



Donnerstag, 19. November 2020, 17:00 Uhr
~16 Minuten Lesezeit

Die Angst aus der Klinik

Der „Great Reset“ im Gesundheitswesen scheint längst vollzogen zu sein.

von Wolfgang Wodarg
Foto: Billion Photos/Shutterstock.com

Der Deutsche Bundestag hat sich jetzt mit Mehrheit für die Fortsetzung der nicht mit einer Krankheit begründbaren Notlage unserer Bevölkerung entschieden. Der friedliche und demokratische Protest gegen Zwangsmaßnahmen und Willkür ist weiterhin wichtig. Eine inhaltliche fraktionsübergreifende Opposition im Bundestag hat die Möglichkeit, unverzüglich eine Normenkontrollklage beim Bundesverfassungsgericht einzureichen. Dieser Text enthält weitere Argumente für eine solche rechtliche Notwehr. Von Anfang Oktober bis Mitte November

2020, also etwa innerhalb von nur 6 Wochen, stieg der Anteil der angeblichen Covid-19-Patienten auf deutschen Intensivstationen um das 15-fache. Über die Hälfte der Betten war plötzlich mit „Covid-19“-Patienten belegt. Dabei blieb der Belegungsgrad aber nahezu unverändert. Wo aber sind all die anderen Kranken geblieben? Und weshalb fand das RKI die SARS-Coronaviren-2 bei nur 4 Prozent der ambulanten Atemwegserkrankten (1)? Gibt es andere Gründe für die Berichte von einer „Zweiten Welle“?

Bilder aus Bergamo

Die Bilder aus Kliniken in Wuhan, Bergamo, Madrid und New York schufen die Angst, die stärker war als alle Vernunft. Sie waren es, die Akzeptanz für harte Maßnahmen schafften. Die Angst vor Bergamo ließ vielen Menschen das Eingreifen der Regierungen in ihre Freiheiten vernünftig erscheinen.

In Gesprächen mit Ärzten aus Norditalien und mit Zeugen der Ereignisse vom März 2020 hat der Corona-Ausschuss die Hintergründe der Schreckensbilder aus der Lombardei beleuchtet (2). Als man in Bergamo wegen des sich zuspitzenden Pflegekräftemangels gebrechliche und chronisch Kranke aus Angst vor Covid-19 auf Intensivstationen brachte, oder diese – wenn sie dort nicht starben – in Heimen schlecht versorgt unter Quarantäne setzte, kam es nicht nur auf den wenigen Intensivstationen zu Enge und chaotischen Szenen, sondern auch zu einem Stau bei den Beerdigungsunternehmern. Von denen, wegen der vielen Kontakte, ein Großteil selbst in Quarantäne gewesen sein soll. Auch durften sie die Toten nicht – wie in Italien üblich – beerdigen, sondern

mussten diese im Krematorium erst einäschern lassen. So stauten sich die Toten in den Einrichtungen, bis die etwa 60 gehorteten Särge von um Hilfe gebetenen Militärlastern zur Einäscherung transportiert wurden.

Viele der so misshandelten Alten waren erst nach dem Tode mit PCR-Tests, die eine sehr hohe falsch Positivrate gehabt haben sollen, zu Covid-19-Opfern etikettiert worden. Weitere Bilder von Beatmeten aus den besonders zur Grippezeit chronisch überlasteten Intensivstationen taten das ihre (3). Bei solchen Aktionen entstanden dramatische Bilder, welche Europa schockierten. Sie waren für die meisten Menschen überzeugender als alle epidemiologischen oder medizinischen Berichte.

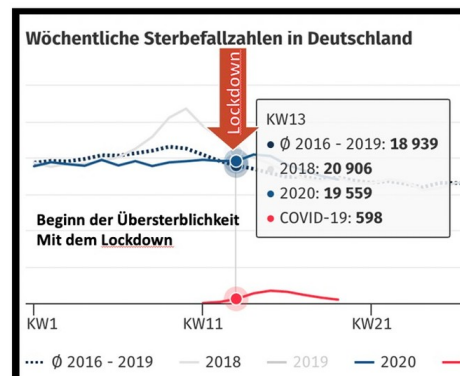
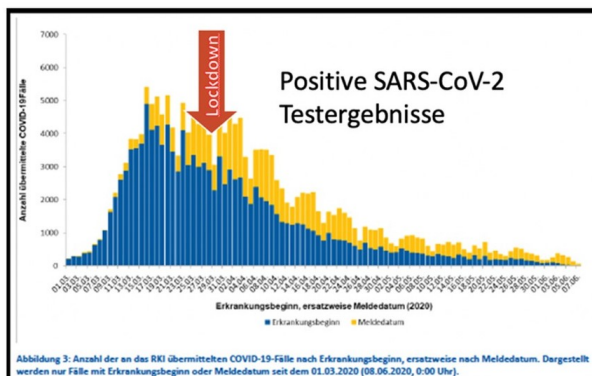
Und in Deutschland? Leere Klinikbetten schaffen neuen Notstand

Bergamo war das Signal für Berlin. Denn gleichzeitig mit dem Lockdown Mitte März 2020 wurde die Angst vor einem Versorgungsnotstand geschürt, wurde Stimmung gemacht durch eine an den Haaren herbeigezogene Priorisierungsdebatte. Gleichzeitig wurden viele Klinikbetten gesperrt, um einer angekündigten Welle von Seuchenopfern Herr werden zu können. Bettenknappheit lautete der Alarmruf einiger Triage-Propheten. Darunter auch einer, der noch im Sommer 2019 als Politiker einer Regierungsfraktion die Bertelsmann-Botschaft verbreitete: Deutschland hat zu viele Krankenhausbetten (4).

Nur ein halbes Jahr danach schürte er plötzlich die Angst vor einer Überlastung der Krankenhäuser durch Covid-19 und versprach den Klinikkonzernen viel Geld als Kompensation für freigehaltene Betten. Dann kam eine Sommerpause, in der auch den Viren eine Verschnaufpause gegönnt wurde und in der unsere Kliniken bis

September für jedes leer stehende Bett 560 Euro kassieren durften (5). Seit Mitte März aber kamen zum Beispiel viele Krebs- und Herzpatienten in Not, weil auch wegen der gesperrten Betten der Zugang zur stationären Behandlung erschwert war und einige Krankenhäuser Teile ihres Personals in Kurzarbeit nach Hause geschickt hatten.

Anfang April registrierte das Statistische Bundesamt dadurch eine leichte Übersterblichkeit. Weil man auf Covid-19-Patienten wartete, bekamen andere Patienten keine Termine und viele starben, weil sie nicht oder nicht rechtzeitig behandelt wurden. Obwohl die leichte Übersterblichkeit wie in anderen Ländern erst nach Beginn des Lockdowns begann, wurden die Lockdown-Opfer fälschlicherweise der „Pandemie“ zugerechnet.



Quellen: links RKI, rechts Sonderauswertung Statistisches Bundesamt

Quellen: links RKI, rechts Sonderauswertung Statistisches Bundesamt

Von März bis September stand, trotz angeblicher epidemischer Notlage nationaler Tragweite, auf den Intensivstationen der allermeisten deutschen Kliniken ein Großteil der Betten leer. Man kassierte für leere Betten und verhandelte mit den Kostenträgern um weitere Vorteile in der Krise.

Einigen Kliniken waren die Entschädigungen für den Leerstand zu wenig und andere waren zufrieden und schwiegen. Um dem Verteilungsstreit der Branche gerecht zu werden, ruderten

Regierung, Krankenkassen und die Krankenhausindustrie daraufhin ohne viel Aufsehen leicht zurück und staffelten das Entgelt für leer stehende Betten nach Klinik-Arten und Regionen, was zu einer leichten Normalisierung der Patientenströme führte. Auch hier zeigte sich, Kliniken sind heutzutage Wirtschaftsunternehmen und reagieren als solche vernünftig – aber nur als solche!

Wie macht man eine zweite Welle?

Nachdem sich nach den Sommerferien die vielen falsch positiven PCR-Tests bei den durchschnittlich jüngeren Reiserückkehrern nicht in entsprechenden Morbiditätsstatistiken niedergeschlagen hatten, schien man sich wieder an Bergamo und den dort erreichten politischen Motivationsschub zu erinnern. Welche Möglichkeiten haben Politiker unter Rechtfertigungsdruck, um wie in Bergamo auch in Bremen, Bielefeld oder Berchtesgaden eine verängstigte Bevölkerung bei der Stange zu halten?

In Norditalien konnte man beobachten, es kommt auf die Bilder in den Medien an. Ob 2009 in Mexiko oder Anfang 2020 in Wuhan, immer waren es die Bilder, die das Gefühl einer „Pandemie“ vermittelten. Sie sind offenbar wirksamer als Tabellen, Laborwerte, unübersichtliche Krankenakten oder umsichtige Epidemiologie. Trotz monatelanger Recherchen, Nachforschungen, Gesprächen mit Wissenschaftlern und trotz jahrzehntelanger Erfahrung mit den Tücken der Infektionsepidemiologie wird mir nach allen mühevollen Erläuterungen auch heute noch immer wieder entgegengehalten: „Aber haben Sie denn nicht gesehen, was in Bergamo los war?“

Woher kommen die beängstigenden Bilder und Narrative

Werden wir durch die aktuelle Berichterstattung getäuscht? Bisher habe ich trotz häufiger Fragen noch keine Mediziner gefunden, die bei saisonalen Atemwegserkrankungen jemals eine „Zweite Welle“ gesehen haben.

Für die Medien ist es jederzeit möglich, auch in deutschen Kliniken Not, Hektik und Elend darzustellen. Dafür haben sich die typischen Szenen auf Intensivstationen bewährt. Ein verkabelter Leib, viele Schläuche, maskiertes und verhülltes Personal und dazu ein Interview mit einer erschöpften Oberärztin, welche die Gelegenheit nutzt, dass sich endlich einmal jemand für die Hektik, den Personalmangel, die anstrengenden Schichtdienste und das dadurch entstehende Elend für Patienten und Personal interessiert. Als Krankenhaushygieniker und früher sogar Personalvertreter und Intensivmediziner habe ich für solche Bilder weiterhin viel Verständnis.

Sterben tut man übrigens auf allen Intensivstationen, und zwar immer und leider relativ häufig. Wenn dann noch die Station mit über Achtzigjährigen aufgefüllt wird, grenzte es schon an ein Wunder, wenn davon die Hälfte lebend wieder verlegt werden könnte.

Wer also viele Alte auf Intensivstationen verlegt und auch noch invasiv beatmet, der bekommt Bergamo. Von den riskanten Medikamentenversuchen „only for emergency use“ ganz zu schweigen.

Erinnert sich überhaupt noch jemand an die Ideale der Palliativmedizin? Oder war das nur eine vorübergehende Marketingkampagne der Krankheitsindustrie?

Wie kriegt man die Alten in die

Kliniken?

Zuerst sorgt man dafür, dass vermehrt positive PCR-Ergebnisse das Signal geben, die Seuche greife wieder gefährlich um sich. Bei inzwischen um 1,5 Millionen Tests pro Woche kann ohnehin niemand mehr so richtig die Laborqualitäten sicherstellen. Wenn dann die Polymerase-Kettenreaktion (PCR) irgend etwas so lange amplifiziert, bis jeder Test positiv wird, oder wenn bei positiver Reaktion nur das E-Gen herangezogen wird, dann kann das höchstens durch empfindlichere Mannschaftsärzte von Profi-Fußballern oder durch widerspenstige Amtsärzte durchschaut werden. Kein Wunder, dass so schon vor der eigentlich erst nach Jahresbeginn anlaufenden Corona-Saison die Positivrate der SARS-CoV-2 PCR-Massentestungen innerhalb von 6 Wochen von etwas über 1 Prozent auf fast 8 Prozent gesteigert werden konnte.

Hier gibt es zwischen den Laboren offenbar große Unterschiede, über die aber das RKI bei Nachfrage keine Auskunft geben wollte. Mit Krankheiten hatte der PCR-Test ja von Anfang an wenig zu tun. Das heimliche Motto scheint aber trotzdem immer noch zu sein: Mehr Tests = mehr Falsch-Positive. Und je nachlässiger ein Labor, umso mehr freuen sich die Verantwortlichen über eine hohe Trefferquote zur Bestätigung ihrer Panikmache.

Konzertierte Aktion Pflege und Covid-19

Wenn das doch auffällt, dann kann man das Praktische mit dem Nützlichen verbinden und erneut die Test-Strategie ändern. Auch das ist in den letzten Wochen nach und nach geschehen. Mit weniger Tests mehr Treffer und mehr Angst vor der Seuche? Ja, das geht. Wenn ich zum Beispiel Personal in Altenheimen oder Kliniken teste, so hat das eine enorme Wirkung.

Jeder „Fall“ beim Personal führt zum vorübergehenden Arbeitsverbot, zu Umgebungsuntersuchung möglicher Kontaktpersonen und damit automatisch zu einer Verschlechterung des Personalschlüssels. Darunter leidet das ohnehin überlastete Personal, das jetzt schon bis zu 60 Stunden pro Woche arbeiten muss. Und es leiden natürlich erst recht die Bewohner und Hilfsbedürftigen. Das wirkt sich doppelt so schlimm aus, wenn auch noch ein Besuchsverbot für Angehörige oder Freunde ausgesprochen wird. Dabei reden alle dauernd vom Schutz besonders vulnerabler Gruppen. Die getroffenen Regelungen bringen aber die Betroffenen alten und hilfsbedürftigen Menschen in eine prekäre Lage und isolieren sie weitgehend in ihrer ohnehin meist schmerzlichen Einsamkeit im Heim.

Meine Mitstreiterin bei Transparency, Adelheid von Stösser ist gleichzeitig eine mutige Kämpferin für Rechte und Lebensqualität alter und pflegebedürftiger Menschen. Sie hat in ihrer Zeitschrift für Pflegeethik (6) schon beim ersten Lockdown sehr bewegende Schicksale dieser Betroffenen geschildert und ist entsetzt über die Brutalität, mit der Hygienepläne die lebenswichtigen Bedürfnisse von Menschen an ihrem Lebensabend hintanstellen und damit vielen Betroffenen den Lebensmut nehmen.

Es wirkt deshalb makaber, wenn drei Minister in der Coronakrise ihre „Konzertierte Aktion Pflege“ auf einer Pressekonferenz loben und gleichzeitig mittels Lockdown, gezielten Test- und Quarantänemaßnahmen für Pflegekräfte und mit Besuchsverboten die Not der abhängigen Bewohner und den Stress der verbleibenden Pflegekräfte ins Unerträgliche steigern.

Vorsicht, man maßt sich an, Sie zu schützen!

Wenn man jetzt also „zum Schutz vulnerabler Gruppen“ in Altenwohnanlagen und Heimen verpflichtende Testungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vorschreibt, reißt man mit Sicherheit eine tiefe Lücke in die Versorgungsstrukturen. Bei einer Positivrate von derzeit durchschnittlich (!) fast 8 Prozent ist mit erheblichen Betreuungslücken und mit einer Verschlechterung der Pflege zu rechnen. War das Kalkül, als man hier einen Schwerpunkt für die künftige Teststrategie definierte?

Der Gesundheitsminister hatte sich doch wegen des „Pflegerotstands“ gerade für eine Stärkung dieser wichtigen Berufe in der Pflege eingesetzt. Und jetzt das? Ob ein Test richtig oder falsch positiv ist, spielt beim Pflegepersonal sicher keine Rolle, denn es werden ja arbeitsfähige Gesunde bei der Arbeit getestet. Da braucht man auch nur 8 Prozent „Positive“ zu finden, um unter den Beschäftigten und den Betreuten eine riesige Quarantäne-Lücke aufzureißen.

Von Bergamo nach Bayern – so geht’s

Wenn dann ein Großteil des Pflegepersonals gesund, aber „positiv“ zu Hause bleiben muss, so kommen wir Bergamo schon etwas näher. Alte und Hilfsbedürftige werden wegen Personalmangel unterversorgt, ruhig gestellt, trocknen aus – Thrombose- und Emboliegefahr! – oder werden „sicherheitshalber“ oder wegen eines positiven Testergebnisses gleich in die Klinik eingewiesen. Wenn jetzt also per Test die Alten und chronisch Multimorbiden in die Kliniken geschaufelt werden, kann man sich vorstellen, welche Bilder dadurch für die Angstmacher inszeniert werden können. Hier ein Alarmruf aus Bayern vom 11. November 2020 (7):

„Seitdem Patienten/Bewohner und Personal systematisch durchgetestet werden, passiert es, dass von jetzt auf gleich die Hälfte

des Personals wegfällt, weil sie entweder positiv getestet wurden oder aber Kontaktpersonen waren. So wie im Krankenhaus in Schongau, wo 600 Mitarbeiter Ende Oktober für mindestens 10 Tage in Quarantäne geschickt wurden und die Klinik vorübergehend schloss. Was das für die Patienten bedeutet, die dort liegen und so schnell nicht in andere Häuser verlegt werden können, lässt sich denken.“

Die Testungen – ein Win-Win-Geschäft zu Lasten Dritter

Wer diese Not- und Paniksituationen anheizen will, um uns Angst zu machen, muss also nur noch dafür sorgen, dass auch mehr ambulant und in Pflegeeinrichtungen getestet wird. In Einrichtungen wird das vom Ordnungsgeber einfach angeordnet, dann läuft das Positiven-Domino demnächst bundesweit von ganz alleine. Aber auch in den Kassenarztpraxen gibt es ein probates Mittel, die Kooperation der Ärzteschaft zu steigern: Mehr Geld! Das wird ja jetzt massenhaft gedruckt und scheint keine Rolle mehr zu spielen. Ein niedergelassener Kassenarzt hat mir entrüstet gemeldet, wie sich das auswirkt. Er schreibt:

„Erst gab es keinen Cent für die Tests und viele Kollegen (fast alle bei uns in der Region) haben so gut wie gar nicht getestet. Nun bekommen wir für einen Test (Dauer 1 min) beim gesunden Menschen mehr Geld (15 Euro) als für eine komplette Abdomen-Sonographie bei akutem Abdomen (15 min für 12 Euro). Deshalb wird jetzt plötzlich überall getestet.“

Unser Gesundheitswesen wird „mit dem goldenen Zügel“ gesteuert, wie es mir einmal der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) Professor Joseph Hecken erläuterte. Das heißt, mit Geld werden die Anreize für das gesetzt, was Patienten dann erleben beziehungsweise ausbaden müssen.

Profit Center Krankenhaus

Finanzielle Fehlanreize wirken sich im Krankenhaus offenbar sogar noch verheerender aus. Gerade in den großen Klinikkonzernen haben inzwischen die besonders von schein-linken Gesundheitsökonomien politisch jahrelang gepuschten Fallpauschalen das Geld zur wichtigsten Triebfeder des Klinikbetriebes gemacht. Dort blüht die institutionalisierte – also legalisierte – Korruption. Es werden mit Bonuszahlungen für Chefärzte, mit Monopolisierung von Versorgungsketten oder durch geschicktes Zusammenarbeiten mit Apotheken, Medizinprodukteherstellern und Pharmaunternehmen immer mehr und teurere Leistungen erbracht und abgerechnet. Nicht weil Patienten sie unbedingt brauchen, sondern weil dadurch das finanzielle Ergebnis des klinischen Profit-Centers Krankenhaus optimiert werden kann.

„Wenn wir keine zweistellige Rendite einfahren, machen wir den Laden hier dicht“, hatten mir die Manager der Helios-Kette bei einem Besuch mit Karl Lauterbach in ihrer Klinik in Damp an der Ostsee unverblümt zu verstehen gegeben. Mein eigentliches Anliegen damals war, dass diese Klinik sich mehr für die unzureichende Notfallversorgung auf dem Lande öffnen möge, aber da war ich wohl zu naiv, wie mir das Mitglied des Aufsichtsrates der Rhön-Kliniken, der Genosse Karl Lauterbach, vorwurfsvoll lächelnd zu verstehen gab.

Aber nicht nur in den Regierungsparteien hatten und haben die großen Gesundheitskonzerne eine tief verwurzelte Lobby. Jetzt in der Corona Krise hat sich das bezahlt gemacht. Solch einen Lockdown-Unsinn macht meiner Meinung nach nur jemand aktiv und engagiert mit, der entweder von der Macht oder vom Geld oder von beidem etwas erwartet, oder wer Angst davor hat, dieses zu verlieren, wenn er sich verweigert. Bei den Konzernen der

Gesundheitswirtschaft läuft alles am reibungslosesten, oder wie geschmiert, mit goldenen Zügeln.

Lohn der Angstmacher

So machen die meisten Kliniken den Corona-Hype ohnehin schon mit, weil ihre Lobby seit März dafür gesorgt hat, dass ein großer Teil der für Covid-19 aus dem Fenster geschmissenen Steuergelder und Beiträge bei den Kliniken landet.

Anfangs, im März 2020 erreichten diese, dass für jedes belegte Bett ein Corona-Zuschlag von 50 Euro pro Tag gezahlt wurde. Genial war auch das schon genannte Leere-Betten-Honorar von 560 Euro pro Tag. Für jedes neu aufgestellte Intensivbett gab es sogar 50.000 Euro Zuschuss. Auch wenn sie nicht gebraucht wurden, haben viele Häuser dieses Geschäft mitgenommen. Leer stehende Betten brauchen wenig Personal und bringen in Corona-Zeiten trotzdem gutes Geld. Nach den ersten Lockdown-Turbulenzen war von Covid-19 im stationären Sektor nicht viel zu merken. Die Belegung der Intensivstationen in Deutschland lag vom März bis Ende September 2020 durchschnittlich bei 50 bis 75 Prozent. Das hat sich bisher auch kaum geändert. Dafür aber die dort gemeldeten Diagnosen.

Die neue Strategie

Man schaltete um. Die Kliniken erhielten am 12. Oktober rückwirkend ab 1. Oktober 2020 weitere finanzielle Anreize, sodass sich die Belegung der freien Betten wieder mehr rechnet, aber nur für positiv getestete Covid-19-Fälle. Nach § 5 Absatz 3i KHEntgG für 2020 (Corona-Mehrkostenzuschlagsvereinbarung 2020) gewährte ihnen der Gesetzgeber wesentlich höhere Zuschläge. Gleichzeitig

sollte der Medizinische Dienst in der „Notlage“ die Augen zudrücken und nur noch weniger als halb so oft kontrollieren, was mit unserem Geld gemacht wird. Für jeden Behandlungsfall mit positivem Testergebnis und für jeden Fall mit klinischen Symptomen, die als Covid-19 gedeutet werden können, gibt es seit dem 1. Oktober 2020 bis zum Ende der „epidemischen Notlage von nationaler Tragweite“ pro Tag zusätzliche 100 Euro Covid-19-Sonderentgelt.

Dieses attraktive Angebot kam, parallel mit der Testorgie in Pflegeeinrichtungen und angesichts der dadurch zu erwartenden Zuweisungen von Covid-19-Verdachtsfällen, gerade rechtzeitig und wurde von den Kliniken offenbar seit dem 1. Oktober in sehr erstaunlich großem Maße genutzt. Auch wenn die Auslastung der Intensivstationen – schon wegen der Personalknappheit – sich insgesamt nicht wesentlich veränderte, so stieg der Anteil der „Covid-19 Fälle“ auf durchschnittlich etwa 50 Prozent rasant an. Von Anfang Oktober bis Mitte November, also etwa innerhalb von nur 6 Wochen, war das eine Zunahme um das 15-fache! Erschreckend ist dabei der Anteil beatmeter Covid-19-Fälle von 56 Prozent. Hoffentlich sind unter den 2010 invasiv Beatmeten viele nur wegen eines positiven Testbefundes, also mit und nicht primär wegen Covid-19 in dieser Statistik. Invasive Beatmung von als Covid-19 behandelten Patienten hat sich weltweit inzwischen als lebensgefährliches Zusatzrisiko herausgestellt.

Gern würde ich von den Kassen wissen, wie sich seit Mitte September die Altersverteilung der Intensivpatienten verändert hat und wie es sich mit dem Anteil der Patienten aus Alteneinrichtungen verhält. Auf diese Daten warte ich immer noch. Die Kostenträger müssten längst über diese Entwicklung gestolpert sein, aber die Stellen zur Kontrolle von Fehlverhalten in den Krankenkassen scheinen bei diesem „Great Reset“ der Bettenbelegung lieber nicht so genau hinzuschauen.

Das Geschilderte zeigt erneut, dass Krankenhäuser primär zu

Wirtschaftsunternehmen mutiert sind, in denen ökonomisches Denken die Entscheidungen bestimmt. Als Sozialstaat sind wir aber eine verfasste Solidargemeinschaft. Unsere Beiträge tragen wir solidarisch nach Kräften, um jenen helfen zu können, die Hilfe brauchen. Das ist auch das Prinzip unseres Gesundheitssystems. Es beruht auf dem Solidarprinzip und war auch im Bereich der Verwaltung und der Sicherstellung von bedarfsgerechter Versorgung eine öffentliche Aufgabe. Wenn Städte, Landkreise und Bundesländer die Daseinsfürsorge für Gesundheit großen Monopolisten überlassen und sich derart ihrer Verantwortung für Kranke und Alte entledigen, dann geht es bald gar nicht mehr um Gesundheit, sondern nur noch um Geld, und damit kennen sich die Unternehmen besser aus als die Volksvertretungen.

Der „Great Reset“ im Gesundheitswesen scheint längst gelaufen. Die „Economic Hitmen“ sind lange unter uns und, was wir jetzt erleben, ist nur ein Symptom dieser in den letzten Jahrzehnten fortschreitenden Deregulierung unseres Gemeinwohls. Wenn das Gemeinwohl sich selbst abschafft, dann übernehmen gut organisierte Egoisten mit väterlicher Geste das Regime und Demokratie hat es schwer. Doch ich habe einen Traum!

Quellen und Anmerkungen:

(1) Das RKI berichtet zum 17.11.2020 :

Im Ambulanten Bereich ist die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE-Raten) in der Bevölkerung in der 45. KW 2020 im Vergleich zur Vorwoche bundesweit leicht gesunken. Zwei (4 Prozent) der 51 untersuchten Sentinelproben waren positiv für SARS-CoV-2.

Aber im stationären Bereich ist die Gesamtzahl der behandelten Fälle mit akuten respiratorischen Infektionen (SARI-Fälle) weiter

angestiegen. Dabei ist der Anteil an COVID-19-Erkrankungen bei den SARI-Fällen weiter stark angestiegen und lag in der 44. KW 2020 bei 49 Prozent.

(2) <https://youtu.be/Qmls6bj2jxI> (<https://youtu.be/Qmls6bj2jxI>)

(3) <https://www.wodarg.com/covid-19-in-italien/>
(<https://www.wodarg.com/covid-19-in-italien/>)

(4) <https://www.augsburger-allgemeine.de/politik/SPD-Gesundheitsexperte-Lauterbach-Wir-haben-zu-viele-Krankenhaeuser-id54513861.html> (<https://www.augsburger-allgemeine.de/politik/SPD-Gesundheitsexperte-Lauterbach-Wir-haben-zu-viele-Krankenhaeuser-id54513861.html>)

(5) Covid-19 Krankenhausentlastungsgesetz vom 27. März 2020: Krankenhäuser erhalten einen finanziellen Ausgleich für verschobene planbare Operationen und Behandlungen, um Kapazitäten für die Behandlung von Patienten mit einer Coronavirus-Infektion frei zu halten. Für jedes Bett, das dadurch im Zeitraum vom 16. März bis zum 30. September 2020 nicht belegt wird, erhalten die Krankenhäuser eine Pauschale in Höhe von 560 Euro pro Tag. Der Ausgleich wird aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, der aus dem Bundeshaushalt refinanziert wird, bezahlt. Sie erhalten außerdem einen Bonus in Höhe von 50.000 Euro für jedes Intensivbett, das sie zusätzlich schaffen. Die Kosten dafür werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert. Darüber hinaus sollen die Länder kurzfristig weitere erforderliche Investitionskosten finanzieren. Für Mehrkosten, insbesondere bei persönlichen Schutzausrüstungen, bekommen Krankenhäuser vom 1. April bis zum 30. Juni 2020 einen Zuschlag je Patient in Höhe von 50 Euro, der bei Bedarf verlängert und erhöht werden kann. Der so genannte "vorläufige Pflegeentgeltwert" wird auf 185 Euro erhöht.

(6) <http://pflegeethik-initiative.de/2020/04/15/corona-krise-falsche-prioritaeten-gesetzt-und-ethische-prinzipien-verletzt/>
(<http://pflegeethik-initiative.de/2020/04/15/corona-krise-falsche-prioritaeten-gesetzt-und-ethische-prinzipien-verletzt/>)

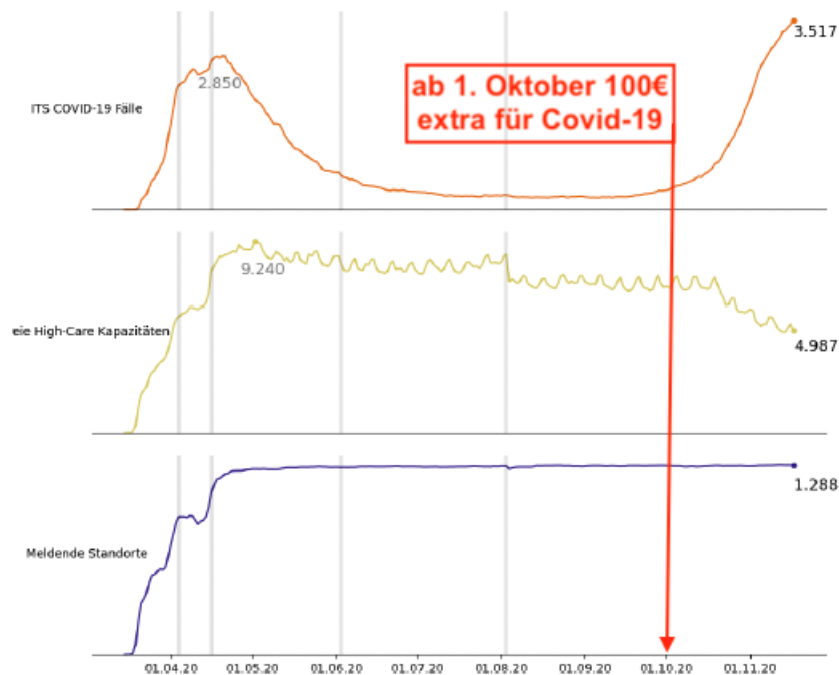
(7) <https://www.merkur.de/lokales/schongau/schongau->

[ort29421/schongau-krankenhaus-corona-ausbruch-mitarbeiter-angefeindet-90092945.html](https://www.merkur.de/lokales/schongau/schongau-ort29421/schongau-krankenhaus-corona-ausbruch-mitarbeiter-angefeindet-90092945.html)

<https://www.merkur.de/lokales/schongau/schongau-ort29421/schongau-krankenhaus-corona-ausbruch-mitarbeiter-angefeindet-90092945.html>

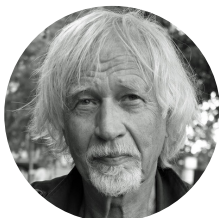
Fallzahlen COVID-19

			Veränderung zum Vortag
Aktuell	in intensivmedizinischer Behandlung	3.517	81
	davon invasiv beatmet	2.010 (56%)	39
	Neuaufnahmen auf ITS seit Vortag	513	



Kontakt: intensivregister@rki.de

Zitierweise: DIVI-Intensivregister Tagesreport vom 17.11.2020



Wolfgang Wodarg, Jahrgang 1947, ist Internist und Lungenarzt, Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin sowie für öffentliches Gesundheitswesen und Sozialmedizin. Er arbeitete unter anderem als Amtsarzt in Schleswig-Holstein, Lehrbeauftragter an Universitäten und Fachhochschulen sowie Vorsitzender des

Fachausschusses für gesundheitlichen Umweltschutz bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein. 2009 initiierte er in Straßburg den Untersuchungsausschuss zur Rolle der Weltgesundheitsorganisation bei der Schweinegrippe.

Dieses Werk ist unter einer **Creative Commons-Lizenz (Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International** (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>)) lizenziert. Unter Einhaltung der Lizenzbedingungen dürfen Sie es verbreiten und vervielfältigen.