intensivbetten betreibbar, Anfang des Jahres seien es etwa 4.000 mehr gewesen: 26.475. Nach meinen Daten aus dem DIVI-Intensivregister waren am 1.01.2021 23.708 Betten betreibbar (3.873 frei und 19.835 belegt). Am 22.09.2021 waren 3.153 Betten frei und 19.418 belegt; es ergibt sich ein Rückgang gegenüber dem 1.01.2021 um 1.000 Betten. Nach den beim SWR präsentierten Zahlen müssten also innerhalb eines Monats (22.09.2021 und 22.10.2021) massiv Personal in den Intensivstationen gekündigt haben. Ein Rückgang von 3.000 Intensivbetten entspräche einem Rückgang um 13%.

„Die vergangenen Monate hätten zu einer Verschlechterung der Stimmung und zu weiteren Kündigungen von Stammpflegekräften geführt, so die Divi. "Die eigentliche vierte Welle hat jetzt begonnen und nimmt weiter Fahrt auf", schrieb Divi-Experte Christian Karagiannidis bei Twitter. Es gebe noch immer eine sehr enge Korrelation zwischen Inzidenz und Neuaufnahmen auf Intensivstationen.“

**Betrachtet man die Abb. 4-3.e, dann stellt sich natürlich die Frage, warum es gerade vor der 2. Welle von Covid19-Infektionen ab November 2020 zu einem besonders starken Rückgang der Intensivbetten und nach der Logik des DIVI zu vermehrten Kündigungen bekommen ist, obwohl im damaligen Zeitraum kaum Personen mit Covid19 auf den Intensivstationen lagen<sup>68</sup>. Auch ist die Frage, warum ausgerechnet im Zeitraum 22.09.2021 bis 22.10.2021 so viel Personal gekündigt haben soll, dass eine 13-prozentige Abnahme der Zahl der Intensivbetten daraus resultieren müsste. Hier würde man sich doch wünschen, dass derartige Aussagen mit Zahlen und Fakten unterlegt würden.** Genauso wie die Aussage von Herrn Karagiannidis<sup>69</sup>, dass es weiterhin „eine sehr enge Korrelation zwischen Inzidenz und Neuaufnahmen auf Intensivstationen“. Tatsächlich ergibt sich für den Zeitraum 17.04.2020 und 21.09.2021 eine lediglich mittelstarke Korrelation zwischen belegten Intensivbetten von 0,47<sup>70</sup>. Was die freien Betten anbelangt ergibt sich eine Korrelation von -0,59. Wie ist der Rückgang der Intensivbetten in Deutschland von mehr als 31.000 Betten im April 2020 auf nur noch ca. 22.000 im Oktober 2021 um fast ein Drittel (ca. 30%) zu erklären? Ein derartiger Massenexodus an Pflegekräften (um ein Drittel) wäre vermutlich kaum unbemerkt geblieben, zumal in keiner Quelle der Behauptung eines Zusammenhangs zwischen belegbarer Intensivbetten und Kündigungen des Pflegepersonals Zahlen oder andere belastbare Daten genannt werden. Ist es also doch die geänderte Vergütung für freigehaltene Betten (siehe Abb. 4-3.e) die hier eine wesentliche Rolle spielt?

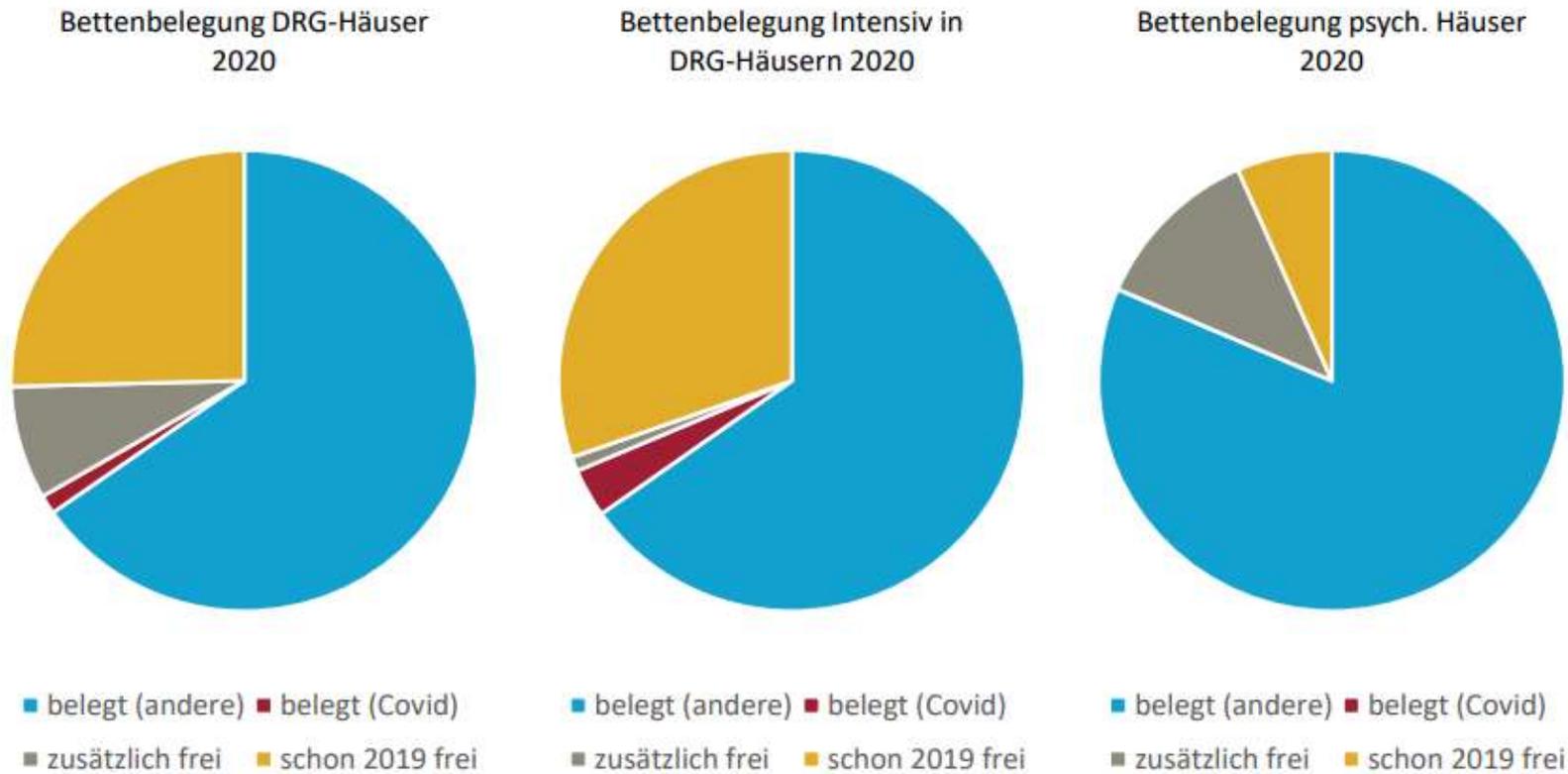
<sup>67</sup> Vgl. <https://www.swr.de/swraktuell/baden-wuerttemberg/intensivmediziner-warnen-vor-engpaessen-100.html>.

<sup>68</sup> Beschäftigte Kündigen, obwohl die Zahl der freien Betten hoch und die Zahl der Infektionen tief ist? Vermutlich aus Solidarität zum Arbeitgeber, der weniger Subventionen erhält. Vermutlich eine Art des „Stockholm Syndroms“.

<sup>69</sup> Vgl. zur Person: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/WB/Lebenslaeufer/CV\\_Karagiannidis\\_2020-04-06.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/WB/Lebenslaeufer/CV_Karagiannidis_2020-04-06.pdf).

<sup>70</sup> Korrelation (nach Pearson) von 1 = Maximaler Zusammenhang, 0 = Kein Zusammenhang. (-1 = negativer Zusammenhang).

Schaubild 1  
**Durchschnittliche Bettenauslastung**  
 2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Abb. 4-4: Vergleich der Bettenauslastung in Deutschland 2019-2020, Quelle: Augurzky et.al., Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise. Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020 Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 30. April 2021

**Die Ergebnisse der statistischen Analysen von Augurzky et.al.<sup>71</sup> zeigen, dass die Bettenauslastung in den Krankenhäusern 2020 gegenüber 2021 deutlich abgenommen hat. Auch im Bereich der Intensivmedizin war die Auslastung etwas geringer als in 2019: Warum sollen also 2020 mit der höchsten Zahl an Covid19-Infektionen scharenweise das Pflegepersonal wegen Überlastung gekündigt haben?** Waren es nicht doch die Zusatzzahlungen für freigehaltene Betten, die zunächst im März/April für eine extrem hohe Zahl an „angeblich“ betreibbaren Betten geführt hat, und dann nach Auslaufen des „Gießkannen-Prinzips“ und einer Fokussierung auf individuelle Gegebenheiten – sprich den tatsächlichen Bedarf – zu einem stetigen Rückgang der angeblichen Kapazitäten (siehe Abb. 4-3.e):

„Ab der 12. KW (März, Zeitpunkt der Bund-Länder-Vereinbarung zum Ausbau der Intensivkapazitäten) zeigt sich ein Einbruch der Behandlungsfallzahlen, der seinen Tiefpunkt zwischen den KW 13 (März) und 15 (Anfang April) mit durchschnittlich -43% ggü. dem Vorjahr .. erreichte“<sup>72</sup>

Bei „Augurzky et.al.“ kann man weiterhin lesen:

„... dass das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten eine deutlich größere Rolle als die aktive Absage von Behandlungen durch die Krankenhäuser gespielt hat.“<sup>73</sup>

**Ist also, wie es das DIVI und Herr Karagiannidis behaupten, das Pflegepersonal abgängig, oder waren es nicht doch die Patienten? Und dennoch hat man aufgrund der „Freihaltepauschalen“ ein „goldenes Jahr“ finanziell eingespielt. Wie auch immer: Respekt! Sehr gute Lobbyarbeit!**

**Und natürlich stellt sich die Frage, warum gerade in Deutschland, dem Land mit der (angeblich) höchsten Zahl an Intensivbetten in Europa, und einer im europäischen Vergleich geringen Zahl an Covid19-Fällen, die Kliniken permanent wegen Corona am Limit sind und waren; insbesondere die Intensivstationen?**

Wissenschaftliche Studien, eine aus dem Jahr 2013 (How is intensive care reimbursed? A review of eight European countries)<sup>74</sup> und eine aus dem Jahr 2020 (Access to intensive care in 14 European countries: a spatial analysis of intensive care need and capacity in the light of COVID-19)<sup>75</sup>, vergleichen u.a. die Anzahl der Intensivbetten (ICUs<sup>76</sup>) pro 100.000 Einwohner für verschiedene europäische Länder.

---

<sup>71</sup> Allerdings ist die Frage, was DRG-Häuser sind, schwer zu beantworten. Am einfachsten ist es wohl DRG negativ zu definieren: DRG-Häuser sind keine PEPP-Häuser. Entgeltsystem Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (PEPP-System), <https://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/pepp.html>). Alles was man an Quellen zu DRG findet ist kryptisch und kaum nachvollziehbar, z.B. die folgenden Aussagen zum Pflegepersonal: „Seit 2020 werden die Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser aus den DRG-Fallpauschalen ausgegliedert und parallel zu den DRG-Fallpauschalen über ein krankenhausindividuelles Pflegebudget nach dem Selbstkostendeckungsprinzip finanziert.“, [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/drg\\_system/g\\_drg\\_2021/drg\\_system\\_2021.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/drg_system/g_drg_2021/drg_system_2021.jsp). Man könnte fast den Eindruck gewinnen, die Krankenhausfinanzierung wird bewusst mit einem System von Nebenkerzen umgeben. InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, [https://www.g-drg.de/Das\\_Institut](https://www.g-drg.de/Das_Institut).

<sup>72</sup> Ebda.

<sup>73</sup> Vgl. Fn.64, a.a.O., S. 8.

<sup>74</sup> Vgl. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3843541/>.

<sup>75</sup> Vgl. [Access to intensive care in 14 European countries: a spatial analysis of intensive care need and capacity in the light of COVID-19 \(helmholtz-muenchen.de\)](https://www.helmholtz-muenchen.de/en/infrastructure/infrastructure-research/infrastructure-research-projects/access-to-intensive-care-in-14-european-countries-a-spatial-analysis-of-intensive-care-need-and-capacity-in-the-light-of-covid-19)

<sup>76</sup> ICU = Intensive Care Unit.

Natürlich muss man die geographischen Gegebenheiten der Länder berücksichtigen, so ist es z.B. in Schweden kaum möglich, eine flächendeckende Versorgung im zumeist dünnbesiedelten Raum zur Verfügung zu stellen. Folglich konzentriert sich die Versorgung mit ICUs auf die Ballungsräume.

Intensivbetten (ICU) /100.000 Einwohner		
Länder	2020	2013
GER	35,3	31,8
FR	8,2	11,2
ITA	8,1	
AUT	26,4	27
SVN	24,2	
ESP		7,4
NED		9,3
LUX	21,1	
SVE	5	
GB	7	7,5
EST	33,5	
DEN	6,4	7,5

Tabelle 4-2.a: Anzahl ICUs pro 100.000 Einwohner, Vergleich für 12 europäische Länder<sup>77</sup>

## Was fällt auf?

Für einige Länder wie Spanien (ESP), Italien (ITA) und die Niederlande (NED) liegen leider nur Daten aus dem Jahr 2013 vor. Allerdings hat sich in den Ländern, in denen Daten für beide Jahre vorhanden sind, der Anteil an ICUs pro 100.000 Einwohnern nur wenig verändert. Ausnahme ist allerdings Deutschland (GER), wo ein deutlicher Aufwuchs von 31,8 auf 35,3 Intensivbetten pro 100.000 Einwohner im Zeitraum 2013 bis 2020 zu verzeichnen war. Damit lag Deutschland was die Zahl der Intensivbetten pro Einwohner in Europa an der Spitze. Nach den neuesten Angaben des DIVI (siehe oben) ist die Zahl der Intensivbetten in Deutschland aufgrund von massiven Kündigungen von Pflegekräften allerdings von 2020 bis Mitte 2021 auf 22.207 zurückgegangen auf ca. 26,1 Betten pro 100.000 Einwohnern. (Berücksichtigt werden muss, dass in den 22.207 die Zahl der Intensivbetten für Kinder und Jugendliche vermutlich nicht mehr berücksichtigt worden ist. Der Rückgang vermutlich etwas geringer ausgefallen ist).

**Wirklich spannend ist aber, dass es aus anderen Ländern, mit höheren Corona-Fallzahlen und einer geringeren Zahl von Intensivbetten, keine Meldungen über einen „Massen-Exodus“ an Pflegekräften aus den Intensivstationen gibt.** Allerdings lässt sich ein Beitrag des ORF (der österreichische Staatsrundfunk) vom 5.10.2021 finden, der Titel: „Fünftel der Pflegekräfte denkt ans Aufhören. Nach 19 Monaten Pandemie kommen viele Krankenpflegerinnen und -pfleger in den Spitälern an ihr Limit. Belegschaftsvertreter warnen, dass vier von fünf unter der psychischen Belastung ihrer Arbeit leiden. Ein Fünftel denkt ans Aufhören.“<sup>78</sup> Quellen werden nicht angegeben.

<sup>77</sup> Zur farblichen Hervorhebung der Werte siehe auch die Erläuterung zu Tab. 3-1-im letzten Teil des Blogs, [https://www.uni-speyer.de/fileadmin/Lehrstuehle/Knorr/3\\_Update\\_Corona\\_und\\_Uebersterblichkeit\\_Einfluss\\_von\\_Corona\\_4\\_Laender.pdf](https://www.uni-speyer.de/fileadmin/Lehrstuehle/Knorr/3_Update_Corona_und_Uebersterblichkeit_Einfluss_von_Corona_4_Laender.pdf).

<sup>78</sup> <https://wien.orf.at/stories/3124388/>.

Die „Beweisführung“ ist anekdotisch und erratisch. Daten oder Fakten nur an einer Stelle abgeben und sind dann widersprüchlich bzw. sinnfrei<sup>79</sup>):

„774 Pflegepersonen haben die Kliniken des Gesundheitsverbundes im ersten Pandemie-Jahr verlassen. 963 sind aufgenommen worden. Die Zahl der unbesetzten Stellen hätte sich laut Personalvertreter in der Pandemie aber verdoppelt.“

Es ist demnach in Österreich mehr Pflegepersonal eingestellt worden als ausgeschieden sind, und dennoch hat sich die Zahl der unbesetzten Stellen „in der Pandemie“ verdoppelt? Wie kann das denn sein?

Für Deutschland wird in dem oben bereits zitierten t-Online Artikel (siehe Fn.26) von Frau Simonsen ebenfalls paradox argumentiert:<sup>80</sup>

„Zudem sei auch die Zahl der Stationen gestiegen, die Personalmangel melden. Damit entkräftigt Karagiannidis auch eine weitere These der Wissenschaftler, die behaupten, es habe keinen Rückgang beim Pflegepersonal gegeben. Das bestätigt auch ein Bericht der "Frankfurter Allgemeinen Zeitung" von Anfang März 2021. Demnach haben zwischen Anfang April und Ende Juli 2020 mehr als 9.000 Pflegekräfte ihren Beruf verlassen, ein Rückgang um 0,5 Prozent.“

Wie passt das mit der folgenden Passage (nächster Absatz) aus dem gleichen Artikel zusammen:

„Aber: Binnen zwölf Monaten von Oktober 2019 bis Oktober 2020 haben Krankenhäuser die Zahl der Pflegekräfte schließlich um 18.500 aufgestockt. Dies geht aus einer Sonderauswertung der Bundesagentur für Arbeit hervor, wie die Deutsche Krankenhausgesellschaft kürzlich mitteilte. "Anders als vielfach berichtet, haben die Kliniken in der Pandemie kein Personal abgebaut, sondern vielmehr deutlich zusätzlich eingestellt. Und dies gegen den allgemeinen Trend am Arbeitsmarkt.“

Die Zahl von 9.000 Pflegekräften, wie in der FAZ vermeldet, die ihren Beruf verlassen hätten wird von der Bundesagentur für Arbeit (BA) nicht bestätigt. Der Rückgang von 0,5% an Pflegekräften zwischen März und Juli (2020) sei nicht ungewöhnlich zu dieser Jahreszeit:

**„Die Pandemie könne deshalb nicht final als Ursache für den Rückgang bestimmt werden. Stattdessen seien die endenden Ausbildungsverhältnisse zu dieser Jahreszeit ursächlich für den kurzzeitigen Rückgang. Ab August sei die Zahl der Pflegekräfte wieder angestiegen.“<sup>81</sup>**

In der Pandemie, zwischen Oktober 2019 und Oktober 2020, sind laut BA insgesamt in Deutschland 43.300 zusätzliche Pflegekräfte sozialversicherungspflichtig beschäftigt gewesen, auf die Krankenhäuser entfielen die oben bereits genannten 18.500 Stellen. Natürlich ist das Diktum „Fake-News“ für die Behauptung des DIVIs, der Rückgang der Zahl der Intensivbetten sei durch die Kündigung zahlreicher Pflegekräfte zu erklären, hart. Der Aufwuchs der Zahl der Pflegekräfte in der Pandemie, wie ihn die Zahlen der BA belegen, differenziert leider nicht zwischen Intensivmedizin und anderen Bereichen: Es könnte also sein, dass viele Pflegekräfte aus dem Bereich der Intensivmedizin gekündigt haben, um in anderen Bereichen wieder in den Beruf einzusteigen. Allerdings fehlen für

---

<sup>79</sup> Es wird auch mit Zahlen der Pflegekräfteallgemein und insgesamt argumentiert, Schlussfolgerungen aber auch für die Intensivstationen gezogen. Eine differenzierte Betrachtung ist entweder durch die Ausbildung der Autor\*innen nicht möglich, oder nicht gewollt.

<sup>80</sup> A.a.O., siehe FN.26.

<sup>81</sup> <https://www.rechtsdepesche.de/zahl-der-pflegekraefte-waehrend-corona-um-40-000-personen-gestiegen/>.

derartige Behauptungen jedwede Daten oder Belege. Damit erscheint die „DIVI-Hypothese“ doch sehr unwahrscheinlich.

Die folgende Tabelle (4-2.b) zeigt, dass es in Deutschland im Vergleich der 12 europäischen Länder (siehe Tab. 4-2.a) nicht nur die meisten (oder je nach Berechnungsgrundlage sehr viele) Intensivbetten (ICUs) aufzuweisen hat, sondern auch mit Abstand die meisten Corona-Fälle auf den ICUs:

Länder	ICU/100T	ICU / Covid19 Fälle (%)
GER	35,3	28,6
FR	8,2	19,2
ITA	8,1	17,4
AUT	26,4	16,6
SVN	24,2	14,1
ESP	7,4	12,0
NED	9,3	11,0
LUX	21,1	10,9
SVE	5	9,2
GB	7	7,5
EST	33,5	7,1
DEN	6,4	5,6

Tabelle 4-2.b: Anzahl ICUs pro 100.000 Einwohner (ICU/100T) und Anteil (%) der Covid-19 Fälle auf den Intensivstationen (ICU / Covid19 Fälle (%), Vergleich für 12 europäische Länder: Datenbasis Anfang April 2020 bis Mitte August 2021, Quelle. OWID<sup>82</sup>

## Was fällt auf?

**War Covid-19 in Deutschland viel gefährlicher als in anderen Ländern?** Das muss so gewesen sein, denn warum sind in Deutschland so viel mehr Covid19-Fälle auf den Intensivstationen behandelt worden; in den meisten Fällen mehr als doppelt so viele (ab Slowenien (SVN) über Spanien (ESP) bis zu Dänemark, wo nur noch ca. 5,6% der Covid19 Fälle auf die Intensivstation kamen; im Vergleich zu 28,6% in Deutschland).

Auch der Vergleich mit Estland (EST) ist interessant, mit einem Anteil von 33,5 ICUs pro 100.000 Einwohnern ist der Anteil an Intensivbetten pro Einwohner ähnlich hoch wie in Deutschland. Mit 7,1% der Covid19-Fälle lag der Anteil, der auf den Intensivstationen behandelt wurde am absoluten Ende der Skala (nur in DEN wurden mit 5,6% weniger Corona-Patienten auf die Intensivstation verbracht).

Auch die Wissenschaftlergruppe um Prof. Schrappe kommt zum Ergebnis:

„Im europäischen Vergleich fällt weiterhin auf, dass in Deutschland der Anteil der intensivpflichtigen Corona-Patienten an allen hospitalisierten Corona-Patienten insgesamt deutlich höher ist als in anderen europäischen Ländern (Quotient Intensivpflichtigkeit/Hospitalisierung). In Deutschland wurden am 27.4.2021 41% der

<sup>82</sup> OWID = <https://ourworldindata.org/covid-cases?country=IND~USA~GBR~CAN~DEU~FRA>, siehe auch [https://www.uni-speyer.de/fileadmin/Lehrstuehle/Knorr/3\\_Materialordner\\_Corona\\_Blog\\_28\\_08\\_21.pdf](https://www.uni-speyer.de/fileadmin/Lehrstuehle/Knorr/3_Materialordner_Corona_Blog_28_08_21.pdf). Hervorhebung der Werte durch Farben wie im Verlauf des Blogs üblich: Rot hervorgehoben sind hohe Werte, gelb mittlere Werte und grün geringe Werte.

hospitalisierten CoViD-19-Patienten auf Intensivstationen behandelt, während dies nur für 25% der Patienten in der Schweiz oder 11% der Patienten in Italien zutrif.“<sup>83</sup>

Die folgenden Daten und Berechnungen liegen u.a. der obigen Aussage der „Schrappe-Gruppe“ zugrunde.<sup>84</sup>

Land	Hospitalisierte CoViD-19-Pat. (absolut)	Hospitalisierte CoViD-19-Pat. pro 100.000 EW	CoViD19-Pat. ICU/100.000 EW (in % der Hospitalisierten)
Deutschland (30.03.21)	11589 (intensiv: 3588)	9,8	4,3 (31%)
Deutschland (27.04.21) Datenstand: 11.05.2021	12379 (intensiv: 5050)	10,4	6 (41%)
Spanien (24.03.21)	7806	17	4 (24%)
Italien (01.05.21)	20.903	35	4 (11%)
Frankreich (30.04.21)	28.930	43	8 (19%)
Belgien	2.707	24	7 (29%)
UK (29.04.21)	1.451	2	o.A.
Schweiz (29.04.21)	1.028	12	3 (25%)

**Tab. 3:** Hospitalisierte Corona-Patienten und Quotient Intensivpflichtigkeit/Hospitalisierung in ausgewählten europäischen Ländern im Vergleich

Zusammenfassend heißt es bei Schrappe et.al. weiter:

Sowohl in Bezug auf das Verhältnis von Intensivpflichtigkeit und Melderate (Intensiv-Melderaten-Quotient) als auch in Bezug auf das Verhältnis von intensivpflichtigen zu hospitalisierten Patienten (Quotient Intensivpflichtigkeit/Hospitalisierung) nimmt Deutschland eine Sonderstellung ein: in keinem Land werden im Vergleich zur Melderate so viel Infizierte intensivmedizinisch behandelt, und in keinem Land werden so viel hospitalisierte Infizierte auf Intensivstation behandelt. Diese Situation nimmt im Zeitverlauf sogar zu und muss dringend genauer untersucht werden (drohende Überversorgung). Die Datengrundlage ist auch hier äußerst widersprüchlich (z.B. mehr intensivpflichtige als hospitalisierte Patienten).<sup>85</sup>

<sup>83</sup> [http://www.welt.de/bin/thesenpapier\\_adhoc3\\_210517\\_bn-231203575.pdf](http://www.welt.de/bin/thesenpapier_adhoc3_210517_bn-231203575.pdf), S. 23. (bereits zitiert z.B. in Fn.28).

<sup>84</sup> Ebda., S. 24 mit Erläuterungen und Quellenangaben.

<sup>85</sup> Ebda., S. 26.

Warum ist also der Anteil der Covid19-Patienten in Deutschland so viel höher als in allen anderen Ländern? Die Annahme, dass dies durch das betriebswirtschaftliche Profitinteresse der Kliniken verursacht ist, ist natürlich reine Spekulation.<sup>86</sup>

## Betrachtung mit oder wegen Corona verstorbenen

Bezieht man die Anzahl bzw. den prozentualen Anteil der Toten mit oder wegen Covid19 auf den Intensivstationen mit in die Betrachtung ein (siehe die folgende Tabelle 4-2.c), dann hat es zunächst den Anschein, dass in Deutschland vergleichsweise wenig Menschen auf den Intensivstationen mit Covid19 verstorben sind. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass in Deutschland teilweise mehr als fünfmal so viel Corona Fälle auf die Intensivstationen gekommen sind. Sind also Deutschland viele Corona-Fälle auf die Intensivstationen gekommen, die aus ärztlicher Sicht gar nicht intensivmedizinisch hätten behandelt werden müssen?

Länder	ICU/100T	ICU / Covid19 Fälle (%)	Covid19-Tote / ICU (%)
GER	35,3	28,6	8,3
FR	8,2	19,2	8,2
ITA	8,1	17,4	15,5
AUT	26,4	16,6	9,6
SVN	24,2	14,1	11,9
ESP	7,4	12,0	10,3
NED	9,3	11,0	8,2
LUX	21,1	10,9	10,1
SVE	5	9,2	14,0
GB	7	7,5	24,3
EST	33,5	7,1	12,9
DEN	6,4	5,6	13,1

Tabelle 4-2.c: Werte wie Tabelle 4-2.b<sup>87</sup>, ergänzt um den (prozentualen) Anteil der Personen, die mit oder wegen Covid19 verstorben sind und der Zahl der intensivmedizinisch behandelten Personen

Der Wert „ICU/100T“ ergibt sich schlicht aus der Zahl der Intensivpatienten im Verhältnis zur Bevölkerung der Länder und wurde aus den in den oben genannten internationalen Studien<sup>88</sup> übernommen. Der Wert „ICU / Covid19 Fälle (%)“ wurde errechnet, indem die Gesamtzahl der registrierten Corona Fälle, für Deutschland im Zeitraum 1.04.2020 bis 29.08.2021, 46.012 Fälle, ins Verhältnis gesetzt wurde zur Zahl der auf die Intensivstationen verbrachten Personen im gleichen Zeitraum: 13.137 Menschen. Folglich wurden ca. 28,6% der Corona-Fälle auf Intensivstationen behandelt. Die Kennzahl „Tote / ICU (%)“ ergibt sich durch die Anzahl der Personen, die mit oder wegen Covid19 verstorben sind, in Deutschland im oben angegebenen Zeitraum 1.092 und der Zahl der der auf die Intensivstationen verbrachten Personen (13.137).

<sup>86</sup> Zur Diskussion um die Arbeiten der Schrappe Gruppe vgl. z.B.

<https://www.welt.de/kultur/plus232088383/Intensivbetten-Recherche-Der-Fall-Schrappe.html> (mit weiteren Hinweisen auf Quellen wie den SPIEGEL; am 20.05.2021: „Für Lauterbach „abwegig und nicht zutreffend““, <https://www.welt.de/politik/deutschland/plus231199263/Intensivstationen-Lauterbach-widerspricht-Schrappe-Papier-empoert.html>).

<sup>87</sup> Siehe auch Fn.80.

<sup>88</sup> Siehe Fn. 73 & 74.

## Was fällt auf?

- Vergleicht man z.B. die Zahlen für GER und GB, so kann zur Schlussfolgerung gelangen, dass die deutlich geringere Zahl an ICUs (GER: 35,3 / GB: 7 pro 100T Einwohner) und folglich geringere Zahl an Covid19 Patienten auf den Intensivstationen in GB (GER: 28,6% / GB: 7,5% Prozent der Covid19-Fälle) und der Todesfälle im Verhältnis zur Zahl der ICUs geführt hat (GER: 8,3% / GB: 24,3%).
- Andererseits hat Estland (EST) mit 33,5 ICUs / 100T Einwohner ebenfalls sehr viele, nach Deutschland die zweitmeisten; in EST wurden jedoch nur 7,1% der Covid19-Fälle auf Intensivstationen geschickt (War Corona in Deutschland so viel gefährlicher als in Estland?). Die Zahl der Todesfälle im Verhältnis zur Zahl der ICUs ist in EST mit 13,1% allerdings etwas höher als in GER (8,3%).
- In den Niederlanden (NED) ist die Zahl an ICUs / 100T Einwohnern mit 9,3 deutlich geringer als in Deutschland. Und es sind mit 11% der Covid19-Fälle deutlich weniger Covid-19 Patienten auf den Intensivstationen „gelandet“. Dennoch ist der Anteil der Covid-19 Patienten, die verstorben sind mit 8,2% etwas geringer als in Deutschland.
- Auch Frankreich weist eine bezogen auf die Bevölkerung relativ geringe Dichte an ICUs auf: 8,2 pro 100.000 Einwohnern. Dennoch wurden 19,2% der Covid19-Fälle auf den Intensivstationen behandelt und es sind „lediglich“ 8,2% der Todesfälle in Zusammenhang mit Covid-19 im Verhältnis zur Anzahl der ICU-Fälle zu beklagen.

Für die Erklärung der oben angeführten Daten gibt es zwei Möglichkeiten:

1. Entweder Covid19 war in Deutschland weitaus mehr ansteckend und tödlich als in anderen Ländern wie Frankreich, den Niederlanden u.v.m. Ansonsten wäre es nicht zu erklären, warum in Deutschland trotz (deutlich) höherer Zahl an ICUs und ICU-Einweisungen nicht signifikant weniger Menschen gestorben wären, obwohl mehr als viermal so viele Covid-Patienten auf den Intensivstationen behandelt worden sind.
2. Oder es gibt für Deutschland eine was die Effektivität und Effizienz des Regimes im Bereich des Gesundheitswesens anbelangt, grundlegendes Problem: Honoriert wird nicht der Erfolg im Bereich der Gesundheitsvor- und -fürsorge, sondern die Erzeugung von Aufwand und Kosten (die dann erstattet werden (müssen)). Das ist natürlich reine Spekulation.

Aber auch die Studie "Access to intensive care in 14 European countries: a spatial analysis of intensive care need and capacity in the light of COVID-19"<sup>89</sup> kommt zur Schlussfolgerung:

"The correlation analysis revealed a negative correlation of ICU accessibility and COVID-19 CFR<sup>90</sup> ( $r=-0.57$ ;  $p<0.001$ ).<sup>91</sup>

Es hat den Anschein, dass je mehr ICUs desto mehr Corona-Tote, so die oben wiedergegebene Studie. Wie kann das sein?

Die folgende Tabelle 4-2.d erweitert die Analyse um die Kennzahl relativer Anteil (%) der Covid19-Toten im Verhältnis zu den registrierten Covid19-Fällen.<sup>92</sup>

---

<sup>89</sup> Siehe Fn.74.

<sup>90</sup> CFR:= Case Fatality Rate.

<sup>91</sup> A.a.O., (Fn.74), p.3.

<sup>92</sup> Eigentlich wäre auch die Hospitalisierungsrate der Covid19-Fälle noch ein interessanter Indikator gewesen. Leider gab es nur für 11 der 12 betrachteten Länder Daten hierzu (bei Our World in Data). Es fehlt: **Deutschland.**

Länder	ICU / Covid19 Fälle		Tote / ICU	
	ICU/100T	(%)	(%)	(%)
GER	35,3	28,6	8,3	2,4
FR	8,2	19,2	8,2	1,6
ITA	8,1	17,4	15,5	2,7
AUT	26,4	16,6	9,6	1,6
SVN	24,2	14,1	11,9	1,7
ESP	7,4	12,0	10,3	1,2
NED	9,3	11,0	8,2	0,9
LUX	21,1	10,9	10,1	1,1
SVE	5	9,2	14,0	1,3
GB	7	7,5	24,3	1,8
EST	33,5	7,1	12,9	0,9
DEN	6,4	5,6	13,1	0,7

Tabelle 4-2.d: Werte wie Tabelle 4-2.c, ergänzt um den (prozentualen) Anteil der Personen, die mit oder wegen Covid19 verstorben sind im Verhältnis zur Zahl der Covid19-Fälle<sup>93</sup>

## Was fällt auf?

Neben Italien mit 2,7% aller Covid19-Fälle die im Zeitraum 1.04.2020 bis 29.08.2021 verstorben sind, weist Deutschland mit 2,4% einen im Vergleich zu den anderen Ländern außerordentlich hohen Wert auf. Frankreich (FR) hat z.B. eine deutlich geringere Zahl an Intensivbetten (8,2 pro 100.000 Einwohner) aufzuweisen und deutlich weniger Corona Fälle (19,2% im Vergleich zu 28,6% im Falle von Deutschland) auf die Intensivstationen verbracht. Es sind allerdings in den beiden Ländern fast gleich viele Corona-Patienten auf den Intensivstationen verstorben (8,2% bzw. 8,3%). Insgesamt sind allerdings in Deutschland deutlich mehr Patienten an oder mit Corona verstorben (2,4% der Infizierten) als in Frankreich (lediglich 1,6% der Infizierten verstorben). Für die Niederlande (NED) ergibt sich ein sehr ähnliches Bild: Ebenfalls viel weniger Intensivbetten und viel weniger Covid19-Patienten auf den Intensivstationen; aber: gleich viele Corona-Patienten auf den Intensivstationen, die verstorben sind (8,2%), aber mit 0,9% deutlich weniger Covid19-Infizierte, die an der Krankheit verstorben sind als in Deutschland.

Die folgende Abbildung 4-5 vergleicht die Anzahl der registrierten Covid19-Fälle, für Deutschland (GER) und den Niederlanden (NED). Während in der ersten Welle, im Frühjahr 2020 die Zahl vor allem in den Niederlanden die Zahl der Patienten auf ICUs sehr hoch war, ging sie im Laufe der Zeit in den Niederlanden immer mehr zurück, d.h. tendenziell wurden immer weniger Corona Fälle/Patienten auf die Intensivstationen verbracht. Da die Niederlande bezogen auf 100.000 Einwohner weniger als ein Drittel an Intensivbetten als Deutschland aufzuweisen hat (siehe Tab. 4-2.a-d) stellt sich die Frage, warum in Deutschland, obwohl die Corona-Fallzahlen geringer waren als in den Niederlanden, die Inanspruchnahme der Intensivstationen durch Corona-Patienten deutlich gestiegen ist und, relativ zu den Fallzahlen, deutlich höher ist als in den Niederlanden:

<sup>93</sup> Wie im Falle von Tabelle 4-2.c Zeitraum 1.04.2020 bis 29.08.2021.

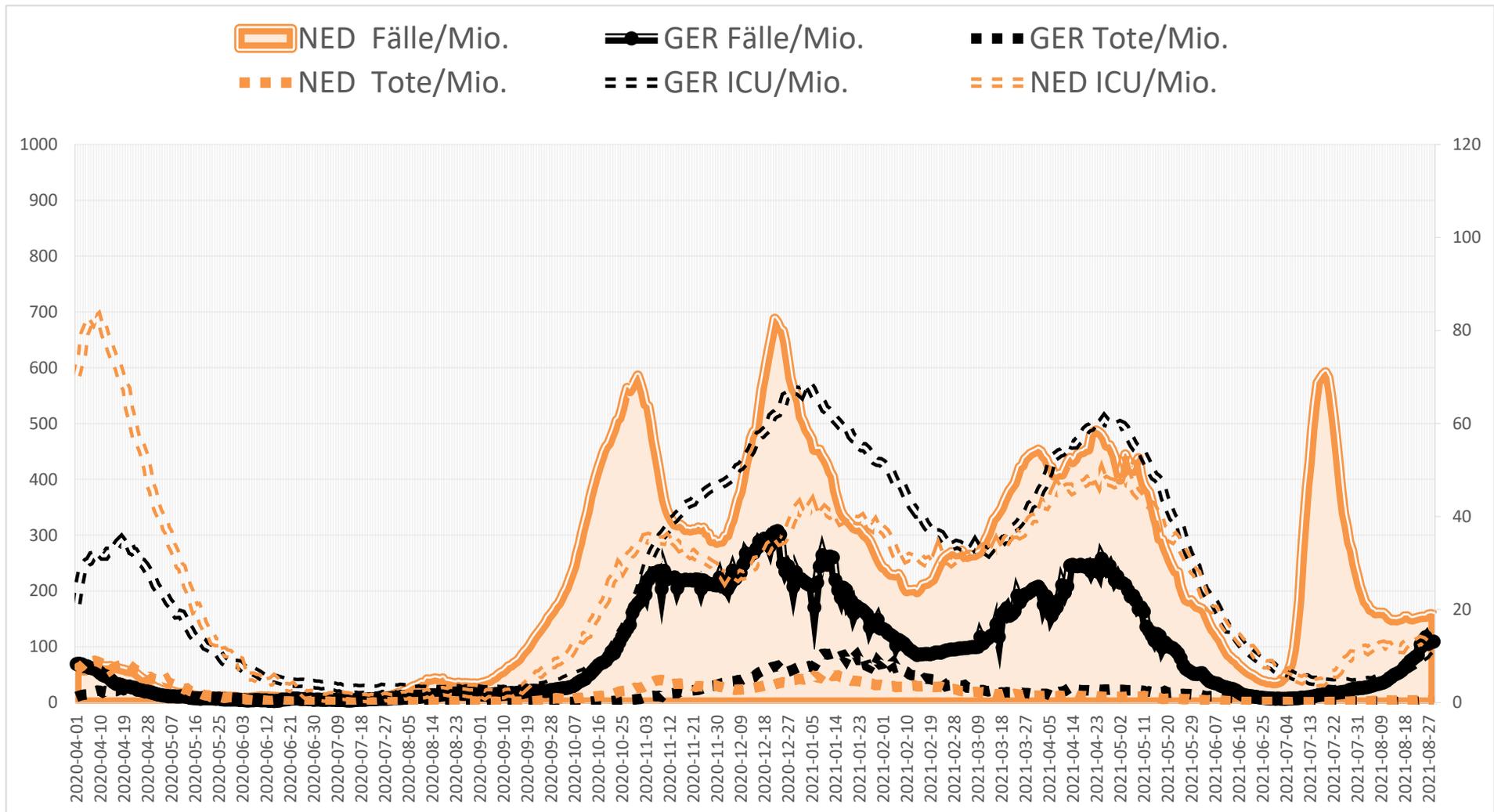


Abb. 4-5: Vergleich Covid19-Fälle, ICU und Tote, GER / NED, Zeitraum 1.04.2020 bis 29.08.2021

Eine einfache Analyse des (statistischen) Zusammenhangs zwischen den Kennzahlen Covid19-Fälle, ICU Covid19-Fälle und Tote Covid19-Fälle, jeweils pro 1 Mio. Einwohner, verdeutlicht den Unterschied zwischen den oben betrachteten drei Ländern (GER, FR und NED) weiterhin:

Korrelation	Fälle / ICU	Tote / ICU	Fälle / Tote
GER	0,88	0,83	0,67
FR	0,55	0,82	0,36
NED	0,42	0,83	0,23

Tabelle 4-3: Korrelationsanalyse der Kennzahlen Covid19-Fälle, ICU Covid19-Fälle und Tote Covid19-Fälle, jeweils pro 1 Mio. Einwohner für den Zeitraum 1.04.2020 bis 29.08.2021 (Farbige Hervorhebung (rot): Auffällige Ergebnisse für GER)

Der Zusammenhang (Korrelation nach Pearson) zwischen Anzahl der Covid19 Fälle und Anzahl der Covid19-Patienten auf den Intensivstationen ist in Deutschland signifikant höher, als in den beiden anderen Ländern. D.h., in Deutschland sind fast in gleichem Maße mit dem Anstieg der Corona Fallzahlen entsprechend mehr Personen mit dem Befund Corona auf die Intensivstationen verbracht worden: Scheinbar gleich welchen Alters und anderer Befunde wie Vorerkrankungen etc. In Frankreich (FR) und den Niederlanden (NED) ist der Zusammenhang zwischen Erkrankungen und ICU deutlich geringer, insbesondere nach der 1. Welle im Frühjahr 2020 ging der Anteil der Corona-Fälle, die intensiv behandelt wurden massiv zurück. In Deutschland dagegen, nimmt der Anteil der Covid19-Fälle, die auf den Intensivstationen behandelt werden nicht ab, sondern nimmt tendenziell zu. Gleichzeitig gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen einer Corona-Infektion und Mortalität (0,67) in Deutschland. In den anderen beiden Ländern ist die Wahrscheinlichkeit an Corona zu sterben deutlich geringer, obwohl weniger Corona-Fälle auf die Intensivstationen kommen.

### **Ist das Deutsche Gesundheitssystem so viel schlechter als das Französische oder das Niederländische?**

**Es drängt sich die Frage auf: Warum sind in Deutschland mehr Menschen an Covid19 gestorben als in anderen Ländern, obwohl viel mehr Intensivbetten zur Verfügung standen, viel mehr Covid19-Patienten auf die Intensivstationen verbracht worden sind, es aber deutlich weniger Covid19-Fälle gab?**

Die folgenden Erklärungen (heute aka „Narrative“ oder „Erzählungen“) könnten, mehr oder weniger, zutreffen:

1. Hypothese 1: Die Corona-Varianten (Alpha bis Delta usw.) waren in Deutschland deutlich tödlicher als in allen anderen betrachteten Ländern. Daher mussten mehr Erkrankte auf den Intensivstationen behandelt werden. Dennoch sind aufgrund der besonders letalen Corona-Varianten insgesamt mehr Patienten an Corona verstorben als in anderen Ländern (Zugegeben, dass klingt nicht sehr plausibel, denn von besonders letalen Corona-Varianten nur in Deutschland ist nichts verbürgt.)
2. Hypothese 2: In Deutschland sind mehr Personen mit Covid19-Erkrankung auf die Intensivstationen gekommen, weil mehr Betten zur Verfügung standen und finanziert werden mussten. Die hohe Anzahl an Personen, die in Deutschland an oder mit Covid19, dürfte dadurch zu erklären sein, dass ein Todesfall auch dann Corona zugeordnet wird, wenn

eine ganz andere Todesursache vorliegt, z.B. Herzversagen, die betreffende Person aber „zufällig“ auch mit Corona infiziert war.<sup>94</sup>

Die schlechte „Leistungsbilanz“ des Deutschen Gesundheitswesens, was die Verhinderung von Todesfällen unter Corona-Patienten angeht, wäre dann nicht zuletzt dadurch zu erklären, dass man die Todeszahlen möglichst hoch beziffern wollte, vermutlich weil man mit den hohen Todeszahlen die massiven Eingriffe in bürgerliche Freiheitsrechte begründen wollte. Dass man damit das Gesundheitswesen schlecht rechnet, ist dann eine Art Kollateralschaden.

Die Frage nach der Anzahl der ICUs ist besonders heikel und betrifft eine grundsätzliche Frage der Finanzierung des Gesundheitswesens. Wenn es in Deutschland de facto mehr ICUs gibt als in anderen Ländern (siehe Tabellen 4-2.a-d), die Kapazitäten dennoch nicht ausreichen, obwohl es in Deutschland weniger Corona-Fälle gab als in anderen Ländern? Eine weitere Erhöhung der Zahl der ICUs würde, ceteris paribus, zu noch mehr (Corona)-Patienten auf den Intensivstationen führen; zumindest solange sich dies für die Kliniken betriebswirtschaftlich lohnen würde. Ein sprichwörtliches „Fass ohne Boden“. Zumal mehr Betten ja auch mehr Personal bedeuten würde, was laut DIVI-Angaben ohnehin nicht vorhanden ist bzw. scharenweise die Kliniken verlässt. Vielleicht sollte man sich ein Beispiel an anderen Ländern wie Frankreich oder die Niederlande nehmen, die scheinbar deutlich effektiver und effizienter die Versorgung mit ICUs organisieren.

Am 27.07.2021 erschien in der Neuen Zürcher Zeitung (NZZ) ein Artikel mit dem Titel „Die Spitäler sind das Nadelöhr der Pandemie. Waren sie je überlastet? Und wieso haben sie Plätze abgebaut?“<sup>95</sup>. Der Artikel behandelt die Schweiz; hätte aber in gleicher Form auch für Deutschland geschrieben werden können. Im Folgenden werden die wesentlichen Aussagen in Form einer „Zitatkollage“ wiedergegeben<sup>96</sup>:

„Wenn die Politik noch einmal einschneidende Massnahmen beschliesst, dann um die Spitalversorgung sicherzustellen. Schon sind sie wieder da, die düsteren Warnungen und die Szenarien mit den steilen Kurven. Der Refrain ist stets derselbe: Die Spitäler **könnten überlastet werden**, ihre Kapazitäten seien begrenzt, vor allem auf den Intensivstationen.“

„Die Warnungen waren drastisch. .. «Das bedeutet leider, **dass wir damit rechnen müssen**, dass die Kapazitäten in unseren Spitälern überschritten werden.» Am 9. Dezember riefen die fünf Schweizer Universitätsspitäler in einem Brief um Hilfe: Ohne neue Massnahmen vor den Feiertagen, schrieben sie warnend, «**werden die Kapazitäten der Spitäler erneut an den Anschlag kommen.**»“

„Am 14. Dezember .. «... **Das Gesundheitssystem ist jetzt schon überlastet. Seit Wochen.**»“

„War das Panikmache?“

---

<sup>94</sup> Vgl. hierzu den 3. Teil des Corona-Blogs, [https://www.uni-speyer.de/fileadmin/Lehrstuehle/Knorr/3\\_Update\\_Corona\\_und\\_Uebersterblichkeit\\_Einfluss\\_von\\_Corona\\_4\\_Laender.pdf](https://www.uni-speyer.de/fileadmin/Lehrstuehle/Knorr/3_Update_Corona_und_Uebersterblichkeit_Einfluss_von_Corona_4_Laender.pdf), S. 1f. In einem Artikel vom 20.09.2021 berichtet die Tageszeitung DIE WELT, dass die Gesundheitsämter zwar angewiesen seien, die Angaben „an oder mit“ Corona als Todesursache zu überprüfen. In der Praxis erfolgt diese Überprüfung scheinbar nur selten und die Kliniken melden scheinbar alle Fälle, auch wenn es sich um Beinbrüche handelt und der routinemäßige Test auch eine Covid19-Infektion ergibt. Ob „an oder mit“ Corona wird scheinbar i.d.R. nicht erfasst bzw. überprüft, vgl. <https://www.welt.de/politik/deutschland/plus233881234/Hospitalisierungsrate-Die-fatalen-Verzerrungen-beim-neuen-Mass-fuer-die-Corona-Politik.html> (Inzwischen leider hinter der „Bezahl-Schranke“).

<sup>95</sup> <https://www.nzz.ch/schweiz/spitaeler-in-der-coronakrise-waren-sie-je-ueberlastet-ld.1636298>.

<sup>96</sup> Hervorhebungen durch Fettdruck durch den Autor.

„« .. . Zum Glück konnte die komplette Überlastung gerade noch verhindert werden, dank den Massnahmen, die der Bundesrat später, am 18. Dezember, beschlossen hat. Aber wir sollten uns nichts vormachen: Es gab Kollateralschäden. Die negativen Folgen der Überlastung sind nicht zu übersehen.»“ [die „Kollateralschäden“ werden leider weder benannt noch beziffert, km].

„Nicht alle in der Branche denken so. Dies zeigen Rückmeldungen von Ärzten, Pflegenden, Spitälern und Behörden. Vieles lässt sich auch nicht objektiv messen, **weil belastbare Daten fehlen.**“

Weiterhin wird im Artikel berichtet,

- dass in der Schweiz, wie in Deutschland, Intensivbetten abgebaut worden sind: In der zweiten Welle (Herbst/Winter 2020/21) Standen noch 1.000 bis 1.100 Betten zur Verfügung. In der ersten Welle waren es noch 1.400 bis 1.500. Als Erklärung wird angeführt: „dass in der ersten Welle alle nicht dringlichen Eingriffe verboten waren. Dadurch waren etwa in der Anästhesie freie Kapazitäten verfügbar, um die Intensivstationen zu verstärken. Im Herbst gab es kein solches Verbot mehr, man wusste auch mehr über das Virus. Beides trug dazu bei, dass die Spitäler weniger Plätze auf Vorrat schufen. Sie halten jedoch fest, ein Ausbau wäre rasch möglich gewesen.“ Wieso waren dann aber nach den obigen Zitaten, die Kapazitäten sowohl während der ersten als auch während der zweiten Welle **„am Anschlag“** bzw. in der zweiten Welle **„überlastet. Seit Wochen“**. Die Kliniken waren hinsichtlich der Intensivkapazitäten überlastet, obwohl man Kapazitäten abgebaut und Reserven nicht aktiviert hat. Da würde man sich über eine datengesättigte Erklärung sehr freuen.
- Ein weiteres Argument: Es fehle an Personal, „Intensivmedizin erfordere enorme Ressourcen, bei Covid-19-Patienten, die beatmet werden müssten, ganz besonders. Ihre Behandlung sei zeitintensiv und kräftezehrend. Deshalb haben **manche Spitäler**<sup>97</sup> die Zahl der Intensivplätze reduziert, sobald sie eine grössere Zahl von Corona-Fällen versorgen mussten. Diese gaben so viel zu tun, dass dadurch andere Patienten verdrängt wurden. **Vermutlich wäre es aber besser gewesen, die Corona-Patienten nicht zu beatmen, zumindest nicht zu früh und nicht mit der falschen Methode**<sup>98</sup> Dann hätten andere Patienten nicht aus den Intensivstationen verdrängt werden müssen. (Wobei wieder gefragt werden muss, warum in einem solchen Fall vorhandene Reservekapazitäten nicht aktiviert worden sind?)
- Apropos Personal: „Dazu einige Zahlen des Universitätsspitals Genf: In der Pflege wurden 670 Vollzeitstellen neu besetzt, hinzu kamen 110 Abgänger der Hochschule für Gesundheit, zudem wurden Angestellte mit total 825 Vollzeitpensen intern neu eingeteilt.“ Das hört sich doch nicht nach „Personalmangel“ an?

Viele der in den obigen Zitaten als sicher geäußerten Befürchtungen sind im Konjunktiv gehalten („könnten“, „damit rechnen müssen“ usw.). Kann man so machen.

Die folgenden drei Abbildungen zeigen 1. Die Entwicklung der Auslastung der ICUs in der Schweiz vom 30.03.2020 bis zum 21.07.2021 (mit Chronologie der wichtigsten „Lockdown“-Maßnahmen), 2. Vergleich der Anzahl der Corona-Fälle im Verhältnis zur Behandlung auf den Intensivstationen in der Schweiz mit einigen der oben betrachteten Länder (AUT, FR, GER, NED), sowie 3. Die Zahl der Verstorbenen in Relation zu den Corona-ICU-Fällen; Vergleich für die gleichen Länder.

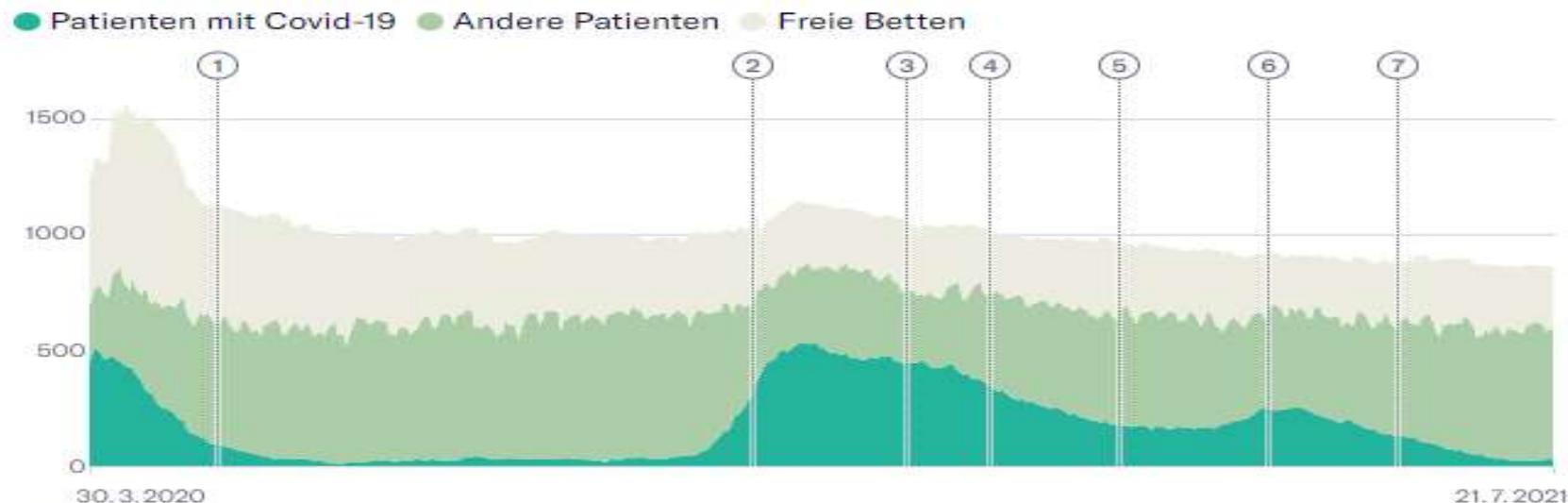
---

<sup>97</sup> Man weiß aber wohl nicht welche.

<sup>98</sup> Vgl. z.B. <https://www1.wdr.de/daserste/monitor/sendungen/gefahrlche-intubation-100.html>, [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/COVRIIN\\_Dok/Beatmung.pdf?blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/COVRIIN_Dok/Beatmung.pdf?blob=publicationFile).

## Noch wenige Covid-19-Patienten auf den Intensivstationen

Anzahl der Patienten und der freien Betten



- ① Öffnung von Schulen, Läden und Gastronomie (11. Mai 2020)
- ② Schliessung der Restaurants und weitere Massnahmen in der gesamten Westschweiz (2. November 2020)
- ③ Schliessung von Restaurants und Freizeiteinrichtungen (22. Dezember 2020)
- ④ 2. Shutdown: Ladenschliessungen und Home-Office-Pflicht (18. Januar 2021)
- ⑤ Öffnung der Läden (1. März 2021)
- ⑥ Öffnung Restaurantterrassen und Freizeiteinrichtungen (19. April 2021)
- ⑦ Öffnung der Restaurants, Lockerung der Personenobergrenzen für Veranstaltungen und Treffen (31. Mai 2021)

Quelle: KSD

NZZ / shu.

Abb. 4-6: Entwicklung der Anzahl der durch Covid19 belegten Intensivbetten in der Schweiz, Quelle: NZZ

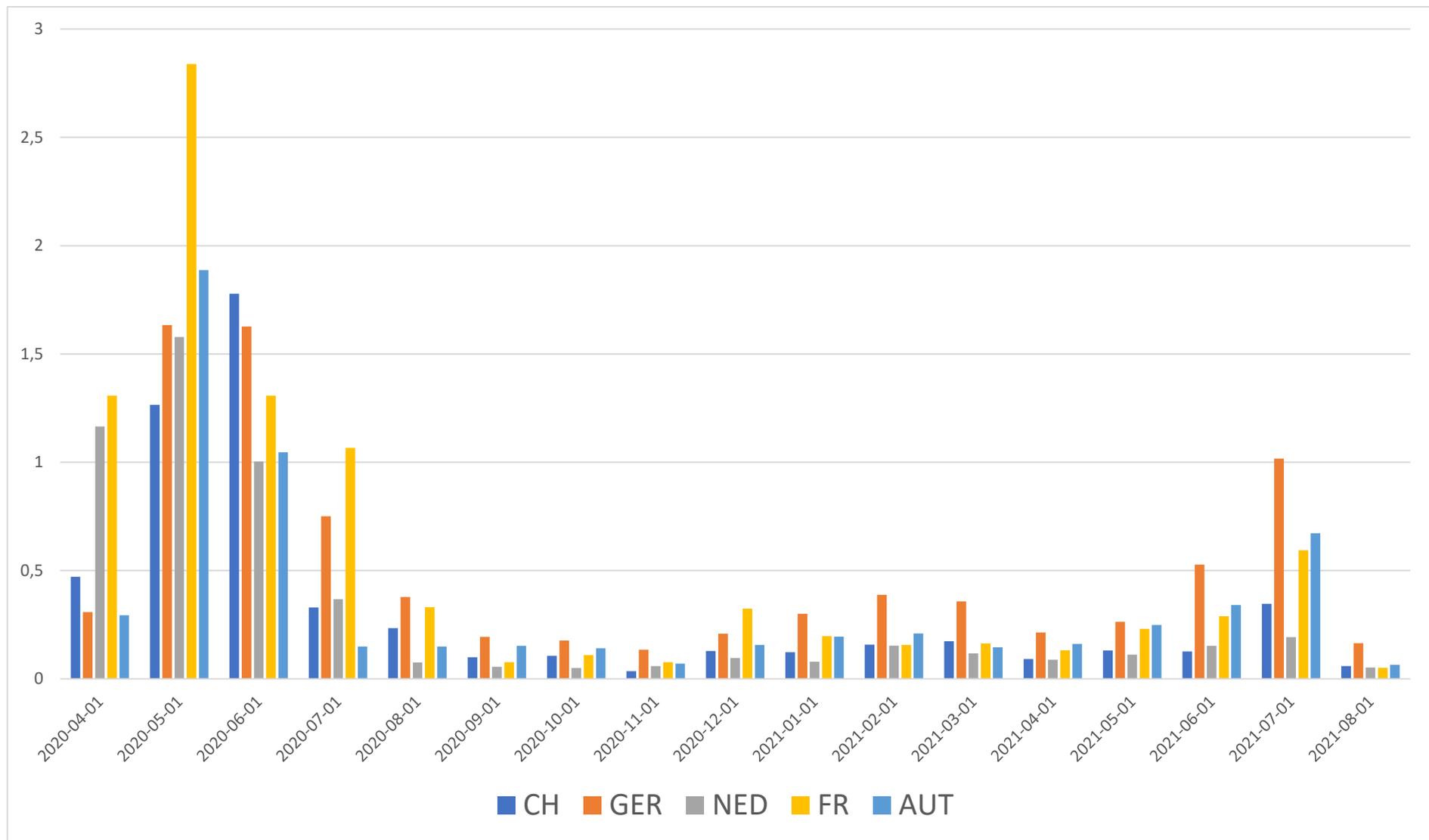


Abb. 4-7.a): Anteil der Corona ICU Fälle an allen Covid19-Fällen, Vergleich CH, GER, NED, FR, und AUT, Daten jeweils der erste des Monats (04/20 bis 08/21), Quelle: OWID

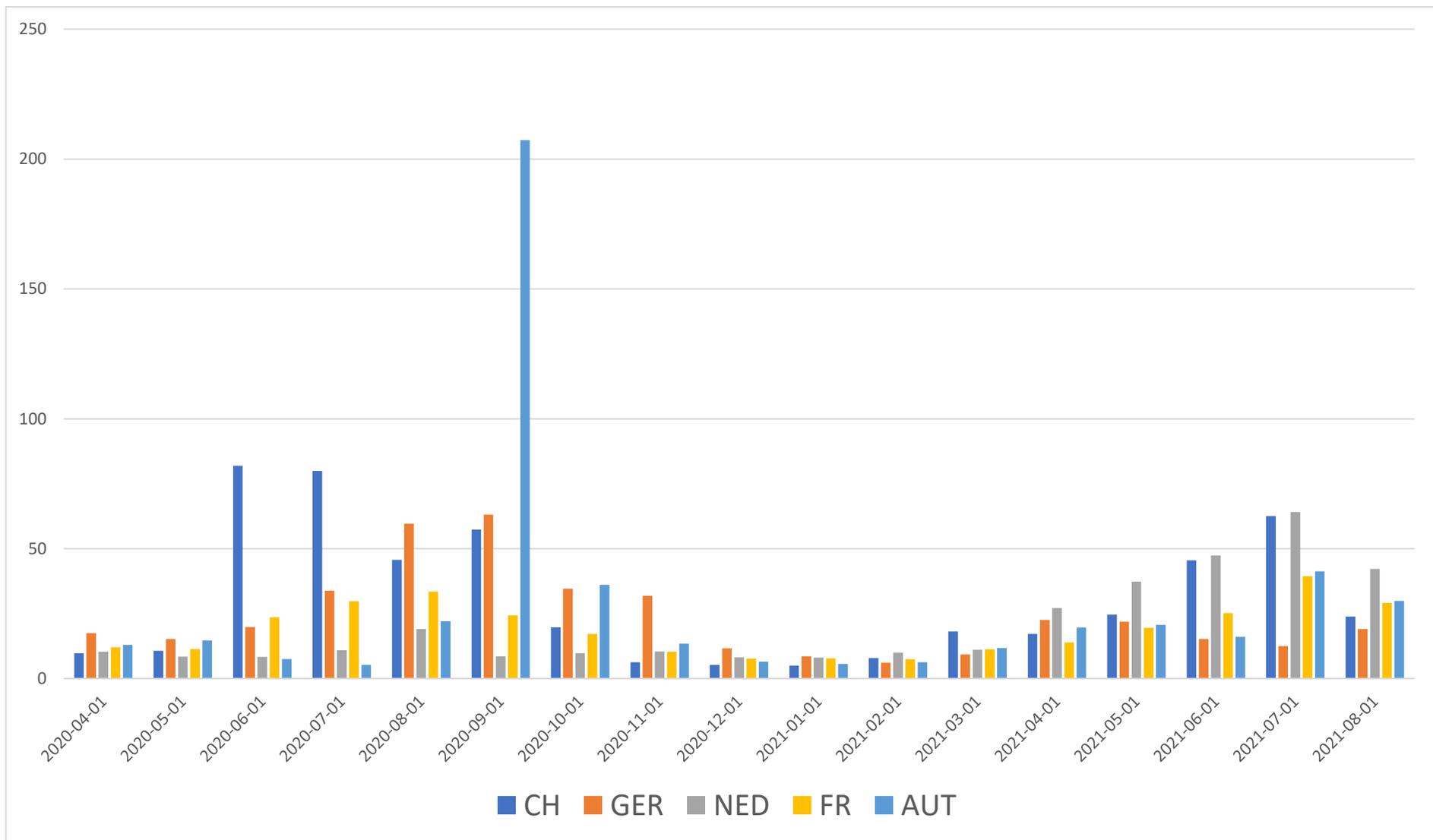


Abb. 4-7.b): Anteil der Corona ICU Fälle an allen Todesfällen, Vergleich CH, GER, NED, FR, und AUT, Daten jeweils der erste des Monats (04/20 bis 08/21), Quelle: OWID

## Was fällt auf?

Abb. 4-7.b) zeigt, dass in der Schweiz scheinbar – vor allem im Zeitraum 06-09/2020 sowie 06-07/2021 – sehr viele der auf den Intensivstationen behandelten Personen gestorben sind.

Abb. 4.7a) zeigt wiederum, dass in der Schweiz allgemein, aber speziell auch in den oben genannten Zeiträumen vergleichsweise wenig Covid19-Fälle auf die Intensivstationen verbracht worden sind. (In Deutschland (GER) waren es viel mehr, wobei die Sterblichkeit scheinbar erst ab 06/21 verringert werden konnte).

Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern ist der Anteil der (festgestellten!) Covid19-Fälle an den Covid19-Fällen, die auf die Intensivstationen verbracht worden sind durchschnittlich (Abb.4-7.a)). **Der Anteil der Todesfälle der Menschen die an oder mit Covid19 verstorben sind, ist in der Schweiz allerdings teilweise erstaunlich hoch (Abb. 4-7.b), insbesondere im Zeitraum 06-09/2020 sowie 06-07/2021.** (Bereits im zweiten Teil des Blogs war zu sehen, dass die Schweiz von 30 betrachteten Ländern die zehnthöchste (Über-)Sterblichkeit aufzuweisen hatte)<sup>99</sup>.

Wie ist folglich die hohe Sterblichkeit von Menschen mit Covid19 in der Schweiz zu erklären? Im obigen NZZ-Artikel heißt es hierzu:

„Ob es in den Spitälern in den heftigsten Monaten der Pandemie Phasen der Überlastung gab, hängt vor allem davon ab, was man unter Überlastung versteht. Dass es weder einen Kollaps noch gravierende Nebenwirkungen auf breiter Front gab, ist unbestritten. Von einem kritischen Standpunkt aus liesse sich jedoch festhalten, dass die hohe Zahl der Todesfälle sich ohne Überlastung des Gesundheitswesens kaum erklären lässt, ...“

Oder war doch die „falsche Behandlung“, d.h. zu frühe und invasive Beatmung der COVID19-Patienten<sup>100</sup>, Ursache der sehr hohen Übersterblichkeit in der Schweiz?<sup>101</sup> (siehe auch Abb. 4-1).

## 5 Die „Überlastung“ der Intensivstationen als „unendliche Geschichte“ – Pandemie oder Profitinteresse der Kliniken und endemische Berichterstattung der Medien über die Überlastung der Kliniken?

Die Überlastung der Kliniken und besonders der Intensivstationen erscheint als eine endlose Geschichte in der Parallelwelt aus Medien und Politik, aus der man keinen Ausgang mehr findet. Da auch wenn die Zahl der Intensivbetten erhöht würde, immer mehr Patienten auf diese verbracht würden; es sei denn, wie zu Zeiten der Freihaltepauschale, auch leere Betten, die möglicherweise gar nicht bespielbar wären, würden vergütet. Unter der Prämisse, dass es gar nicht genug Personal für die Bespielung von (mehr) Intensivbetten gibt, gäbe es nur die Möglichkeit die Kliniken für Leistungen zu entlohnen, die sie gar nicht erbringen (können), um aus dem Kreislauf von Überforderung der Kliniken und massiven Grundrechtseinschränkungen durch Corona-Maßnahmen auszurechnen.<sup>102</sup>

---

<sup>99</sup> Siehe [https://www.uni-speyer.de/fileadmin/Lehrstuehle/Knorr/2\\_Corona\\_und\\_Uebersterblichkeit\\_Vergleich\\_2020\\_und\\_2016\\_bis\\_2019\\_30\\_Laender.pdf](https://www.uni-speyer.de/fileadmin/Lehrstuehle/Knorr/2_Corona_und_Uebersterblichkeit_Vergleich_2020_und_2016_bis_2019_30_Laender.pdf), insbes. Tab. 2-1 und Abb. 2-2.

<sup>100</sup> Siehe Fn97.

<sup>101</sup> Tatsächlich ergibt sich für die Schweiz ein erheblicher Anstieg der (Über)Sterblichkeit für das Ende 2020, siehe z.B. den 2. Teil des Blogs: [https://www.uni-speyer.de/fileadmin/Lehrstuehle/Knorr/2\\_Datenblaetter\\_Vergleich\\_Sterbefaelle\\_und\\_nach\\_Alter\\_2020\\_2016\\_bis\\_2019\\_fuer\\_30\\_Laender.pdf](https://www.uni-speyer.de/fileadmin/Lehrstuehle/Knorr/2_Datenblaetter_Vergleich_Sterbefaelle_und_nach_Alter_2020_2016_bis_2019_fuer_30_Laender.pdf).

<sup>102</sup> In Baden-Württemberg z.B. tritt bei einer Auslastung von mehr als 390 Intensivbetten an zwei aufeinanderfolgenden Tagen u.a. wieder ein Verbot von privaten Zusammenkünften von mehr als einem

Die folgende Auswahl an Pressemeldung zeigt, dass die Lage in den Kliniken und speziell den Intensivstationen immer als „angespannt“ und / oder „überlastet“ dargestellt worden ist. „Immer“ bedeutet, unabhängig von der Zahl der Covid-19-Fallzahlen, wie das jeweilige Datum der Artikel zeigt (siehe hierzu auch die Abb. 4-3.a) bis e)):

14.09.2021

Coronavirus: Angespanntere Lage auf den Intensivstationen in Baden-Württemberg. ... In dieser Woche soll eine neue Corona-Verordnung in Kraft treten. Der Fokus soll speziell auf der Auslastung der Krankenhäuser und Intensivstationen liegen. Immer mehr Menschen mit einer Covid-Infektion landen dort.<sup>103</sup> (Am 14.09.2021?, siehe auch Abb. 4-1)

14.09.2021

SWR: Die aktuelle Lage auf den Intensivstationen. ... „Durch Notfälle und geplante Operationen<sup>104</sup> sind die meisten Intensivstationen bereits zu einem Großteil ausgelastet. Hinzu kommen nun die Covid-19-Patienten ... „ (Vgl. auch das Update Die aktuelle Lage auf den Intensivstationen vom 4.11.2021 weiter unten, insbes. Abb. 4-8).

20.09.2021

SWR: **Trierer Intensivmediziner: Krankenhaus-Personal durch Corona am Limit.**<sup>105</sup>

Überstunden, psychisch belastende Situationen, zu wenig Personal und schwerkranke Corona-Patienten. Intensivmediziner Professor Tim Piepho hat mit SWR aktuell über die Corona-Situation im Trierer Bräuerkrankenhaus geredet. ... **„Aktuell betreuen wir nur vier Corona-Patienten ... Zwei dieser Patienten werden intensivmedizinisch behandelt ...** Insgesamt werden in der Region Trier etwa zehn Corona-Patienten in den Krankenhäusern betreut. Im August konnten wir einen gewissen Anstieg an Patienten beobachten, die wegen Corona vermehrt ins Krankenhaus mussten. Das hat sich allerdings ein wenig stabilisiert. Im Winter hatten wir aber wesentlich mehr Corona-Fälle in den Krankenhäusern.“

10.10.2021

DIE RHEINPFALZ: „Schwere Stunden auf der Covid-Intensivstation. Ein Knochenjob ist der tägliche Kampf gegen das Coronavirus auf der Intensivstation im Städtischen Klinikum in Karlsruhe. Immer noch. Auch 18 Monaten nach Beginn der Pandemie.“<sup>106</sup>

Niemand wird bestreiten, dass die Arbeit auf einer Intensivstation einfach und nicht herausfordernd wäre. Der Bezug zu Corona ist, insbes. für die gesamten 18 Monate, aber weit hergeholt (siehe Abb. 4-8).

---

Haushalt und 1 weiteren Person in Kraft. (Bei 250 Intensivbetten sind es 1 Haushalt und 5 weitere Personen), [https://www.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/dateien/PDF/Coronainfos/211028\\_Auf\\_einen\\_Blick\\_DE\\_01.pdf](https://www.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/dateien/PDF/Coronainfos/211028_Auf_einen_Blick_DE_01.pdf).

<sup>103</sup> <https://www.swr.de/swraktuell/baden-wuerttemberg/corona-infektionslage-in-bw-100.html>.

<sup>104</sup> Müssen Patienten bei geplanten Operationen, z.B. im Bereich der Orthopädie, vor oder nach der OP im Regelfall auf die Intensivstation?

<sup>105</sup> <https://www.swr.de/swraktuell/rheinland-pfalz/trier/trier-chefarzt-warnt-immer-mehr-junge-erkranken-schwer-an-corona-100.html>.

<sup>106</sup> [https://www.rheinpfalz.de/lokal/kreis-suedliche-weinstrasse\\_artikel,-schwere-stunden-auf-der-covid-intensivstation- arid,5263771.html?reduced=true](https://www.rheinpfalz.de/lokal/kreis-suedliche-weinstrasse_artikel,-schwere-stunden-auf-der-covid-intensivstation- arid,5263771.html?reduced=true).

15.10.2021

BILD: Wegen Grippe! Experte [DIVI-Experte Christian Karagiannidis]<sup>107</sup> warnt vor Klinik-Kollaps. Für Intensivstationen „nicht schaffbar“<sup>108</sup> (Von der Grippe hat man seitdem aber wenig bis nichts gehört ... ).

22.10.2021

SWR: Zahl der Covid-Intensivfälle steigt auch in BW - immer mehr Pflegekräfte fehlen. Intensivmediziner warnen vor Engpässen bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten, weil die Zahl der verfügbaren Intensivbetten sinkt. Grund sei ein massiver Personalmangel.<sup>109</sup> Leider werden für den „massiven Personalmangel“ auch in diesem Dokument keine Zahlen oder Fakten angeführt („Fake-News“? Leider scheint es nicht mehr Standard im Bereich des Journalismus zu sein, Angaben die von „irgendjemand“ gemacht werden, zu überprüfen.)

28.10.2021

SWR: IMMER MEHR INFIZIERTE AUF INTENSIVSTATIONEN: Der Koordinator für die intensivmedizinische Versorgung von Covid-Patienten in Baden-Württemberg blickt angesichts der hohen Zahl an belegten Intensivbetten besorgt auf die weitere Entwicklung. ... Götz Geldner, Ärztlicher Direktor der Ludwigsburger RKH-Kliniken. in Großteil der Patientinnen und Patienten sei zudem mit 35 bis 65 Jahren deutlich jünger als davor und bleibe länger auf der Intensivstation als Ältere. Dies verknappe die Kapazitäten weiter.<sup>110</sup> Interessant ist natürlich, dass die „knapper“ werdenden Corona-Fälle nun auch in jüngeren Jahren vermehrt auf die Intensivstationen verbracht werden. Das ist natürlich „kontrafaktisch“ zu den Erkenntnissen, dass jüngere Menschen in deutlich geringerem Maße schwer an Corona erkranken und sterben<sup>111</sup>. Auch die Delta-Variante (aka Indische-Variante), wurde als „Buhmann“ lange eingesetzt: „Innerhalb von zehn Wochen hat die Corona-Mutante Delta die Variante Alpha in Deutschland überholt. B.1.617.2 ist noch ansteckender und gehört wie Alpha zu den besorgniserregenden Coronavirus-Varianten (VOC).“<sup>112</sup> . Für alle Freunde der Apokalypse im Bairischen Rundfunk gab es allerdings aus der Wissenschaft keine guten Nachrichten: „Schnelle Ausbreitung, höhere Ansteckung, geringe Todesrate“<sup>113</sup> **Auch an dieser Stelle stellt sich leider die Frage, inwieweit die Verbringung von (Corona-)Patienten auf die Intensivstationen durch medizinische Indikation oder betriebswirtschaftliche Überlegungen der Kliniken (Profitinteresse) zurückzuführen ist.**

---

<sup>107</sup> Eckige Klammern []: Ergänzungen des Autors.

<sup>108</sup> <https://www.bild.de/politik/inland/politik-inland/spahns-geheime-corona-runde-wegen-grippe-experte-warnt-vor-klinik-kollaps-77963124.bild.html>.

<sup>109</sup> <https://www.swr.de/swraktuell/baden-wuerttemberg/intensivmediziner-warnen-vor-engpaessen-100.html>.

<sup>110</sup> <https://www.swr.de/swraktuell/baden-wuerttemberg/warnstufe-freitag-lucha-100.html>.

<sup>111</sup> Vgl. z.B. den 2. Teil dieses Blogs: [https://www.uni-speyer.de/fileadmin/Lehrstuehle/Knorr/2\\_Corona\\_und\\_Uebersterblichkeit\\_Vergleich\\_2020\\_und\\_2016\\_bis\\_2019\\_30\\_Laender.pdf](https://www.uni-speyer.de/fileadmin/Lehrstuehle/Knorr/2_Corona_und_Uebersterblichkeit_Vergleich_2020_und_2016_bis_2019_30_Laender.pdf).

<sup>112</sup> [https://www.br.de/nachrichten/wissen/corona-variante-delta-das-ist-bekannt-entwicklung-deutschland\\_SaOHI14](https://www.br.de/nachrichten/wissen/corona-variante-delta-das-ist-bekannt-entwicklung-deutschland_SaOHI14).

<sup>113</sup> <https://www.helmholtz.de/gesundheits/wie-gefaehrlich-ist-delta/>. Vgl. hierzu auch den Teil 3 dieses Blogs: [https://www.uni-speyer.de/fileadmin/Lehrstuehle/Knorr/3\\_Update\\_Corona\\_und\\_Uebersterblichkeit\\_Einfluss\\_von\\_Corona\\_4\\_Laender.pdf](https://www.uni-speyer.de/fileadmin/Lehrstuehle/Knorr/3_Update_Corona_und_Uebersterblichkeit_Einfluss_von_Corona_4_Laender.pdf).

28.10.2021

DIE WELT: Sorge vor Überlastung der Krankenhäuser wächst:<sup>114</sup> Obwohl viele Deutsche geimpft sind, steigt die Zahl der Corona-Patienten in Krankenhäusern. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft sieht eine „kritische Situation der Pandemie“ – und auch der Weltärztebund schlägt Alarm.“ (siehe hierzu Abb. 4-8).

4.11.2021

SWR: Die aktuelle Lage auf den Intensivstationen (Update z.B. vom 14.09.2021): „Immer noch erkranken insbesondere viele ältere und ungeimpfte Infizierte so schwer an COVID-19, dass sie auf einer Intensivstation behandelt werden müssen. Eine Überforderung des Gesundheitswesens muss vermieden werden.“<sup>115</sup>

**Die folgende Grafik vermittelt „leider“ den Eindruck, dass im Vergleich zum Winter 20/21 und Frühjahr 21 deutlich weniger Corona-Patienten auf den Intensivstationen behandelt werden müssen:**

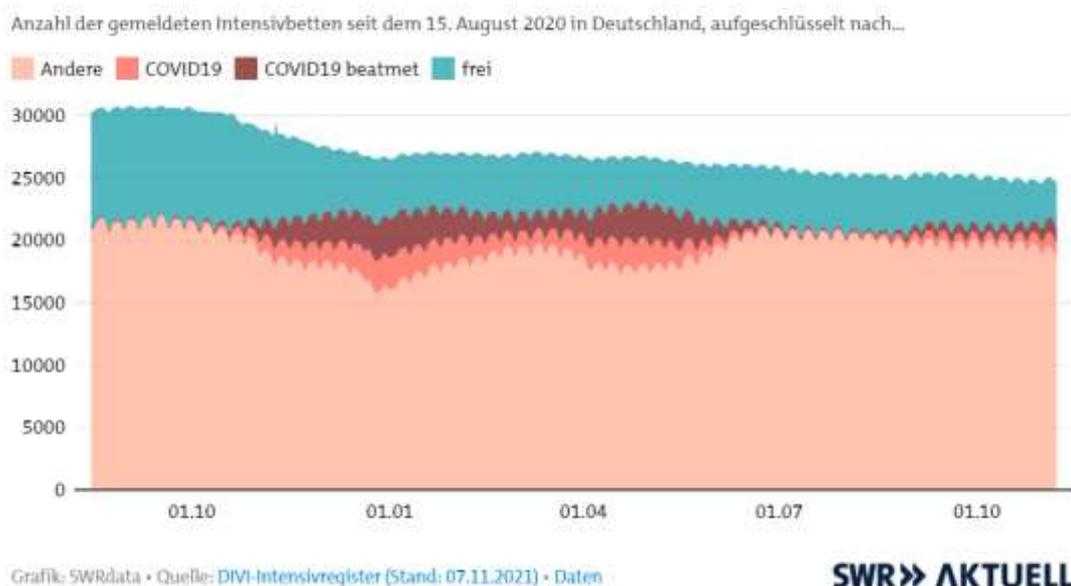


Abb. 4-8: Entwicklung der auf den Intensivstationen behandelten Fälle<sup>116</sup>

Für die oben an der ein oder anderen Stelle aufgrund der Datenlage geäußerten Vermutung, dass bei den Kliniken ein betriebswirtschaftliches Interesse hinter der Verbringung von auch und vermehrt Covid19-Patienten auf die Intensivstationen zu verbringen liefern auch die folgenden Daten des statistischen Bundesamts (zumindest schwerwiegende) Indizien:

„WIESBADEN – Die Corona-Pandemie hatte im Jahr 2020 deutliche Auswirkungen auf die Zahl der stationären Behandlungsfälle und Operationen in den deutschen Krankenhäusern: Insgesamt wurden 16,4 Millionen Patientinnen und Patienten in den allgemeinen Krankenhäusern stationär behandelt. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt, waren das 13 % beziehungsweise fast 2,5 Millionen Fälle weniger als im Vorjahr. Besonders

<sup>114</sup> <https://www.welt.de/wissenschaft/article234693458/Coronavirus-Sorge-vor-Ueberlastung-der-Krankenhaeuser-waechst.html>.

<sup>115</sup> <https://www.swr.de/swraktuell/corona-lage-auf-den-intensivstationen-100.html>.

<sup>116</sup> Quelle: Ebda.

stark war der Rückgang in der ersten Corona-Welle im April 2020 mit über einem Drittel (-35 %) weniger stationärer Behandlungsfälle als im Vorjahresmonat. Die Zahl der Operationen ging im Jahr 2020 gegenüber dem Vorjahr um 9,7 % auf 6,4 Millionen zurück. Mit oder wegen einer Corona-Infektion wurden 176 100 Menschen behandelt. Ein Drittel (33 %) davon waren über 80-Jährige, ein weiteres gutes Drittel (36 %) war 60 bis 80 Jahre alt.“<sup>117</sup>

Hat man also jüngere Personen unnötig und länger auf die Intensivstationen verbracht, um die Verluste aufgrund der deutlich gesunkenen Patientenzahlen zu kompensieren? Und, stehen die deutlich gesunkenen Patientenzahlen im Zusammenhang mit der relativ hohen Übersterblichkeit in Deutschland (die nichts bzw. nur in geringem Maße mit Corona zu tun haben kann)?<sup>118</sup>

Panikberichterstattung über die Aus- und Überlastung der Kliniken findet sicher jede und jeder Leser auch in seinen lokalen Medien. Doch auch eine nur annähernd die Menge an Medienberichten erfassende, vollständig wäre vollkommen unmöglich; selbst die Wiedergabe der Medienberichterstattung über die Überlastung der Intensivstationen in Deutschland ist unmöglich. Wer an derartigen Berichten interessiert ist, dem sei vor allem die überregionale Berichterstattung des SPIEGEL empfohlen. Gibt an z.B. in einer der einschlägigen Internet-Suchmaschinen die Begriffe „Intensivstationen Corona Der Spiegel“ ein erhält man hunderte Treffer, die einem in bester Claas Relotius, ein mit Journalismus Preisen überhäufteten Autor, Manier immer wieder „schaurig schöne Schauer über den Rücken laufen lassen“. Daten, Zahlen und Fakten, sind hier nicht so wichtig, wichtig ist die Geschichte von realen (oder fast realen, sagen wir idealtypischen (erfunden ist so ein hässliches Wort)) Personen.

27.02.2021

DER SPIEGEL: Intensivstation. Der größte Kampf der Corona-Pandemie findet Tag für Tag hinter verschlossenen Türen statt, auf den Intensivstationen. Eine Pflegerin aus Tübingen wollte ihn sichtbar machen. Entstanden sind Fotos, die berühren.<sup>119</sup>

Kann man so machen. Wer möchte kann dem obigen Link folgen, allen anderen möchte ich diese Art der Berichterstattung ersparen.

Das Problem eines (nicht enden wollenden (falschen)) Alarms hat bereits ÄSOP<sup>120</sup> in einer seiner berühmten Fabeln bereits vor mehr als 2.000 Jahren formuliert:<sup>121122</sup>

„Ein Hirtenjunge hütete eine Herde von Schafen, die friedlich auf einer Wiese grasten. Da überkam ihn eine Langeweile und er überlegte sich, einen Spaß zu machen. Er rief so laut,

---

<sup>117</sup>

[https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/09/PD21\\_445\\_231.html#:~:text=Wie%20das%20Statistische%20Bundesamt%20\(Destatis,station%C3%A4rer%20Behandlungsf%C3%A4lle%20als%20im%20Vorjahresmonat.](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/09/PD21_445_231.html#:~:text=Wie%20das%20Statistische%20Bundesamt%20(Destatis,station%C3%A4rer%20Behandlungsf%C3%A4lle%20als%20im%20Vorjahresmonat.)

<sup>118</sup> Siehe auch Teil 3 dieses Blogs (Fn. 112).

<sup>119</sup> <https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/covid-19-der-ungeschoente-blick-auf-die-corona-intensivstation-in-tuebingen-a-e71d8067-6560-4cd9-95cc-811fc3227948.>

<sup>120</sup> Ob es den ominösen ÄSOP je gegeben hat und ob die Fabeln tatsächlich auf diese Person zurückzuführen sind, ist hier nicht wichtig (Vgl. aber <https://de.wikipedia.org/wiki/%C3%84sop.>)

<sup>121</sup> <https://www.deutschland-lese.de/streifzuege/fabeln/aesop/der-hirtenjunge-und-der-wolf/>. (Sprachlich sicherlich verbesserungswürdig).

<sup>122</sup> Für jüngere Leser dieses Blogs, falls es diese gibt, sei darauf hingewiesen, dass es auch bei „den SIMPSONS“ dieses Thema bereits gab: <https://www.youtube.com/watch?v=u7LjwZ7uRno> (The Simpsons - The Bart that cried wolf (S4Ep07)).

dass man es bis zu dem in der Nähe liegenden Dorf hören konnte: „Hilfe, Hilfe, der Wolf kommt!“.

Die Bewohner des Dorfes hörten es und eilten schnell herbei, um den Jungen und seine Schafe zu schützen. Als sie auf der Wiese eintrafen, lachte der Hirtenjunge nur und freute sich, dass er den Dorfbewohnern einen Schrecken eingejagt hatte.

Es ging einige Zeit ins Land, da hütete der Junge wieder seine Schafe und dieses Mal kam tatsächlich ein Rudel von Wölfen auf ihn und seine Herde zu. Voller Aufregung und Angst schrie der Hirtenjunge wieder: „Hilfe, Hilfe, die Wölfe kommen!“. Die Bewohner des Dorfs zuckten mit den Schultern und sagten sich: „Ein zweites Mal lassen wir uns von dem dummen Jungen nicht hinters Licht führen“. Sie blieben, wo sie waren und unternahmen nichts, um dem Hirtenjungen zu Hilfe zu kommen. Der aber und seine Schafe wurden von den Wölfen überfallen und aufgefressen.

**Fazit: Ein Sprichwort sagte dazu: „Wer einmal lügt, dem glaubt man nicht, und wenn er auch die Wahrheit spricht.“**

## 6 „Eine unendliche Geschichte“, die noch nicht vorbei ist. Zur aktuellen Diskussion um die Überlastung der Intensivstationen: Trifft eine Behauptung doch mehr zu, je häufiger man sie äußert?

10.11.2021

Bereits am 10.11.2021 warnt der allseits beliebte Virologe Christian Drosten im ZDF vor einer Corona-„Notfallsituation“ und „hält neue Kontaktbeschränkungen“ für denkbar.<sup>123</sup> Als Grund gibt er den mangelnden Fortschritt beim Impfen an und rechnet mit weiteren 100.000 „Pandemie-Toten“: „Sollte es beim Impfen keinen Fortschritt geben, müsste sich Deutschland auf mindestens 100.000 weitere Corona-Tote vorbereiten“.

Wie allen guten Orakeln und Nachfolgern von Nostradamus müsste man wissen, was der allseits beliebte Virologe Drosten unter „Corona-Toten“ versteht. Auch in einem normalen Jahr sterben im Winter ca. 20.000 Menschen pro Woche.<sup>124</sup> Bei grob gerechnet 12 Winterwochen sind das 240.000 Menschen. Wenn wir für den Winter 2020/21 eine höhere Übersterblichkeit von 5.000 Personen pro Woche annehmen (was sicherlich zu hoch gegriffen ist), dann kommen wir für den vergangenen Winter auf ca. 60.000 zusätzliche Sterbefälle; die aber sicher nicht alle auf „Corona“ zurückzuführen sind (In der KW1 2021 sind zwar 5.540 Sterbefälle mit Corona in Verbindung gebracht worden. Ab der KW5 sinkt die Zahl aber auf unter 3.000 und ab der KW8 auf unter 2.000. In der KW42 (18.10.2021 – 21.10.2021) wurden 506 Sterbefälle mit Corona in Verbindung gebracht. Wenn der allseits beliebte Virologe Drosten sich ein zweites Standbein als Wahrsager auf dem Rummel aufbauen möchte, müsste sich die Zahl der wöchentlich Corona zugeschriebenen Todesfälle also mehr als verzehnfachen. Schauen wir mal ...

13.11.2021

---

<sup>123</sup> Vgl. z.B. <https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/corona-inzidenzen-drosten-notfallsituation-impfluecke-100.html>.

<sup>124</sup> Zu den Angaben zur Sterblichkeit in diesem Kapitel vgl.

<https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Corona/Gesellschaft/bevoelkerung-sterbefaelle.html>.

In der Frankfurter Allgemeinen Zeitung konnte man am 13.11. lesen: Während die Fälle von Corona-Neuinfektionen in Deutschland rasant steigen, schlägt der Intensivmediziner Christian Karagiannidis<sup>125</sup> Alarm. „Die eingeschränkte Betriebsfähigkeit der Intensivstationen und der Personalmangel haben ein All-Time-High erreicht. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen rackern gerade weg, was sie können, aber sie sind zunehmend am Limit“, schrieb Karagiannidis, Leiter des Intensivregisters der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (Divi), am Samstagabend auf Twitter.“<sup>126</sup> Als Beleg wird das folgende Getwitter angeführt

**ECMO\_Karagiannidis**  
@ECMOKaragianni1

Die eingeschränkte Betriebsfähigkeit der **#Intensivstationen** und der **#Personalmangel** haben ein All Time-High erreicht. Die Mitarbeiter:innen rackern gerade weg was sie können, aber Sie sind zunehmend am Limit.  
**#FlattenTheCurve** mit BOOSTERN (=mind. 1Mio pro Tag), 2G, etc.

7:02 nachm. · 13. Nov. 2021

1.335 Sieh dir aktuelle Informationen zu COVID-19 auf Twitter an

[Twittere deine Antwort](#)

© Twitter

<sup>125</sup> Dass Herr Karagiannidis und der allseits beliebte Virologe Drosten den gleichen Vornamen haben, ist sicherlich reiner Zufall.

<sup>126</sup> <https://www.faz.net/aktuell/politik/inland/intensivmediziner-karagiannidis-uns-rennt-die-zeit-davon-17632765.html>.

Eine Erklärung, was die obigen Abbildungen zu bedeuten haben, wird nicht mitgeliefert. **Ebenfalls nicht geliefert werden Zahlen, worauf sich die These der eingeschränkten Betriebsfähigkeit und des Personalmangels stützt.** Vermutlich ist die Datenquelle eine Umfrage unter Intensivmedizinern, deren Ergebnisse bereits am 22.10.2021 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht wurden.<sup>127</sup> Zentrale Kennzahlen wie „Stammpersonal Pflege im Vergleich zu vor der Pandemie“ müsste man doch ohne weiteres aus der Buchhaltungs- bzw. Personaldaten der Kliniken stellenscharf ermitteln können: Hier eine subjektive Bewertung zu verwenden – mit höchst indoktrinativer Fragestellung – ist aus Sicht jeder wissenschaftlich basierten Empirie „Stümperhaft“. Es wird deutlich, dass es sich um subjektive Einschätzungen ohne faktische Belege eines Personenkreises handelt, der mehr staatliche Subventionen oder aus den Kassen der Krankenversicherer haben möchte. Was hätte die Erhebung anderes ergeben sollen ... (und, würden die Mehreinnahmen aus den staatlichen Kassen dann tatsächlich bei den Pflegekräften ankommen, oder doch mehr im „Overhead“, d.h. den Klinikchefs landen? Würde das überprüft, z.B. durch die Rechnungshöfe der Länder?)

15.11.2021

SWR: Folge des Pflegemangels - RLP: Ein Viertel weniger Intensivbetten als 2020.<sup>128</sup>

„Rheinland-Pfalz hat innerhalb eines Jahres rund ein Viertel der Intensivbetten in Kliniken verloren. Das geht aus Zahlen der Intensivmediziner-Vereinigung DIVI hervor. „Demnach stehen in Rheinland-Pfalz derzeit etwas über 1.000 Intensivbetten zur Verfügung, vor einem Jahr waren es noch mehr als 1.300 Intensivbetten. Grund dafür sei ein Rückgang an Pflegepersonal. DIVI-Präsident Gernot Marx sagte dem SWR: Die Kollegen auf den Intensivstationen müssten ihre Patienten entsprechend steuern und hätten bei einer gleich hohen Anzahl von Corona-Patienten deutlich weniger freie Betten für Notfallpatienten zur Verfügung.“

Auch in Rheinland-Pfalz spitze sich die Lage zu, sei aber noch nicht so dramatisch wie in anderen Bundesländern. Rheinland-Pfalz verfüge noch über knapp 20 Prozent an freien Betten auf Intensivstationen.“

**Wie immer werden vom Interessenvertreterverband DIVI Zahlen über den angeblichen Personalrückgang im Bereich des Pflegepersonals im Bereich der Intensivmedizin nicht geliefert.** (Vgl. auch Kap. 3). **Gleichwohl wird dies, wie immer, ohne Recherche oder Nachfrage, vom SWR als Faktum so übernommen.** Kann man scheinbar so machen.

Auch die Zahl von „knapp 20 Prozent an freien Betten auf Intensivstationen“ erscheint im Moment noch nicht wirklich bedrohlich. Im Frühjahr 2021 (April), lag die Quote an freien Betten Deutschlandweit laut DIVI-Intensivregister bei ca. 12%.<sup>129</sup>

**SWR, am gleichen Tag (15.11.2021) diesmal aber Baden-Württemberg und nicht Rheinland-Pfalz,** erschien ein Beitrag betitelt:

„Kliniken voll - Wohin mit den Covid-Intensivpatienten aus Baden-Württemberg?“<sup>130</sup>

---

<sup>127</sup> Vgl. [https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/pressemeldungen-nach-themen/intensivstation/211015\\_DA%CC%88\\_Umfrage%20Intensivmedizin.pdf](https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/pressemeldungen-nach-themen/intensivstation/211015_DA%CC%88_Umfrage%20Intensivmedizin.pdf).

<sup>128</sup> <https://www.swr.de/swraktuell/rheinland-pfalz/weniger-intensivbetten-in-rheinland-pfalz-100.html>.

<sup>129</sup> Vgl. <https://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage/zeitreihen>.

<sup>130</sup> Vgl. <https://www.swr.de/swraktuell/baden-wuerttemberg/intensivpatienten-baden-wuerttemberg-100.html>. -

Und weiter geht es:

„Das Gesundheitsministerium hat dem SWR bestätigt: Die Kapazitäten auf den Intensivstationen sind wegen Covid-19-Patienten fast erschöpft. Über Verlegungen wird derzeit beraten.“

17.11.2021

Auch der RKI-Präsident Lothar Wieler übernimmt auf einer Youtube-Videokonferenz des Freistaats Sachsen, die vom Lobbyisten-Verband DIVI verbreitete, aber nie durch Zahlen belegte Behauptung, die Überlastung der Intensivbetten sei auf „Personalfucht“ zurückzuführen:

„Er [L. Wieler] wies auf den Personalmangel hin, konnte den Personalabbau aber auch nicht mit entsprechenden Daten belegen. Und dass mitten in der Krise tausende Pflegekräfte und Ärzte den Dienst quittiert haben sollen, hätte dem RKI schon vorher auffallen müssen. Das passierte schließlich nicht in den vergangenen vier Wochen, wenn es denn passiert sein sollte.“<sup>131</sup>

Die Frage, die sich eigentlich zunächst stellt, ist, inwieweit der Anstieg der COVID-19-Fälle darauf zurückzuführen ist, dass diese Fälle aufgrund (wegen) einer Corona-Infektion auf eine Intensivstation gekommen sind, oder nur mit, d.h. z.B. einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall, oder einen Verkehrsunfall hatten, und dann festgestellt wurde, dass sie aktiv mit Corona infiziert sind. Letzteres würde bedeuten, dass zwar die Corona-Infektionen zunehmen, aber nicht für eine (signifikante) Zunahme der Fälle auf den Intensivstationen verantwortlich wäre. Zumal sich eine Zunahme der Hospitalisierungsrate und der Auslastung der Intensivstationen dadurch ergeben müsste, da weniger Corona-Patienten sterben. Die Gründe sind, dass weniger Fälle (falsch) beatmet werden und weniger Risikofälle mit anderen Vorerkrankungen in hohem Alter mehr auftreten können. Die geringere Sterblichkeit der Corona-Patienten führt dazu, dass sie, weil sie nicht sterben, länger auf den Intensivstationen und in den Kliniken verbleiben, was die Auslastung fraglos erhöht.

Um den obigen SWR-Artikel wieder aufzunehmen:

„Gerade in Norddeutschland sei die Lage noch entspannter - auch deshalb, weil dort die Impfquote höher sei, erklärte Gesundheitsminister Manfred Lucha (Grüne). Daher gebe es gerade Gespräche mit Bremen und Niedersachsen wegen möglicher Verlegungen.“

„Der Koordinator für die intensivmedizinische Versorgung von Covid-Patienten in Baden-Württemberg, Götz Geldner, zeigte sich im Gespräch mit SWR Aktuell skeptisch. Geldner sagte, dass die Verlegung von Corona-Patienten von einer Region in eine andere in der vierten Welle nicht mehr viel helfe.“

"Die Verlegung von Covid-Patienten wird uns nur bedingt weiterhelfen: Wenn nirgends mehr ein freies Bett ist, wird dieses System an seine Grenzen kommen."

Zumindest Stand Mitte November 2021 könnte man Fälle auch ans Universitätsklinikum Tübingen, anstatt nach Bremen oder Niedersachsen, verlegen.

Das Universitätsklinikum Tübingen betreibt einen Live-Ticker rund um das Coronavirus am Uniklinikum Tübingen. Seit dem 26.06.2020 wird die Zahl der Corona-Fälle wie auch die Zahl der auf der Intensivstation behandelten Corona-Fälle fast täglich erfasst.<sup>132</sup> Derzeit, am 17. 11.2021, werden

---

<sup>131</sup> <https://www.welt.de/kultur/plus235127074/RKI-Praesident-Der-Offenbarungseid-des-Lothar-Wieler.html>.

<sup>132</sup> Siehe <https://www.medizin.uni-tuebingen.de/de/hinweise-corona-virus/corona-live-ticker>.

25 Infizierte im Klinikum behandelt und davon befinden sich 16 auf der Intensivstation. Im Rahmen der „ersten Welle“ im Frühjahr 2020 wurden als Höchstwerte 37 Infizierte behandelt, 33 davon auf der Intensivstation. **Aktuell befinden sich im Universitätsklinikum Tübingen demnach weniger als 50% Covid-Patienten auf der Intensivstation als im Frühjahr 2020.** Die folgende Tabelle und Grafik zeigen die Entwicklung der Fallzahlen am Universitätsklinikum Tübingen.

Welle	Datum	Hospitalisiert	Intensiv
1	03/04/2020	37	33
2	12/01/20-21	44	18
3	04/05/2021	38	23
4	10/11/2021	24	15
<b>Aktuell</b>	17/11/2021	25	16

Tabelle 4-4: Anzahl der Covid19-Fälle am Universitätsklinikum Tübingen, differenziert nach Hospitalisiert und Intensiv, 1. Welle Corona-Infektionen bis 17.11.2021, Quelle: Live-Ticker rund um das Coronavirus am Uniklinikum Tübingen<sup>133</sup>

Interessant ist nicht nur, dass derzeit weniger als die Hälfte an Intensiv-Kapazitäten benötigt werden als im Frühjahr 2020 (und auch im Vergleich zur 3. Welle im Frühjahr 2021 ist die Auslastung der Intensiv-Betten bei unter 70%); auffallend ist auch, dass in der 1. Welle fast ebenso viele Patienten „lediglich“ Hospitalisiert waren (also „ganz normal im Krankenhaus) als intensiv betreut werden mussten (ca. 47% aller Corona-Fälle). Der Anteil der Corona-Patienten, die Intensiv behandelt werden mussten sank in Verlauf der 2. Wellem auf unter 30%, um dann in der 3. Und 4. Welle wieder auf fast 40% anzusteigen.

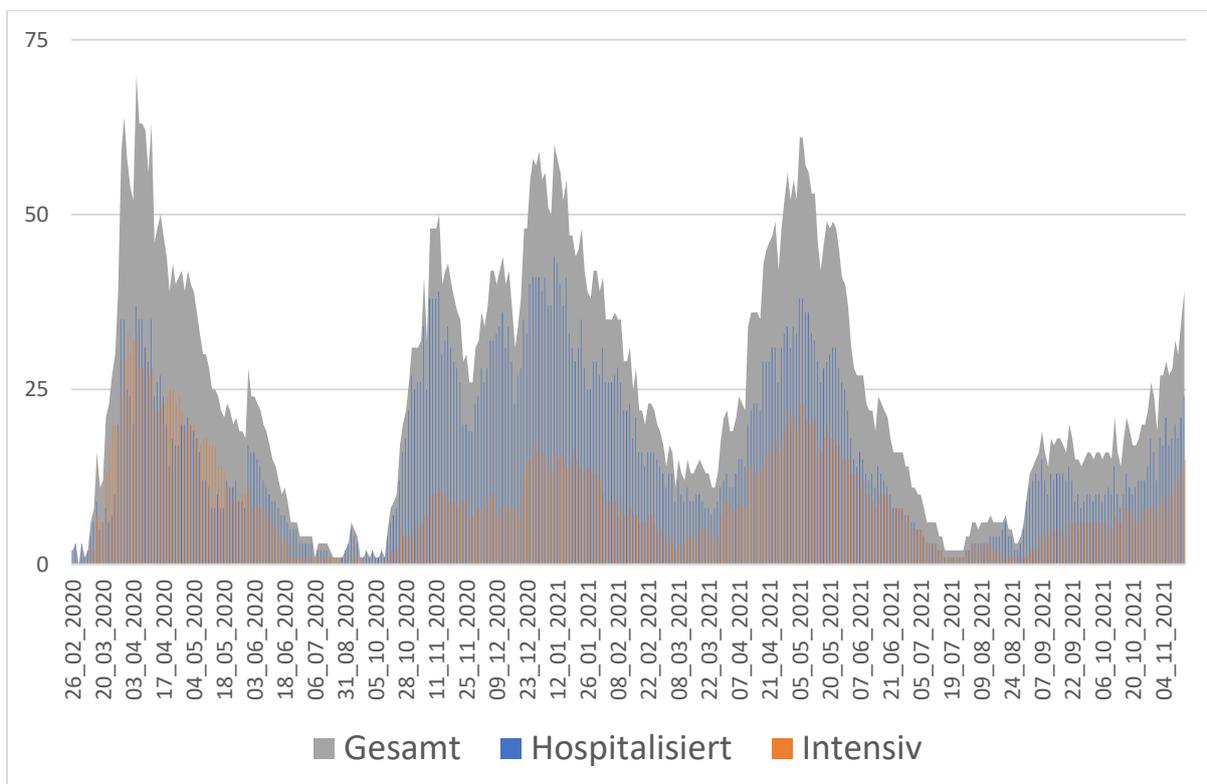


Abb. 4-9: Anzahl der Covid19-Fälle am Universitätsklinikum Tübingen, differenziert nach Hospitalisiert (Infiziert) und Intensiv, Quelle: Live-Ticker rund um das Coronavirus am Uniklinikum Tübingen

<sup>133</sup> Ebda. (Fn. 132).

Die Frage, die sich aufgrund der Daten des Universitätsklinikums Tübingen stellt: Ist die 4. Welle eine Welle der Ungeimpften? Und wer sind diese?

18.11.2021

Am 18.11.2021 taucht nach langer Zeit der medialen Abwesenheit auch der Leiter des Klinikums Ludwigshafen Prof. Günter Layer (siehe Kap. 2) wieder in den Medien (SWR) auf<sup>134</sup>. Zunächst ist der Artikel in der gewohnt alarmistisch und apokalyptischen Manier betitelt: „WEGEN CORONA: ANGESpanNTE SITUATION AM KLINIKUM LUDWIGSHAFEN - Klinikdirektor aus Ludwigshafen: Auch Geimpfte auf der Intensivstation. Auf die Frage des SWR „Wie ist denn die Corona-Situation derzeit am Klinikum Ludwigshafen?“ antwortet der Klinikdirektor ungewohnt sachlich: **„Die Lage in der ganzen Region ist angespannt und damit auch bei uns im Klinikum Ludwigshafen. Aber sie ist nicht annähernd so verzweifelt<sup>135</sup>, wie sie während der dritten Welle vor genau einem Jahr war.“**

Dem ist zuzustimmen. Am 27.11.2020 war in der Lokalzeitung DIE RHEINPFALZ zu lesen (siehe Kap. 2): „Corona-Krise: Keine planbaren Eingriffe mehr am Klinikum - Ludwigshafen -. ... Im Haus werden aktuell über 130 Covid-19-Patienten behandelt – 30 davon auf den Intensivstationen“.

Im obigen SWR-Artikel vom 18.11.2021 wird von 20 Corona-Patienten auf Normal- und 9 auf Intensivstationen berichtet. Das wären also am 18.11.2021 weniger als ein Drittel (ca. 30%) im Vergleich zum 27.11.2020.

Und, in einem n-tv Beitrag vom 15.11.2021 mit dem Titel „Sterben wirklich viele Geimpfte an Corona?“<sup>136</sup> ist zu lesen:

„Eine Meldung aus Bayern sorgt für Aufsehen: Das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittel (LGL) gab am Wochenende bekannt, dass rund 30 Prozent der Corona-Todesfälle im Oktober bereits vollständig geimpft waren. ...

Sehr viele der vollständig geimpften Corona-Toten in Bayern waren Hochbetagte über 80 Jahre, die am stärksten gefährdete Altersgruppe. ....

Das führt zu einer scheinbar paradoxen Situation: Mit der Impfquote steigt der Anteil Geimpfter unter den Todesfällen. Als Beispiel: Bei einer Impfquote von 100 Prozent wären alle Corona-Toten vollständig geimpft.“

„Eine im Fachmagazin "The Lancet" erschienene Studie aus Schottland lieferte zudem Erkenntnisse zu den Todesumständen Geimpfter. Unter den 3,27 Millionen Menschen in Schottland, die bis zum 18. August vollständig geimpft waren, starben 236 - ein Anteil von 0,007 Prozent. Was bei der schottischen Studie auffiel: Bei 97 Prozent der geimpften Corona-Todesfälle war mindestens eine weitere Todesursache auf dem Totenschein aufgeführt. Im Schnitt waren es sogar drei. Am häufigsten betroffen waren Menschen über 75 Jahren, die viele weitere Erkrankungen hatten.“

„Natürlicherweise“ sterben Personen mit zunehmendem Alter, z.B. über 80-Jahren, relativ häufig. Gleichzeitig sind die älteren Altersgruppen überdurchschnittlich häufig (doppelt oder dreifach) geimpft. Sterben diese Personen also altersbedingt, kann es sein, dass sie **auch** Corona infiziert sind.

---

<sup>134</sup> Vgl. <https://www.swr.de/swraktuell/rheinland-pfalz/ludwigshafen/interview-layer-lu-november-2021-100.html>.

<sup>135</sup> Über die Formulierung „nicht annähernd so verzweifelt“ ist man natürlich schon wieder sehr froh.

<sup>136</sup> [https://www.n-tv.de/panorama/Sterben-wirklich-viele-Geimpfte-an-Corona-article22932056.html?utm\\_source=pocket-newtab-global-de-DE](https://www.n-tv.de/panorama/Sterben-wirklich-viele-Geimpfte-an-Corona-article22932056.html?utm_source=pocket-newtab-global-de-DE).

(Mehr als 70% der Todesfälle in Deutschland sollten auch mit „Herpes“ infiziert sein. Niemand würde eine Statistik berechnen, wie viele Personen mit oder an Herpes gestorben sind).

In der Statistik tauchen aber alle Fälle, die aktuell oder auch früher einmal mit Corona infiziert waren vermutlich als Corona-Tote mit Impfdurchbruch auf. Die hohe Zahl geimpfter Corona-Toter ist demnach eine klassische „Milchmännchenrechnung“.<sup>137</sup>

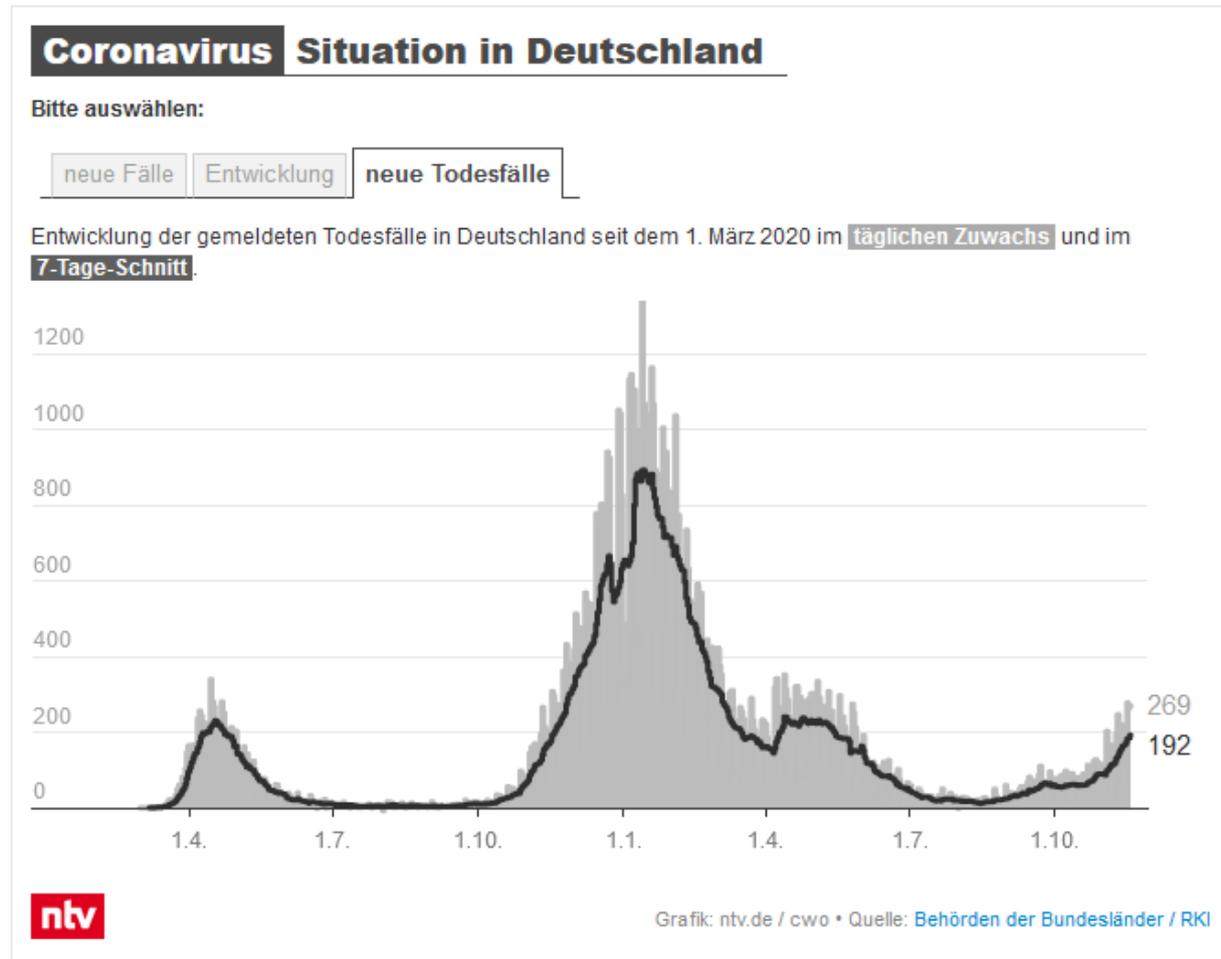


Abb. 4-10: Entwicklung der Corona-Todesfälle in Deutschland, neue Todesfälle, Quelle: n-tv<sup>138</sup>

<sup>137</sup> Siehe hierzu auch S. 39 (und Fn34.).

<sup>138</sup> A.a.O., Fn.136.

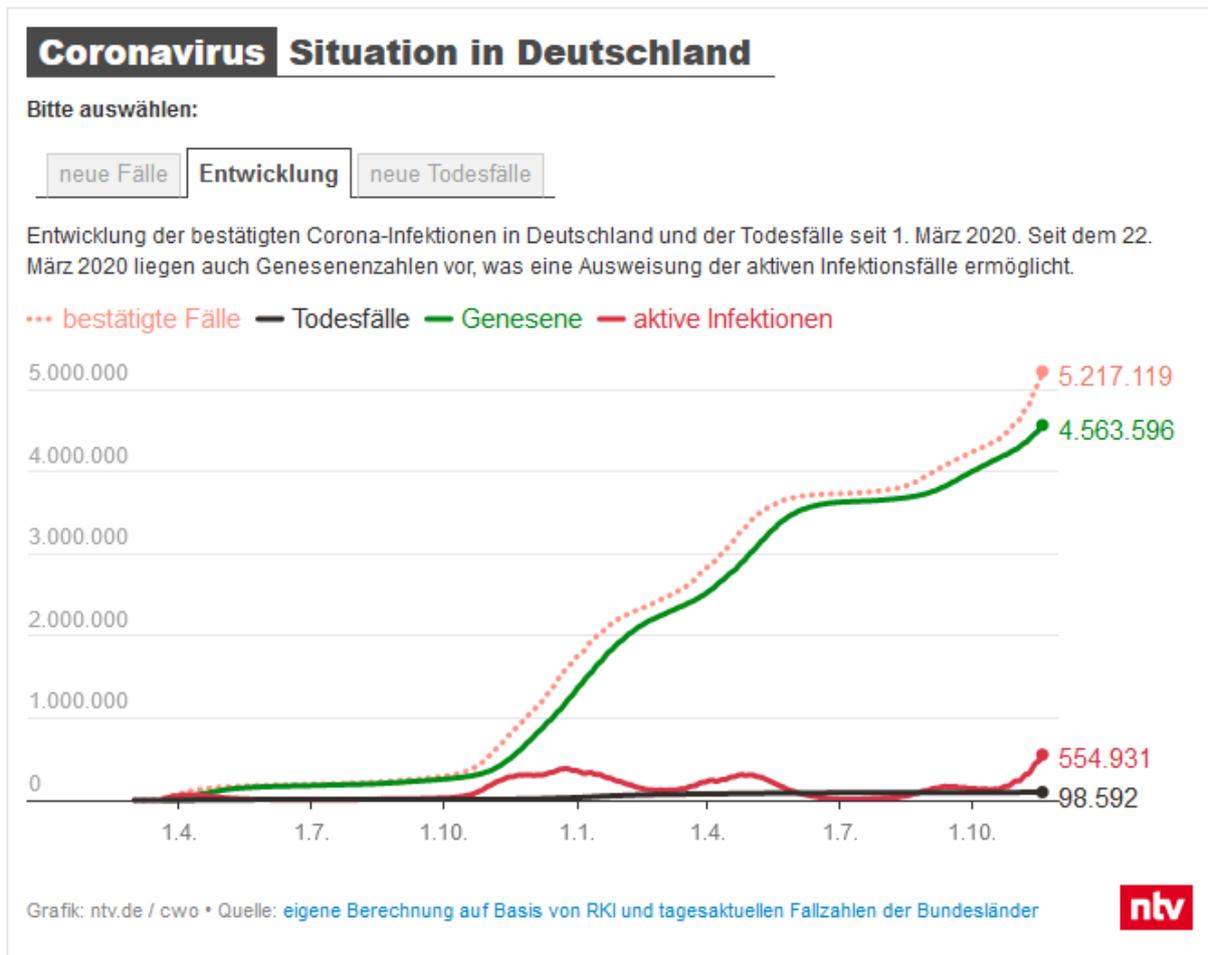


Abb. 4-11: Entwicklung der Corona-Todesfälle in Deutschland, Entwicklung, Quelle: n-tv<sup>139</sup>

Die Abb.4-10 und 4-11 zeigen deutlich, dass die Übersterblichkeit wegen Covid19 kein Thema für Lockdowns u.ä. mehr sein kann. Es bleibt daher „nur“ die Situation in den Krankenhäusern und Intensivstationen.

**Wenn wir aber also von einer Überlastung der oben betrachteten Kliniken Tübingen und Ludwigshafen zum aktuellen Zeitpunkt, im Vergleich z.B. zum Herbst 2020, ausgehen wollen, dann müssten mindestens 25%-33% Prozent der Ärzte und Pflegekräfte die Kliniken verlassen haben.**

**Auch die in Kap. 3 präsentierten und diskutierten DIVI-Daten legen es nahe, dass ca. 30% der Ärzte und des Pflegepersonals im Intensivbereich „gekündigt haben und abgewandert sind“:** Am 20.05.2020 wurden noch ca. 31.150 betreibbare Intensivbetten durch das DIVI gemeldet; am 5.09.2021 waren es nur noch 22.300. **Ein Verlust von ca. 30%. Zurückzuführen auf Kündigungen und dem Verlust von Pflegepersonal?**

Eine Blitzumfrage des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) (Veröffentlichungsdatum 29.10.2021)<sup>140</sup> hat ergeben, dass 72 Prozent der befragten Krankenhäuser angegeben haben .., weniger Intensivpflegepersonal zur

<sup>139</sup> A.a.O., Fn.136.

<sup>140</sup> [https://www.dki.de/sites/default/files/2021-11/2021\\_10%20Krankenhaus-Pool\\_Abwanderungen%20aus%20der%20Intensivpflege\\_0.pdf](https://www.dki.de/sites/default/files/2021-11/2021_10%20Krankenhaus-Pool_Abwanderungen%20aus%20der%20Intensivpflege_0.pdf) . An der Repräsentativbefragung beteiligten sich bundesweit 233 Krankenhäuser ab 50 Betten. Ob die Befragung aufgrund der ca. 2.000 Krankenhäuser mit sehr großen Schwankungen der Größenklassen, insgesamt für Deutschland repräsentativ ist, insbesondere im Hinblick auf die Intensivbetten-Kapazitäten, gibt es keine weiteren Angaben: „Kann so sein, muss aber nicht“.

Verfügung zu haben, als noch Ende 2020. . . „Die Abwanderungen betreffen **in gut einem Drittel der Kliniken bis zu 5 Prozent** des Intensivpflegepersonals und in knapp 30 Prozent der Intensivbereiche zwischen 5 und 10 Prozent der Pflegekräfte. Hauptgründe hierfür sind Kündigungen, interne Stellenwechsel oder Arbeitszeitreduktionen.“

Die Abwanderungen betreffen demnach nur ein Drittel der Kliniken und bei denen lediglich bis zu 5 % des Intensivpflegepersonals. Und diese sind möglicherweise intern umgesetzt worden, weil es keine Freihaltepauschale für gar nicht benötigte Intensivbetten mehr gab (siehe insbes. Kap. 3).

**Nun könnte man sich fragen, wieso eine Abwanderung des Personals in lediglich einem Drittel der Kliniken im Bereich der Intensiv-Medizin, und dort um lediglich bis zu maximal 5% angeblich zu einer Abnahme von insgesamt 30% der Intensiv-Kapazitäten geführt hat. Weiterhin fragt sich, warum „interne Stellenwechsel“ in den Kliniken zur Verknappung von Intensiv-Kapazitäten geführt hat, obwohl doch die Intensiv-Stationen überlastet waren und sind? Und dass in der Pandemie...**