

KT-Drucks. Nr. 029/2022

Landratsamt Böblingen, Postfach 1640, 71006 Böblingen

Der Landrat

Amtsleiterin
Franziska Fais
Telefon 07031 663 1356
Telefax 07031 663 1999
f.fais@lrabb.de

Az:
17.02.2022

**Beantwortung der Anfrage
der AfD-Kreistagsfraktion
vom 03.02.2022**

**Bericht über die aktuelle Situation der Normal- und
Intensivbettenbelegung im KVS
- Beantwortung einer Anfrage der AfD-Kreistagsfraktion vom 03.02.2022**

Anlage 1: Antrag der AfD

Anlage 2: Präsentation_Kreistag_BB_Ostermeier_Zentrum_für_Anaesthesie-
Intensivmedizin

Anfrage

Die Verwaltung soll an der nächsten Kreistagssitzung mündlich, sowie schriftlich über die aktuelle Situation der Normal- und Intensivbettenbelegung im KVS berichten.

Es ist überaus wichtig, die Abbauzahlen der Normal- und Intensivbetten ab 2019 zu kennen, da laut den DIVI-Zahlen zu keinem Zeitpunkt die Überlastung unserer Kliniken erkennbar ist.

Ferner bitten wir Sie im Kreistag zu berichten, ob eine Überlastung der ITS-Belegung im KVS vorgelegen hat und weiterhin vorliegt, welche die harten

Maßnahmen, Grundrechtseinschränkungen und die massive Impfwerbung im Landkreis rechtfertigen.

Beantwortung

1. Die aktuelle Situation der Normal- und Intensivbettenbelegung

Aktuell ist die Versorgungslage stabil mit wieder ansteigenden Tendenzen seit Anfang März. Stand 04.03.2022 werden im Klinikverbund Südwest (KVSWS) 80 C+Patienten stationär behandelt, davon 10 auf Intensivstationen (ITS), 5 davon beatmet.

Neben der reinen Coronabelegung gilt es aber auch die Personalsituation in Bezug auf die anderen Abteilungen zu betrachten. Aufgrund der hohen Inzidenzen fallen vermehrt Mitarbeiter aus, was in einigen Bereichen zu Leistungseinschränkungen führen kann. In Zahlen: Im November 2021 konnten rund 840 Schichten nicht „normal“ besetzt werden, sondern mussten über das Ausfallmanagement nachbesetzt werden; im Dezember rund 790 Schichten, im Januar 1.088, Tendenz im Februar weiter steigend. Es liegt somit im Verantwortungsbereich jedes Einzelnen, die Welle über eine hohe Impfbereitschaft möglichst bald zu brechen bzw. als Gesellschaft die Belegschaft – und damit die Abläufe - in den kritischen Infrastrukturen zu schützen.

2. Abbauzahlen der Normal- und Intensivbetten ab 2019:

Im gesamten KVSWS wurden seit 2019 keine Betten abgebaut, weder auf ITS- noch auf Normalstation. Die letzte Planbettenreduktion fand im KVSWS im Jahre 2008 von damals 1.628 Planbetten auf 1.525 statt - gesondert für die Kreiskliniken Böblingen 1.194 auf 1.099 Planbetten. Diese Zahlen haben bis heute Bestand.

3. Liegt eine Überlastung der ITS-Belegung im KVSWS vor bzw. hat sie vorgelegen?

Ja, Überlastsituationen lagen des Öfteren vor im Verlauf der Pandemie. Dass die Kliniken des KVSWS respektive die Intensivstationen bereits mehrfach an die Grenze der Belastbarkeit kamen bzw. oftmals weit darüber hinaus gehen mussten, hatte ergänzend zu den regelhaften Lageberichten nicht zuletzt Dr. Andreas Ostermeier, Chefarzt des standortübergreifenden Zentrums für Anästhesie und Intensivmedizin Böblingen-Leonberg, eindrucksvoll und detailliert in seinem Vortrag vor dem Kreistag am 20. Dezember 2021 dargestellt. Als Anlage 2 anbei der damalige Vortrag, der u.a. auf Seite 9 die extrem hohe psychische und physische Belastung des Personals schonungslos darlegt.

Im gesamten KVSWS wurden in den vergangenen 2 Jahren über 5.200 stationäre COVID-19-Patienten behandelt, weit über 900 auf den Intensivstationen. Knapp 13 % aller Covid-Patienten sind verstorben, auf den Intensivstationen fast jeder 3. Covid-19-Patient - 669 Einzelschicksale (Stand: 1.3.2022), mit denen auch die Mitarbeitenden konfrontiert waren.

Erläuterungen im Hinblick auf DIVI-Daten:

Die Belegungszahlen in Kliniken schwanken täglich bzw. stündlich, ebenso die Anzahl der betreibbaren Betten, jeweils in Korrelation der Personalsituation und dem Erkrankungsschweregrad der behandelten Patienten. Statistik und Intensivmedizin sind somit extrem schwer in Einklang zu bringen; ein physisches Bett alleine im DIVI weist letztlich auch nicht

die Versorgungsintensität aus, sprich viele schwersterkranke beatmete COVID-Patienten reduzieren am Ende die tagesaktuell mögliche betreibbare Bettenanzahl in der Realität zum Teil im Stundenrhythmus. Hinzu kommen bei den DIVI-Daten unregelmäßige Meldeverhalten der Kliniken sowie unterschiedlichste Betrachtungszeitfenster (7-Tage bspw.).

Erklärung hierzu:

Der DIVI-Tagesreport wird täglich um 13 Uhr öffentlich eingestellt im Web. Im Allgemeinen sind darin alle Meldungen der Kliniken bis einschließlich 12.15 Uhr enthalten. Entsprechend der DIVI-Intensivregister-Verordnung wird eine tägliche Meldung aller Kliniken bundesweit erwartet. Ein gleichmäßiges "Meldeverhalten" ist allerdings nicht immer gegeben. Nicht alle Meldebereiche melden immer regelmäßig täglich und natürlich nicht immer zwingend zur selben Uhrzeit. Darauf muss beim Vergleich von Zahlen geachtet werden, da eine unterschiedliche Anzahl und Zusammensetzung von Meldebereichen in der jeweiligen Betrachtung zugrunde liegen können.

In einem bestimmten Betrachtungszeitfenster kann sich die Zusammensetzung der meldenden Krankenhaus-Standorte bzw. Meldebereiche im Vergleich zu einem vorangegangenen oder folgenden Zeitfenster somit deutlich verändern. Diese Veränderung der Meldebereichs-Zusammensetzung ist beim Vergleich jeglicher aggregierter Zahlen, wie COVID-19-Fallzahlen und Anzahlen Intensivbetten, zwischen einzelnen Tagen / Zeitfenstern unbedingt zu berücksichtigen. Dies gilt auch für jegliche mehrtägige Zeitverlaufs-Auswertungen der Zahlen.

Beispiel: Ein betrachtetes Zeitfenster entspricht z.B. 24 h eines Tages. Es werden Zahlen des letzten Dienstags mit denen des letzten Montags verglichen. Dienstag haben 110 Meldebereiche gemeldet, Montag nur 100. Davon haben jeweils 90 Meldebereiche an beiden Tagen gemeldet. Die tagesaktuellen COVID-19-Fallzahlen werden jeweils auf 110 Meldungen bzw. basierend auf 100 Meldungen durch Summe berechnet. Der Unterschied in den COVID-19-Fallzahlen Dienstag versus Montag kann also zum einen durch einen Anstieg/Abfall an COVID-19-Behandelten entstehen und/oder durch die veränderte Anzahl und Zusammensetzung der Meldebereiche. Eine verpasste Meldung von z.B. nur einzelnen großen Häusern kann hier schnell zu einem "Knick" in der tagesaktuellen Anzeige an COVID-19-Fällen und allen anderen Zahlen führen.

Um das schwankende Meldeverhalten etwas auszugleichen, wird ein Betrachtungszeitfenster von 7 Tagen in den meisten Darstellungen angewendet. Damit werden für einen Betrachtungstag die aktuellsten Meldungen des Tages einbezogen, sowie auch aktuellste Meldungen von Meldebereichen, die zwar NICHT am Betrachtungstag gemeldet haben aber zuletzt am Vortag (oder am Vor-Vortag etc., maximal vor 7 Tagen).

Insofern ist die reine DIVI-Betrachtung nicht nachhaltig aussagefähig, was die Belastungsspitzen einzelner Kliniken oder gar Bereiche angeht.

Im DIVI werden zudem noch IMC-Betten (Low-Care) sowie beispielsweise Betten auf der Stroke-Unit geführt. Diese erweiterten Intensiveinheiten (IMC, usw.) weist der KVS in den täglichen Zahlen, die beispielsweise direkt an die lokalen/regionalen Medien gehen, bei Anfragen zum Corona-Status-Quo nicht aus, sondern nur die wirklichen High-Care-Betten inkl. Beatmungsoption.

Diese Daten / Aussagen sind dann auch stundengenau und aussagekräftig im Gegensatz zu den DIVI-Daten und letztlich relevant für die initiale Corona-Versorgung.

Dennoch sind beispielsweise Überwachungseinheiten der Stroke-Unit ebenfalls extrem wichtige intensivmedizinische Versorgungsstrukturen, die 24/7 benötigt werden für die Schlaganfallversorgung, bilden aber natürlich keine adäquaten Betten ab für schwersterkrankte beatmungspflichtige Covid-Patienten. Insofern werden diese berechtigterweise auch in globalen DIVI-Statistiken mitgeführt, verfälschen für den Laien aber die Aussagekraft. In Worst-Case-Szenarien könnten natürlich unter qualitativen und personellen Versorgungseinschränkungen (Substandard), und letztlich zu Lasten anderer Versorgungsbereiche / Patienten, auch solche Bereiche für die Corona-Versorgung umgewidmet werden.

Der limitierende Faktor in der Versorgung schwerstkranker Intensivpatienten ist und wird aber immer das Fachpersonal sein und nie die physische Verfügbarkeit von Beatmungsgeräten, zumal High-Intensive-Care weit mehr beinhaltet als die reine Sauerstoffgabe. Wenn mehr Fachpersonal in die initiale Covid-Versorgung abgezogen werden muss, sind Einschnitte in der Versorgung aller anderen Nicht-Covid-Patienten unvermeidlich. Insofern versuchen Kliniken bzw. deren Belegschaft seit über zwei Jahren diesen Spagat zu meistern.



Roland Bernhard