



Samstag, 20. November 2021, 15:59 Uhr
~11 Minuten Lesezeit

Der Intensivbetten- Mythos

Auf den Intensivstationen verschwinden Betten, während erfundene Patienten auftauchen.

von Walter van Rossum
Foto: sdecoret/Shutterstock.com

Der Pandemiker an sich ist eine beklagenswerte Gestalt: Seine Mission der Menschheitsrettung zwang ihn zur Lüge. Nun erweist sich: Er hat die Welt nicht gerettet, sondern zu Klump therapiert, und seine Lügen fliegen ihm um die Ohren. Zwanzig lange und düstere Monate lang sind die Menschen seinen Verheißungen gefolgt, haben ihm das Märchen vom R-Wert unter eins geglaubt, dann folgte die lange Periode des Inzidenzgezockes, und schließlich kam die Endlösung in Sicht: der geradezu aus dem Nichts gezauberte

Impfstoff. Ein Kommentar von Walter van Rossum, Autor des bald im Rubikon-Verlag erscheinenden Buches „Die Intensiv-Mafia: Von den Hirten der Pandemie und ihren Profiten“.

Der Großmeister wirrer Virologie, Christian Drosten, hatte immer wieder versichert: Bei einer Herdenimmunität von 70 Prozent sei die Wende erreicht (1). Auf politisches Geheiß wurde die – natürliche – Herdenimmunität noch schnell in Impfmunität umgewidmet. Mission accomplished! Allerdings stiegen danach die Zahlen der Infektionen in bis dahin ungeahnte Höhen. Was macht ein Pandemiker in dem Moment, wo sich große Teile seines Publikums aus dem hysterischen Stupor zu lösen beginnen und einfach vom Glauben abfallen?

Echte Pandemiker zaudern nicht, sie fliehen in den Amok. Vorwärts in den nächsten Lockdown, unterwegs noch möglichst viele „Impfgegner“ mit Dreck bewerfen und dann weiter mit den alten Lügen: das exponentielle Wachstum der Infizierten und die jetzt aber wirklich endgültige Überlastung des Gesundheitssystems und so weiter. Sie wuchern mit den Zahlen ihrer Schande und hoffen immer noch, damit die Herde erneut in Panik versetzen zu können. Verzweifelt versichern sie denen, die ihnen so lange so ergeben gefolgt sind, die Impfverweigerer seien schuld.

Laut offiziellen Angaben (2) sind mittlerweile knapp über 70 Prozent aller Deutschen doppelt geimpft. Die datensammelnde Behörde, das Robert Koch-Institut (RKI), hat aus eigenen Stücken eingeräumt, es könnten weit mehr sein, auch über 80 Prozent (3). Wer weiß, wie das RKI zu seinen Corona-Daten kommt und wie die Behörde damit umgeht, glaubt das sofort. Sagen wir mal, es seien 75 Prozent, dann

blieben 25 Prozent: davon die meisten Kinder, dann folgt die Gruppe derer, die aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden kann, dann bleiben ein paar Prozent Impfskeptiker übrig.

Aus dem ganzen Kontingent der Ungeimpften können wir noch einmal geschätzt ein Viertel rausrechnen, die längst über eine erworbene Immunität verfügen. Um die offensichtliche Lüge zu kaschieren, dass das Impfen die Rettung sei, beschuldigt man jetzt das heterogene Grüppchen der Ungeimpften als Ursache allen Übels, und der Chor der Chefkolumnisten und Zwergkommentatoren schreit nach Zwangsimpfung und verschärften Maßnahmen.

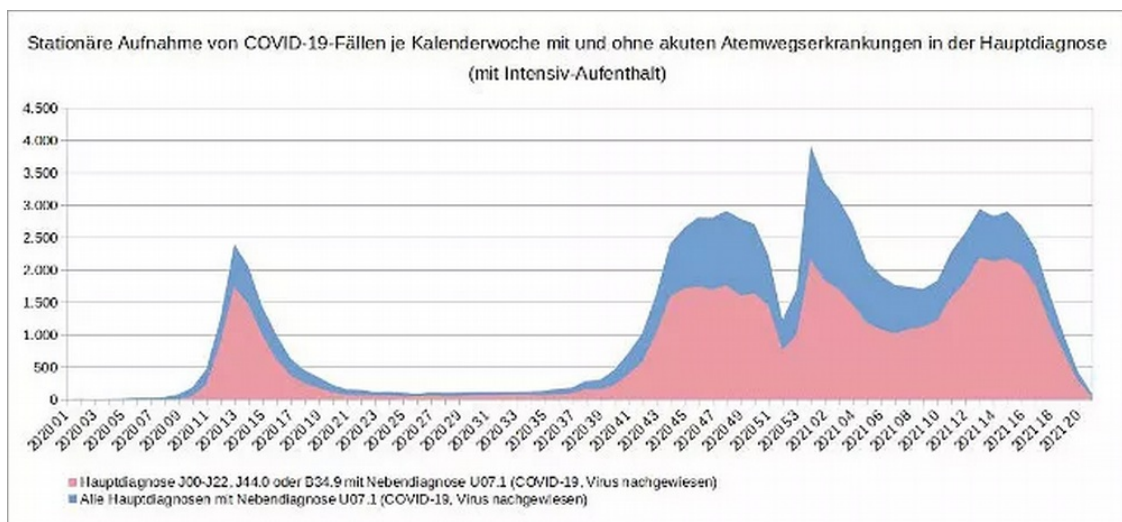
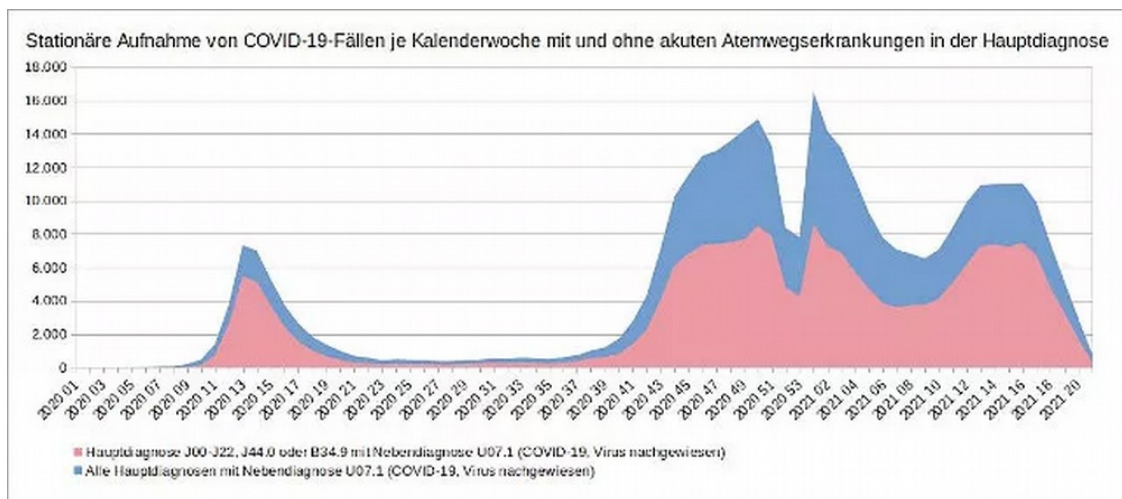
Wie gesagt: Flucht nach vorne.

Dabei wirft man mit Zahlen um sich, die nicht nur einfach voller Rechenfehler stecken, sondern schlicht getürkt sind. Diese Zahlen spotten aller Logik und jeglicher Evidenz, sie sind allein von Macht und Performance der geschäftsführenden Pandemiker gestützt (4).

Laut RKI tritt nur bei 1 Prozent aller laborbestätigten COVID-19-Fälle eine Lungenentzündung auf. Die anderen Symptome (Husten, Schnupfen, Fieber) sind von denen bei harmlosen Erkältungen nicht zu unterscheiden. Bei mittlerweile fast fünf Millionen positiv Getesteten haben also nur knapp 50.000 Symptome gezeigt, die tödlich sein können. Gestorben sind aber den offiziellen Statistiken zufolge bis jetzt etwa 97.000 Menschen – unter dem unsäglichen Rubrum „im Zusammenhang mit Corona“. Die Auflösung des Rätsels findet man Ende Oktober 2021 bei *Multipolar*. Die Redaktion konnte sich die Abrechnungsdaten der Krankenhäuser mit den Krankenkassen, die das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEk) bereitstellt, beschaffen.

Daraus geht unzweifelhaft hervor, „(...) dass der Anteil der COVID-19-Fälle mit akuten Atemwegserkrankungen an allen stationär aufgenommen COVID-19-Fällen im Winter 2020/21 zum Teil nur bei etwas mehr als der Hälfte lag und die übrigen sogenannten COVID-19-Fälle aufgrund vollkommen anderer Krankheitsbilder wie etwa Herzinfarkt, Harnwegsinfektionen oder Beinbruch in die Klinik kamen. Die InEK-Abrechnungsdaten zeigen eindeutig, welche COVID-19-Fälle primär aufgrund der Symptome einer SARS-CoV-2-Infektion behandelt wurden und bei welchen Fällen eine COVID-19-Erkrankung nur eine Nebendiagnose darstellt“ (5).

Hier zwei Grafiken (6), die die Situation in Krankenhäusern (Abbildung 1) und in Intensivstationen (Abbildung 2) veranschaulichen:



COVID-19 aufgrund lediglich eines positiven PCR-Tests wird stets als Nebendiagnose gemeldet. Die Hauptdiagnose besagt, ob es sich um einen Herzinfarkt, Krebs oder ein Schädeltrauma handelt. Aber nur wenn in der Hauptdiagnose die verschiedenen ICD-10-Codes (7) für akute Atemwegsinfektionen stehen, kann man davon ausgehen, dass es sich bei den meisten Fällen um „echte“ COVID-19-Patienten handelt. In allen anderen Fällen handelt es sich lediglich um PCR-positiv getestete Patienten, die aus ganz anderen Gründen intensivmedizinischer Betreuung bedürfen.

In gewisser Weise bestätigt das RKI diesen Sachverhalt. Dort ist man seit dem 30. September 2021 dazu übergegangen, wenigstens in den „Wochenberichten“ darzustellen, welche COVID-19-Patienten die ICD-10-Codes J09-J22, also SARI (8), als Hauptdiagnosen haben. Das heißt, seitdem kursieren eigentlich zwei Versionen von COVID-19-Patienten auf den Intensivstationen. Hier eine Abbildung aus dem „Wochenbericht“ vom 11. November 2021 (9).

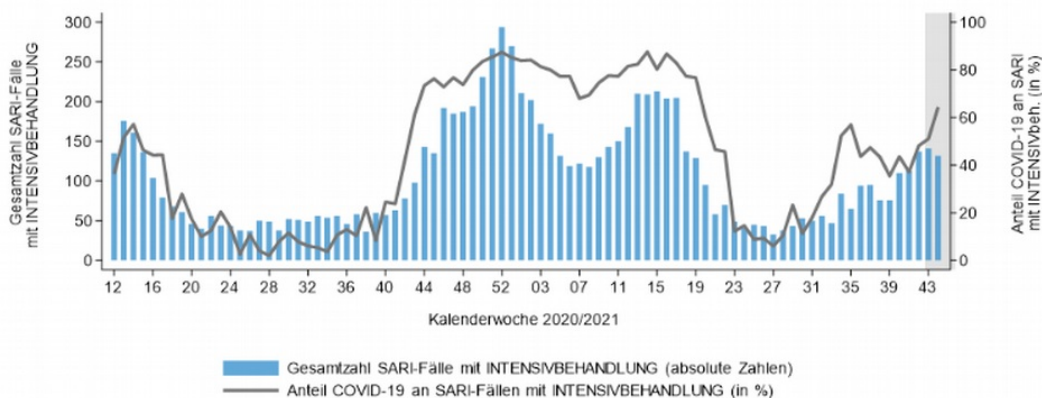


Abbildung 12: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09-J22) mit Intensivbehandlung sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 12. KW 2020 bis zur 44. KW 2021, Daten aus 72 Sentinelkliniken. Für den grau markierten Bereich ist in den folgenden Wochen noch mit Änderungen in den Fallzahlen zu rechnen.

Der Anteil von intensivmedizinisch betreuten COVID-19-Patienten mit SARI-Symptomatik schwankt zwischen 3 und 80 Prozent. Allerdings wird dabei gerne so getan, als gäbe es jetzt zwischen 3 und 80 Prozent mehr SARI-Fälle. Das ist aber keineswegs der Fall. Die Initiative Qualitätsmedizin belegt in einer Studie (10), dass die Zahlen der schweren Atemwegsinfekte (SARI), die stationär

behandelt wurden, erstaunlich unverändert blieben. Ein Vergleich der jeweils ersten Quartale der Jahre 2019 bis 2021 zeigt, dass 2020 und 2021 die Gesamtzahl der SARI-Fälle deutlich niedriger war als im ersten Quartal 2019, ebenso die Zahl der Fälle, die intensivmedizinischer Betreuung bedurften, und auch die Zahl der an SARI Verstorbenen war 2019 höher als 2020.

	2019	2020	2021	20-19	21-19
Alle Patienten					
SARI	96.201 (7,9%)	87.524 (7,7%)	57.379 (6,4%)	-8.677 (-9%)	-38.822 (-40,4%)
Intensiv	61.954 (5,1%)	57.114 (5,1%)	51.882 (5,8%)	-4.840 (-7,8%)	-10.072 (-16,3%)
Beatmung	30.649 (2,5%)	28.863 (2,6%)	27.095 (3%)	-1.786 (-5,8%)	-3.554 (-11,6%)
Verstorbene					
SARI	10.091 (10,5%)	9.449 (10,8%)	12.270 (21,4%)	-642 (-6,4%)	2.179 (21,6%)
Intensiv	11.944 (19,3%)	11.076 (19,4%)	12.079 (23,3%)	-868 (-7,3%)	135 (1,1%)
Beatmung	9.701 (31,7%)	8.863 (30,7%)	9.668 (35,7%)	-838 (-8,6%)	-33 (-0,3%)

© Initiative Qualitätsmedizin e.V.

Anzahl aller SARI-Fälle, mit Intensivbehandlung und mit Beatmung, für jeweils das erste Quartal der Jahre 2019 bis 2021. In Klammern steht der prozentuale Anteil an allen Krankenhausfällen. Die Differenz der Jahre ist in den Spalten 5 und 6 ebenfalls angegeben, wobei hier in Klammern der Prozent-Unterschied zum Bezugsjahr dargestellt ist. Die Verstorbenen sind für alle Kategorien angegeben, wobei in Klammern die Prozent-Sterblichkeit angegeben ist.

In der 44. Kalenderwoche (1. bis 7. November) verzeichnet das RKI im Vergleich zur Vorwoche bezüglich Patienten mit COVID-19 als Nebendiagnose und SARI-Symptomen in der Hauptdiagnose einen Anstieg von 51 auf 64 Prozent. Am 13. November 2021 werden im „Tagesbericht“ des RKI 2.941 COVID-19-Fälle als Intensivpatienten ausgewiesen. Doch wie viele davon einen SARI-Code als Hauptdiagnose haben, bleibt Verschlussache (11).

Mit Sicherheit liegen sehr viel weniger Menschen mit SARI-Covid-Diagnosen auf den Intensivstationen als offiziell verbreitet wird. Zurzeit dürften es deutlich weniger als insgesamt 10 Prozent sein. Zur Erinnerung: Im Frühjahr waren es gelegentlich über 20 Prozent,

und doch stieg die Gesamtauslastung nie über die 80-Prozentmarke.

Wie ist es möglich, dass heute eine deutlich geringere Zahl an Intensivpatienten zu drastisch höheren Auslastungen führt? Die Erklärung ist ziemlich einfach: Damals standen etwa 3.500 Intensivbetten mehr zur Verfügung.

Zurzeit gibt es sogar etwa 1.500 Betten weniger als vor der Pandemie. Nach der heutigen Zählweise der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) gibt es im Moment sogar nur 21.843 verfügbare Intensivbetten (12). Über diesen Schwund und wie viele Milliarden der gekostet hat, haben Tom Lausen und ich ein ganzes Buch geschrieben, das leider erst am 18. Dezember erscheinen wird (13).

Experten, Politik und Medien haben sich mittlerweile verabredet, Personalmangel als Grund für den Verlust an verfügbaren Intensivbetten zu nennen (14). Mag sein, doch offensichtlich hat man jeden Versuch unterlassen, das Problem anzugehen, auch wenn etliche Vorschläge auf dem Tisch liegen (15). Und ebenso offensichtlich haben zahlreiche Krankenhäuser mehr damit verdient, Intensivbetten abzumelden und kein neues Personal einzustellen. Der Bundesrechnungshof hat das aktenkundig gemacht (16), Folgen sind bislang nicht erkennbar. Einmal mehr stellt sich die Frage, ob es sich hier um Unfähigkeit in Tateinheit mit Bereicherung handelt oder ob es einen bewussten Willen gibt, Krisen zu erzeugen und zu eskalieren.

Die hohen Infektionszahlen bieten jedenfalls den zuständigen Pandemikern die Gelegenheit, sämtliche Alarmismus-Instrumente neuerlich zu zünden. An erster Stelle steht natürlich das Mantra vom Zusammenbruch des Gesundheitswesens. Dabei geht es niemals darum, dieses Gesundheitssystem zu stabilisieren, etwa

durch Aufstockung der Anzahl von Intensivbetten und des dazugehörigen Personals.

Stattdessen hat man die vermeintlich Verantwortlichen für die steigenden Infektionszahlen ausgemacht: die Ungeimpften. Ich habe zu Beginn bereits dargelegt, dass es sich dabei um groben Unfug handelt. Andererseits kann man dem RKI dabei zuschauen, Argumente für diesen Unfug zu liefern. Wer Mühe hat, den folgenden Ausführungen zu folgen, der möge weder mich noch sich dafür verantwortlich machen. Es geht um ein Paradebeispiel von „kreativer Buchführung“.

Im „Wochenbericht“ des RKI vom 11. November 2021 (17) finden sich im Abschnitt über die „Impfeffektivität“ folgende tabellarische Angaben:

Tabelle 4: Wahrscheinliche Impfdurchbrüche und Impfquote nach Altersgruppe (Datenstand 10.11.2021)

	Alter 12-17 Jahre		Alter 18-59 Jahre		Alter ≥60 Jahre	
	Kumuliert KW 05-44	KW 41-44	Kumuliert KW 05-44	KW 41-44	Kumuliert KW 05-44	KW 41-44
COVID-19-Fälle auf Intensivstation (symptomatisch mit Angabe zum Impfstatus)	35	2	4.080	448	6.503	870
Auf Intensivstation betreute COVID-19- Fälle mit wahrscheinlichem Impfdurch- bruch	0	0	162	58	760	313

Es ist schon dreist, die kumulierte Rechnung mit der fünften Kalenderwoche (KW) 2021 zu beginnen. Zu diesem Zeitpunkt dürfte in Deutschland kein Mensch zweimal geimpft gewesen sein. Aber als Mittel statistischer Verdünnung ein hübscher Einfall. In den Spalten 1, 4 und 6 findet sich die Anzahl der auf Intensivstationen hospitalisierten Patienten in den KW 41 bis 44 nach Altersgruppen kumuliert: $2 + 448 + 870 = 1.320$. Man stutzt: Hatte nicht der „Tagesbericht“ (18) die Zahl von 2.739 Intensivpatienten allein für den 10. November angezeigt?

Es wäre jetzt sehr mühsam, auf den Dienstwegen von RKI und DIVI

die Gesamtzahl der Corona-Intensivpatienten in den vier Wochen zu ermitteln. Man müsste nämlich gewissermaßen händisch die 28 tagesaktuellen Neuzugänge der „Tagesberichte“ addieren.

Verschleierter geht kaum, wie man von dem Informatiker Tom Lausen lernen kann, der ermittelt nämlich per Klick die Zahl von 3.869 COVID-19-Patienten auf Intensiv in den Kalenderwochen 41 bis 44.

Man müsste allerdings auch noch einen großen Teil der 1.344 Patienten dazurechnen, die in der Vorwoche ermittelt wurden. Die 41. KW beginnt ja nicht bei null. Da uns das RKI nicht mitteilt, wie es zu seinen Zahlen kommt, müssen wir deren Zustandekommen mit Schätzungen rekonstruieren. Also nehmen wir noch 1.000 Patienten aus der Vorwoche hinzu, dann wären es etwa 5.000 Intensivpatienten in dem betreffenden Zeitraum. Grob gerechnet entdecken wir eine Differenz von ungefähr 75 Prozent Intensivpatienten, die in dieser Tabelle des RKI nicht vorkommen.

Die 1.320 Patienten, auf deren Grundlage das RKI die Impfeffektivität berechnet, haben zwei Merkmale: Sie gehören, erstens, zur Gruppe der symptomatischen Patienten und, zweitens, kennt man ihren Impfstatus. Um das Staatsgeheimnis der Zahl der symptomatischen Patienten nicht preiszugeben, rührt man eine andere Dunkelziffer in die Zahlensuppe: den bekannte Impfstatus – ohne allerdings zu unterscheiden, von wie vielen Geimpften und wie vielen Ungeimpften man den Status kennt. Aus dem geheimen Zahlenmaterial baut man dann ein Sample von gut einem Viertel der Patienten. Damit ist jede annähernd qualifizierte Berechnung reine Makulatur.

Wenn Politiker, Experten und Medienmissionare – so sie überhaupt noch zu unterscheiden und nicht zur irren Plappermasse fusioniert sind – vor laufenden Kameras behaupten, es lägen weitaus mehr Ungeimpfte als Geimpfte in den Krankenhäusern und auf den

Intensivstationen, dann ist das eine vorsätzliche Lüge.

Dabei sind die Ergebnisse, die auf einem Viertel der Patienten beruhen, bereits äußerst beunruhigend: Der Anteil wahrscheinlicher Impfdurchbrüche bei Patienten, die an COVID-19 gestorben ist, liegt in der Altersgruppe der über 60-Jährigen bereits bei erschreckenden 41,7 Prozent, bei den 18- bis 59-Jährigen sind es immer noch 18,5 Prozent. Trotzdem behauptet das RKI: „Für den Zeitraum der letzten vier Wochen (41. bis 44. KW) liegt die geschätzte Impfeffektivität für die Altersgruppe 18 bis 59 Jahre bei circa 72 Prozent und für die Altersgruppe ≥ 60 Jahre bei circa 72 Prozent“ (19). Eine kühne Schätzung, wenn über 40 Prozent der Patienten der vorrangig betroffenen Altersgruppe trotz doppelter Impfung stirbt. Rechnet man jetzt noch die 30 Prozent mit angeblich unbekanntem Impfstatus hinzu, dann könnten weit mehr Geimpfte als Ungeimpfte gestorben sein.

Das RKI verschleiert diesen traurigen Befund hinter einer Orgie von dunklen Zahlen und absurden Rechenwegen. Dass diese Gesundheitsbehörde den Impfstatus der symptomatischen Corona-Intensivpatienten nur rudimentär kennen soll, halte ich für eine glatte Lüge. Es bleibt ein blinder Fleck von drei Viertel an Patienten, die aus obskuren Gründen an der Lagebesichtigung nicht teilnehmen dürfen. Die Daten des RKI sind nicht immer bloß invalide, sie sind frisiert und kaschieren im großen Stil das Scheitern des Impffeldzuges. Alles in allem dürfte es sich um vorsätzlichen Betrug handeln.

Irgendwann wird man die Frage stellen müssen, wie viele der sogenannten Impfdurchbrüche todesursächlich waren und wie viele Menschen in Wahrheit an den Folgen der Impfung gestorben sind. Möglicherweise geht es dann um weit schlimmere Tatbestände als Betrug.

<https://www.buchkomplizen.de/buecher/politik/die-intensiv-mafia.html>

Quellen und Anmerkungen:

(1) Coronavirus-Update, 20. Mai 2020

(2)

[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Nov_2021/2021-11-15-de.pdf?](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Nov_2021/2021-11-15-de.pdf?__blob=publicationFile)

[__blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Nov_2021/2021-11-15-de.pdf?__blob=publicationFile)

[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Nov_2021/2021-11-15-de.pdf?](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Nov_2021/2021-11-15-de.pdf?__blob=publicationFile)

[__blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Nov_2021/2021-11-15-de.pdf?__blob=publicationFile)

(3) <https://www.ndr.de/nachrichten/info/Corona-Impfungen-Quote-laut-RKI-vermutlich-deutlich-hoher,impfungen244.html>

<https://www.ndr.de/nachrichten/info/Corona-Impfungen-Quote-laut-RKI-vermutlich-deutlich-hoher,impfungen244.html>

(4) „Letztlich beruht dieser Irrglauben auf einer diskursiv hergestellten Kopplung von vermeintlich konsensfähigen politischen Zielen mit moralischem Mehrwert und einem interessenunterlegten Indikator, der in der Lage ist, konkurrierende Indikatoren auszuschalten und, schlimmer noch, die politische Wahrnehmung der Realität zu steuern.“

Matthias Burchardt, „Wortschwall, Bildbefall und Zahlendämmerung“, in: Tom Lausen/Walter van Rossum, Die Intensiv-Mafia. Die Hirten der Pandemie und ihre Profite, Rubikon, München 2021.

(5) Karsten Montag, „Abrechnungsdaten der Krankenkassen: Nur

jeder zweite ‚Corona-Patient‘ wegen Corona-Verdacht im Krankenhaus“, in: *Multipolar*, 30. Oktober 2021,

<https://multipolar-magazin.de/artikel/abrechnungsdaten-krankenkassen> (<https://multipolar-magazin.de/artikel/abrechnungsdaten-krankenkassen>)

(6) Ebenda

(7) ICD-10 steht für „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“. Ins Deutsche übersetzt und etwas vereinfacht: Internationale Klassifikation der Krankheiten. Die „10“ bedeutet, dass es sich dabei um die 10. Ausgabe handelt.

(8) SARI = Schwere Akute Respiratorische Infektion

(9)

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2021-11-11.pdf?__blob=publicationFile

(https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2021-11-11.pdf?__blob=publicationFile)

(10) **www.initiative-qualitaetsmedizin.de/covid-19-pandemie**

(<http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/covid-19-pandemie>)

(11) Die Zahlen der Arbeitsgemeinschaft Influenza beruhen nur auf Meldungen einer relativ kleinen Zahl von im Sentinelsystem angeschlossenen Arztpraxen und Krankenhäusern.

(12) Die DIVI hatte mehrfach im Verlauf der Pandemie ihre Zählweise geändert. Dadurch wird selbst für Spezialisten die Nachvollziehbarkeit außerordentlich erschwert.

(13) „Die Intensiv-Mafia. Die Hirten der Pandemie und ihre Profite“, Rubikon, München 2021

(14) Ich verzichte hier auf millionenfache Quellenangaben. Es genügt, eine Ausgabe der *Tagesschau* anzusehen.

(15)

https://schrapppe.com/ms2/index_htm_files/thesenpapier_adhoc3_210517_endfass.pdf

(https://schrapppe.com/ms2/index_htm_files/thesenpapier_adhoc3_210517_endfass.pdf)

(16) <https://cdn.businessinsider.de/wp-content/uploads/2021/06/19-8745-BRH-Bericht-uber-Prufung-ausgewahlter-coronabedingter-Ausgaben-1.pdf>

(<https://cdn.businessinsider.de/wp-content/uploads/2021/06/19-8745-BRH-Bericht-uber-Prufung-ausgewahlter-coronabedingter-Ausgaben-1.pdf>)

(17)

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2021-11-11.pdf?__blob=publicationFile

(https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2021-11-11.pdf?__blob=publicationFile)

(18)

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Nov_2021/2021-11-11-de.pdf?__blob=publicationFile

(https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Nov_2021/2021-11-11-de.pdf?__blob=publicationFile)

(19)

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2021-11-11.pdf?__blob=publicationFile

(https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2021-11-11.pdf?__blob=publicationFile), S. 23

Dieser Artikel erschien bereits auf www.rubikon.news.



Walter van Rossum ist Autor, Medienkritiker und Investigativjournalist. Er studierte Romanistik, Philosophie und Geschichte in Köln und Paris. Mit einer Arbeit über Jean-Paul Sartre wurde er 1989 an der Kölner Universität promoviert. Seit 1981 arbeitet er als freier Autor für **WDR, Deutschlandfunk, Zeit, Merkur, FAZ, FR** und **Freitag**. Für den **WDR** moderierte er unter anderem die „Funkhausgespräche“. Zuletzt erschien von ihm das Buch „**The Great WeSet – Alternativen in Medien und Recht** (<https://www.masselverlag.de/The-Great-WeSet/Alternativen-in-Medien-und-Recht/>)“.

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.