

## Team um Prof. Schrappe deckt irrationale Politik der Angst mit Fakten auf – massive Mängel bei RKI und DIVI

Zehn Wissenschaftler rund um Prof. Dr. med. Matthias Schrappe haben die Situation in den letzten Monaten – vor allem in den Krankenhäusern – analysiert und massive Unstimmigkeiten an den Darstellungen der Regierung und des RKI gefunden. Sie weisen eine irrationale Politik der Angst nach, die man mit Daten nicht begründen kann. Ein Bericht über 3.000 verschwundene Intensivbetten, mehr Intensivpatienten als Hospitalisierte und Milliarden Steuergelder für Krankenhäuser.

- Beitragsautor Von [Corona Blog](#)
- Beitragsdatum [16. Mai 2021](#)
- [1 Kommentar](#) zu Team um Prof. Schrappe deckt irrationale Politik der Angst mit Fakten auf – massive Mängel bei RKI und DIVI

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe hat in der [Vergangenheit schon öfter](#) die Situation in Pandemiezeiten wissenschaftlich neutral analysiert und wichtige Fragen bzw. Schlussfolgerung daraus gezogen. Heute hat er mit einem Team von weiteren 9 Wissenschaftlern (unter anderem Prof. Dr. med. Klaus Püschel) die „[3. Ad hoc-Stellungnahme](#)“ veröffentlicht, in der sie zur intensivmedizinischen Versorgung der letzten Monate Stellung nehmen.

**In jedem Fall stellt sich die Frage, wie es im Nachhinein zu einer Differenz von knapp 3.000 gemeldeten Betten kommen kann, was etwa einem Drittel aller Intensivbetten Frankreichs entspricht.**

Der Bericht liest sich wie ein Krimi und wir empfehlen jedem, ihn sich einmal selbst in Gänze durchzulesen – wir möchten allerdings das Ganze hier kompakt zusammenfassen und ausgewählte Passagen aus der Stellungnahme wiedergeben – die wir teilweise angepasst haben, um sie hier als Fließtext darzustellen:

### Finanzielle Fehlanreize und irreführende Warnungen

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** benötigt.

Die **laut vernehmbaren Warnungen** einer Fachgesellschaft, der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (**DIVI**), vor überfüllten Intensivstationen und „britischen Verhältnissen“ **bedürfen daher einer näheren Begründung**, gerade wenn politische Entscheidungen (auch) auf der Grundlage dieser Rufe gefällt werden. Dies gilt um so mehr, weil es aus dem Gesundheitssystem auch gegenteilige Wortmeldungen gibt, so z.B. durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft.

### Entscheidendes Defizit: unzureichende Datenlage zur Nutzung

Seit Beginn der Epidemie gab es von politischer Seite, aber auch von Fachverbänden, laute Warnungen vor einer Überlastung der Intensivstationen und vor einer „Triage“ zur intensivmedizinischen Versorgung. Implizit wurde damit gedroht, man müsse Patienten „ersticken lassen“. Diese **Angst-basierte Kampagne spielte eine entscheidende Rolle bei der Durchsetzung der Maßnahmen zur Kontakteinschränkung**.

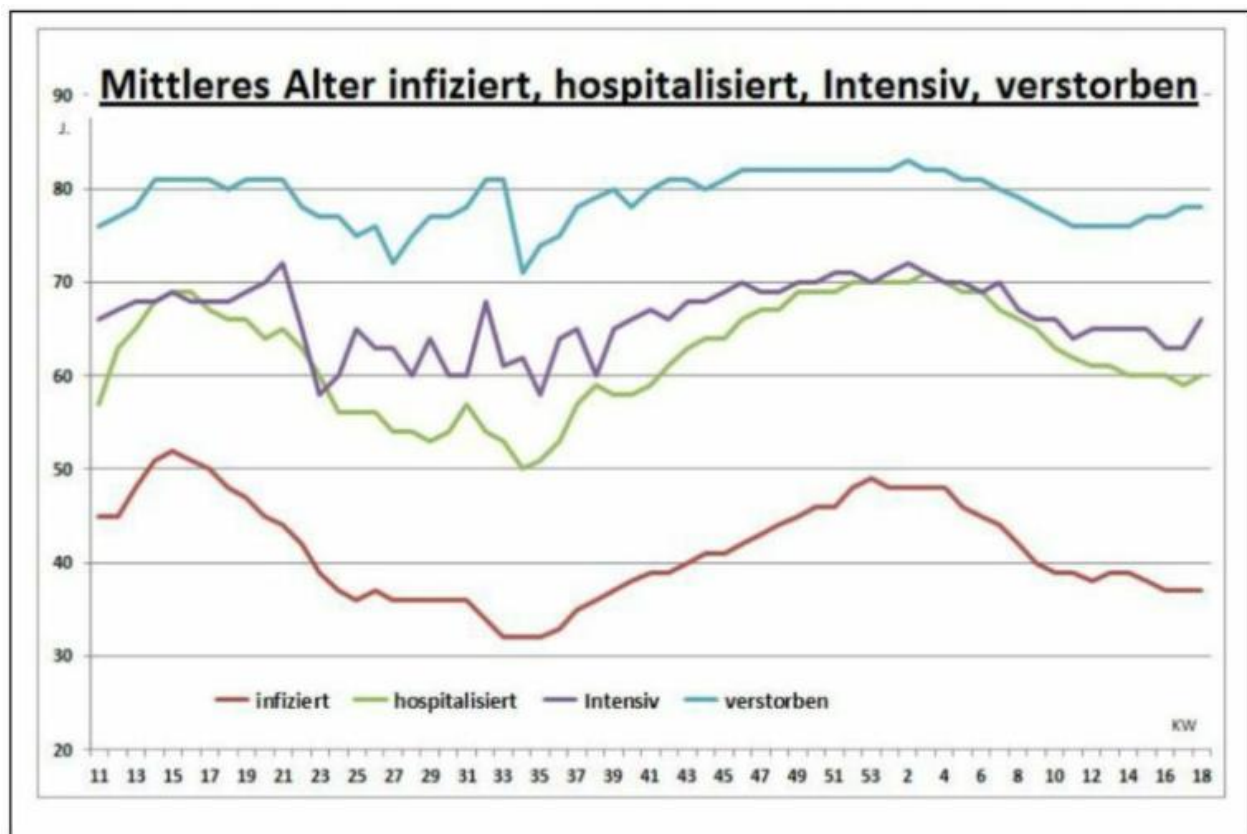
Hinsichtlich ihrer **Faktenbasierung** lassen sich **diese Äußerungen jedoch nicht nachprüfen**, zumindest steht der Dramatik der Aussagen ein deutlicher Mangel an verwertbaren Daten gegenüber.

Weder gibt das von RKI und DIVI betriebene Intensivbettenregister Auskunft über das Geschlecht, noch werden Daten zu Komorbidität und anderen Risikofaktoren zum Zeitpunkt der Intensivpflichtigkeit veröffentlicht.

Es ist den zuständigen Stellen bislang **nicht gelungen**, eine Vollerfassung oder **wenigstens eine repräsentative Stichprobe** für die entscheidende Fragestellung aufzubauen, die eine Beantwortung der Frage erlaubt, wie die weiteren demographischen und klinischen Charakteristika der Intensivpatienten mit CoViD-19 gestaltet sind. Insofern kann weder eine Aussage zum Schweregrad der Erkrankung noch zum Behandlungsaufwand getroffen werden.

Bis zum **6. Mai 2021 (!)** war es den **Verantwortlichen von RKI und DIVI nicht möglich, Angaben zum mittleren Alter der Patienten bei Intensivpflichtigkeit zu machen.**

Die Gesamtheit der Infizierten ist im mittleren Alter deutlich jünger als die der hospitalisierten und vor allem die der intensivmedizinisch behandelten Patienten. **Die Verstorbenen haben das höchste mittlere Alter.** Die Intensiv-CoViD-19-Patienten liegen mit ihrem mittleren Alter zwischen 60 und 70 Jahren, was mit den **Alarmrufen**, das Alter der intensivmedizinisch behandelten Patienten sinke dramatisch ab, **nur schwer vereinbar ist.**



Mittleres Alter der Gesamtheit der Infizierten (rot), der hospitalisierten (hellgrün), der intensivmedizinisch behandelten (violett) und der verstorbenen Patienten (türkis).

Die Aussage der **DIVI-Verantwortlichen, dass inzwischen schon 30- bis 40jährige auf Intensivstationen liegen**, lässt sich also insofern präzisieren, als **dass diese 2,8% aller CoViD19-Patienten auf Intensivstationen ausmachen**, absolut betrachtet **bundesweit also etwa 130 Patienten** dieser Altersgruppe betroffen sind.

Eine fachliche Fundierung der **offiziellen Kampagne** und der Interventionen einiger Fachgesellschaften, die auf der **individuellen Angst vor nicht möglicher Aufnahme auf**

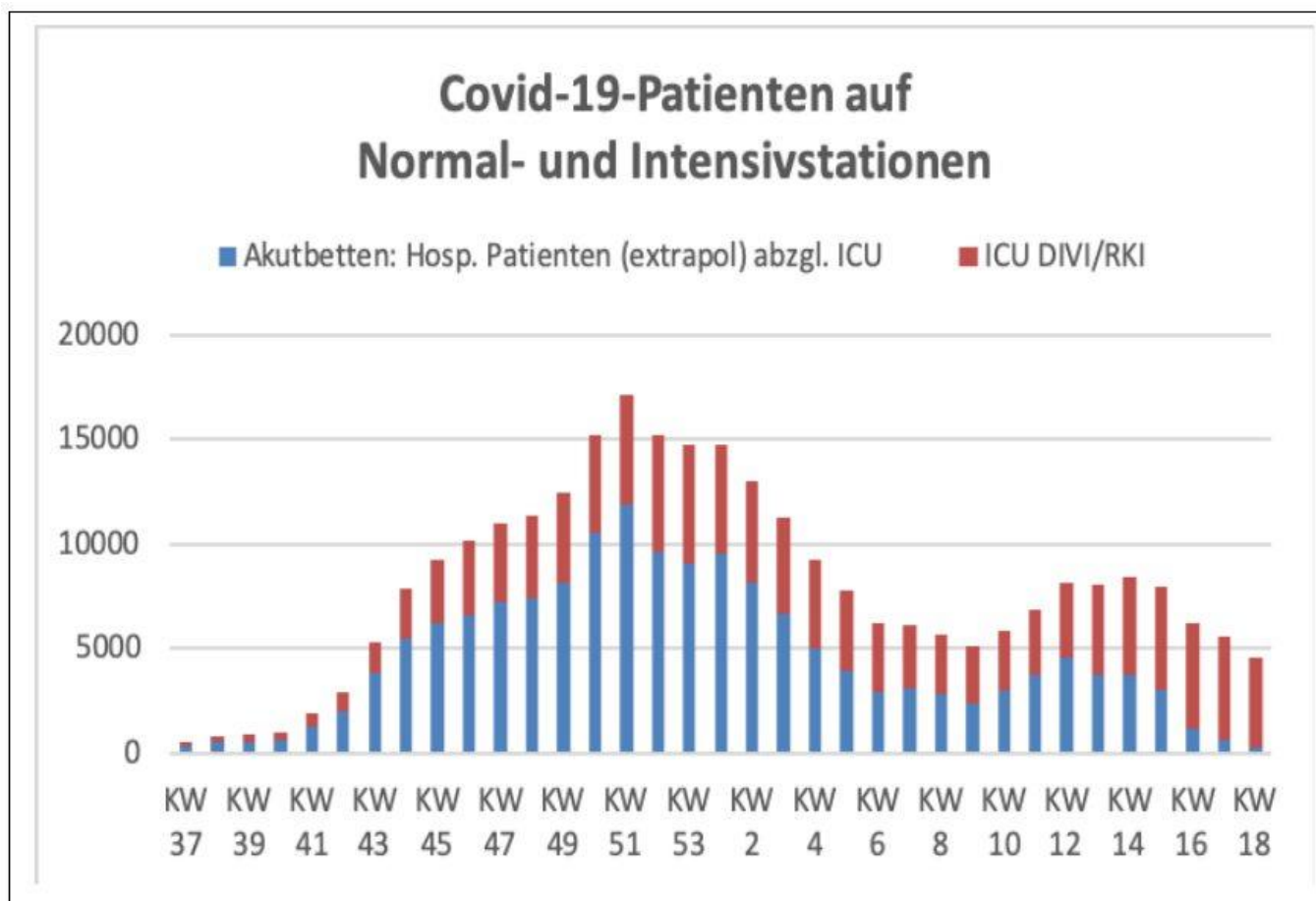
**Intensivstation basiert, kann daher nicht abgeleitet werden.** Daten zum Altersdurchschnitt liegen erst seit kurzem vor und zeigen **keine Abnahme des mittleren Alters** von intensivmedizinisch behandelten CoViD-19-Patienten.

### Wertung aufgrund internationaler Daten

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.** In Deutschland wurden am 27.4.2021 61% der hospitalisierten CoViD-19-Patienten auf Intensivstationen behandelt, während dies nur für 25% der Patienten in der Schweiz oder 11% der Patienten in Italien zutrif.

Offensichtlich stellt man in **Deutschland die Indikation zur Intensivbehandlung** von CoViD- 19-Patienten **deutlich schneller als in anderen Ländern.** **Die alternative Begründung, dass die CoViD-19-infizierten Bundesbürger deutlich schwerer erkranken als die übrigen Bewohner Europas, kann mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden.**

Im Zeitverlauf scheint diese Situation sogar noch zuzunehmen: es werden in Bezug auf die hospitalisierten CoViD-19-Patienten kontinuierlich immer mehr dieser Patienten intensivmedizinisch behandelt:



Anteil intensivpflichtiger CoViD-Patienten (rot) an allen hospitalisierten CoViD-Patienten

**Es wird deutlich, dass gegenwärtig die Zahl der intensivmedizinisch behandelten CoViD-19-Patienten in deutschen Krankenhäusern sogar die nicht intensivmedizinisch behandelten Hospitalisierten überholt hat.**

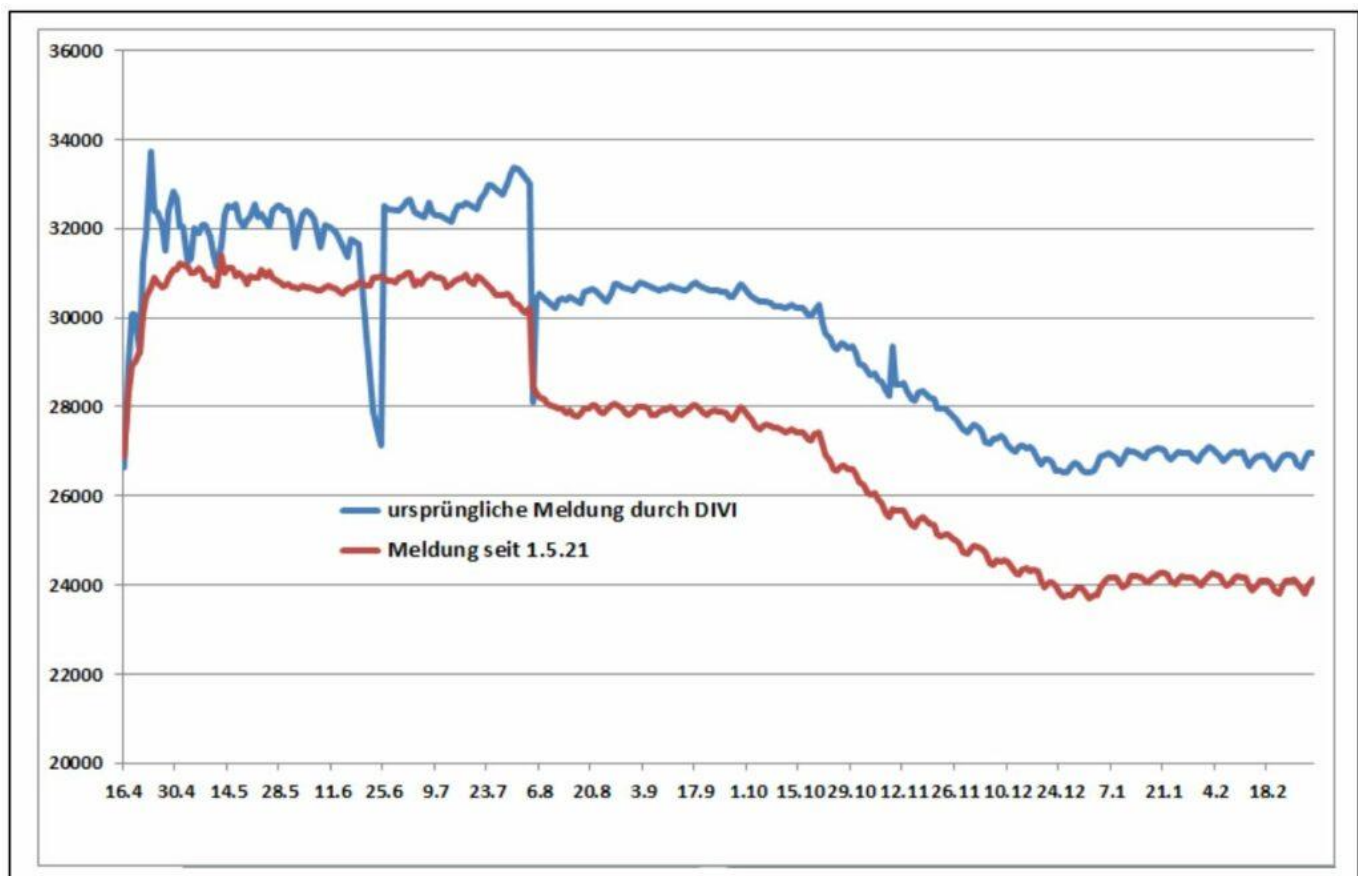
Sowohl in Bezug auf das Verhältnis von Intensivpflichtigkeit und Melderate als auch in Bezug auf das Verhältnis von intensivpflichtigen zu hospitalisierten Patienten nimmt **Deutschland eine Sonderstellung** ein: **in keinem Land werden im Vergleich zur Melderate so viel Infizierte intensivmedizinisch 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).

### Bettenzahlen: weiterhin fehlende Konsistenz und viele Fragezeichen

Auch bezüglich der gemeldeten Intensiv-Bettenzahlen ergeben sich schwerwiegende Zweifel an der Datengrundlage. In der folgenden Abbildung ist **blau** die **täglich vom RKI bzw. der DIVI gemeldeten zur Verfügung stehenden Bettenzahlen** aufgetragen, so wie sie zur Berichterstattung und **wahrscheinlich auch zur Finanzierung** verwendet wurden.

Wenn man die gleichen Zahlen jedoch **aktuell (1.5.2021) aus dem DIVI-Archiv herunterlädt, erhält man die rote Linie**, die **deutlich niedrigere Werte** für den gesamten Verlauf und besonders den Sommer 2020 ausweist. **Wurden am 30.7.2020 vom RKI noch 33.367 Intensivbetten gemeldet, sind es jetzt für dieses Datum nur noch 30.340.**



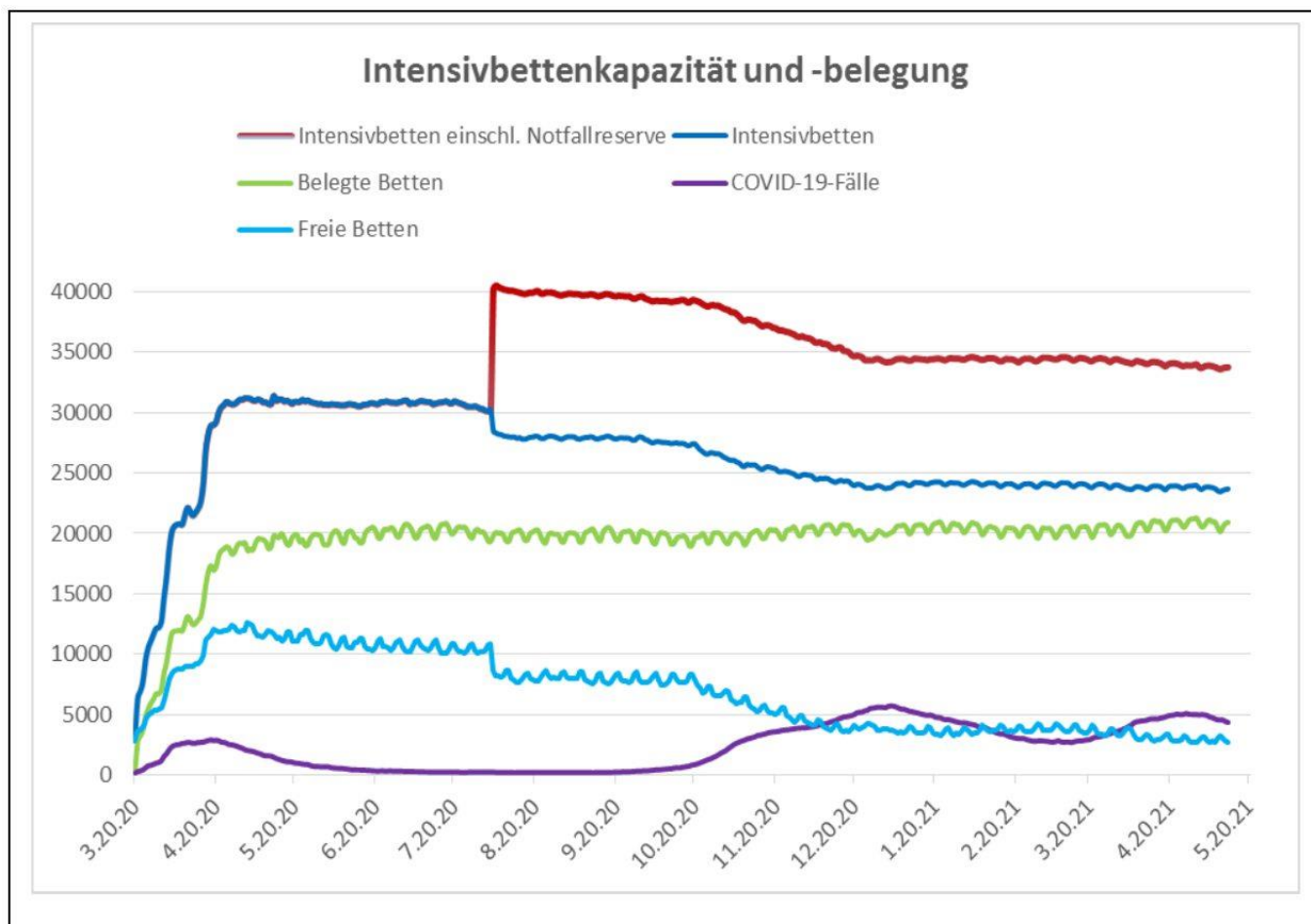
Gemeldete Intensivbetten. Die blaue Linie gibt die Anzahl der Betten wieder, die jeweils tagesaktuell vom RKI/der DIVI gemeldet wurden. Die rote Linie entspricht den Zahlen aus dem jetzigen Archiv der DIVI (download 1.5.2021). Die Zahlen wurden offensichtlich retrospektiv nach unten korrigiert.

Diese **Diskrepanz** blieb seitdem bis zum 2. März 2021 bestehen (danach Angleichung) und ist **nicht mit einer veränderten Dokumentationsweise** zu erklären. Entweder ist in der Vergangenheit aus noch zu klärenden Gründen falsch gezählt worden, oder es hat eine **nachträgliche „Korrektur“** der Zahlen gegeben, die ebenfalls erklärungsbedürftig wäre.

**In jedem Fall stellt sich die Frage, wie es im Nachhinein zu einer Differenz von knapp 3.000 gemeldeten Betten kommen kann, was etwa einem Drittel aller Intensivbetten Frankreichs entspricht** oder dem Dreifachen der Kapazität, über die Schweden insgesamt verfügt. Es wäre weiterhin zu überprüfen, ob und in welchem Umfang Freihaltepauschalen für diese Betten geflossen sind, und inwiefern hier die insgesamt 530 Mio. € Investitionspauschalen für die Neuschaffung von Intensivbetten abgerufen und geflossen sind.



Nachfolgend ist der Verlauf der verfügbaren und belegten Betten dargestellt:



Anzahl der intensivmedizinisch behandelten CoViD-19-Patienten im Verhältnis zu den Intensivbettenkapazitäten

Die Zahl der **verfügbaren Intensivbetten** (erst rot, dann blau) ist in einer **stetigen Abnahme** bis zum gegenwärtigen Stand von unter 24.000 Betten begriffen, obwohl man ja eigentlich bei der drohenden „Triage“-Situation **von einem Ausbau hätte ausgehen müssen**. Ab August 2020 taucht dann eine Reservekapazität von knapp 12.000 Betten auf (in der Summe ergaben sich gar Werte von über 40.000 Betten im August 2020), die aber ebenfalls parallel zur Zahl der verfügbaren Betten abnimmt (rote Linie).

Es stellt sich allerdings die Frage, wofür – wenn nicht für den Fall einer Pandemie – diese Betten eigentlich vorgehalten werden. **Bemerkenswerterweise ist, dass trotz Epidemie die Zahl der belegten Intensivbetten (grün) konstant geblieben ist.** Die Zahl der freien Betten (türkis) nimmt dagegen ab, und zwar parallel zur Abnahme der Gesamtkapazität (blau). Man kann es vielleicht mit folgenden Worten am besten ausdrücken: **diese Zahlen generieren weitaus mehr Fragen als sie beantworten.** Auf jeden Fall scheint der Abfall der freien Betten eher Folge der Abnahme der Gesamtkapazität denn Folge einer vermehrten Inanspruchnahme durch CoViD-19-Patienten zu sein. Fragen zur Finanzierung, zur Bedeutung des Krankenhausplans und zu Freihalteprämien sowie deren Anreizwirkung bleiben offen.

Was die Belegung der Intensivstationen betrifft, fällt weiterhin auf, dass die Corona-Patienten maximal ein Viertel aller Intensivpatienten ausmachen. **Die Behauptung, alleine die CoViD-19-Patienten würden für die Überlastung der Intensivstationen verantwortlich sein, erscheint vor diesem Hintergrund nur bedingt glaubwürdig.**

Den ganzen Bericht gibt es auf [der Website](#) von Prof. Schrappe oder als Kopie bei uns:

[thesenpapier\\_adhoc3\\_210516\\_endfass](#) **HERUNTERLADEN**

---

Über einige „Unstimmigkeiten“ insbesondere über die Auslastung der Intensivbetten und die finanziellen Fehlanreize durch die Bundesregierung haben wir auch bereits schon vor einigen Wochen berichtet: [Das „Rätsel“ der abgebauten Intensivbetten ist gelöst.](#)

Quelle: <https://corona-blog.net/2021/05/16/team-um-prof-schrappe-deckt-irrationale-politik-der-angst-mit-fakten-auf-massive-maengel-bei-rki-und-divi/>  
20210517 DT (<https://stopreset.ch>)