

<b>Stellungnahme der Verwaltung</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> öffentlich	<input type="checkbox"/> nicht öffentlich
<b>Drucksachen-Nr.</b>	
<b>0610201ST7</b>	
<b>Externes Dokument</b>	

**Betreff**  
 16. Satzung zur Änderung der Gebührenordnung für die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes der Bundesstadt Bonn

Verwaltungsinterne Abstimmung	Datum	Unterschrift
Federführung: Amt 37 Genehmigung/Freigabe durch OB / Amt 02	06.03.2006	gez. Meurer am 06.03.2006

Beratungsfolge	Sitzung
Hauptausschuss	31.01.2006
Ausschuss für Soziales, Migration, Gesundheit und Wohnen	07.03.2006
Rat	23.03.2006

## Inhalt der Stellungnahme zu EB6

Der Ausschuss für Umwelt und Verbraucherschutz hat in seiner Sitzung am 22.02.2006 u.a. die Verwaltung gebeten, bis zur Sitzung des Ausschusses für Soziales, Gesundheit, Migration und Wohnen zur Sitzung am 7.3.2006 folgende Fragen zu beantworten.

### Zu 4. Hilfsfristen

#### **Was bedeutet die Hilfsfrist (Zeitraum zwischen Notfallmeldung und Eintreffzeiten des Rettungsmittels am Notfallort) von 8 Minuten für Überlebenschancen und die Art u. Weise des Überlebens der Notfallpatienten?**

Die definierte Hilfsfrist von 8 Minuten im städtischen Bereich und 12 Minuten in ländlich strukturierten Gebieten ist landesweit in Gutachten und in der Rechtsprechung eine anerkannte Größe. Bei den im Bedarfsplan festgelegten Hilfsfristen handelt es sich um maximale Eintreffzeiten auch in peripheren Randlagen des Stadtgebietes, d.h. die durchschnittliche Eintreffzeit bei den über 25.000 jährlichen Einsätzen liegt deutlich unter 8 Minuten.

Bei den allermeisten Notfällen sind diese Eintreffzeiten völlig ausreichend, lediglich bei den wenigen Patienten mit Herz-Kreislauf-Stillstand oder hochakuten, lebensbedrohlichen Verletzungen zählt jede Minute. Bei einem unbehandelten Herz-Kreislauf-Stillstand sinkt die Überlebenschance statistisch pro Minute um 7-10 %. Auch neurologische Schäden bis hin zum Wachkoma nehmen mit fortschreitender Zeit zu, dennoch ist eine Vorhersage des Überlebens und der resultierenden Lebensqualität nur sehr schwer möglich, da dieses einer großen interindividuellen Schwankungsbreite unterliegt.

Natürlich ist es sinnvoll, verschiedene Einflussgrößen auf dieses therapiefreie Intervall (Reaktionszeit der Angehörigen, richtige Notrufnummer, ausreichende Vorhaltung von

Rettungsmitteln, schnelle Anfahrtswege, etc.) möglichst kurz zu halten, um weiteren Schaden vom Patienten abzuwenden. Dennoch wird man immer, auch bei einem effektiven Gesamtsystem, an individuelle Grenzen stoßen.

### **Nach 8 Minuten Herzstillstand tritt spätestens der Hirntod ein. Könnte die Einführung eines Systems der Laiendefibrillation die Anzahl der Hirntoten deutlich verringern?**

Nach 3-5 Minuten Herz-Kreislauf-Stillstand beginnen Hirnzellen durch den Sauerstoffmangel abzusterben. Je nach Vorerkrankungen von Herz und Lunge (Herzkraft, Durchblutung, Sauerstoffreserven, etc.) und den weiteren Rahmenbedingungen (Temperatur) sind die Aussichten auf eine erfolgreiche Wiederbelebung sehr unterschiedlich und können nur schwer vorhergesagt werden. Nur bei einer bestimmten Form des Herz-Kreislauf-Stillstandes (dem sog. Kammerflimmern) ist es sinnvoll, so früh wie möglich Strom zur Koordinierung des Herzrhythmus (Defibrillation) anzuwenden.

Durch die Stationierung von öffentlich zugänglichen automatisierten Defibrillatoren (AED) zur Laiendefibrillation würde sich in Bonn nach der Erfahrung aus dem Rettungsdienst und der Datenlage aus aktuellen wissenschaftlichen Untersuchungen keine wesentliche Verbesserung erzielen lassen. Über 80 % der Betroffenen erleiden den Herz-Kreislauf-Stillstand in häuslicher Umgebung, zudem ist über die Hälfte der Patienten gar nicht mit Strom behandelbar, da es sich um eine andere Form des Herz-Kreislauf-Stillstandes handelt. Da die Frequenz der Inanspruchnahme eines Laien-Defibrillators an allen öffentlichen Plätzen in Bonn extrem gering wäre, machen solche Projekte im Prinzip nur an stark frequentierten Orten (Flughafen, Stadion, etc.) Sinn. Im Bereich der Stadt Bonn erscheint es wesentlich sinnvoller, den Defibrillator gezielt zum Einsatz zu bringen. So wird hier als einer der ersten Städte in Deutschland seit 1991 flächendeckend eine Defibrillation durch nicht-ärztliche Mitarbeiter/-innen im Rettungsdienst durchgeführt. Seit dem Jahr 2000 sind alle Lösch- und Hilfeleistungsfahrzeuge der Berufsfeuerwehr ebenfalls mit Defibrillatoren ausgestattet, um den Rettungsdienst als sog. "First Responder" zu ergänzen, falls das Fahrzeug vor dem Rettungswagen bei einem Patienten sein kann. Der einzige Laiendefibrillator im öffentlichen Bereich steht in der "Gemeinsamen Anlaufstelle Bonner Innenstadt" und wird dort von den Beamten des Ordnungsamtes und der Polizei bedient. Nach unserem Kenntnisstand wurde dort in den 5 Jahren seit Stationierung des AED keine einzige Defibrillation durchgeführt, da dieses nicht nötig war.

### **Welche Mehrkosten im Rettungswesen und auf der anderen Seite Einsparungen bei der langfristigen Behandlung der Patienten würde die Festlegung einer kürzeren Hilfsfrist bedeuten? Wie stehen die Krankenkassen zu der Übernahme erhöhter Rettungskosten, denen aber deutlich niedrigere Behandlungskosten gegenüberstehen könnten?**

Diese Frage kann vom Fachamt nicht beantwortet werden, da es sich hier eher um eine volkswirtschaftliche Betrachtung handelt, die sicherlich nur von Gesundheitsökonomen seriös beantwortet werden kann.

Über die im Rettungsdienst-Bedarfsplan festgeschriebenen maximalen Hilfsfristen hinausgehende Forderungen auf Verkürzung der Eintreffzeiten sind aus ärztlicher Sicht zwar wünschenswert, aber in der Abwägung des finanziellen Aufwandes unrealistisch. Die Verbesserung der Hilfsfristen mit der entsprechenden Erhöhung der Fahrzeugvorhaltung steht in keiner linearen Beziehung, sondern geht mit einem exponentiellen Kostenaufwand einher. Für Bonn würde dieses konkret bedeuten, dass eine flächendeckende Verkürzung der Hilfsfristen um nur 1 bis 2 Minuten sicherlich mit einer Erhöhung der Vorhaltekosten von mind. 1 Mio. Euro jährlich einhergehen würde. Eine genaue Berechnung hierzu existiert aber nicht, da

die Krankenkassenverbände nach den bisherigen Erfahrungen eine Erhöhung der Vorhaltung zugunsten einer Verbesserung der Hilfsfristen ohne eine definitive gesetzliche Festschreibung verkürzter Hilfsfristen im Rettungsgesetz NRW sicher nicht mit tragen.

#### Zu 6. Krankentransport:

#### **Welche Mehrkosten entstehen dadurch, dass teilweise Rettungswagen für Krankentransporte eingesetzt werden? Wer trägt diese Mehrkosten?**

Durch die Übernahme von Krankentransporten durch Rettungswagen in auslastungsschwachen Zeiten (nachts) und zur Abdeckung von Einsatzspitzen (temporäre Bedarfsunterdeckung im Krankentransport tagsüber) werden die Vorhaltekosten im Gesamtsystem Rettungsdienst eher reduziert. Wenn dieses nicht erfolgen würde, müsste beispielsweise nachts für ein bis maximal zwei anfallende Krankentransporte ein eigener Krankenwagen mit Besatzung vorgehalten werden.

Die Stadt Bonn ist als Träger des Rettungsdienstes rund-um-die-Uhr zur bedarfsgerechten und flächendeckenden Vorhaltung von Leistungen der Notfallrettung und des Krankentransportes einschließlich des Notarztendienstes gesetzlich verpflichtet.

Da es sich hierbei um lediglich ein bis zwei Transporte pro Tag handelt, kann dieses von den vorhandenen Rettungswagen mit übernommen werden, Zusatzkosten in der Vorhaltung entstehen hier nicht. Die Gebührenschildner bzw. die Krankenkassen werden lediglich mit den Gebühren für einen Krankentransport belastet, da bei diesen Transporten keine besondere Ausrüstung des Rettungswagens (z.B. Medikamente) verbraucht wird.

#### Zu 10. Beteiligung der Krankenkassen bei der Festsetzung von Benutzungsgebühren nach § 14 RettG NRW

#### **Wie haben die Krankenkassen auf den Gebührenentwurf reagiert?**

Die beurteilungsfähigen Unterlagen sind den Krankenkassenverbänden erstmals mit Schreiben vom 08.12.2005 und die vorliegende Verwaltungsvorlage mit Schreiben vom 13.01.2006 mit der Bitte um Stellungnahme bis zum 10.02.2006 zugeleitet worden. In der Folge hat es verschiedene telefonische Kontakte gegeben. Erst nach der Beratung im Ausschuss für Umwelt und Verbraucherschutz hat es eine schriftliche Stellungnahme der Krankenkassenverbände gegeben, die mit Schreiben vom 23.02.2006 beantwortet wurde. Hierbei wurde nochmals angeboten, den Vertretern der Krankenkassenverbände kurzfristig zu einem Erörterungsgespräch zur Verfügung zu stehen, um bis zur Beratung im Rat nach Möglichkeit das Einvernehmen zum Satzungsentwurf zu erreichen.