

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit
UA Pandemie

Ausschussdrucksache

19(14-2)13(2)

gel ESV zur öffent Anh am
08.07.2021 - Langfristige

05.07.2021

Stellungnahme zur Anhörung vom 08. Juli 2021, 10.30 Uhr im

Unterausschuss

Parlamentarisches Begleitgremium COVID-19-Pandemie

(Deutscher Bundestag)

Titel:

Langfristige Konsequenzen für das Gesundheitssystem

Lernen aus der Pandemie

Einzelfachverständiger:

Tom Lausen (Lausen Media, Informatiker)

Tom Lausen hat eine Datenanalyse zur Frage der

„Überlastung des Gesundheitssystems“

in deutschen Intensivstationen vorgenommen.

Feststellungen zu Daten und Datenerhebungen im deutschen Gesundheitssystem

„In einer Pandemie, die uns alle betrifft, sind Zahlen und Daten die Grundlage für Wissen und Handeln.“

Als Einzelsachverständiger stelle ich in den Daten des RKI und DIVI vom 22.04.2020 bis zum 05.07.2021 Folgendes fest:

„Es gibt in dieser Pandemie signifikante Fehlerquellen bei der Erhebung relevanter Daten und Zahlen im deutschen Gesundheitssystem.“

„Es gibt in dieser Pandemie signifikante Fehlinterpretationen der Daten und Zahlen des deutschen Gesundheitssystems.“

„Aus meinen Datenauswertungen gehen nachweisbar schwere Fehlentscheidungen der Regierung auf Basis falscher oder nicht vorhandener Dateninterpretationen hervor. (IFSG §28b - Bundesnotbremse) “

„Meine Datenauswertungen ergeben ferner deutliche Evidenzen für schwerwiegende gesetzliche Fehlanreizbildungen seitens der Regierung bzw. des BMG, die erheblich zur negativen Beeinflussung des Pandemieverlaufes führten.“

Definitionen des RKI vom 9.04.2020:

Epidemiologisches Bulletin 17 | 2020

Schwere Krankheitsverläufe:

Basierend auf den Informationen aus dem Meldesystem werden die Krankheitsverläufe mit unterschiedlicher Schwere folgendermaßen beschrieben:

- **milder Verlauf:**

Husten und Fieber (Influenza-like-Illness, ILI)

- **moderater Verlauf:**

Pneumonie (ohne Hospitalisierung)

- **schwerer Verlauf:**

hospitalisierte Fälle

- **kritischer Verlauf:**

Fälle mit Aufenthalt auf einer Intensivstation und Todesfälle

Die Daten zu den hospitalisierten Fällen werden nicht verpflichtend amtlich erhoben. Die Daten zu hospitalisierten Fällen werden nur freiwillig bei Bekanntwerden von den Gesundheitsämtern an das RKI angeliefert und sind entsprechend nicht ausreichend valide. Tatsächliche Hospitalisierungsdaten liegen demzufolge vollständig nur den Krankenhäusern und Krankenkassen vor, nicht dem RKI.

Ich beziehe mich in meiner Datenanalyse ausschließlich auf die per Definition benannten „kritischen Verläufe“, die auf den Intensivstationen behandelt werden.

Ich weise ausdrücklich daraufhin, dass die Begrifflichkeit „kritische Verläufe“ die allgemeine Öffentlichkeit niemals erreicht hat. Es kursiert weitgehend der nicht per Gesetz definierte Begriff „schwerer Verlauf“. Unter dem Begriff „schwerer Verlauf“ wird seither leider in der Öffentlichkeit nahezu jede ungewünschte, unangenehme Verlaufsform von COVID 19 frei subsummiert.

Welches sind die Mindestanforderungen für eine Datenerhebung, die eine „Überlastung des Gesundheitssystems“ anzeigen kann?

Hospitalisierungszahlen spielen keine wichtige Rolle bei der Bewertung „Überlastung des Gesundheitssystems“

Wenn Hospitalisierungsdaten nicht gesetzlich erhoben werden, dann ist der Gesetzgeber offenkundig auch nach über einem Jahr der Auffassung, dass die Hospitalisierung auf Normalstation eines Krankenhauses keinerlei „Überlastung des Gesundheitssystems“ anzeigen kann. Die Daten können natürlich als Indikator für die zu erwartende Intensivstationsbelegung dienen, offenkundig ist dies aber bisher nicht zu gesetzlichen Erhebungsverlangen gekommen.

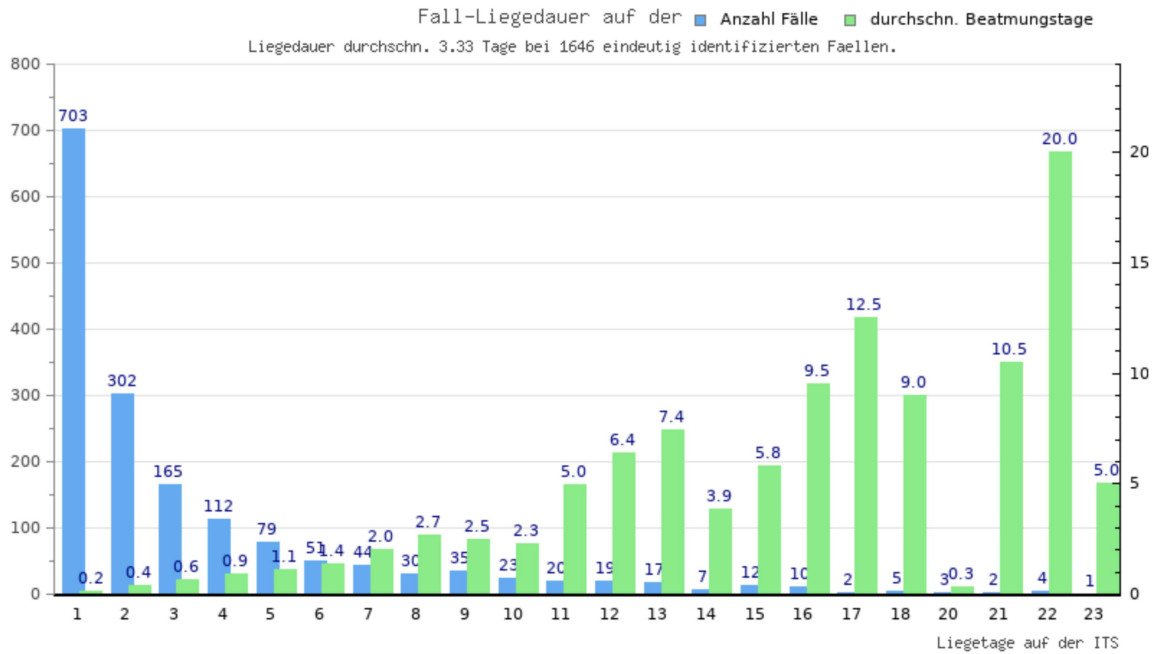
Da der Gesetzgeber aber per Verordnung die Daten der Infizierten auf den Intensivstationen verpflichtend erheben lässt, kann hieran abgelesen werden, dass nur die Intensivstationen bei der Bewertung der „Überlastung des Gesundheitssystems“ herangezogen werden. Diese amtlich erhobenen Daten sollen die „valide“ Grundlage der Beurteilung der „Überlastung des Gesundheitssystems“ darstellen, damit diese zur bevölkerungsweiten Pandemiesteuerung herangezogen werden können.

Ferner ist dringend eine Definition erforderlich, die in die Bewertung „Überlastung des Gesundheitssystems“ einfließen darf. Ein Patient, der wegen COVID 19 auf der Intensivstation liegt, wird laut Angabe der Intensivmediziner zu einer verstärkten Belastung, weil dieser deutlich längere Liegedauer aufweist als die üblichen anderen Patienten, teils auch unter Beatmung.

In dieser Definition muss also auch die Liegedauer eines COVID 19 Patienten eine gewichtige Rolle spielen. Ein Patient, der nur 1-3 Tage mit COVID 19 in einer Intensivstation behandelt wird, belastet das Gesundheitssystem jedenfalls nicht durch lange Liegedauer.

Es muss demzufolge eine Definition für eine Erhebung stattfinden, die bestimmte Fälle im Zusammenhang mit einem positiven PCR klar abgrenzt von Fällen, die das Gesundheitssystem wirklich belasten und eventuell überlasten können.

In meinen Datenauswertungen habe ich deutschlandweit herausgefiltert, dass es in den Intensivstationen mindestens 1.170 identifizierbare Fälle von 1- 3 Tagesliegern auf den Intensivstationen gab. Diese Fälle sind bei der Bewertung der „Überlastung des Gesundheitssystems“ zukünftig auszuschließen.



Leer (55)

Datum	COVID Fälle	COVID beatmet	Betten gesamt	Betten frei	Betten belegt	Auslastung ITS	%-Ant. Beatmung an COVID
So 05.07.2020 (3/2)	0	0	41	25	16	39 %	0 %
Sa 04.07.2020 (3/2)	5	0	41	22	19	46 %	0 %
Fr 03.07.2020 (3/2)	0	0	41	29	12	29 %	0 %

Au in der Pfalz (76)

Datum	COVID Fälle	COVID beatmet	Betten gesamt	Betten frei	Betten belegt	Auslastung ITS	%-Ant. Beatmung an COVID
Fr 22.05.2020 (3/2)	0	0	20	13	7	35 %	0 %
Fr 22.05.2020: -4 Betten (-17%)							
Do 21.05.2020 (3/2)	5	3	24	14	10	42 %	60 %
Mi 20.05.2020 (3/2)	0	0	22	17	5	23 %	0 %

Bad Kissingen (97)

Datum	COVID Fälle	COVID beatmet	Betten gesamt	Betten frei	Betten belegt	Auslastung ITS	%-Ant. Beatmung an COVID
Do 16.07.2020 (4/4)	0	0	58	17	41	71 %	0 %
Mi 15.07.2020 (4/4)	4	0	56	20	36	64 %	0 %
Di 14.07.2020 (4/4)	0	0	56	18	38	68 %	0 %

Potsdam (145)

Datum	COVID Fälle	COVID beatmet	Betten gesamt	Betten frei	Betten belegt	Auslastung ITS	%-Ant. Beatmung an COVID
Mi 19.08.2020 (5/4)	0	0	82	8	74	90 %	0 %
Di 18.08.2020 (5/4)	6	0	82	10	72	88 %	0 %
Mo 17.08.2020 (5/4)	0	0	82	19	63	77 %	0 %

Die Tageslieger sind leider nur deshalb sichtbar, weil die Intensivstationen jeweils am Tag zuvor und am Tag danach 0 COVID-Patienten gemeldet haben. In einem zahlenmässig höheren COVID-Geschehen, können diese Tageslieger derzeit nicht identifiziert werden. Es ist daher von einer starken Dunkelziffer der Tageslieger auszugehen. Trotzdem identifiziere ich auch Tageslieger in den sogenannten Wellen der Erkrankung. Hier einige Beispiele.

Tageslieger Auszug / Beispiele

<p>Zweibrücken 20.04.2021 bis 20.04.2021 (Kontrolle Daten)</p> <p>Liegedauer ges.=1</p> <p>Tag 1 Beatmung: 0</p> <p>Summe Beatmungstage dieser Fall : 0</p>	<p>Birkenfeld 14.04.2021 bis 14.04.2021 (Kontrolle Daten)</p> <p>Liegedauer ges.=1</p> <p>Tag 1 Beatmung: 0</p> <p>Summe Beatmungstage dieser Fall : 0</p>	<p>Donnersbergkreis 14.04.2021 bis 14.04.2021 (Kontrolle Daten)</p> <p>Liegedauer ges.=1</p> <p>Tag 1 Beatmung: 0</p> <p>Summe Beatmungstage dieser Fall : 0</p>
<p>Zweibrücken 11.04.2021 bis 11.04.2021 (Kontrolle Daten)</p> <p>Liegedauer ges.=1</p> <p>Tag 1 Beatmung: 0</p> <p>Summe Beatmungstage dieser Fall : 0</p>	<p>Trier-Saarburg 08.04.2021 bis 08.04.2021 (Kontrolle Daten)</p> <p>Liegedauer ges.=1</p> <p>Tag 1 Beatmung: 0</p> <p>Summe Beatmungstage dieser Fall : 0</p>	<p>Donnersbergkreis 06.04.2021 bis 06.04.2021 (Kontrolle Daten)</p> <p>Liegedauer ges.=1</p> <p>Tag 1 Beatmung: 0</p> <p>Summe Beatmungstage dieser Fall : 0</p>

Saale-Holzland-Kreis 31.03.2021 bis 31.03.2021
([Kontrolle Daten](#))

Liegedauer ges.=1

Tag 1 Beatmung: 0

Summe Beatmungstage dieser Fall : 0

Neu-Ulm 30.03.2021 bis 30.03.2021
([Kontrolle Daten](#))

Liegedauer ges.=1

Tag 1 Beatmung: 0

Summe Beatmungstage dieser Fall : 0

au in der Pfalz 29.03.2021 bis 29.03.2021
([Kontrolle Daten](#))

Liegedauer ges.=1

Tag 1 Beatmung: 0

Summe Beatmungstage dieser Fall : 0

Spree-Neiße 27.03.2021 bis 27.03.2021
([Kontrolle Daten](#))

Liegedauer ges.=1

Tag 1 Beatmung: 0

Summe Beatmungstage dieser Fall : 0

Verden 26.03.2021 bis 26.03.2021
([Kontrolle Daten](#))

Liegedauer ges.=1

Tag 1 Beatmung: 0

Summe Beatmungstage dieser Fall : 0

Stormarn 24.03.2021 bis 24.03.2021
([Kontrolle Daten](#))

Liegedauer ges.=1

Tag 1 Beatmung: 0

Summe Beatmungstage dieser Fall : 0

Nienburg (Weser) 22.03.2021 bis 22.03.2021
([Kontrolle Daten](#))

Liegedauer ges.=1

Tag 1 Beatmung: 0

Summe Beatmungstage dieser Fall : 0

Ostallgäu 22.03.2021 bis 22.03.2021
([Kontrolle Daten](#))

Liegedauer ges.=1

Tag 1 Beatmung: 0

Summe Beatmungstage dieser Fall : 0

Saale-Holzland-Kreis 22.03.2021 bis 22.03.2021
([Kontrolle Daten](#))

Liegedauer ges.=1

Tag 1 Beatmung: 0

Summe Beatmungstage dieser Fall : 0

Regionalverb. Saarbrücken 13.05.2020 bis 22.05.2020

[\(Kontrolle hohe Einweisungszahlen\):](#)

Bettenzahl

Datum	COVID-Fälle	Freie betten	Belegte Betten	Betten gesamt
13.05.2020	5	103	141	244
14.05.2020	16	104	140	244
15.05.2020	6	82	138	220
16.05.2020	5	80	140	220

Summe auffällige Zahl: 11
Kumilierte Fälle: 219

Regionalverb. Saarbrücken 28.10.2020 bis 06.11.2020

[\(Kontrolle hohe Einweisungszahlen\):](#)

Bettenzahl

Datum	COVID-Fälle	Freie betten	Belegte Betten	Betten gesamt
28.10.2020	8	35	108	143
29.10.2020	15	28	115	143
30.10.2020	16	25	118	143
31.10.2020	6	28	114	142

Summe auffällige Zahl: 7
Kumilierte Fälle: 226

Barnim 02.11.2020 bis 11.11.2020

[\(Kontrolle hohe Einweisungszahlen\):](#)

Bettenzahl

Datum	COVID-Fälle	Freie betten	Belegte Betten	Betten gesamt
02.11.2020	8	17	55	72
03.11.2020	20	11	62	73
04.11.2020	9	11	57	68

Summe auffällige Zahl: 12
Kumilierte Fälle: 238

Ludwigslust-Parchim 07.12.2020 bis 16.12.2020

[\(Kontrolle hohe Einweisungszahlen\):](#)

Bettenzahl

Datum	COVID-Fälle	Freie betten	Belegte Betten	Betten gesamt
07.12.2020	13	22	96	118
08.12.2020	21	22	95	117
09.12.2020	18	23	94	117
10.12.2020	14	23	97	120

Summe auffällige Zahl: 8
Kumilierte Fälle: 246

Leipzig 26.10.2020 bis 04.11.2020

[\(Kontrolle hohe Einweisungszahlen\):](#)

Bettenzahl

Datum	COVID-Fälle	Freie betten	Belegte Betten	Betten gesamt
26.10.2020	11	130	304	434
27.10.2020	20	96	330	426
28.10.2020	9	91	333	424

Summe auffällige Zahl: 9
Kumilierte Fälle: 255

Magdeburg 15.05.2021 bis 24.05.2021

[\(Kontrolle hohe Einweisungszahlen\):](#)

Bettenzahl

Datum	COVID-Fälle	Freie betten	Belegte Betten	Betten gesamt
15.05.2021	11	24	175	199
16.05.2021	70	23	176	199
17.05.2021	11	23	180	203

Summe auffällige Zahl: 59
Kumilierte Fälle: 314

Suhl 30.03.2021 bis 08.04.2021

[\(Kontrolle hohe Einweisungszahlen\):](#)

Bettenzahl

Datum	COVID-Fälle	Freie betten	Belegte Betten	Betten gesamt
30.03.2021	10	13	21	34
31.03.2021	19	11	23	34
01.04.2021	11	11	25	36

Summe auffällige Zahl: 9
Kumilierte Fälle: 323

Ferner werden versehentliche Fehleingaben zu falschen Datenerhebungen.

Ich bestreite die Validität der Intensivstationsdaten und rege deutlich die Herstellung einer validen Datenerhebung und deren Auswertung an. Ich rege diese Erhebung als wichtigstes Mittel für die nächste Infektions-Welle im Oktober 2021 an.

Meine Stellungnahme soll auszugsweise sichtbar machen, welche Versäumnisse dringend inspiziert und für die nächste Welle behoben werden sollten.

Diese Versäumnisse empfehle ich, schnellstens zu beheben:

1. Wieviele kritische Verläufe von COVID 19 haben wir auf den Intensivstationen?

Diese Information existiert nicht. **Niemand** weiss, wieviele wirklich kritische Verläufe auf deutschen Intensivstationen gelegen haben. Die Intensivstationen müssen per Verordnung alle Fälle melden, die einen positiven PCR Test haben. Diese von Minister Jens Spahn angeordnete Datenerhebung versperrt jeglichen Blick auf die wirkliche Zahl der tatsächlichen kritischen Verläufe von COVID 19, wie aus meinen Datenauswertungen ersichtlich wird.

2. Dateneingaben der Intensivstationen nur mit erheblichen Aufwand zu überprüfen

Alle Dateneingaben zu den Intensivstationen erfolgen über eine externe Eingabemaske des DIVI/RKI. Es werden so wenige Daten erhoben, dass die rückwirkende Prüfung nur mit äußerst erheblichem Aufwand erfolgen könnte. Eine Überprüfung bleibt nur bei extrem auffälligen Zahlen möglich, schon allein aufgrund der täglichen Datenmengen.

3. Dateneingaben der Intensivstationen gekoppelt an Ausgleichszahlungssystem

Wenn eine externe Eingabemaske die Dateneingabe schwer überprüfbar macht, dann öffnet sich die Möglichkeit von versehentlichen Falscheingaben bis hin zu Manipulationen. Alle per Verordnung erhobenen Eingaben der Intensivstationen bilden die Grundlage für Ausgleichszahlungen oder Sanktionen seitens der Landesbehörden.

4. Anpassung der amtlichen Pflichtangaben zu COVID-Patienten manipuliert

Amtlich verlangte Dateneingaben werden von mindestens einer Klinikgruppe zu Abrechnungszwecken angepasst. Am 20.01.2021 musste eine Klinikgruppe 2.687 als COVID 19 angemeldete Fälle wieder löschen. Mit diesen Fällen wurden auch 373 an oder mit COVID 19 gestorbene Menschen aus der COVID 19 Todeszahlen-Statistik gelöscht. Hier erinnere ich an Punkt 2, dass nur extrem auffällige Zahlen überhaupt auffallen.

5. Häufige Korrekturen der Todesfallzahlen

In insgesamt 56 Tagesreporten des RKI/DIVI wurden auf deutschen Intensivstationen insgesamt 1.690 als an oder mit COVID 19 gestorbene Fälle wieder aus der COVID-19 Todesfallzahlen-Statistik entfernt. Demzufolge sind allein 1.690 Todesfälle zunächst mit COVID 19 in Verbindung falsch gemeldet und dann nachträglich wieder entfernt worden. Da die COVID-Fälle zumeist mehrere Tage auf der Intensivstation liegen, ist eine versehentliche Falschmeldung durch die Intensivstationen eher unwahrscheinlich (Anlage 1).

6. Datenerhebung durch RKI/ DIVI ungenau - Fälle vs. Patienten

Die durch RKI/DIVI verkündete Anzahl der COVID-19 Fälle auf deutschen Intensivstationen ist nicht die Anzahl aller COVID-19 erkrankten Patienten und ist somit irreführend von RKI/DIVI im Tagesreport zugefügt. Die Zahl der „Patienten“ und die Zahl der „Fälle“ sind nicht miteinander vergleichbar. Die angegebene Zahl von aktuell ca. 117.000 „abgeschlossenen Behandlungen“ im RKI/DIVI Tagesreport weicht erheblich von der Zahl der Patienten mit COVID 19 auf den Intensivstationen ab und suggeriert - trotz Erläuterungen im Tagesreport - dass viel mehr Menschen jemals auf den Intensivstationen mit COVID 19

gelegen haben. Es ist hier eine Änderung bei Erhebungen zu Entlassungen und Verlegungen zu machen.

7. Veröffentlichung aller amtlich erhobenen Daten für Mathematiker Informatiker und Statistiker - keine Vorabmanipulation und Akkumulation der Daten durch das RKI

Das RKI und DIVI e.V. weigern sich, wichtige amtlich erhobene Daten, die keinerlei Patientenbezug haben, zeitnah oder überhaupt der Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen. Es wird empfohlen, diese Verweigerungshaltung zu überwinden, damit mehr Menschenleben gerettet werden können.

Tom Lausen werden seit Monaten Daten verwehrt, die eine Untersuchung zulassen würden, ob in einem Krankenhaus früher oder mehr invasiv beatmet wurde, als in anderen. Es wäre dabei auch zu untersuchen, ob aus den Beatmungsstrategien abzuleiten wäre, ob mehr oder weniger Beatmung zu mehr oder weniger Todesfällen führte.

Auch wäre schnell zu erkennen, ob bestimmte Krankenhäuser eine geringere Sterblichkeit auf der Intensivstation haben als andere. So können weitere Menschenleben gerettet werden. Ohne die Auswertung dieser Zahlen, werden zukünftig mehr Menschen an oder mit COVID 19 versterben, als man zulassen müsste, würde man die Daten transparent verfügbar machen.

Natürlich wäre auch prüfbar, ob Beatmungs- und Behandlungsstrategien frei sind von monetären Erfordernissen.

8. Tom Lausen wurde bisher nicht vom RKI kontaktiert

Der mit eingeladene Einzelsachverständige Prof. Dr. Karagiannidis, med. wissenschaftl. Leiter des DIVI, hat bereits am 31.03.2021 deutlich darum gebeten, dass Herr Lausen mit dem RKI zusammengebracht wird. So schrieb die Pressesprecherin des DIVI am 31.03.2021 an Herrn Lausen:

"die Erinnerung für unser Telefongespräch ploppt gerade bei mir hoch. Leider habe ich gestern eine Absage der med.-wiss. Leiter bekommen. Sie könnten wegen der hohen Arbeitsbelastung auf den Intensivstationen sich diesem Thema aktuell nicht annehmen. Ich solle bitte und deutlich das Team vom RKI mit Ihnen zusammenbringen. Das werde ich heute auch noch einmal direkt versuchen. "

Als Informatiker beschäftige ich mich vor allem mit den Datengrundlagen. Alle von mir ausgewerteten Daten sind originär in den deutschen Krankenhäusern auf der Grundlage einer eiligst im April 2020 geschaffenen Rechtsverordnung des Bundes, der DIVI-Intensivregister VO, erhoben worden. Diese aufbereiteten Daten stelle ich der Öffentlichkeit unter der Internetseite

www.intensivstationen.net

kostenfrei zur freien Verfügung. Bei meiner nicht wirtschaftlich ausgerichteten Tätigkeit musste ich - wie bereits beschrieben - immer wieder feststellen, dass die erhobenen Daten unzureichend sind und von zahlreichen Fehlern und Ungereimtheiten durchzogen wurden. Zudem wurden Teile der angelieferten Daten im Rahmen der Erstverarbeitung durch das Robert-Koch-Institut bearbeitet und anschließend unvollständig der (Fach-)Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Dies ist aus zwei Gründen problematisch:

1. Es handelt sich um durch eine Rechtsvorschrift erhobene Daten.
2. Alle anonymisierten Daten stammen von Personen, die durch die Pandemie betroffen waren.

Nach meiner Überzeugung stehen diese Daten nicht allein dem Robert-Koch-Institut als oberster Seuchenbehörde zur Verfügung, sondern sind Bestandteil des Datengutes, das Grundlage für Forschungsarbeit jeder Art sein muss. Es muss daher künftig gewährleistet werden, dass alle durch Rechtsvorschriften erhobenen Daten unverändert an den üblichen Schnittstellen abgeholt und weiterverarbeitet werden können.

Dies ist eine originäre Aufgabe des Gesetzgebers und sollte zeitnah umgesetzt werden.

Die bedeutendste Frage der SARS-CoV-2-Pandemie ist die nach der Belastung des Gesundheitssystems. Die – wenn auch unzureichende - Antwort auf diese Frage leitet sich unmittelbar aus den erhobenen Daten ab. Die vom Robert-Koch-Institut über das DIVI-Intensivregister der (Fach-)Öffentlichkeit zur Verfügung gestellten Daten, erhoben über die DIVI-Intensivregister Verordnung, lassen eine Belastung der deutschen Intensivstationen erkennen, die von vier wesentlichen Umständen geprägt wurden, die nur teilweise allein der Pandemieentwicklung geschuldet waren:

- Anzahl der objektiv zur Verfügung stehenden, betreibbaren Intensivbetten
- Anzahl der COVID-19-Patienten
- wirtschaftliche Anreize
- Festlegung von Personaluntergrenzen

Während in der ersten Phase der Pandemie eine hohe Intensivbettenanzahl einer bereits ab Ende April 2020 abnehmenden Anzahl von COVID-19-Patienten gegenüber stand, veränderte sich die Situation ab Ende September 2020, nachdem zahlreiche „Bereinigungen“ der Intensivbettenmeldungen erfolgt waren, gesetzliche Regelungen ausliefen und ein Normalbetrieb in deutschen Krankenhäusern sich weitgehend wieder entwickelt hatte. Scheinbar verschärfte sich sodann mit Inkrafttreten des 3. Bevölkerungsschutzgesetzes und der Einführung des § 21 KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) die Lage in den deutschen Intensivstationen.

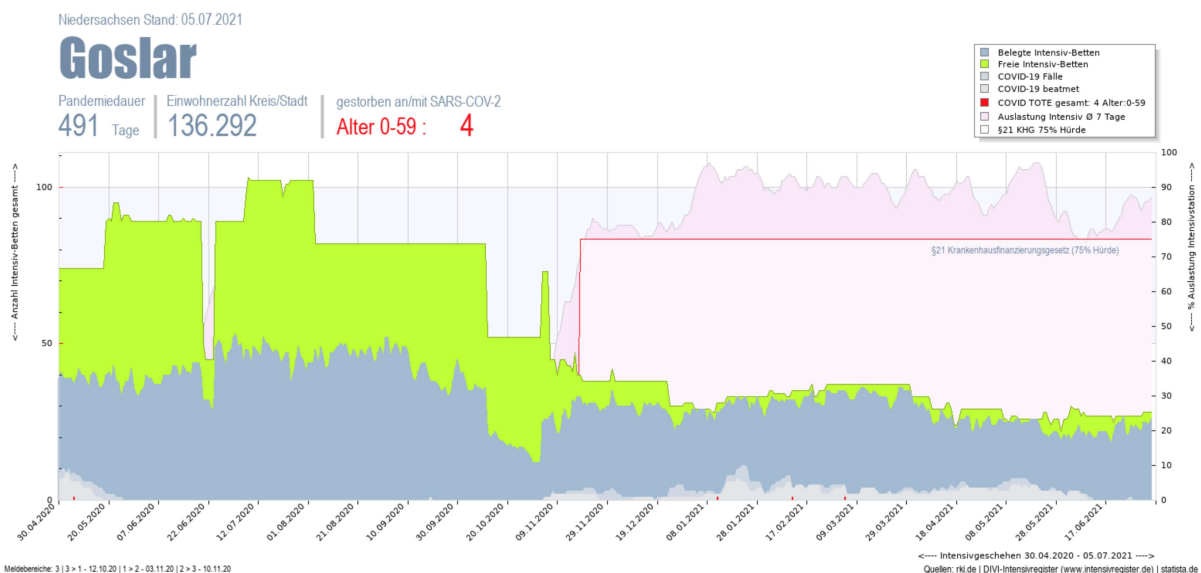
Nunmehr wurde nicht mehr ein Vorhalten von Intensivbetten gefördert, sondern in einem komplexen Verfahren die Höhe der Belastung von Intensivstationen in Abhängigkeit zu Inzidenzwerten der jeweiligen Kreise ermittelt und im Gesetzesfall wirtschaftlich gestützt.

Meine Arbeit hat ergeben, dass dieser Systemwechsel erhebliche Auswirkungen gehabt hat. Eine Überlastung des Gesundheitssystems im Bereich der Intensivstationen lässt sich hieraus gleichwohl zu keinem Zeitpunkt ableiten, nicht einmal auf dem Höhepunkt mit knapp 6.000 gemeldeten COVID-19-Intensivpatienten Anfang Januar 2021. Insbesondere das Vorhalten einer

Intensivbettenreserve von anfänglich rund 12.000 Betten belegt, dass die Belastung zu jedem Zeitpunkt der pandemischen Entwicklung unter Kontrolle war, sodass deren Aktivierung nicht erforderlich wurde.

Es kam zu Verlegungen von Patienten. Diese Verlegungen geben darüber Aufschluss, dass sich das Gesundheitssystem mit seinen erfahrenen Akteuren unter Druck sehr gut selbst helfen kann. In deutlich überwiegender Zeit haben die allermeisten Krankenhäuser wegen COVID Patienten auf den Intensivstationen zu jeder Zeit genügend betreibbare Intensivbetten, um non-COVID Patienten wie den Herzinfarkt, den schweren Schlaganfall oder die Herz-Operation zu ermöglichen. Dies ist auf meinen Intensivstationsdiagrammen deutlich abzulesen.

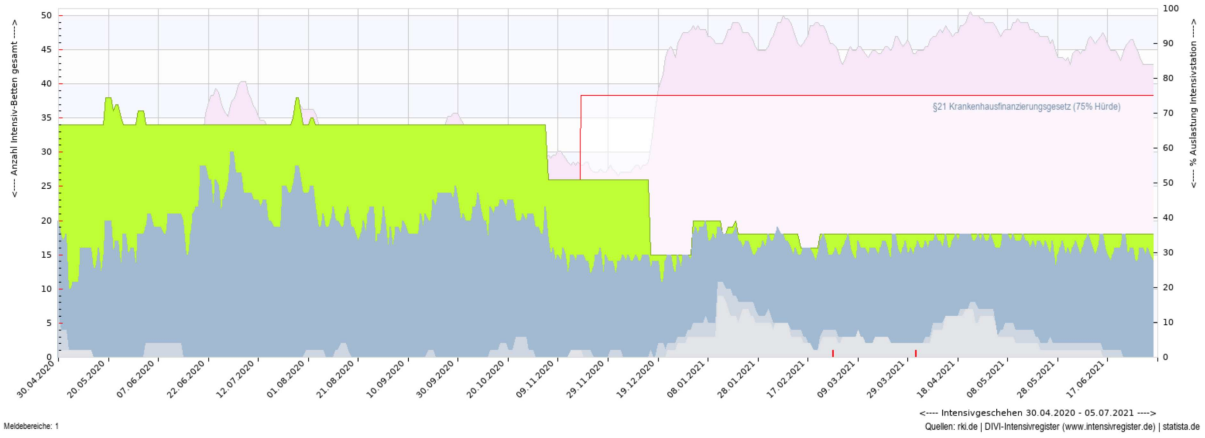
Das deutsche Gesundheitssystem war also trotz zeitweiser hoher Belastung im Bereich der Intensivbettenbelegung durch COVID19-Patienten robust und - deutschlandweit betrachtet - nicht überlastet. Der Umstand, dass der Gesetzgeber eine Förderung von Intensivbetten hat auslaufen lassen und nach dem Systemwechsel eine erhöhte Belastung erst ab einer Grenze von 75 % Auslastung annahm, belegt, dass eine echte Intensivbettenkrise zu keinem Zeitpunkt ernsthaft angenommen wurde. Meine Auswertungen bestätigen dies. Ein kleiner Eindruck:



Niedersachsen Stand: 05.07.2021

Helmstedt

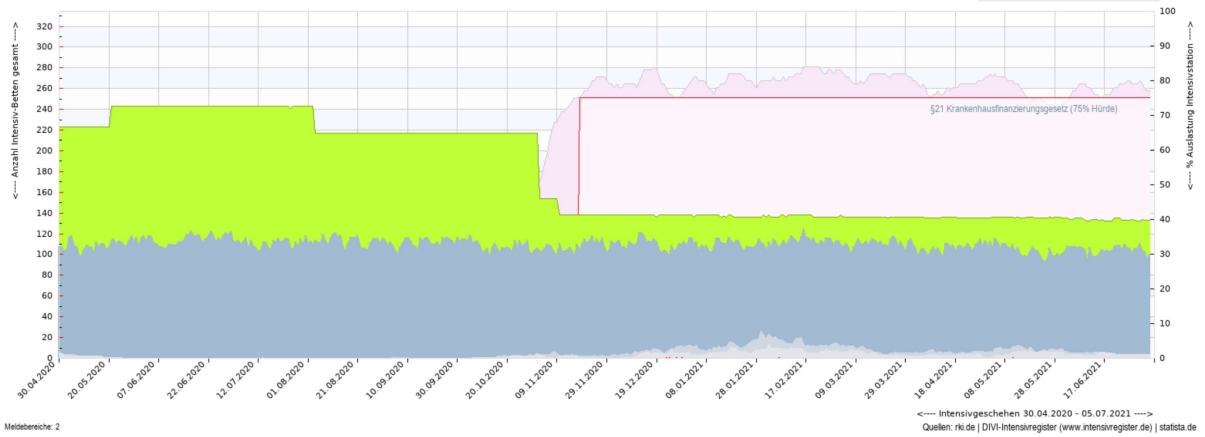
Pandemiedauer 491 Tage | Einwohnerzahl Kreis/Stadt 91.297 | gestorben an/mit SARS-COV-2 Alter 0-59 : 2



Schleswig-Holstein Stand: 05.07.2021

Lübeck

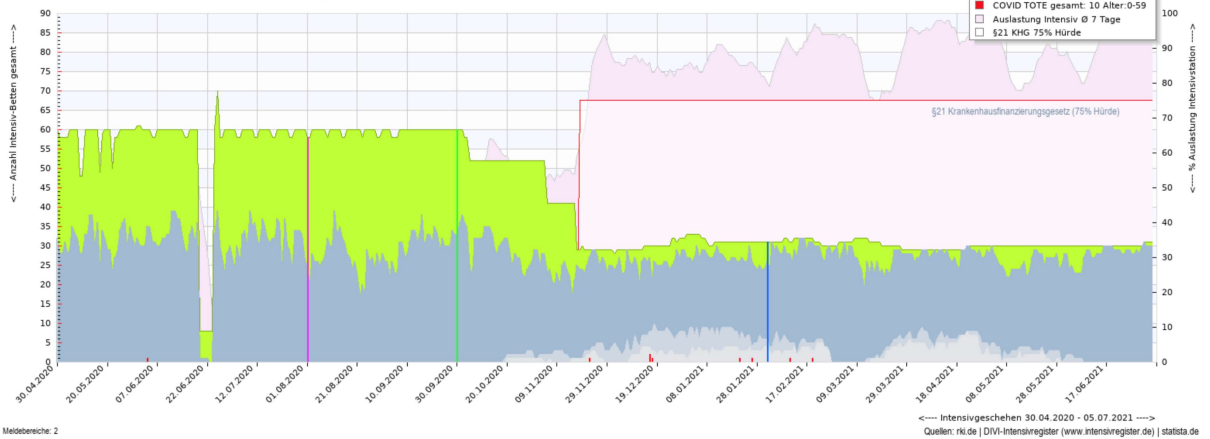
Pandemiedauer 491 Tage | Einwohnerzahl Kreis/Stadt 216.530 | gestorben an/mit SARS-COV-2 Alter 0-59 : 6



Thüringen Stand: 05.07.2021

Altenburger Land

Pandemiedauer 491 Tage | Einwohnerzahl Kreis/Stadt 89.393 | gestorben an/mit SARS-COV-2 Alter 0-59 : 10



§21 KHG Ausgleichszahlungen ab dem 19.11.2020

An diesen wenigen Beispielen, die in ca. 100 Landkreisen zu beobachten sind, lässt sich ablesen, dass die Anzahl der gemeldeten Betten einen zeitlichen Zusammenhang mit der neuen Ausgleichszahlungs-Förderung des KHG §21 erkennen lassen. In die 2. Welle hinein hatte die Regierung die Förderung der Ausgleichszahlungen für Krankenhäuser geändert. Eine Voraussetzung wurde ab dem 19.11.2020 (rote Linie senkrecht), dass die Intensivbetten eines Landkreises mind. zu 75% ausgelastet sein mussten. Die „75% Hürde“ ist die waagerechte rote Linie. Die Auslastung der Intensivstationen zeigt sich mit der rosa Farbe im Hintergrund. Liegt diese drüber, sind die Bedingungen für Ausgleichszahlungen in diesem Punkt erfüllt.

Deutschlandweit bin ich der einzige Informatiker, der diese Auswertungen in Diagramme umsetzte. Bereits im Februar und März 2021 stellte ich diese Datendarstellungen dem DIVI und dem RKI zur Verfügung. Überrascht nahm man zumindest beim DIVI diese Erkenntnisse entgegen. Das RKI äußerte sich hierzu nicht.

Der Gesetzgeber, der die Überlastung des Gesundheitssystems provoziert

§21 KHG stellt den eindeutigen Beweis dar, dass der Gesetzgeber zu Beginn der sogenannten 2. Welle zu keinem Zeitpunkt von einer Überlastung des Gesundheitssystems ausging.

Wer in einer Pandemie eine hohe Krankenhausauslastung befürchtet, finanziert nicht den Mangel an Betten, sondern setzt Anreize für eine Erhöhung der Versorgungsmöglichkeiten. Ein solches gesetzgeberisches Ziel hat §21 1a KHG nicht! Wer ein Anreizsystem schafft, bei welchem die Krankenhäuser nur Ausgleichszahlungen bekommen, wenn mindestens 75% Auslastung auf der Intensivstation überschritten wurde befindet 25% Freihaltung der Intensivbetten als definitiv ausreichend, um die 2. Welle zu bewältigen.

Mit anderen Worten, die Regierung hat niemals auch nur ansatzweise angenommen, das Gesundheitssystem könne durch einen exponentiellen Anstieg von COVID Patienten überfordert werden. Die Regierung hat offenbar niemals mit einem exponentiellen Anstieg gerechnet.

Auch die Ausrufung der drohenden Überlastung des Gesundheitssystems (Intensivstationen) für die Bundesnotbremse war von vornherein als falsch zu erkennen, sofern einem die entsprechenden Daten aufbereitet zur Verfügung stehen.

Es darf nicht unerwähnt bleiben, dass eine Auslastung von Intensivstationen durchaus durchschnittlich bei 80% bis 85% liegen kann. Dies ist in verschiedenen Studien belegt. Viele Entscheider aus Politik und aus den Behörden haben hierzu ein völlig falsches Bild. So entschieden die Richter des Oberverwaltungsgerichts Lüneburg in Niedersachsen gegen die Aufhebung von bestimmten Maßnahmen, weil diese annahmen, dass die Überlastung des Gesundheitssystems gerade bevorstünde, denn es seien ja nur noch 19% der Betten auf den Intensivstationen frei. Dass also Gerichte mit falschen Annahmen und Daten falsche Entscheidungen herbeiführen, versteht sich schlussendlich aus der Logik falscher Daten und Zahlen heraus (OVG Lüneburg 2. Senat, Beschluss vom 15.12.2020, 2 ME 463/20). Diese Praxis sollte deshalb durch bessere Datenlagen ersetzt werden.

Betreibbare Intensivbetten und was wünschenswert wäre

Im Rahmen von Presseanfragen fand ein intensiver Austausch zwischen mir und der Pressesprecherin des DIVI Frau Meckel statt. Da mir und meinem Rechercheteam, welches mich bei meinen Arbeiten berät und unterstützt, teilweise massive Schwankungen und auch ein Rückgang der gemeldeten Betten auffiel, richtete ich entsprechende Anfragen an das DIVI.

Aus der Korrespondenz ging hervor, dass die gemeldeten Betten in erster Linie die betreibbaren Betten darstellen, diese in erster Linie nicht durch physisches Material, sondern vor allem durch personelle Limits eingeschränkt sind.

Wenn unser Ziel ist, aus dem bisherigen Pandemieverlauf zu lernen und optimal auf den kommenden Herbst mit auftretenden Mutanten und ggf. einer erneuten Welle vorbereitet zu sein, so müssen wir uns zusätzlich die Situation der Pflege genauer anschauen, um tatsächlich die Situation mit betreibbaren Intensivbetten zu erhalten.

Vorab folgende Bemerkung: Der Pflegeberuf ist körperlich und geistig eine sehr herausfordernde Tätigkeit, dies gilt für alle Teilbereiche: Altenpflege, Krankenpflege aller Fachgebiete ebenso wie im Bereich der Intensivpflege. Pflegekräfte verrichten

hierbei ihre Tätigkeit mit viel Fachwissen und Engagement, bei im internationalen Vergleich wenig Lohn in Deutschland.

Alten- oder Krankenpflegekraft 2.800-3.400 Euro brutto, Intensivpflegekraft 3.300-3.600 Euro Gehalt (Quelle TvÖD), gleichzeitig gehen jedes Jahr 3,9 % aller Pflegekräfte in Frührente, dies sind 27 % mehr als der Durchschnitt der Berufstätigen (lt. Statistisches Bundesamt). Auch fallen gemäß einer Erhebung der Barmer Krankenkasse zehntausende Pflegekräfte pro Jahr krankheitsbedingt aus.

Überstunden sind nicht die Ausnahme, sondern die Regel. Da in (meist profitorientierten) Kliniken die Personalkosten einer der Hauptfaktoren ist, gleichzeitig die Pflege wenig Lobby hat, erhöhen die Kliniken ihre Profite durch Einsparen von Personal.

Seit Jahren kann man nach den Angaben meines Rekercheteams in der Pflege auch Verschiebungen beobachten: Gut ausgebildete Pflegekräfte aus Deutschland wandern in andere Länder (Schweiz, Luxemburg, Skandinavien) ab, da dort wesentlich höhere Gehälter gezahlt werden. Um diese fehlenden Stellen zu besetzen, werden Pflegekräfte aus Italien, Spanien und Polen angeworben, welche wiederum dann in ihren Ländern fehlen.

Nun auf die spezielle Situation der Pandemie zu kommen:

Zu Beginn der Pandemie wurden hierfür spezielle Stationen geschaffen. Teilweise wurden hierfür andere Stationen umfunktioniert, langjährig eingespielte Teams getrennt, um sich auf die Pandemie maximal vorzubereiten. Gleichzeitig wurden elektive oder nicht unbedingt notwendige Eingriffe verschoben und Freihalteprämien versprochen. Dies führte jedoch dazu, dass viele Krankenhäuser sehr niedrige Belegungszahlen hatten, was aus meine Daten hervorgeht, und zunächst Überstunden abbauten, dann jedoch Personal in Kurzarbeit schickten (Kliniken und Praxen meldeten Kurzarbeit für mehr als 400.000... (<https://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/gesundheitswesen-aerzte-und-kliniken-meldeten-kurzarbeit-fuer-mehr-als-400-000-beschaefigte-an/26041384.html?ticket=ST-3019441-e5MPA6c3Ca3eCQRMVooI-ap5>))

Nachdem man anfangs für die Pflege klatschte und einen Pandemiebonus in Aussicht stellte, ebte die anfängliche Solidarisierung mit den Pflegekräften rasch ab, auch die angekündigten 500 Euro Bonus erhielten bei Weitem nicht alle.

Ein Teil der Pflegekräfte wechselte aufgrund interner Umstrukturierung oder auch Kurzarbeit den Arbeitgeber, was sicherlich in vielen Kliniken zu einer Reduktion der betreibbaren Betten (Intensiv- und Normalstation) führte. Auch Ausbrüche durch z.B. mangelhafte oder fehlende Schutzausrüstung führte durch Quarantäne zu Ausfällen.

Zudem ist der Pflegeberuf insbesondere auf den Intensivstationen körperlich und geistig höchst anstrengend. Neben Waschen und Lagern von Patienten werden viele Kenntnisse zu Medikamenten, Geräten etc. benötigt. Gleichzeitig wird man hier wie auf keiner anderen Station mit kritisch- und schwerkranken Menschen konfrontiert und trotz allem Bemühen versterben Patienten. Bei einem Notfall muss jeder Handgriff sitzen, ein Zögern oder ein Fehler kann Menschenleben kosten.

Deswegen sind auf Intensivstationen nicht nur gutes Personal wichtig, sondern dieses muss auch in Krisensituationen Hand in Hand arbeiten und fit sein. Um diese Fitness zu erhalten sind nicht nur regelmäßige Schulungen wichtig, sondern auch „seelische“ Fürsorge (Balint-/Supervisionsgruppen), ferner körperlicher Ausgleich (Betriebs-/Vereins- und Individualsport), Präventionsmaßnahmen (Rückengymnastik) und geistige Erholung (Freizeitgestaltung).

Alle diese Dinge waren in den letzten 15 Monaten jedoch mal mehr, mal weniger eingeschränkt, so dass den durch die Pandemie sehr eingespannten Pflegekräften zusätzlich der dringend benötigte Ausgleich fehlte.

Durch die Schichtarbeit haben Pflegekräfte oft ohnehin weniger Zeit für Familie und Freunde. Das Social Distancing verschärft das Problem sicher noch, zudem hatten viele Pflegekräfte trotz regelmäßiger Tests sicherlich die Befürchtung andere anstecken zu können. Isolation führt langfristig jedoch zu Depressionen, da Menschen auf positive soziale Kontakte angewiesen sind.

Mögliche Lösungen für die Zukunft in den Pflegeberufen:

- Erhöhung der Löhne und Schaffung monetärer Anreize für Rückkehr aus alternativen Berufsfeldern in den Pflegeberuf

- Keine Freihaltepauschalen für Kliniken, die Personal in Kurzarbeit haben oder die durch künstliche Personalverknappung Betten reduzieren um die Auslastung zu erhöhen
- auch im Falle eines erneuten (Teil-) Lockdowns Schaffung von Sportangeboten für Pflegekräften, so wäre Gruppensport oder auch Schwimmen in der gleichen Gruppe in der auch zusammengearbeitet wird möglich (Kohorten-Bildung)

Ich bedanke mich für die Gelegenheit, als Einzelsachverständiger eingeladen worden zu sein.

Tom Lausen

05.07.2021

Anlage 1 - Tabelle der Tagesreporte zu deutschlandweiten Rückrechnungen von COVID-19 Toten

Tagesreport Datum	Minus Zahl Tote	Link zum Tagesreport
02.07.2021	-75	PDF-Tagesreport
21.06.2021	-35	PDF-Tagesreport
18.06.2021	-8	PDF-Tagesreport
06.03.2021	-196	PDF-Tagesreport
20.01.2021	-373	PDF-Tagesreport
	Tote versteckt, bitte rechnen 19.01.2021 auf 20.01.02021	Vortag PDF-Tagesreport
12.10.2020	-11	PDF-Tagesreport
07.10.2020	-5	PDF-Tagesreport
01.10.2020	-8	PDF-Tagesreport
22.09.2020	-30	PDF-Tagesreport
12.09.2020	-4	PDF-Tagesreport
09.09.2020	-6	PDF-Tagesreport
04.09.2020	-1	PDF-Tagesreport
01.09.2020	-1	PDF-Tagesreport

28.08.2020	-1	PDF-Tagesreport
27.08.2020	-16	PDF-Tagesreport
23.08.2020	-28	PDF-Tagesreport
22.08.2020	-4	PDF-Tagesreport
19.08.2020	-7	PDF-Tagesreport
16.08.2020	-23	PDF-Tagesreport
14.08.2020	-19	PDF-Tagesreport
12.08.2020	-3	PDF-Tagesreport
10.08.2020	-6	PDF-Tagesreport
09.08.2020	-24	PDF-Tagesreport
08.08.2020	-1	PDF-Tagesreport
04.08.2020	-60	PDF-Tagesreport
03.08.2020	-9	PDF-Tagesreport
02.08.2020	-2	PDF-Tagesreport
29.07.2020	-4	PDF-Tagesreport
27.07.2020	-8	PDF-Tagesreport
26.07.2020	-3	PDF-Tagesreport
24.07.2020	-4	PDF-Tagesreport
23.07.2020	-8	PDF-Tagesreport
19.07.2020	-10	PDF-Tagesreport
16.07.2020	-7	PDF-Tagesreport
12.07.2020	-68	PDF-Tagesreport
09.07.2020	-12	PDF-Tagesreport
08.07.2020	-25	PDF-Tagesreport
06.07.2020	-14	PDF-Tagesreport
05.07.2020	-5	PDF-Tagesreport
01.07.2020	-4	PDF-Tagesreport
28.06.2020	-9	PDF-Tagesreport
21.06.2020	-36	PDF-Tagesreport
20.06.2020	-13	PDF-Tagesreport
19.06.2020	-6	PDF-Tagesreport

14.06.2020	-46	PDF-Tagesreport
13.06.2020	-21	PDF-Tagesreport
10.06.2020	-32	PDF-Tagesreport
07.06.2020	-74	PDF-Tagesreport
06.06.2020	-7	PDF-Tagesreport
01.06.2020	-50	PDF-Tagesreport
31.05.2020	-15	PDF-Tagesreport
29.05.2020	-3	PDF-Tagesreport
19.05.2020	-212	PDF-Tagesreport
18.05.2020	-4	PDF-Tagesreport
10.05.2020	-28	PDF-Tagesreport
03.05.2020	-6	PDF-Tagesreport
Gesamtsumme Minustote seit dem 16.03.2020: -1.690		