

Öffentliche **Berichtsvorlage**

Vorlagen-Nr.:

V/0880/2015

Auskunft erteilt:

Herr Dr. Bohn

Ruf:

492-8205

E-Mail:

BohnA@stadt-muenster.de

Datum:

22.10.2015

Betrifft

Einsatz von Defibrillatoren durch die Stadt Münster

Beratungsfolge

17.11.2015	Kommission zur Förderung der Inklusion von Menschen mit Behinderungen	Bericht
24.11.2015	Sportausschuss	Bericht
25.11.2015	Ausschuss für Soziales, Stiftungen, Gesundheit, Verbraucherschutz und Arbeitsförderung	Bericht
01.12.2015	Ausschuss für Schule und Weiterbildung	Bericht
03.12.2015	Ausschuss für Personal, Organisation, Sicherheit, Ordnung und E-Government Bericht	
09.12.2015	Haupt- und Finanzausschuss	Bericht
16.12.2015	Rat	Bericht

Bericht:

1. Antrags- und Beschlusslage

Die CDU-Ratsfraktion stellte am 19.05.2015 an den Rat der Stadt Münster den Antrag (A-R/0033/2015), die städtischen Sportstätten sukzessive und flächendeckend mit Defibrillatoren auszurüsten, eine zugehörige Online-Datenbank bzw. App zu entwickeln sowie Kooperations- und Fördermöglichkeiten in diesem Feld auszuloten.

Die Kommission zur Förderung der Inklusion von Menschen mit Behinderungen stellte zuvor am 10.03.2015 gegenüber dem Ausschuss für Personal, Organisation, Sicherheit, Ordnung und E-Government (APOSOE) den Antrag, die Verwaltung mit Folgendem zu beauftragen:

- Erfassung und bessere Kenntlichmachung der Gebäude, in welchen Defibrillatoren vorhanden sind.
- Prüfung, wie viele städtische Gebäude noch mit einem Defibrillator auszustatten sind, für welche städtischen Gebäude eine Ausstattung mit einem Defibrillator besonders sinnvoll ist sowie die Kosten für die Anschaffung und Unterhaltung zu ermitteln und zu prüfen, ob eine Finanzierung durch Stiftungen möglich ist.
- Hinwirkung darauf, dass auch nichtstädtische Einrichtungen der öffentlichen Daseinsvorsorge mit gut erreichbaren Defibrillatoren ausgestattet werden. Dazu soll die Verwaltung unter anderem die medizinische Notwendigkeit und den Nutzen von Defibrillatoren in der Öffentlichkeit intensiv darstellen.

Mit dieser Berichtsvorlage wird das Thema aufgegriffen und ausführlich zu Grundlagen, Anwendungsmöglichkeiten, empirischen Befunden und Finanzierungsaspekten der Beschaffung bzw. Aufstellung von Automatischen Externen Defibrillatoren (AED) Auskunft gegeben.

2. Definition und Ausgangslage in Münster

Ein Defibrillator (Schockgeber) kann durch gezielte Stromstöße Herzrhythmusstörungen beenden, die zu einem Herz-Kreislauf-Stillstand führen. Dabei handelt es sich um Kammerflimmern und Kammerflattern (Fibrillation) sowie Kammer-Rhythmusstörungen. Bei ca. 25% der Herz-Kreislauf-Stillstände in Deutschland (2014 in Münster: 27%) zeigen sich derartige Herzrhythmusstörungen. Bei dem Gerät handelt es sich um ein Medizinprodukt der höchsten Sicherheitsstufe.

Die Defibrillation wird durch ausgebildetes Fachpersonal (Ärzte, Rettungsfachpersonal) z. B. auf Intensivstationen, in Operationssälen, in Notaufnahmen, sowie in Fahrzeugen des Rettungsdienstes durchgeführt. Die Defibrillation durch Automatische Externe Defibrillatoren (AED) ist allerdings auch durch einen gut geschulten Laien sicher durchführbar, da die Geräte automatisiert eine Analyse der Herzrhythmen durchführen. Wenn AED in öffentlich zugänglichen Gebäuden, wie Bahnhöfen, Flughäfen und anderen Orten mit hohem Personenaufkommen für eine Anwendung durch medizinische Laien bereitgestellt werden, so spricht man von „Public-Access AED“ (PAD). AED sind in der Anwendung einfach. Sie bestehen aus einem Defibrillator und zwei Flächenelektroden. Bei den meisten Geräten werden den Nutzern/innen alle durchzuführenden Schritte durch eine Sprachansage mitgeteilt. Das Gerät führt nach Anbringen der Flächenelektroden eine EKG-Analyse durch. Anschließend wird bei Vorliegen von Kammerflimmern ein Stromstoß ausgelöst. Dennoch zeigt sich, dass PAD-Programme nur dann erfolgreich waren, wenn die Laien, die die Geräte einsetzten, zuvor in den Maßnahmen der Wiederbelebung und in der Anwendung des Gerätes ausgebildet worden waren (Aufsichtspersonal in einem Casino in Las Vegas, Sicherheitspersonal in einem Flughafen in Chicago). In keiner wissenschaftlichen Untersuchung war das alleinige Anbringen derartiger Geräte ohne begleitende Ausbildung derjenigen, die in der unmittelbaren Umgebung des Gerätes leben oder arbeiten, erfolgreich. Entsprechend hat die Bundesärztekammer in einem Positionspapier festgelegt, dass ein PAD-Programm von einer Schulung der Laien begleitet werden soll. Ferner sollen nach Vorgabe der Bundesärztekammer Einsätze des Gerätes durch einen ärztlichen Supervisor ausgewertet werden.

In Münster verfügt von den insgesamt 103 städtischen Sport- und Gymnastikhallen derzeit nur die Middelfeldhalle im Stadtteil Handorf über einen Defibrillator. Hier hat der örtliche Sportverein, der sich durch Überlassungsvertrag um die Unterhaltung und Pflege der Sporthalle kümmert, das Gerät angeschafft. Der Verein sorgt fortlaufend für die Funktionsfähigkeit des Defibrillators und kommt für alle Wartungs- und Folgekosten auf. Die Anschaffungsfinanzierung erfolgte über ein Sponsoring. Alle anderen 102 städtischen Sporthallen sind nicht mit einem Defibrillator ausgestattet. Von den 32 kommunalen Sportaußenanlagen gibt es lediglich im Stadion an der Hammer Straße/Preußenstadion einen Defibrillator. Bei Großveranstaltungen (Ligaspielen) ist hier ein Sanitätsdienst vor Ort, der als Bestandteil der Notfallausstattung außerdem einen Defibrillator mitführt. Die sechs städtischen Hallenbäder und zwei städtischen Freibäder sind nicht mit Defibrillatoren ausgestattet. Für die Nutzung von Sportstätten im Rahmen des sogenannten „Koronarsport“ für Patienten mit Herzerkrankungen gibt es Fachempfehlungen, nach denen die Vorhaltung eines AED und in der Bedienung ausgebildetem Personal erforderlich wird.

3. Einsatz und Einsatzorte

In Münster ereignen sich jährlich 150 - 200 Herz-Kreislauf-Stillstände (2014: 195 Fälle), bei denen ein Wiederbelebungsversuch durch den Rettungsdienst erfolgt. In der Mehrzahl handelt es sich um gesunde Menschen, die aufgrund einer Durchblutungs- oder Herzrhythmusstörung einen plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstand erleiden. Das mittlere Alter der Betroffenen beträgt in Müns-

ter 68 Jahre. Nur in etwa der Hälfte aller Fälle gelingt es, einen Herzstillstand zu beheben (2014: 96 Fälle). Nur etwa 10-15 % aller Betroffenen überleben ihren Herzkreislaufstillstand. Weltweit gilt der plötzliche Herzkreislaufstillstand als dritthäufigste Todesursache. Entscheidend bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand ist der frühestmögliche Beginn von Wiederbelebungsmaßnahmen da die Unterversorgung des Gehirns mit Sauerstoff binnen kurzer Zeit zu massiven neurologischen Schäden führen kann. Die einfachste Methode der Wiederbelebung besteht in dem sofortigen Beginn einer sogenannten Herzmassage (Thoraxkompression). Zusätzlich können darin ausgebildete Helferinnen und Helfer eine Beatmung beginnen. Beim Vorliegen von Herzrhythmusstörungen kann die Defibrillation die Ursache des Herzstillstandes beenden. Daher ist diese Maßnahme in diesen Fällen als besonders wertvoll anzusehen. Die Herzmassage mit oder ohne Beatmung hilft, den Sauerstoffmangel im Gehirn zu begrenzen, bis professionelle Helfer eintreffen und eine Defibrillation durchführen.

Zu der Frage, an welchen Orten öffentlich zugängliche AED sinnvoll sind, existieren eindeutige Empfehlungen bzw. Leitlinien von Experten/innen:

In den Leitlinien des European Resuscitation Council (ERC) wird die Anbringung an Orten mit mindestens einem registrierten Herz-Kreislauf-Stillstand in 2 Jahren befürwortet. Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung – (DGK) empfiehlt in ihrem Positionspapier zur „automatisierten externen Defibrillation“ (Anlage 3) die Installation von AED an Orten, an denen sich viele Menschen aufhalten und an denen mindestens ein Herz-Kreislauf-Stillstand pro Jahr durch Kammerflimmern beobachtet wurde.

Nach den Auswertungen des Rettungsdienstes der Feuerwehr Münster treffen die oben genannten Bedingungen für keine Sportstätte in Münster zu. Die Feuerwehr erfasst seit dem Jahr 2007 sämtliche Wiederbelebungen im Stadtgebiet im nationalen „Deutschen Reanimationsregister“.

Wie oben dargestellt, kann der AED (Defibrillator) nur bei Vorliegen der genannten Herzrhythmusstörungen erfolgreich eingesetzt werden. In 75 % der Fälle eines Herz-Kreislauf-Stillstands liegen keine derartigen Herzrhythmusstörungen vor. Daher ist es entscheidend, unverzichtbar und vorrangig, vor der Anwendung eines AED eine manuelle Wiederbelebung bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes oder dem Herbeiholen eines AED durchzuführen. Bei der Durchführung der Wiederbelebung ist der AED eine wichtige Ergänzung aber kein Ersatz der Herzmassage. Jede Minute ohne wirksame Reanimation reduziert die Überlebenschance um 10 %. Durch die Wiederbelebungsversuche von Laien kann die Überlebenschance deutlich (Faktor 4-5) gesteigert werden. Studien belegen, dass sich 70 – 80 % aller Herz-Kreislauf-Stillstände zu Hause ereignen und nur 15 % an öffentlichen Plätzen, (Positionspapier der DGK zur „Automatisierten externen Defibrillation“). In Münster ereigneten sich im Jahr 2014 insgesamt 192 Herz-Kreislauf-Stillstände. 45 davon (23%) ereigneten sich in der Öffentlichkeit. Der weitaus größere Teil jedoch in der Wohnung des Betroffenen. Im vergangenen Jahr wurden in 68 Fällen (35%) von Herz-Kreislauf-Stillstand vor dem Eintreffen des Rettungsdienstes Wiederbelebungsmaßnahmen durch Laien ergriffen. Die Stadt Münster als Trägerin des Rettungsdienstes versucht im Verbund mit den Hilfsorganisationen und dem Universitätsklinikum seit dem Jahr 2013 das Wissen und die Fertigkeiten von Laien in der Stadt Münster, eine Wiederbelebung durchzuführen, zu verbessern. Hierzu werden jährlich Veranstaltungen im Rahmen der „Woche der Wiederbelebung“ durchgeführt. Ferner erteilt die Leitstelle der Feuerwehr Anrufern im Notfall eine Anleitung zur Durchführung einer Wiederbelebung.

4. Personenkreise und Anwendung

Bei den Anwendern/innen von AED muss zwischen zwei verschiedenen Personenkreisen unterschieden werden:

- a. Zu dem einen Personenkreis zählen alle Personen, die nicht über eine medizinische Ausbildung verfügen, die aber als sogenannte Ersthelfer/innen in der Wiederbelebung und

der Anwendung der AED geschult sind, z. B. ehrenamtliche Einsatzkräfte der Hilfsorganisationen oder der Freiwilligen Feuerwehr, Sicherheitspersonal, Ersthelfer in öffentlichen Gebäuden u. ä.. Die Schwimmmeister/innen in den städtischen Bädern verfügen über eine Ersthelfer-Ausbildung und sind somit diesem Personenkreis zuzurechnen.

- b. Zum anderen Personenkreis gehören alle „Laien“, die nicht in der Wiederbelebung und der Anwendung von AED als potentieller Bediener gesondert geschult sind. Hier spricht man von „Public Access Defibrillation, (PAD)“. In den städtischen Sporthallen und Außen-sportanlagen ist bei einer Anwendung der AED-Geräte davon auszugehen, dass diese überwiegend von nicht geschulten Helfern, d.h. „Laien“ durchgeführt werden würden.

Zu der Anwendung von AED sowie zur PAD gibt es verschiedene internationale Untersuchungen und Studien, so z.B. die Stellungnahme (Positionspapier) der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK) (Anlage 3) und die Stellungnahmen der Bundesärztekammer zur Anwendung von AED durch nicht-ärztliche Helfer aus den Jahren 2001/2002 (Deutsches Ärzteblatt 98, Heft 18 vom 04.05.2001 und 99, Heft 8 vom 22.02.2002) sowie zu Public-Access-Defibrillations-Programmen aus dem Jahr 2008 (Deutsches Ärzteblatt 105, Heft 19 vom 09.05.2008) (Anlage 4).

Nach der Expertenempfehlung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) ist eine PAD ohne Unterweisung der potentiellen Ersthelfer in der Wiederbelebung nicht sinnvoll.

Die AED Anwendung mit trainiertem Personal nach den Vorgaben der Bundesärztekammer ist nach den Empfehlungen der DGK hingegen sinnvoll und erwiesenermaßen lebensrettend.

Einige wichtige Aspekte, die bei dem Einsatz von frei zugänglichen AED und der Umsetzung von PAD-Konzepten zu beachten sind, sind nach den Empfehlungen der Bundesärztekammer unter anderem die folgenden:

- Das eingesetzte AED-Gerät muss funktionstüchtig und leistungsfähig sein. Für die Überprüfung der ordnungsgemäßen Funktionsfähigkeit des Gerätes und der regelmäßigen Kontrollen ist der Betreiber verantwortlich.
- Die ärztliche Fachaufsicht muss im Sinne eines medizinischen Qualitätsmanagements sichergestellt sein. Dies bedeutet, dass ein ärztlich Verantwortlicher als Programmbetreuer und Programmleiter zu bestimmen ist und jede Anwendung eines AED-Gerätes nachträglich unter ärztlicher Fachaufsicht analysiert wird.
- Das Eingreifintervall sollte höchstens fünf Minuten betragen, d.h. der Defibrillator sollte nahe zum Ort der Wiederbelebung sein (*zur Erinnerung: 75 % der Herz- Kreislauf-Stillstände ereignen sich in der Wohnung der Betroffenen*).
- Der Anwender des AED-Gerätes muss Kenntnisse in der Durchführung der Wiederbelebung besitzen.
- Ausbildung gem. § 14 und § 37 Medizinproduktegesetz (MPG) in Verbindung mit § 2 Abs. 2, 4 und § 5 Abs. 2 Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV). Die Ausbildung muss neben der Gewähr für eine sachgerechte Handhabung des Defibrillators auch die Maßnahmen der kardiopulmonalen Reanimation vermitteln, da die Behandlungsmaßnahmen ihren Wert sehr wesentlich durch ihr Zusammenwirken entfalten und nur die Kombination beider Behandlungsmaßnahmen als wirkungsvolles Konzept angesehen wird. Eine Ausbildung dieses Umfangs lässt sich in einen Erste Hilfe-Kurs problemlos integrieren.

Durch diese Ausbildung wird die Rechtswidrigkeit der Körperverletzung gerechtfertigt und den Bestimmungen des MPG und der MPBetreibV, der diese Geräte unterliegen, wird entsprochen. Die Rechtssicherheit des Helfers in der Not erwächst daraus, dass zur Rechtfertigung der Rettungsmaßnahme eine mindestens mutmaßliche Einwilligung des Opfers in die mit der Defibrillation tatbestandlich vorliegende Körperverletzung angenommen werden kann. Wichtig ist, dass der Einsatz sorgfältig durchgeführt wurde. Bei der Beurteilung der Sorgfalt durch medizinische Laien sind die Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Aus- und Fortbildung von Laien zu berücksichtigen. Rechtswidrig ist die Handlung dann, wenn die helfende Person riskante, insbesondere

grob sorgfaltswidrige Handlungen vornimmt. Als Mindestanforderungen an die Ausbildung werden von der Bundesarbeitsgemeinschaft Erste Hilfe (in der alle Hilfsorganisationen organisiert sind) initial 7 Stunden und einmal jährlich 4 Stunden Auffrischung formuliert.

5. Kosten

Die Einführung von AED-/PAD-Programmen sollte, neben der Interpretation wissenschaftlicher und klinischer Studienergebnisse, nicht ohne Berücksichtigung der Kosteneffizienz erfolgen. Es wird empfohlen für jedes AED-/PAD-Programm die Kosten für

- die Anschaffung der Geräte,
- die laufenden Unterhaltungskosten der Geräte (Austausch der Batterien bzw. Akkus, regelmäßiger Tausch der Elektroden),
- das Personal (Kontrolle und Wartung der Geräte, ärztliche Fachaufsicht, Überwachung der Programme) und
- die Ausbildung

im Vorfeld zu kalkulieren.

Um eine ungefähre Kostengröße zu beziffern, können die nachstehenden Werte zu Grunde gelegt werden:

- Anschaffungskosten ca. 1.200 € pro Gerät.
- Folgekosten für den Betrieb (Austausch von Batterien und Elektroden) ca. 180 €/Gerät alle 3 Jahre.
- Wandhalterung ca. 200 € pro Gerät.
- Neubeschaffung von Geräten aufgrund von Diebstahl oder Vandalismus (ohne Angabe).
- Personalkosten für die Wartung der Geräte (ohne Angabe).
- Personalkosten für die medizinische Fachaufsicht/medizinisches Qualitätsmanagement (ohne Angabe).

6. Sponsoring

Als Alternative könnte ein Sponsoring, das auch die Ersts Schulung des Personals beinhalten kann, in Betracht gezogen werden. Ein Sponsoring funktioniert häufig so, dass von einem externen Defibrillatoren-Anbieter ortsnahe Unternehmen akquiriert und ihnen kostenpflichtig befristet Werbeflächen auf einer Werbetafel, die an einer exponierten Stelle in der jeweiligen Einrichtung aufgehängt wird, zur Verfügung gestellt werden. Auf die Höhe der den betreffenden Firmen in Rechnung gestellten Kosten hätte die Stadt keinen Einfluss. Zahlreiche Unternehmen sind in diesem Feld aktiv und mehrmals im Jahr werden Ämter der Stadt von Firmen angeschrieben, deren Geschäftskonzept PAD-Sponsoring beinhaltet. In einigen Fällen, so ergaben Recherchen im Internet, waren die Kosten für die akquirierten Firmen so hoch angesetzt, dass hierüber eine erhebliche Überfinanzierung der Kosten für die Anschaffung und Wartung der Geräte erfolgte. Auch wird im Internet darüber berichtet, dass einige betroffene Firmen sich nicht aus dem abgeschlossenen Vertrag lösen konnten, so dass es zu Konflikten kam. Mit Blick darauf, dass solche Probleme mit ortsansässigen Firmen auftreten können und eine Gewinnerzielung durch das Aufstellen von Defibrillatoren, auch in der Öffentlichkeit, kritisch zu bewerten ist, muss die Möglichkeit eines Sponsorings inklusive Rahmenbedingungen sehr genau geprüft werden.

7. Vergleich/ Erfahrungsberichte

Die Stadt Bochum hat im Jahr 2003 ein AED-Projekt in Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst, verschiedenen Krankenkassen und Vertretern von Krankenhäusern und Arztpraxen gestartet. Die 10-Jahres-Ergebnisse dieses stadtweiten AED-Programms wurden im medizinischen Fachjournal „Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin 2/2015“ veröffentlicht (Anlage 5). Die Stadt Bochum hat ca. 365.000 Einwohner. Im gesamten Stadtgebiet wurden durch die Stadt Bo-

chum und private Einwohner insgesamt 175 AED an Orten mit hohem Personenaufkommen, wie z. B. öffentliche Gebäude, Firmen, Veranstaltungs- und Einkaufszentren, angebracht. Da die Finanzierung der Geräteanschaffung zu einem Großteil durch private Finanzmittel der Projektteilnehmer (private Firma, Arztpraxen) erfolgte, wurde die Positionierung der AED hierdurch beeinflusst. Geschult in der Anwendung der AED und den Basismaßnahmen der Reanimation wurden ca. 15.000 „Laien“, die sich häufig in unmittelbarer Nähe der AED Standorte aufhalten bzw. dort arbeiten. Hinzu kommen die schon ausgebildeten Personenkreise der haupt- und ehrenamtlichen Einsatzkräfte von Hilfsorganisationen und Feuerwehr, des Personals in Arztpraxen u. ä.

In dem Zeitraum der Datenerfassung (2004 – 2013) kam es insgesamt zu 17 Anwendungen von AED. Defibrilliert wurde nach Feststellung von Kammerflimmern in 11 Fällen. 6 von diesen 11 Patienten überlebten ohne neurologische Schäden, 5 verstarben. Bei den anderen 6 Patienten wurde eine nicht-defibrillierbare Rhythmusstörung diagnostiziert. Das AED-Gerät befand sich bei allen 6 Überlebenden weniger als 100 m vom Ereignisort entfernt. Nach jedem AED Einsatz wurden durch den Projektkoordinator (eingeriichtete Stelle eines Teilzeitmitarbeiters bei der Feuerwehr) alle verfügbaren Informationen (Einsatzdokumentation der Leitstelle, Einsatzbericht des Notarztes, Geräteprotokoll mit allen Aktionen des AED und der dazugehörigen Zeiterfassung) gesammelt. Das Projekt verfügte über eine Ärztliche Leitung, die die Einsätze supervidierte. Die Autoren der Untersuchung in Bochum zeigten sich insgesamt enttäuscht über die geringe Wirksamkeit des AED- Programmes, die sie auf den geringen Anteil an Herz-Kreislaufstillstand in der Öffentlichkeit zurückführten. Sie schlussfolgerten, dass die Ausbildung von Laien in den einfachen Maßnahmen der Wiederbelebung („Thoraxkompression“) wesentlich für die Verbesserung des Überlebens beim Herz-Kreislaufstillstand ist.

Zu den Gesamtkosten des Projektes in Bochum in Höhe von insgesamt 1.073.660 € zählen neben den Anschaffungs- und Unterhaltungskosten der AED auch die Stellenanteile im Rettungsdienst (professionelle Begleitung des Projektes, Beobachtung, Hotline, Evaluation), die Schulungskosten sowie die Kosten für die Öffentlichkeitsarbeit. Legt man zugrunde, dass in Münster 134 (siehe oben) Sportstätten mit AED ausgestattet würden, so kann davon ausgegangen werden, dass die Kosten in etwa denen der 175 Geräte, die in Bochum installiert wurden, entsprechen.

In Dänemark (Wissenberg M. et al. JAMA 2013) gelang es in den vergangenen zehn Jahren, den Anteil der Menschen, die einen Herz-Kreislaufstillstand mit Kammerflimmern überlebten, zu verdreifachen (!). Interessanterweise gelang dieses, indem einerseits der Unterricht in Wiederbelebung in den Schulunterricht integriert wurde, andererseits die Ausbildung von Laien in den einfachen Maßnahmen der Wiederbelebung forciert wurde. AED-Programme wurden nicht eingerichtet. Auch geleitet von diesen bemerkenswerten Erfolgen hat die Kultusministerkonferenz der Länder im Jahr 2014 empfohlen, die Maßnahmen der Wiederbelebung auch in Deutschland in den Unterricht ab Klasse sieben zu integrieren und jährlich zu wiederholen.

Es gibt also deutliche Hinweise darauf, dass verbesserte Überlebensraten beim Herz-Kreislaufstillstand im Wesentlichen nicht von der Verfügbarkeit von AED, sondern von der Verfügbarkeit von Menschen abhängig sind, die in einer Notfallsituation mit der manuellen Wiederbelebung beginnen.

8. Konsequenzen

Bei den Überlegungen und einer Entscheidung für oder gegen die Anschaffung von AED sowie der örtlichen Anordnung der AED in der Stadt Münster sollten die oben genannten Aspekte, Kriterien, Voraussetzungen, Kosten und Folgekosten genau beleuchtet und geprüft werden.

1. Die Umsetzung eines AED-Programmes in den Sportstätten bzw. Gebäuden der Stadt Münster ist kostenintensiv und kann nur im Rahmen der von Experten/-innen und Gesetzen gemachten Vorgaben erfolgen.

2. Der zu erwartende Effekt eines AED-Programms auf das Überleben von Patienten/innen nach Herz-Kreislauf-Stillstand muss insgesamt als gering angesehen werden, da Herz-Kreislauf-Stillstand zum überwiegenden Anteil nicht an öffentlichen Orten oder Sportstätten passiert.

Da einerseits Menschen mit hohem Risiko für einen Herz-Kreislauf-Stillstand häufig zu Schwimmtraining geraten und andererseits in den Schwimmbädern der Stadt Münster in Erste Hilfe ausgebildetes Fachpersonal vorgehalten wird, erscheint eine Ausstattung der Schwimmbäder mit AED sinnvoll. Die Kosten hierfür sind begrenzt. Eine ärztliche Supervision kann durch städtische Ämter erfolgen. Durch die ständige Präsenz des Personals kann der Schaden durch Diebstahl und Vandalismus begrenzt werden.

3. Bereits heute gibt es eine unbekannte, vermutlich aber nicht geringe Zahl von AED-Geräten, die von Firmen z.B. im Foyer des Firmensitzes oder in Verkaufsräumen vorgehalten werden. Es erscheint sehr sinnvoll, diese Geräte im Rahmen eines Katasters zu erfassen und im Falle eines Notrufes seitens der Leitstelle der Feuerwehr auf diese Geräte hinzuweisen, wenn der Notfallort in unmittelbarer Nähe des Gerätestandortes liegt. Die Daten sollten den Bürgerinnen und Bürgern über eine sog. App ebenfalls jederzeit zugänglich sein. Ein derartiges Kataster muss ständig gepflegt werden.
4. Die Erhöhung der Zahl der Bürgerinnen und Bürger, die dazu in der Lage sind, im Notfall mit einer Laien-Wiederbelebung zu beginnen, wird unmittelbaren Einfluss auf das Überleben von Patienten mit Herz-Kreislauf-Stillstand haben. In Dänemark werden heute dreimal mehr Menschen vor dem Versterben am plötzlichen Herztod gerettet, als vor der flächendeckenden Schulung von Laien in Wiederbelebungsmaßnahmen. Deshalb muss es Ziel der Stadtgesellschaft sein, den Anteil der Menschen zu erhöhen, die bei einem Herzstillstand Erste Hilfe leisten! Hierzu erscheint vor allem die Umsetzung der Empfehlung der Kultusministerkonferenz zur Einrichtung von Reanimationsunterricht in Sekundarschulen sehr sinnvoll. In den Schulen der Stadt Münster ist dieser Unterricht mehrheitlich noch nicht eingerichtet worden. Eine Unterstützung der Schulen in der Einrichtung von Wiederbelebungsunterricht für Schülerinnen und Schüler erscheint geboten. Die Ausstattung von Schülerinnen und Schülern mit einfachen „Puppen“ (Simulatoren) zum Erlernen der Wiederbelebung verursacht Kosten in Höhe von ca. 20 € pro Schüler. Eine bei Realisierung der Maßnahme noch einzurichtende „Sachbearbeitung Wiederbelebung“ stünde den Schulen als städtische Ansprechstelle zur Verfügung.

9. Finanzierung

Die Beschaffung der AED für Schwimmbäder (sowie von Piktogrammen als Hinweisschilder) verursacht einen einmaligen finanziellen Aufwand von ca. 10.000 Euro. Zur Wartung und Unterhaltung der AED entsteht ein finanzieller Aufwand von jährlich ca. 1.000 Euro.

Die Erstellung eines AED-Katasters (durch einen externen Leistungserbringer) verursacht einen einmaligen finanziellen Aufwand in Höhe von ca. 5.000 Euro.

Für Beratung, Unterhaltung und technische Aktualisierung entsteht ein jährlicher finanzieller Aufwand von ca. 2.500 Euro.

Die Förderung des Reanimationstrainings in Sekundarschulen verursacht einen jährlichen finanziellen Aufwand in Höhe von ca. 10.000 Euro.

Die Einrichtung einer Sachbearbeitung mit einer 0,50 Stelle in Amt 37 verursacht einen jährlichen finanziellen Aufwand in Höhe von ca. 30.000 Euro.

Bei Realisierung der erwähnten Maßnahmen entstehen demnach insgesamt Einmalkosten in Höhe von 15.000 Euro sowie jährliche Kosten in Höhe von ca. 43.500 Euro. Diese Aufwendungen sind im Haushaltsplanentwurf jedoch nicht veranschlagt.

In Vertretung

gez. Wolfgang Heuer

Stadtrat

Anlagen:

1. Antrag der CDU-Ratsfraktion vom 19.05.2015
2. Beschluss der KIB vom 10.03.2015
3. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V.
4. Stellungnahme der Bundesärztekammer
5. Fachartikel zum Defibrillator-Programm in der Stadt Bochum