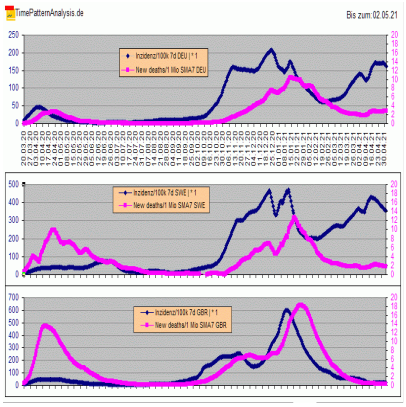


Intensiv- und anderer Schwindel

Description

In Ergänzung zu meinem Artikel „Intensiv-Kapazität und Alternativen“: Die Intensivpflege befindet sich seit Jahren (und nicht erst seit „Corona“) in Überlastung. In vielen Einrichtungen wird schon zu „normalen Zeiten“ oft am Limit gearbeitet – siehe z.B. hier: „Am Rande der Erschöpfung“.

Mit der neo-liberalen Ausrichtung des Gesundheitswesens auf Gewinn-Erzielung (und Maximierung) geht es verständlicherweise auch darum, die Kosten zu reduzieren. Das sind in erster Linie Personalkosten – eben Stellenabbau. Den Pflegekräften wurde im Frühjahr 2020 eine nachhaltige Verbesserung ihrer Lage, Einkommen und Arbeitsbedingungen versprochen – passiert ist nichts, außer gewisser Einmalzahlungen (längst nicht an alle) und Klatschen auf den Balkonen. In einer TV-Sendung der Quantitätsmedien bemerkte kürzlich eine gestresste Fachkraft fast nebenbei, dass das, was sie jetzt alleine macht, früher von vier, fünf Arbeitskräften erledigt wurde. Es wird gemunkelt, dass rund 9000 Intensivschwestern gekündigt hätten, ein weiteres Drittel trägt sich mit dem Gedanken. Aber dann lautes Wehklagen über Kapazitätsengpässe…

Ein guter anekdotischer Bericht zur aktuellen Lage findet sich hier. Vor einigen Tagen wurde über einen Pressesprecher berichtet, der fünf Kliniken im Brandenburgischen vertritt: Er könne den immer wieder von Journalisten mit Nachdruck geforderten Krisenberichten nicht entsprechen. Denselben Eindruck vermittelte kürzlich auch ein Bericht der Helios-Kliniken in der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“. Der Chef der Krankenhauskette sagte auch: „Es gab immer schon volle Intensivstationen, das ist nichts Neues.“ Und: „In Deutschland gibt es dreimal so viele Covid-Patienten auf der Intensivstation wie in Spanien. Die Sterblichkeit ist dann in beiden Ländern aber wieder ungefähr gleich.“

In 2020 gab es für den Aufbau neuer Intensivbetten einen Regierungszuschuss in Höhe von 50.000 Euro je Bett. Im April 2020 waren 22.000 Intensivbetten gemeldet, bald danach waren es schon 32.000. Am 7. August 2020 sah die Situation so aus: Die gesamte Intensiv-Kapazität kam auf 40311 Betten, davon betrug die Notfallreserve 12132. Von da an ging es bergab. Aktuell (28. April 2021) beträgt die gesamte Kapazität 33.900 (16% weniger), die Notfallreserve kommt auf 9.976 (18% weniger). Seit Ende März 2021 bekommen Kliniken einen täglichen Zuschuss für jedes Intensivbett, wenn die Kapazitätsauslastung (ohne Reserve) über 75% liegt (vorher gab es zeitweilig Zuschüsse, wenn die Auslastung unter 75% blieb). Bezogen auf die gesamte Kapazität betrug die Auslastung Anfang August 2020 50%, ohne Reserve lag sie bei 71%. Ende April kamen die beiden Werte auf 63%, bzw. 89%.

Da die Kliniken Gewinn-orientiert arbeiten, liegt es nahe, dass sie auch alles tun, um die Möglichkeiten zu

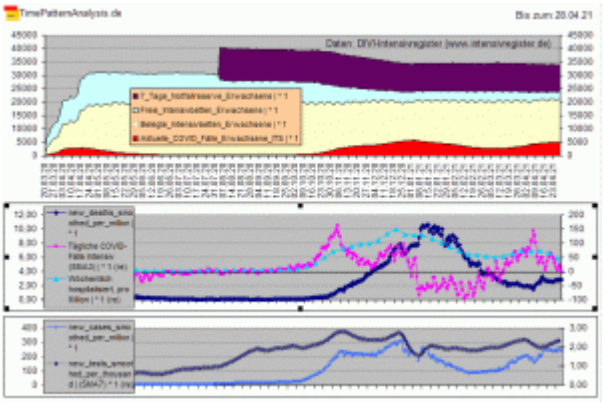
nutzen, die sich ihnen u.a. durch die Bundesregierung bieten. Erst wird der Zuschuss für den Aufbau der Kapazitäten mitgenommen (und die Auslastung gering gehalten). Um die Heranbildung menschlicher Kapazität zum Betrieb der Betten hat sich niemand gekümmert, das sind ja gewinnschmälernde Kosten. Stattdessen bleiben die Pflegekräfte unter anhaltendem Rationalisierungdruck. Dann wurde die Notfallreserve wieder um über 2.000 Betten reduziert. Wenn deren Aufbau zuvor voll gefördert wurde, macht das 2.000*50.000=100.000.000 (hundert Mio. Euro)! Und jetzt wird natürlich alles getan, um eine Auslastung von über 75% darzustellen. In dem Zusammenhang ist es auch bemerkenswert, dass die Spitze des Neuzugangs von Covid-Patienten zur Intensivpflege am 6. April war.

Überhaupt, die Covid-Patienten in der Intensivpflege. Die Zahl der täglichen Neuzugänge stieg seit März deutlich an und erreichte Anfang April mit 150 (Mittelwert über drei Tage) das jüngste Maximum. Aktuell bewegt sich der Wert um Null. Auch hier wieder: Es wird nicht unterschieden zwischen „an“ und „mit“ Corona (siehe auch hier!). Kommt etwa ein Motorradfahrer wegen eines Unfalls auf die Intensivstation und werden bei ihm per PCR-Test molekulare Merkmale des SARS-Cov-2 Virus festgestellt, gilt er als Covid-Patient. Parallel dazu hat sich die Zahl der wöchentlichen „normalen“ Krankenhauseinweisungen wegen „Corona“ seit Jahresbeginn um mehr als 60% reduziert.

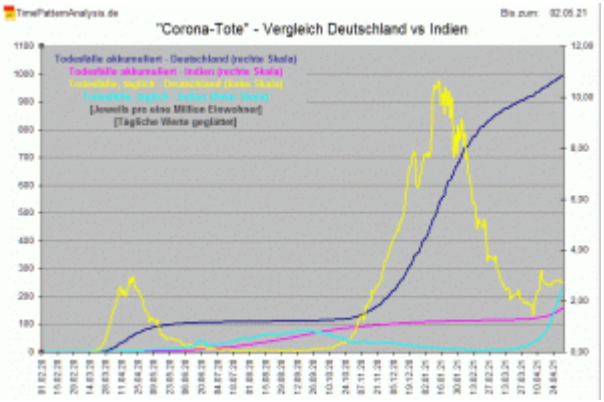
Ein weiterer Punkt ist die Tatsache, dass bei einer Verlegung von Patienten von einer Intensiv-Station auf eine andere für diesen Tag eine Doppelerfassung stattfindet. Das soll mehr als 10% der Covid-Fälle betreffen. Wird ein Patient künstlich beatmet, soll sich diese Quote sogar auf rund 30% erhöhen (siehe auch hier!). So macht Auslastungs-Statistik Spaß…

Einen wirklichen nationalen Notfall kann ich nicht erkennen, zumal man ja auch noch freie Kapazitäten nutzt, um Covid-Fälle aus Frankreich und Belgien zu übernehmen.

Sehen Sie hierzu auch den folgenden Chart.



Dann werfen wir einen Blick nach Indien. Da ist ja der Teufel los, hört man in den Quantitätsmedien. Argumentiert wird ausschließlich mit absoluten Zahlen. Schaut man sich aber bezogen auf die Bevölkerungszahlen im Vergleich dazu Deutschland an, ergibt sich folgendes Bild:

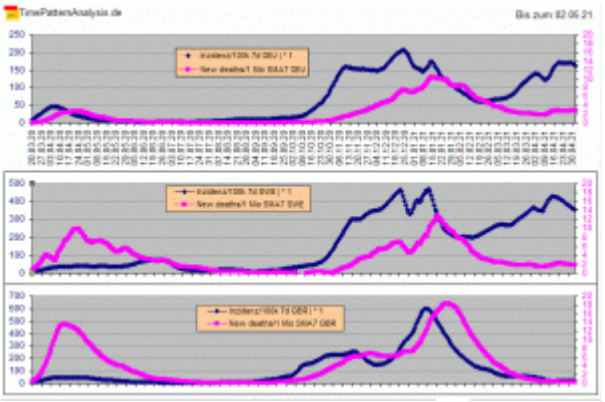


Akkumuliert seit Ausbruch der „Pandemie“ beträgt die Zahl der „Corona-Todesfälle“ in Indien 16% derjenigen in Deutschland (bezogen auf eine Million Einwohner). Die Zahl der täglichen Todesfälle kommt in Indien auf 90% derjenigen in Deutschland. Gut, nach Verlauf der Kurve ist zu erwarten, dass sie bald die aus Deutschland übersteigen wird. Aber es wäre ein sehr weiter Weg, bis die Gesamtzhl der Todesfälle in Indien bezogen auf die Bevölkerungszahl diejenige in Deutschland übersteigt.

In Indien wird seit Februar geimpft, bis dahin wurde sehr erfolgreich z.B. mit Ivermectin und Budesonid, sowie auch homöopathisch behandelt. Siehe hier und hier. Aktuell scheint man wieder zu bewährten Methoden zurückzukehren.

Vor andertalb Jahren hätte ich vielleicht noch gedacht, gut, Indien, das ist so eine Sache mit verlässlichen Zahlen. Heute denke ich an die Corona-Statistik in Deutschland, die einer Bananen-Republik würdig ist.

Und weitere Vergleiche. Die folgenden Verläufe zeigen die sieben-Tage-Inzidenz und die Zahl der täglichen Sterbefälle „an“, bzw. „mit“ Covid für Deutschland, Schweden und Großbritannien (immer bezogen auf die Bevölkerung). Daran sieht man sehr deutlich, dass es gegenwärtig in Deutschland und in Schweden keine Synchronität zwischen den beiden Zeitreihen gibt. Wie Schweden zeigt, ist die Indizidenz auch ein ausgesprochen schlechter Ratgeber hinsichtlich der tödlichen Konsequenzen der Krankheit. Hier liegt die Inzidenz mit 200 bis 400 seit langem wesentlich höher als in Deutschland, die Zahl der täglichen Todesfälle liegt aber ebenfalls seit geraumer Zeit unter der in Deutschland, aktuell sind es in Schweden 1,84, in Deutschland 2,79 (bezogen auf eine Million Einwohner). Macht ein Drittel in Schweden weniger als bei uns. Und das, obwohl (oder weil?) es in Schweden nie einen Lockdown oder andere gravierende Einschränkungen im sozialen und wirtschaftlichen Leben gab wie in Deutschland.



England ist insofern interessant, als dass hier offenbar die starke Impfkampagne die Zahl der Todesfälle nach unten treibt. Ob das so bleibt, steht auf einem ganz anderen Blatt. Hier findet man dazu interessante Informationen und Überlegungen.

Man sieht bei den gezeigten Verläufen, dass von einer dritten Welle keine Rede sein kann – jedenfalls nicht beim Verlauf der täglichen Todesfälle (worauf es ja im Rahmen einer Epidemie ankommt). Wohl aber bei der Inzidenz, die man mit wenig Aufwand z.B. durch die Anzahl der Testungen manipulieren kann (in diesem Zusammenhang auch Schnelltests).

Neue modellhafte Hochrechnungen der englischen Regierung passen da ins Bild. Sie schreibt in einer neuen Studie, dass die vollständig Geimpften in der nächsten Covid-Welle den größten Teil der Klinikpatienten und der Toten stellen. Ob solche zusammengeschusterten Modelle (das berüchtigte Imperial College war beteiligt) letztlich irgendeine praktische Relevanz haben, steht dahin. Die Studie enthält aber einige mehr oder weniger beiläufige Passagen, die einen aufhorchen lassen sollten. So könnten z.B. Immunschwächen vermehrt zu schweren Verläufen führen (#32). Das gelte auch bei vollständig erhaltenem Impfschutz, sowie bei Virus-Varianten, die dem Impfschutz entkommen sind (#56), heißt es.

Zum Thema "Impfen" habe ich eine ganz einfache Frage: Warum will man einen teuren Impfstoff an 100% der Bevölkerung verabreichen und ist nicht den Weg gegangen, Medikamente zur Behandlung der wenigen Prozent der Bevölkerung zu entwickeln, die an Covid-19 schwer erkranken?
[Ich glaube, ich kenne die Antwort…]

Nachtrag:
(4.5.21) DIVI-Präsident Gernot Marx (DIVI fabriziert die Zahlen für das Intensiv-Register) sagte jetzt, man werde das rückläufige Infektionsgeschehen bald noch deutlicher auf den Intensivstationen sehen können. Und: „(…) das hängt dann unmittelbar mit den Maßnahmen der Bundes-Notbremse, wie aber auch dem deutlichen Fortschritt beim Impfen zusammen.“ Dumm nur, dass die Zahl der Intensiv-Neuzugänge bereits seit dem 6. April deutlich sinkt (siehe den Chart oben!), also auch schon mehr als zwei Wochen vor Inkraftreten der Bundesnotbremse (24. April 2021). Ende März hatte Marx noch vor „exponentiell steigenden Covid–19-Patienten auf den Intensivstationen“ gewarnt und weise ausgeführt, dass bei einer Inzidenz von 300 Ende April oder Anfang Mai bis zu 6.800 Corona-Intensivpatienten drohten. Er müsste eigentlich vor Scham in den Boden versinken…

(6.5.21) Pressemitteilung des Bundesgesundheitsministeriums: Im Jahresdurchschnitt 2020 waren vier Prozent aller Intensivbetten mit Corona-Patienten belegt

Sterbefälle im März 2021 11% unter Durchschnitt und Abbau von Intensivbetten größer als Rekordwert an Corona-Intensivpatienten

(8.5.21) Gute Darstellung zur Situation in Indien; noch ausführlicher insbesondere auch im Vergleich zur Lage in Deutschland hier (Youtube-Video von Real_Hero), zu beachten ist auch die weite Verbreitung von Tuberkulose in Indien (jährlich 220.000 Todesfälle – Vorschädigung der Lunge)

(21.5.21) Siehe zur Situation im Intensiv-Bereich auch hier, insbesondere dort der Nachtag!