
 **Münchner Offensive zur mobilfunkaktivierten  
Laienreanimation**

Produkt  0010 Strukturelle und Individuelle Angebote gesundheitlicher Versorgung und Prävention




Beschluss über Finanzierungen ab dem Jahr 2018

Antrag Nr. 14-20 / A 01134 von Herrn StR Prof. Dr. Hans Theiss und Herrn StR Michael Kuffer vom 26.06.2015

**Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 08213**

1 Anlage



**Beschluss des Gesundheitsausschusses**   
vom 11.05.2017   
Öffentliche ung

**I. Vortrag der Referentin**

Die Stadträte Herr Prof. Dr. Hans Theiss und Herr Michael Kuffer haben am 26.06.2015 den Stadtratsantrag (Antrag Nr. 14-20 / A 01134) zur „Münchner Offensive zur mobilfunkaktivierten Laienreanimation“ gestellt (Anlage 1).

Darin wird das Referat für Gesundheit und Umwelt aufgefordert, in Zusammenarbeit mit dem Rettungszweckverband München/Kreisverwaltungsreferat ein Konzept zur Steigerung der Raten der Laienreanimation mittels Mobilfunkaktivierung in München zu erstellen. Unter der Laienreanimation werden lebensrettende Sofortmaßnahmen von medizinischen Laien verstanden. Ziel ist es, die Zeit, die der Rettungsdienst bis zum Eintreffen bei der Patientin bzw. beim Patienten braucht, zu verkürzen und somit die Überlebensraten zu erhöhen bzw. bleibende Schäden zu verringern.

Das Referat für Gesundheit und Umwelt hat gemeinsam mit dem Rettungszweckverband eine Arbeitsgruppe eingerichtet, an der die Integrierte Leitstelle (ILS), die Münchner Rettungsdienstorganisationen, die Berufsfeuerwehr und ein Vertreter der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst München (ÄLRD) sowie das Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement der LMU teilnehmen. Das gemeinsam entwickelte Konzept für den Einsatz der mobilen Retterinnen und Retter und damit zur Steigerung der Raten bei der

Laienreanimation ist unter Punkt 3.3 dargestellt.

Für die Bearbeitung des Antrages waren umfangreiche Recherche-, Konzeptionierungs- und Abstimmungsarbeiten erforderlich. Das Referat für Gesundheit und Umwelt hat deshalb zwei Fristverlängerungen beantragt, die dankenswerter Weise durch die Antragsteller gewährt wurden.

## **A. Fachlicher Teil**

### **1. Aktuelle Situation des Rettungswesens in München**

Die Zuständigkeiten für das Rettungswesen in Bayern sind im Bayerischen Rettungsdienstgesetz (BayRDG) und der dazugehörigen Ausführungsverordnung (AVBayRDG) geregelt. Hier ist u. a. festgelegt, dass der Rettungszweckverband München, bestehend aus der LHM und dem Landkreis München, als sogenannter „Aufgabenträger“ den öffentlichen Rettungsdienst in dem ihm gesetzlich zugewiesenen räumlichen Zuständigkeitsbereich (=Rettungsdienstbereich), bestehend aus der Stadt München und dem Landkreis München, sicherzustellen hat (Art. 4 Abs. 1 Satz 1 BayRDG i. V. m. § 1 AVBayRDG).

Die wichtigste Aufgabe ist dabei die Festlegung und kontinuierliche Überprüfung der Versorgungsstruktur (Art. 5 Abs. 1 BayRDG).

Der öffentliche Rettungsdienst umfasst im Rettungsdienstbereich (RDB) München die Bereiche Land-, Luft- und Wasserrettung. In der Praxis werden hierfür Standorte zur Stationierung einer ausreichenden Anzahl von Einsatzfahrzeugen und weiteren speziellen Einsatzmitteln vorgehalten.

Darüber hinaus ist eine Integrierte Leitstelle zu installieren und es sind Ärztliche Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) zu berufen.

Die Vorhaltung der Leitstelle, der Rettungswachen und Einsatzmittel sowie des Personals wird vom Rettungszweckverband (RZV) per öffentlich-rechtlichen Vertrag auf verschiedene Durchführende (gemeinnützige Rettungsorganisationen, private Rettungsunternehmen und die Branddirektion) übertragen.

Die Tätigkeit von sogenannten professionellen „Helfern vor Ort“, besser bekannt unter der Bezeichnung „First Responder“<sup>1</sup>, ist nach der gesetzlichen Definition nicht unmittelbarer Bestandteil des öffentlichen Rettungsdienstes, sondern dient lediglich zu dessen Unterstützung (Art. 2 Abs. 16 BayRDG). Im Stadtgebiet wird

---

<sup>1</sup> Die First-Responder sind nicht identisch mit den Ersthelferinnen und Ersthelfern vor Ort. Diese sollen im direkten Umkreis einer hilfebedürftigen Person agieren und sind damit schneller als die First Responder vor Ort.

diese Aufgabe bei Vorliegen bestimmter Meldebilder, die eine Alarmierung in Hinblick auf den Zeitfaktor sinnvoll erscheinen lassen (z. B. akute Atemnot, Kreislaufstillstand), durch die Hilfeleistungslöschfahrzeuge der Feuerwachen mit übernommen. Im Landkreis gibt es weitere First-Responder-Gruppen. Der RZV kann deren Tätigkeit auf Antrag genehmigen, wenn dies - bezogen auf die örtlichen und sächlichen Gegebenheiten - zweckmäßig erscheint. Hierbei ist insbesondere auf eine möglichst dauerhafte Alarmierbarkeit und einen möglichen Zeitvorteil abzustellen.

Nach der Meldung eines Notfallgeschehens disponiert die Integrierte Leitstelle grundsätzlich das nächste freie Rettungsmittel zu dem gemeldeten Notfallort. Das Zeitintervall vom Eingang der Meldung bei der Integrierte Leitstelle bis zum Eintreffen des ersten Rettungsmittels am Notfallort (sogenanntes „Reaktionsintervall“) liegt im Stadtbereich bei durchschnittlich ca. acht bis neun Minuten und im Landkreis bei durchschnittlich ca. zehn Minuten. Der Sollwert liegt bei der Planung der Standorte der Rettungswagen bei 12 Minuten.

Soweit es sich um ein Meldebild handelt, das in einer Auflistung für besonders zeitkritische Fälle enthalten ist (z. B. akute Atemnot, Kreislaufstillstand etc.), versucht die Integrierte Leitstelle zur Verkürzung des therapiefreien Intervalls vorab einen First Responder zu entsenden. Dies ist bei der genannten Gruppe von zeitkritischen Notfallereignissen deshalb so wichtig, weil hier oftmals durch eine frühzeitige fachgerechte Intervention eine Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung der Kreislauffunktion und somit ein entscheidend verbesserter Zustand vieler Patientinnen und Patienten erreicht werden kann. Im Durchschnitt konnte das therapiefreie Intervall durch den Einsatz der First Responder nochmals um ca. zwei bis drei Minuten verkürzt werden (siehe auch Pkt. 2).

Parallel dazu wurde bei der Münchner Integrierten Leitstelle vor geraumer Zeit die sogenannte „Telefonreanimation“ eingeführt. Dabei versucht die Disponentin bzw. der Disponent in der Integrierte Leitstelle die Anruferin bzw. den Anrufer bei einem Notfall mit Reanimationspflicht dazu anzuhalten und anzuleiten, unverzüglich mit der Laienreanimation zu beginnen, bis der First Responder oder das entsprechende Rettungsmittel vor Ort eintrifft.

## **2. Medizinische Bedeutung eines frühen Reanimationsbeginns**

Der plötzliche Herz-Kreislauf-Stillstand gilt hierzulande als eine der häufigsten Todesursachen. Jedes Jahr werden in Deutschland bei über 75.000 Menschen Wiederbelebungsmaßnahmen eingeleitet, doch nur 5.000 dieser Personen

überleben das Vorkommnis in zufriedenstellendem Zustand (ohne das Leben beeinträchtigende bleibende Schäden)<sup>2</sup>. Die Notfallsituation erfordert ein rasches Eingreifen. Setzt der Herzschlag aus und stoppt die Blutzirkulation, werden die Organe und das Gehirn nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff versorgt. Nach kurzer Zeit tritt Bewusstlosigkeit ein, die Atmung wird ineffektiv und hört schließlich ganz auf. Am sensibelsten reagiert das Gehirn auf einen Sauerstoffmangel. Bereits nach drei bis fünf Minuten eines Herzstillstandes ist mit Hirnschäden zu rechnen. Je mehr Zeit bis zum Einsetzen der Wiederbelebung verstreicht, umso niedriger ist die Überlebenschance. Aus Untersuchungen ist bekannt, dass ein Überleben unwahrscheinlich ist, wenn nicht innerhalb von fünf Minuten nach einem Herzstillstand einfache Maßnahmen wie beispielsweise eine Herzdruckmassage durchgeführt werden<sup>3</sup>. In diesem kurzen Zeitraum kann der Rettungsdienst jedoch fast nie vor Ort sein. Die Ersthelfer-Reanimation überbrückt diese zeitliche Lücke und trägt daher maßgeblich zu einem besseren Überleben bei.

#### *Leitlinien des Deutschen Rates für Wiederbelebung*

Auch die aktuellen Leitlinien des Deutschen Rates für Wiederbelebung<sup>4</sup> betonen die wichtige Funktion der Laienreanimation. Den Empfehlungen zufolge vergehen zwischen der Alarmierung und dem Eintreffen des Rettungsdienstes in den meisten Gemeinden in Deutschland durchschnittlich fünf bis acht Minuten.

Laut den Leitlinien lässt sich die Überlebensrate bei einem Kreislaufstillstand durch unverzüglich eingeleitete Wiederbelebungsmaßnahmen verdoppeln bis vervierfachen<sup>5</sup>. In den Leitlinien sind darüber hinaus folgende Maßnahmen gefordert, um ein besseres Überleben zu erreichen:

- mehr ausgebildete Ersthelferinnen und Ersthelfer
- intelligente Alarmierungssysteme
- eine deutliche Zunahme der Laienreanimation.

Auch der Wert einer leitstellengeleiteten Reanimation wird in diesem Zusammenhang herausgestellt. Hierbei unterstützen die Leitstellenmitarbeiterinnen und Leitstellenmitarbeiter die Ersthelferinnen und Ersthelfer telefonisch bei der Reanimation und geben klare Anweisungen. Die

2 Bad Boller Reanimationsgespräche, 12. bis 13. Februar 2016.

3 Abe T, Tokuda Y, Cook EF (2011) Time-Based Partitioning Model for Predicting Neurologically Favorable Outcome among Adults with Witnessed Bystander Out-of-Hospital CPA. PLoS ONE 6(12): e28581. doi:10.1371/journal.pone.0028581; URL: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0028581>.

4 Deutscher Rat für Wiederbelebung – German Resuscitation Council e.V. :Reanimation 2015 – Leitlinien kompakt, URL [www.grc-org.de/leitlinien2015/doc\\_download/147—leitlinien-kompakt](http://www.grc-org.de/leitlinien2015/doc_download/147—leitlinien-kompakt).

5 Holmberg M et al.: Factors modifying the effect of bystander cardiopulmonary resuscitation on survival in out-of-hospital cardiac arrest patients in Sweden; European heart journal 2001; 22: 511-9.  
Hasselqvist-Ax I et al.: Early cardiopulmonary resuscitation in out-of-hospital cardiac arrest; New England Journal of Medicine 2015; 372: 2307-15.

Bereitschaft zur Reanimation kann auf diese Weise gesteigert werden. In Bayern ist die Telefonreanimation bereits flächendeckend umgesetzt. Die deutschlandweite Ausweitung wird angestrebt<sup>6</sup>.

Neben den Basismaßnahmen zur Wiederbelebung (Freimachen der Atemwege und Unterstützung von Atmung und Kreislauf ohne Hilfsmittel) wirkt sich auch eine frühe Defibrillation mit einem externen automatisierten Defibrillator (AED) positiv auf das Überleben aus. Wird sie innerhalb von drei bis fünf Minuten nach einem Kollaps angewendet, erhöht sich die Überlebensrate den Leitlinien zufolge auf 50-70 %.

Zudem sollten auch Kinder und Jugendliche frühzeitig in der Reanimation geschult werden.

#### *Einsatzzeiten in München*

Aus Zahlen des Instituts für Notfallmedizin und Medizinmanagement der LMU lässt sich für den Leitstellenbereich München (Stadtgebiet München und Landkreis München) für das Jahr 2015 Folgendes feststellen:

- Im Zeitraum vom 01.01.2015 bis 31.12.2015 wurden insgesamt 4.337 Notfallereignisse mit dem Meldebild „Reanimation“ bzw. „bewusstlos/leiblos“ gemeldet.
- Die Zeit bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes lag bei 50 % der Fälle bei fünf Minuten oder darunter.
- Weitere 40 % aller Fälle wurden spätestens in sieben Minuten und 40 Sekunden nach der Alarmierung erreicht, in 10 % aller Fälle lag sie darüber.
- Damit ist die Zeit zwischen Alarmierung und Eintreffen der Rettungskräfte in München als grundsätzlich günstig zu bezeichnen.

#### *Bereitschaft zur Reanimation in anderen Ländern*

In den meisten europäischen Ländern ist die Bereitschaft der Bevölkerung zur Reanimation relativ hoch. In Dänemark gelang es, die Quote mithilfe einer nationalen Aufklärungskampagne innerhalb von neun Jahren von 21 % auf 45 % anzuheben<sup>7</sup>. In Norwegen beläuft sich die Quote auf 71 %<sup>8</sup>.

#### *Bereitschaft zur Reanimation in Deutschland*

In Deutschland beginnen Notfallzeuginnen und Notfallzeugen nur selten mit einer Wiederbelebung. Häufig besteht die Befürchtung, bei der Wiederbelebung etwas falsch zu machen. Viele Ersthelferinnen und Ersthelfer scheuen sich auch, eine

6 Bad Boller Reanimationsgespräche, 12. bis 13. Februar 2016.

7 Wissenberg M et al.: Association of National Initiatives to Improve Cardiac Arrest Management With Rates of Bystander Intervention and Patient Survival After Out-of-Hospital Cardiac Arrest; JAMA 2013; 310: 1377-84.

8 Bad Boller Reanimationsgespräche, 12. bis 13. Februar 2016.

Atemspende durchzuführen, da sie diese als unhygienisch empfinden.

2012 wurde deshalb die vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützte Kampagne „Ein Leben retten. 100 pro Reanimation“<sup>9</sup> ins Leben gerufen.<sup>10</sup> Bei dieser Initiative handelt es sich um ein Gemeinschaftsprojekt des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. in Kooperation mit dem German Resuscitation Council e.V. und der Stiftung Deutsche Anästhesiologie. Ziel der Initiative ist es, Hemmschwellen abzubauen, das Bewusstsein für lebensrettende Fähigkeiten zu schärfen und Informationen über lebensrettende Sofortmaßnahmen bereitzustellen. Zum Kampagnenstart waren nur 20 % der Menschen in Deutschland bereit, zu reanimieren. Inzwischen hat sich die Situation etwas verbessert. Die Laienreanimationsquote liegt hierzulande derzeit bei 31 %.<sup>11</sup> Diese Kampagne ist jedoch in der Öffentlichkeit und bei den Bürgerinnen und Bürgern weitgehend unbekannt geblieben.

Um die deutsche Quote weiter zu erhöhen und an die anderen europäischen Länder anzuschließen, sind deshalb weitere Konzepte nötig. Im Rahmen der jährlich stattfindenden „Bad Boller Reanimationsgespräche“ formulierte ein 60-köpfiges Expertenteam „10 Thesen für 10.000 Leben“. Sie plädierten unter anderem für eine vollständige Datenerfassung, ein regelmäßiges Training, die Aktivierung der Laienreanimation, eine flächendeckende Telefonreanimation und eine Verkürzung des therapiefreien Intervalls.

### **3. Mobilfunkaktivierte Laienreanimation**

Eine Möglichkeit, die Laienreanimationsquote zu verbessern, stellt die mobilfunkaktivierte Laienreanimation dar. Im Folgenden werden Modelle und Erfahrungen sowie das konzipierte Münchner Modell vorgestellt.

#### **3.1 Stockholmer Studie**

Eine Stockholmer Studie ging im Zeitraum von April 2012 bis Dezember 2013 der Frage nach, wie effektiv die Option der Laienreanimation ist<sup>12</sup>. Zu Beginn der Untersuchung wurden 5.989 Laien in Wiederbelebungsmaßnahmen geschult. Bis zum Ende der Studie konnten insgesamt 9.828 freiwillige Helferinnen und Helfer für das Projekt gewonnen werden. Die Laien wurden zwei Gruppen zugeteilt, in

9 Der Name der Kampagne leitet sich davon ab, dass die Kampagne bei einer Reanimation 100 Kompressionen pro Minute empfiehlt.

10 Bundesministerium für Gesundheit, [www.einlebenretten.de](http://www.einlebenretten.de), Stand: 03.02.2017.

11 Bad Boller Reanimationsgespräche, 12. bis 13. Februar 2016.

12 Ringh M et al.: Mobile-Phone Dispatch of Laypersons for CPR in Out-of-Hospital Cardiac arrest; New England Journal of Medicine 2015; 372: 2316-25.

eine Interventionsgruppe und in eine Kontrollgruppe.

Bei einem Herzstillstand außerhalb eines Krankenhauses wurden alle Laienhelferinnen und Laienhelfer zunächst per GPS geortet. Wenn sie sich im Umkreis von 500 Metern zum Notfallort aufhielten, erhielten die Helferinnen und Helfer der Interventionsgruppe eine SMS, die sie zur Reanimation schickte. Die Helferinnen und Helfer der Kontrollgruppe wurden dagegen nicht alarmiert. Insgesamt wurde das GPS-System in 667 Fällen eines Herzstillstands aktiviert (306 in der Interventionsgruppe und 361 in der Kontrollgruppe). Es zeigte sich, dass in der Interventionsgruppe signifikant mehr Personen vor dem Eintreffen des Rettungsdienstes von einem Laien reanimiert wurden. Der Anteil lag hier bei 62 %. In der Vergleichsgruppe betrug er 48 %.

### 3.2 Bereits bekannte und betriebene Modelle

#### *Projekt „Hartveilig wonen“*

In den Niederlanden ist mit dem Projekt „Hartveilig wonen“ ein zweigleisiges System im Einsatz. Die Leitstelle alarmiert dort bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand (außerhalb eines Krankenhauses) neben dem Rettungsdienst immer zwei geschulte Ersthelferinnen und Ersthelfer per SMS. Eine Person beginnt mit den Wiederbelebensmaßnahmen während die andere den nächstgelegenen Automatisierten Externen Defibrillator (AED) zum Einsatzort bringt. Durch die zusätzliche Ersthelfer-Alarmierung konnte die Zeitspanne bis zur Defibrillation um durchschnittlich zwei Minuten und 39 Sekunden verkürzt werden.<sup>13</sup>

#### *Das Gütersloher Modell*

In Deutschland wird die mobilfunkaktivierte Laienreanimation bereits im Kreis Gütersloh erfolgreich umgesetzt. Im Rahmen des Ersthelfer-Alarmierungskonzepts „Mobile Retter“ verstärken dort seit September 2013 qualifizierte ehrenamtliche Ersthelferinnen und Ersthelfer vor Ort die Rettungskette. Auch im Kreis Germersheim (Rheinland-Pfalz) wird dieses Konzept schon genutzt. Seit Oktober 2016 kommt dieses System u. a. auch im Rettungsdienstbezirk Ingolstadt zum Einsatz.

Ziel des Projektes „Mobile Retter“ ist es, eine frühe Einleitung von Wiederbelebensmaßnahmen zu erreichen. Durch den Einsatz von geschulten Ersthelferinnen und Ersthelfern vor Ort soll das therapiefreie Intervall bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes verkürzt werden. Die ehrenamtlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden mittels einer Smartphone-Anwendung bei bestimmten Meldebildern („Bewusstlose Person“, „Herz-Kreislauf-Stillstand“ und

<sup>13</sup> Zijlstra JA et al.: Local lay rescuers with AEDs, alerted by text messages, contribute to early defibrillation in a Durch out-of-hospital cardiac arrest dispatchsystem; Resuscitation 2014; 85 (11): 1444-1449.

„Reanimation bei Verkehrsunfall innerorts“)<sup>14</sup> zeitgleich mit dem Rettungsdienst alarmiert, sofern sie sich im Einsatzumfeld aufhalten. Meldet sich ein „Mobiler Retter“ nicht zurück oder lehnt ab, wird nach einer definierten Zeitspanne die nächste Ersthelferin/ der nächste Ersthelfer vor Ort verständigt, bis der Einsatz übernommen wird. Keine Alarmierung erfolgt, wenn am Einsatzort eine Gefahr für die Retterin oder den Retter besteht oder bei einer Reanimation in einer vollstationären Pflegeeinrichtung.

Alle Ehrenamtlichen wurden vorab in die Funktionalität der Smartphone-Anwendung eingewiesen und umfassend geschult (Reanimation, AED, Eigenschutzmaßnahmen, Rechtliches). Geplant ist, das System in einem zweiten Schritt auszuweiten. Es ist vorgesehen, noch eine weitere Person zu alarmieren, die einen AED zum Einsatzort bringt und dort auch verwendet.

Evaluierungsdaten aus der ersten Phase des Regelbetriebes in Gütersloh zeigen<sup>15</sup>, dass von 237 Alarmen 108 Einsätze von den Retterinnen und Rettern übernommen wurden. In 78 % der Fälle erreichten die Ersthelferinnen und Ersthelfer das Ziel vor dem Rettungsdienst.

#### *FirstAED*

Im Landkreis Marburg-Biedenkopf wird seit 2016 das dänische System FirstAED eingesetzt. Auch dieses Projekt bedient sich bei der Alarmierung der GPS-Ortung der Smartphones der angemeldeten Helferinnen und Helfer. Hier werden nach dem Eingang des Notrufes in der Leitstelle nach der Alarmierung von Rettungsdienst und Notärztin bzw. Notarzt angemeldete Helferinnen und Helfer alarmiert. Hierzu muss die Disponentin bzw. der Disponent in der Leitstelle die Einsatzdaten in ein externes System eingeben, über das dann alle in der Nähe befindlichen angemeldeten Helferinnen und Helfer alarmiert werden. Der Alarm endet für alle anderen, sobald drei Helferinnen und Helfer die Alarmierung angenommen haben. Diesen werden konkrete Aufgaben, die sie bei dem Einsatz übernehmen sollen, zugewiesen und übermittelt. Nach Aussage des Herstellers ist eine Integration in die jeweilige Software der Integrierten Leitstellen möglich.

In Dänemark wurde dieses System erstmals im März 2012 auf der Insel Langeland eingesetzt. Angaben von FirstAED zur Folge konnte der Median der Zeit, bis ein

---

14 Dr. med. Stephan Prückner: „Digitalisierung zur Rettung von Menschenleben nutzen“, Erhebung und Bewertung von in Deutschland existierenden Initiativen zur Optimierung der Frühphase der Notfallversorgung über Smartphone-gestützte Anwendungen, LMU München, Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement.

15 Dr. med. Stephan Prückner: „Digitalisierung zur Rettung von Menschenleben nutzen“, Erhebung und Bewertung von in Deutschland existierenden Initiativen zur Optimierung der Frühphase der Notfallversorgung über Smartphone-gestützte Anwendungen, LMU München, Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement.



Ersthelfer vor Ort ist, um durchschnittlich 50 % auf durchschnittlich etwa 4 Minuten gesenkt werden.

#### *Meine Stadt Rettet – Lübeck Rettet*

Die Initiative „Meine Stadt Rettet“ startete im November 2015 das Pilotprojekt „Lübeck rettet“, welches u. a. von der Europäischen Gesellschaft für Rhythmologie (EHRA), dem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) und der Hansestadt Lübeck ins Leben gerufen wurde.

Ziel der Initiative ist, dass die Ersthelferinnen und Ersthelfer vor Ort mindestens drei Minuten vor dem Notarzt am Einsatzort eintreffen. Dies wird in 30 % der Fälle erreicht. Die Initiative hat in Lübeck derzeit 400 Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Die Alarmierung erfolgt nicht automatisiert, sondern muss trotz der Integration der Alarmierungssoftware in das System der integrierten Leitstelle gesondert ausgelöst werden. Dies ist eine Vorgabe der Europäischen Gesellschaft für Rhythmologie, um der Integrierten Leitstelle auch bei Bedarf eine Rücknahme der Alarmierung zu ermöglichen, z. B. wenn der Integrierten Leitstelle neue Informationen etwa über eine mögliche Gefährdung der Ersthelferinnen und Ersthelfer vor Ort bekannt werden.

Die Ortung der Ehrenamtlichen erfolgt, wie bei den beiden vor genannten Systemen über GPS. Es werden mehrere Ersthelferinnen bzw. Ersthelfer parallel alarmiert. Die AEDs sind in das Alarmierungssystem eingeschlossen.

#### *Weitere geplante Projekte*

Neben den genannten Modellen sind in Deutschland weitere Software-Projektvorhaben zur mobilfunkaktivierten Laienreanimation in der Entwicklung, die es jedoch noch nicht zur Marktreife gebracht haben. Hierzu zählen die Software-Anwendungen „F.A.S.T.“, „Notfallmelder“, „Medifaktor“ und „corhelp3r“.

### **3.3 Das Konzept des Münchner Modells**

Ausgehend vom o.g. Stadtratsantrag soll für München ein Modell entwickelt werden, bei dem die Zeit zwischen Notruf und Beginn der Reanimationsmaßnahmen weiter verkürzt werden kann.

Dazu haben sich neben dem Referat für Gesundheit und Umwelt, dem Rettungszweckverband und der Integrierten Leitstelle auch die Münchner

Rettungsdienstorganisationen, der Ärztliche Leiter Rettungsdienst sowie das Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement der Ludwig-Maximilians-Universität an einer Arbeitsgruppe zur mobilfunkaktivierten Laienreanimation und der Erarbeitung des nachfolgenden Konzeptes beteiligt. Durch den Einsatz der First Responder der Berufsfeuerwehr in München konnte zwar das interventionsfreie Intervall deutlich verkürzt werden, aber trotzdem werden 50 % der Fälle mit dem Meldebildern „Reanimation“ und „bewusstlose bzw. leblose Person“ erst nach fünf Minuten oder später vom Rettungsdienst oder einem First Responder erreicht. Um auch für diese 50 % der Fälle das interventionsfreie Intervall weiter zu verkürzen, sind ehrenamtliche Ersthelferinnen und Ersthelfer vor Ort notwendig, die sich in der ersten Entwicklungsphase aus den Beschäftigten der Rettungsdienstorganisationen rekrutieren sollen. In zwei weiteren Entwicklungsstufen soll das Münchner Modell erweitert werden (siehe Pkt. 3.3.3).

Die Arbeitsgruppe hat sich darauf verständigt, sich inhaltlich an das Projekt aus Gütersloh anzulehnen und das Projekt für München zu adaptieren. Im Folgenden wird das in der Arbeitsgruppe abgestimmte Konzept für München beschrieben.

### **3.3.1 EDV-technische Voraussetzungen bei der Integrierten Leitstelle**

Um eine Alarmierung der Ersthelferinnen und Ersthelfer vor Ort zu ermöglichen, ist eine Koppelung eines externen Alarmierungsservers an das Einsatzleitsystem der Integrierten Leitstelle notwendig.

In dem aktuellen Einsatzleitsystem ELDIS II der Integrierten Leitstelle München kann die Realisierung einer mobilen Retter-App aus technischen Gründen nicht mehr rechtzeitig bis zur Inbetriebnahme der neuen Integrierten Leitstelle 2017 erfolgen. Mitte des Jahres 2017 geht ein neues Leitstellensystem mit dem bayerneinheitlichen Einsatzleitsystem ELDIS III BY in Betrieb. Bei diesem System ist eine Implementierung je nach Alarmierungsapp relativ problemlos möglich. Der Aufwand für die Datenintegration ist abhängig vom verwendeten Alarmierungssystem. Es wird mit einmaligen Kosten von bis zu 25.000 € gerechnet.

### **3.3.2 Technische Voraussetzung bei den ehrenamtlichen Ersthelferinnen und Ersthelfern vor Ort**

Für die ehrenamtlichen Ersthelferinnen und Ersthelfern vor Ort müssen Apps für die gängigsten Smartphonebetriebssysteme Android und iOS zur Verfügung gestellt werden, die den notwendigen Datenschutzbestimmungen (personenbezogene Daten nach Bundesdatenschutzgesetz sowie medizinische

Daten) genügen. Bei der Auswahl bzw. Entwicklung dieser Apps müssen die entsprechenden Datenschutzbestimmungen eingehalten werden.

Die angewandte App muss darüber hinaus neben der Übermittlung der Einsatzdaten auch die Möglichkeit der Erstellung eines kurzen anonymisierten elektronischen Einsatzprotokolls ermöglichen. Die Teilnahme am System der Reanimation durch Ersthelferinnen und Ersthelfer vor Ort setzt ihre freiwillige Registrierung bei dem Alarmierungsserver voraus.

### **3.3.3 Einführung des Münchner Modells in mehreren Entwicklungsstufen**

Im Folgenden werden die drei Entwicklungsstufen des Münchner Modells vorgestellt, die in der Arbeitsgruppe konzipiert wurden.

#### **Die erste Entwicklungsstufe**

In der ersten Entwicklungsstufe sollen die hauptberuflich Beschäftigten der Rettungsdienstorganisationen für den Einsatz als ehrenamtliche Ersthelferinnen und Ersthelfer vor Ort gewonnen werden. Eine Abfrage bei den Rettungsdienstorganisationen ergab, dass etwa 300 Personen sich als ehrenamtliche Ersthelferin bzw. Ersthelfer registrieren würden.

Bei der mobilfunkaktivierten Reanimation sollen die qualifizierten ehrenamtlichen Ersthelferinnen und Ersthelfer vor Ort bei den Meldungen „Reanimation“ und „bewusstlose Person“ von der Integrierten Leitstelle München parallel zu den Rettungsdiensten/First Respondern automatisch alarmiert werden.

Bei den Meldungen „bewusstlose Person“ bzw. „Reanimation“ auf dem Stadtgebiet München wird parallel automatisiert die Information an den externen Alarmierungsserver weiter geleitet, über den automatisch die Alarmierung per Smartphone erfolgt. Nach Auslösung der Alarmierung der ehrenamtlichen Ersthelferinnen und Ersthelfer vor Ort erfolgt eine automatische Alarmierungskette. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Integrierten Leitstelle sind ab der Übergabe der Daten an den externen Alarmierungsserver nicht mehr in den Alarmierungsprozess involviert und können diesen auch nicht rückverfolgen. Nur die Systemadministratorin/der Systemadministrator kann via Internet auf den externen Alarmserver zugreifen.

Das Kriterium der automatischen Weiterleitung ist Voraussetzung für die Einbindung in das Softwaresystem ELDIS III BY.

Die Alarmierung erfolgt automatisch per Smartphone (Ortung über Mobilfunk) an die/den dem Einsatzort nächsten, angemeldeten ehrenamtlichen Ersthelferin/Ersthelfer vor Ort (Umkreis max. ca. 500 m). Bei Annahme des Notrufes bekommt diese/dieser auf sein Smartphone einen elektronischen Ausweis geschickt, der sie/ihn als die alarmierte qualifizierte ehrenamtliche Ersthelferin/ alarmierten qualifizierten ehrenamtlichen Ersthelfer ausweist. Diese/dieser beginnt mit der Reanimation, bis der Rettungsdienst eintrifft und die Reanimation übernimmt.

Lehnt die erste alarmierte ehrenamtliche Ersthelferin/der alarmierte qualifizierte Ersthelfer vor Ort die Alarmierung ab oder meldet nicht, dass sie/er die Alarmierung annimmt, wird automatisch die nächste Ersthelferin bzw. der nächste Ersthelfer alarmiert, die/der sich in räumlicher Nähe befindet.

Die Weiterleitung der Alarmierung wird solange weiter erfolgen, bis die Alarmierung angenommen wird, längstens jedoch bis anzunehmen ist, dass der alarmierte Rettungsdienst/First Responder den Einsatzort vor den Ehrenamtlichen erreichen wird.

Für die Ehrenamtlichen besteht jederzeit die Möglichkeit, sich über die App im Alarmierungssystem an- und abzumelden und somit ihre aktuelle Verfügbarkeit anzuzeigen. Ist eine Ehrenamtliche/ein Ehrenamtlicher angemeldet und wird alarmiert, besteht aber immer noch die Möglichkeit für sie/ihn, die Alarmierung abzulehnen. In diesem Fall wird die Alarmierung an die/den dem Einsatzort nächst näheren ehrenamtliche Ersthelferin/ehrenamtlichen Ersthelfer vor Ort weitergeleitet.

Zusätzlich zum elektronischen Ausweis erhalten die Ehrenamtlichen bei ihrer Anmeldung einen Papiaerausweis zur Legitimation, der über das Referat für Gesundheit und Umwelt ausgegeben wird. Dieser soll die Akzeptanz der Ehrenamtlichen, insbesondere bei Einsätzen, in Wohnungen bei den Angehörigen erhöhen und ihnen den Zugang zur bewusstlosen oder leblosen Person erleichtern.

### **Die zweite Entwicklungsstufe**

Die zweite Entwicklungsstufe sieht eine Erweiterung des Personenkreises um zunächst medizinisch ausgebildetes Personal sowie betriebliche Ersthelferinnen und Ersthelfer vor. Im weiteren Verlauf sollen tatsächliche Laien mit entsprechender Schulung in das Projekt eingebunden werden.

### **Die dritte Entwicklungsstufe**

Für die dritte Entwicklungsstufe wird geprüft, zwei Ehrenamtliche gleichzeitig zu alarmieren. Die dem Einsatzort nächste ehrenamtliche Ersthelferin/der nächste ehrenamtliche Ersthelfer wird direkt zum Einsatzort geschickt. Die zweite Ersthelferin/der zweite Ersthelfer soll den nächstgelegenen öffentlich zugänglichen Defibrillator zum Einsatzort bringen.

Voraussetzung dafür ist, dass die Defibrillatoren in München kartiert und die GPS-Daten der Standorte erfasst sind. Derzeit gibt es verschiedene öffentlich verfügbare Apps, in denen jedoch nicht alle Defibrillatorenstandorte erfasst sind.

### **Kosten für das Alarmierungssystem**

Neben der Integration der technischen Voraussetzungen in das Rettungssystem der Integrierten Leitstelle München für eine Alarmierung der Ersthelferinnen und Ersthelfer vor Ort wird ein externer Alarmierungsserver mit entsprechender Software benötigt (siehe Pkt. 3.3.1). Die Software muss neben der Alarmierung der Ehrenamtlichen auch eine Auswertung der Einsatzdaten und -protokolle ermöglichen. Zudem soll über die Software die Verwaltung der persönlichen Daten und der Alarmierungsdaten der Ehrenamtlichen ermöglicht werden.

Erfahrungen der bereits laufenden Projekte zeigen, dass für die Einführungsphase im ersten Jahr mit 80.000 € und mit rund 60.000 € im zweiten Jahr an Sachkosten gerechnet werden muss. Die dauerhaften Kosten werden ab dem dritten Jahr auf rund 25.000 € jährlich geschätzt. Das Referat für Gesundheit und Umwelt strebt an, im Falle einer entsprechenden Beschlussfassung des Stadtrates das Alarmierungssystem mittels Vergabeverfahren unter Beachtung der Bestimmungen des EU-Beihilferechts auszuwählen.

### **Qualifikation der Ehrenamtlichen**

Für die erste Entwicklungsstufe, für die Ersthelferinnen und Ersthelfer vor Ort aus dem Kreis der Rettungsdienstorganisationen gewonnen werden, werden keine zusätzliche Schulungen notwendig sein.

Die Arbeitsgruppe verständigte sich darauf, dass für die Qualifikation der Ehrenamtlichen ohne beruflichen Hintergrund im Rettungsdienst ab der zweiten Entwicklungsstufe eine regelmäßige jährliche Teilnahme an einem achtstündigen Reanimationskurs ausreichend ist. Begründet wird es damit, dass bei der Reanimation ohne Hilfsmittel nach den derzeit gültigen Reanimationsrichtlinien für

Laien die Herzdruckmassage mit ca. 120 Kompressionen pro Minute ohne Beatmung empfohlen wird.

### **Recht und Versicherungen**

Das Angebot der qualifizierten ehrenamtlichen Ersthelferinnen und Ersthelfer vor Ort wird zusätzlich zum Rettungsdienst eingerichtet. Es besteht seitens der hilfebedürftigen Personen kein Rechtsanspruch auf eine ehrenamtliche Ersthelferin bzw. einen ehrenamtlichen Ersthelfer vor Ort.

Erfahrungen aus bereits laufenden Modellen zur Laienreanimation zeigen, dass als dringende Voraussetzung Versicherungsfragen geklärt werden müssen. Damit die Ehrenamtlichen gegenüber den Risiken für diese Tätigkeit ausreichend abgesichert sind, benötigen sie einen Versicherungsschutz mit Haftpflicht- und Unfallversicherung, eine KfZ-Versicherung (Rabattschutzversicherung) sowie zwingend einen Spezial-Straf-Rechtsschutz. Sofern diese Versicherungsleistungen nicht bereits anderweitig abgedeckt werden, müssen für die Ehrenamtlichen entsprechende Versicherungen abgeschlossen werden (siehe Pkt. 4.2.3).

Es muss ausgeschlossen sein, dass die ehrenamtlichen Ersthelferinnen und Ersthelfer vor Ort bei Nicht-Annahme des Notrufes strafrechtlich aufgrund von unterlassener Hilfeleistung belangt werden können. Diese Gefahr ist bei den vorgesehenen Alarmierungssystemen so gut wie ausgeschlossen, denn entweder erfolgt bei Nicht-Annahme oder Ablehnung der Alarmierung eine kurzfristige Weiterleitung an die nächste ehrenamtliche Ersthelferin/ den nächsten ehrenamtlichen Ersthelfer vor Ort oder es werden von Anfang an bereits mehrere Ersthelferinnen und Ersthelfer vor Ort parallel alarmiert.

### **Datenschutz**

Da es sich bei den für den Einsatz übermittelten Daten um personenbezogene und medizinische Daten handelt, wird bei der Auswahl des externen Alarmierungssystems u. a. auch größter Wert auf einen datenschutzkonformen Umgang mit den Daten gelegt werden. Vor einer Inbetriebnahme des Systems ist deshalb ein datenschutzrechtliches Prüfsiegel für das Alarmierungssystem bzw. die Abnahme durch den Datenschutzbeauftragten der Landeshauptstadt München erforderlich.

## **4. Umsetzung des Münchner Modells**

Der Arbeitskreis Notfallmedizin und Rettungswesen an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München e.V. (ANR) hat beim RGU einen

Antrag auf Zuschuss gestellt, um ein Modell der Laienreanimation in München zu entwickeln und die Betreuung der Ehrenamtlichen inkl. des Abschlusses der Versicherungen gegen einen entsprechenden Zuschuss der LHM zu übernehmen. Die Arbeitsgruppe begrüßt diesen Antrag und hat sich für die Modellumsetzung und die damit verbundene Betreuung der Ehrenamtlichen durch den Verein Arbeitskreis Notfallmedizin und Rettungswesen an der LMU e.V. (ANR) ausgesprochen.

Der lt. Satzung gemeinnützige Verein ist seit Jahren im Bereich der Notfallmedizin und des Rettungswesens tätig. Er ist bereits in München ansässig und ist geeignet, die erforderlichen Aufgaben für die Betreuung der Ehrenamtlichen, deren Qualifizierung, die Öffentlichkeitsarbeit sowie die Umsetzung und Weiterentwicklung des Modells zu übernehmen. Die notwendigen Personal- und Sachkosten können durch Zuschussmittel an den ANR e.V. finanziert werden.

#### **4.1 Zweck und Aufgaben des ANR e.V.**

Der ANR e.V. wurde am 27.05.1993 als interdisziplinäre Institution an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München gegründet. Ziel war es, durch wissenschaftliche Forschung, systematische Weiterbildungsmaßnahmen und umfassendes Qualitätsmanagement die notfallmedizinische Versorgung der Bevölkerung zu optimieren. Aufgrund der Fülle von Aufgaben, der zunehmenden Dimension der Aufgabenbereiche und des eigenen wissenschaftlichen Anspruches wurde seit dem Jahr 2000 eine Etablierung im öffentlich-rechtlichen Gefüge als erforderlich erachtet, die mit der Gründung des Instituts für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM) im Jahr 2002 vollzogen wurde, mit dem nach wie vor eine enge Zusammenarbeit besteht.

Seither sieht sich der ANR e.V. als Vermittler aktuellen Wissens aus der Wissenschaft in die tägliche ärztliche und nicht-ärztliche Praxis.<sup>16</sup>

Die Aufgaben des Vereins umfassen derzeit u. a.:

- die Förderung wissenschaftlicher Forschungsprojekte und -modelle
- die Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen, Workshops und Symposien
- den Betrieb eines internetbasierten Informationsportales für Notfallmedizin und Rettungswesen
- die Aufklärung der Allgemeinheit über Unfallverhütung, Gesundheitsschutz und Rettung aus Lebensgefahr<sup>17</sup>

<sup>16</sup> [http://www.anr.de/index.php?option=com\\_content&view=article&id=25&Itemid=10](http://www.anr.de/index.php?option=com_content&view=article&id=25&Itemid=10); 18.01.2017.

<sup>17</sup> [http://www.anr.de/index.php?option=com\\_content&view=article&id=26&Itemid=11](http://www.anr.de/index.php?option=com_content&view=article&id=26&Itemid=11); 18.01.2017.

#### 4.2 Notwendige Personalressourcen zur Umsetzung

Für den Bereich der mobilfunkaktivierten Laienreanimation würde der Verein ANR e.V. die Umsetzung des Münchner Modells mit der Betreuung und der Verwaltung der Ehrenamtlichen, der Öffentlichkeitsarbeit, der Auswertung der Einsatzdaten, der Einsatznachsorge, dem Training bzw. der Prüfung der Qualifikation der Ehrenamtlichen übernehmen. Hierfür benötigt der Verein 1,5 neue Stellen. Im Folgenden werden die Aufgaben der beiden Stellen dargestellt.

Zum Aufbau des Projektes der Laienreanimation ist eine Stelle für die **Projektkoordination** in der Eingruppierung E13 mit einem Jahresmittelbetrag von **74.270 €** notwendig. Diese Stelle soll folgende Aufgaben übernehmen:

##### *Entwicklung und Aufbau des Projektes Laienreanimation / Ersthelferinnen und Ersthelfer vor Ort*

- Prozesssteuerung zur Entwicklung und Aufbau des Projektes Laienreanimation/ Ersthelferinnen und Ersthelfer vor Ort
- Umsetzung eines Konzeptes zur Laienreanimation sowie die nachhaltige Verfestigung in das Angebotssystem in der Stadt München
- Anwerben von Ersthelferinnen und Ersthelferinnen
- Sicherstellen und Dokumentation der Qualifikation und ggf. Schulung der Ersthelferinnen und Ersthelfer
- Sicherstellen der Anmeldung der Ersthelferinnen und Ersthelfer im Rettungssystem
- Schnittstelle zwischen Integrierter Leitstelle, Rettungsdienstorganisationen, den Ersthelferinnen und Ersthelfern sowie ggf. zum Kriseninterventionsteam
- Leitung der Arbeitsgruppe Laienreanimation inkl. konzeptioneller Diskussion
- enge Zusammenarbeit mit den Rettungsdienstorganisationen, dem Referat für Gesundheit und Umwelt sowie weiteren Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern
- telefonische Nachbetreuung von Ersthelferinnen und Ersthelfern vor Ort nach einem Einsatz, ggf. bei Bedarf Weitervermittlung an die psychosoziale Notfallversorgung für Einsatzkräfte
- Evaluation des Projektes Laienreanimation
- stufenweise Weiterentwicklung des Projektes Laienreanimation mit der Erweiterung des Helferkreises sowie der Einbindung von Defibrillatoren



*Konzeption von Fachveranstaltungen*

- Konzeption, Durchführung, Moderation und Nachbereitung von Fachveranstaltungen in Kooperation mit den Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern

*Öffentlichkeitsarbeit*

- Aufbau, Verwaltung und Aktualisierung der Internetseite zum Projekt Laienreanimation
- Vorbereitung von Fachvorträgen sowie deren Präsentation bzw. Veröffentlichung
- Vorbereitung von Pressegesprächen und Interviews

Zur verwaltungstechnischen Organisation ist eine 0,5 Stelle für die **Sachbearbeitung** in der Eingruppierung E6 TVöD mit einem Jahresmittelbetrag von **24.200 €** notwendig. Die 0,5-Stelle soll folgende Aufgaben übernehmen:

*Projektorganisation*

- selbständige Projektorganisation durch Maßnahmen der Qualitätssicherung wie z. B. Überwachung des Projektplanes und Sicherstellen der Projektdokumentation
- Budgetüberwachung

*Selbständige Sachbearbeitung*

- Registrierung der Ersthelferinnen und Ersthelfer mit Telefonnummer und Datenpflege, laufende Dokumentation der am Projekt beteiligten Ersthelferinnen und Ersthelfer, Abgleich mit dem externen Alarmierungsserver
- Prüfen des Versicherungsschutzes der Ersthelferinnen und Ersthelfer vor Ort
- Erstellung und Ausgabe des Ehrenamtsausweises in Kooperation mit dem Referat für Gesundheit und Umwelt
- Protokollführung und Protokollerstellung von Sitzungen inkl. selbständigen Nachklären/ Veranlassen von Aktivitäten
- Verwaltung der Ersthelferinnen und Ersthelfer vor Ort

*Selbständige Organisation von Veranstaltungen*

- Verfassen und Versenden von Einladungsschreiben
- Annahme und Verwaltung der Anmeldungen
- Erstellung von Teilnehmerlisten mit Kontaktdaten
- Klärung/ Organisation von: Zeit, Ort, Raum, Ausstattung
- Erstellung von Tagungs- und Arbeitsmaterialien

- Angebotseinholung für Räume, Catering etc.
- Abrechnen der Veranstaltungskosten
- Ablauforganisation am Veranstaltungstag

#### **4.3 Weitere Aufgaben und Kosten des ANR e.V.**

##### **Aufbau einer Datenbank**

Zur Verwaltung der Ehrenamtlichen benötigt der Verein eine Datenbank. Für die Entwicklung und deren Aufbau benötigt der Verein einmalig 10.000 €.

##### **Öffentlichkeitsarbeit**

Um zum einen die Öffentlichkeit für das Thema zu sensibilisieren und um zum anderen die Reanimationsbereitschaft jeder einzelnen Person zu erhöhen, muss das Münchner Modell in der Öffentlichkeit bekannt gemacht und dargestellt werden. Dazu sind neben einer Werbekampagne auch Maßnahmen zur Steigerung der Reanimationsbereitschaft notwendig. Hierfür werden 20.000 € jährlich veranschlagt. Ebenso werden für das Erstellen einer Homepage einmalig 10.000 € benötigt.

##### **Evaluation des Projektes**

Um die Wirksamkeit der Maßnahmen beurteilen zu können, ist die Durchführung einer Evaluation notwendig. Dafür werden einmalig Sachmittel in Höhe von 10.000 € veranschlagt. Hierzu soll auch auf die anonymisierten Einsatzdaten und -protokolle der Einsätze der Ehrenamtlichen zurückgegriffen werden.

##### **Versicherung der ehrenamtlichen Ersthelferinnen und Ersthelfer vor Ort**

Für eine ausreichende Absicherung der Ehrenamtlichen sind neben der gesetzlichen Unfallversicherung und einer Haftpflichtversicherung eine Spezialstrafrechtsschutzversicherung und eine Kfz-Rabattschutzversicherung notwendig.

Die Spezialstrafrechtsschutzversicherung ist in erster Linie eine Vorschussversicherung. Im Falle einer Anzeige/Anklage gegen eine Ersthelferin bzw. einen Ersthelfer vor Ort aufgrund ihrer/ seiner ehrenamtlichen Tätigkeit, würde die Versicherung u. a. Anwaltskosten vorschießen.

Durch die Kfz-Rabattschutzversicherung soll den Ehrenamtlichen im Falle eines selbstverschuldeten Unfalls während der ehrenamtlichen Tätigkeit die bisherige Schadensfreiheitsklasse erhalten bleiben.

Durch die Betreuung der Ehrenamtlichen durch den ANR e.V. besteht die Möglichkeit, dass der Verein die notwendigen Versicherungen als Gruppenversicherung und damit deutlich günstiger abschließen kann. Die Höhe der Kosten wird auf 10.000 € jährlich geschätzt.

#### **4.4 Psychosoziale Notfallbetreuung für Einsatzkräfte (PSNV/E)**

Um den Ehrenamtlichen bei Bedarf die Inanspruchnahme einer psychosozialen Notfallversorgung von Einsatzkräften (PSNV/E) zu ermöglichen, hat das langjährig erfahrene Kriseninterventionsteam (KIT) des Arbeiter Samariter Bundes angeboten, im Rahmen der bestehenden Aufgaben bei Bedarf die Ehrenamtlichen nach einem Einsatz zu begleiten.

KIT benötigt für die erste Entwicklungsstufe 10.000 € jährlich, die je nach Bedarf abgerufen werden.

Die PSNV/E ist für die Ehrenamtlichen über eine Telefonnummer rund um die Uhr (24 Stunden am Tag und 7 Tage die Woche) erreichbar.

#### **4.5 Erstellung der Helferausweise**

Für die Erstellung der Helferausweise für die ehrenamtlichen Ersthelferinnen und Ersthelfer vor Ort wird mit einmalig 1.500 € gerechnet.

### **5. Finanzierung**

Die für die Umsetzung einer mobilfunkaktivierten Reanimation durch Ersthelferinnen und Ersthelfer vor Ort notwendigen Finanzmittel setzen sich aus Zuschüssen für den ANR e.V. in Höhe von 171.970 € im Jahr 2018 und in Höhe von 141.970 € ab dem Jahr 2019 (siehe Pkt. 4.2), den Zuschüssen für die PSNV/E in Höhe von rd. 10.000 € jährlich (siehe Pkt. 4.3), den Kosten für die Einrichtung der Alarmierungsschnittstelle bei der Integrierten Leitstelle in Höhe von geschätzt 25.000 € und den Kosten für den externen Alarmierungsserver in Höhe von 80.000 € im ersten und 60.000 € im zweiten Jahre und 25.000 € ab dem dritten Jahr (siehe Pkt. 3.3.3) zusammen.

Die Bezuschussung ist mit dem EU-Beihilferecht vereinbar, da die einschlägigen Schwellenwerte des Freistellungsbeschlusses der Europäischen Kommission vom 20.12.2012 in Höhe von 15 Mio. € auf jeden Fall nicht überschritten werden. Die Zuschussvergabe an den ANR e.V. in Höhe von bis zu 171.970 € jährlich und das KIT-ASB in Höhe von 10.000 € jährlich ist rechtlich möglich. Die Modellentwicklung und Umsetzung des Konzeptes durch den ANR e.V. ist nach den Richtlinien für die Gewährung von Zuwendungen der Landeshauptstadt München im Gesundheits- und Umweltbereich vom 01.06.2001 grundsätzlich förderfähig. Die konkreten

Einzelheiten werden in gesonderten Zuwendungsbescheiden geregelt.

Im Einzelnen sind die benötigten Finanzmittel für die erste Entwicklungsstufe mit 300 Ehrenamtlichen in der folgenden Tabelle aufgeführt.

Übersicht Gesamtkosten	einmalig	befristet 2018/2019	dauerhaft
<b>Kosten ANR e.V. Gesamt</b>	<b>30.000 €</b>		<b>141.970 €</b>
<b>Personalkosten</b>			<b>98.470 €</b>
1,0 VK E 13			74.270 €
0,5 VK E 6			24.200 €
<b>Sachkostenpauschale</b>			<b>11.100 €</b>
1,0 VK E 13			7.400 €
0,5 VK E 6			3.700 €
<b>Mietkosten</b>			<b>2.400 €</b>
<b>Öffentlichkeitsarbeit</b>	<b>10.000 €</b>		<b>20.000 €</b>
Erstellung Homepage	10.000 €		
Öffentlichkeitsarbeit			20.000 €
<b>Evaluation</b>	<b>10.000 €</b>		
<b>Aufbau Datenbank zur Verwaltung der Ehrenamtlichen</b>	<b>10.000 €</b>		
<b>Versicherung</b>			<b>10.000 €</b>
<b>Kosten KIT für PSNV/E</b>			<b>10.000 €</b>
PSNV/E			10.000 €
<b>sonstige Kosten</b>	<b>26.500 €</b>	<b>140.000 €</b>	<b>25.000 €</b>
Alarmierungsserver		140.000 €	25.000 €
ILS – Integration	25.000 €		
Helferausweise	1.500 €		
<b>Gesamtkosten für Stufe 1</b>			
<b>im Jahr 2018</b>	<b>56.500 €</b>	<b>80.000 €</b>	<b>151.970 €</b>
<b>im Jahr 2019</b>		<b>60.000 €</b>	<b>151.970 €</b>
<b>ab dem Jahr 2020</b>			<b>176.970 €</b>

## 6. Zeitlicher Ablauf

Die Finanzierung durch den Stadtrat vorausgesetzt, ergibt sich folgender Ablauf zur Umsetzung des Münchner Modells:

- Vergabebeschlussvorlage nach Konkretisierung der Kriterien für die Alarmierungssoftware (bis 4. Quartal 2017)
- Ausschreibung und Auswahl der Software und des Betreibers für das Alarmierungssystem (bis 4. Quartal 2017) durch das Referat für Gesundheit und Umwelt und die Integrierte Leitstelle
- Erstellung eines Flyers zum Anwerben von ehrenamtlichen Ersthelferinnen und Ersthelfern vor Ort aus dem Kreis der Rettungsdienstorganisationen (bis 3. Quartal 2017) durch das Referat für Gesundheit und Umwelt und den Verein ANR e.V.
- Anwerbung der Ehrenamtlichen (4. Quartal 2017) durch den Verein ANR e.V.
- Start des Projektes mit der Besetzung der Personalstellen im Verein ANR e.V. (ab 01.01.2018)

Wünschenswert wäre außerdem, wenn der Landkreis München, der auch von der Integrierten Leitstelle betreut wird, in das Münchner Modell integriert werden könnte. Das RGU schlägt deshalb vor, Gespräche über eine Kooperation mit dem Landkreis München aufzunehmen.

## **7. Zusammenfassung**

Bei einem Herz-Kreislaufstillstand ist ein schneller Reanimationsbeginn unbedingt erforderlich. In Deutschland ist die Rate der Reanimationsbereitschaft mit 31 % relativ niedrig (in Dänemark 45 %, in Norwegen 71 %).

Ausgehend vom Stadtratsantrag soll daher für München ein Modell entwickelt werden, bei dem qualifizierte ehrenamtliche Ersthelferinnen und Ersthelfer vor Ort die Rettungskette verstärken und somit auch die Zeit zwischen Notruf und Beginn der Reanimationsmaßnahmen weiter verkürzen. Das Münchner Modell ist an das *Gütersloher Modell* angelehnt. Ziel ist es, eine frühe Einleitung von Wiederbelebensmaßnahmen zu erreichen.

Der Verein „Arbeitskreis Notfallmedizin und Rettungswesen an der LMU e.V.“ wird mit der Organisation des Münchner Modells beauftragt. Er soll die Koordinierung und Organisation des dreistufig vorgesehenen Konzepts vornehmen und wird dementsprechend für Personalstellen, Versicherungsschutz, Öffentlichkeitsarbeit mit je jährlich 141.970 € unterstützt. Zudem entstehen einmalige Kosten von 56.500 € für die Einrichtung der Alarmierungstechnik sowie die Etablierung des Projekts. Für 2018 und 2019 entstehen Kosten von insgesamt 140.000 € für den Alarmierungsserver, die sich ab 2020 dauerhaft auf 25.000 € jährlich reduzieren. Für die PSNV/E entstehen dauerhaft Kosten von bis zu 10.000 € jährlich.

## B. Darstellung der Kosten und der Finanzierung

### 1. Zweck des Vorhabens

Mit dem System der mobilfunkgestützten Alarmierung von qualifizierten ehrenamtlichen Ersthelferinnen und Ersthelfern vor Ort soll bei einem Kreislaufstillstand das interventionsfreie Intervall verkürzt werden, um das Ergebnis für die Patientinnen und Patienten bei Reanimationen zu verbessern.

### 2. Zahlungswirksame Kosten im Bereich der laufenden Verwaltungstätigkeit

Für die Umsetzung des Beschlusses entstehen die im Folgenden dargestellten zahlungswirksamen Kosten. Der Mittelbedarf entsteht ab 01.2018.

	dauerhaft	dauerhaft	einmalig	einmalig
Summe zahlungswirksame Kosten	<b>151.970,--</b> ab 2018	<b>25.000,--</b> ab 2020	<b>136.500,--</b> in 2018	<b>60.000,--</b> in 2019
davon:				
Personalauszahlungen (Zeile 9)*				
Auszahlungen für Sach- und Dienstleistungen (Zeile 11)** KST 13189001, Sachkonto 651150		<b>25.000,--</b> ab 2020	<b>105.000,--</b> in 2018	<b>60.000,--</b> in 2019
Alarmierungssoftware Alarmierungsserver		25.000,--	25.000,-- 80.000,--	60.000,--
Transferauszahlungen (Zeile 12) davon: <b>IA 531536105 (KIT-ASB), SK 682100</b>	<b>151.970,--</b> ab 2018		<b>30.000,--</b> in 2018	
<b>IA 531536155 (ANR)</b> Personal- und Sachkosten davon:	141.970,--			
1,0 VZÄ (JMB 2016, E13) (Amts-/Funktionsbezeichnung)	74.270,--			
0,5 VZÄ (JMB 2016, E6) (Verwaltungsangestellte/r)	24.200,--			
Sachkostenpauschale	11.100,--			
Mietkosten	2.400,--			
Versicherung	10.000,--			
Öffentlichkeitsarbeit	20.000,--		10.000,--	
Evaluation			10.000,--	
Aufbau Datenbank			10.000,--	
Sonstige Auszahlungen aus lfd. Verwaltungstätigkeit (Zeile 13) KST 13189001 Sachkonto 670110			1.500,-- in 2018	
Zinsen und sonstige Finanzauszahlungen (Zeile 14)				

Nachrichtlich Vollzeitäquivalente (VZÄ)				
---	--	--	--	--

Die Auszahlungen für Sach- und Dienstleistungen (Zeile 11) ergeben sich wie folgt:

Für die Serverkosten sind incl. der Alarmierungssoftware befristet im ersten Jahr mit 80.000 € und im zweiten Jahr die Kosten mit 60.000 € und ab 2020 dauerhaft mit 25.000 € auf der Kostenstelle 13189001 veranschlagt. Die Mittel werden dem Sachkonto 651150 (externe Projektkosten) zugeordnet.

Für die Programmierung einer zusätzlichen Software für die integrierte Leitstelle werden einmalig in 2018 25.000 € mit dem Sachkonto 651150 auf Kostenstelle 13189001 veranschlagt (evtl. Integrierte Leitstelle München - KVR).

Die Transferauszahlungen (Zeile 12) setzen sich wie folgt zusammen:

Für die Betreuung und Verwaltung der ehrenamtlichen Ersthelferinnen und Ersthelfer vor Ort sowie die Wahrnehmung der unter Punkt 4.2 beschriebenen Aufgaben werden in der ersten Entwicklungsstufe (etwa 300 Ehrenamtliche) beim ANR e.V. ab 2018 dauerhaft 1,0 VZÄ in E 13 (JMB: 74.270,-- €) und 0,5 VZÄ E 6 (JMB: 24.200,-- €) benötigt. Für diese ist ab 2018 dauerhaft eine Sachkostenpauschale in Höhe von 7.400 € für die 1,0 VZÄ und 3.700 € für die 0,5 VZÄ vorgesehen. Die Mietkosten für die Büroarbeitsplätze werden ab 2018 dauerhaft mit 2.400 € veranschlagt (20m<sup>2</sup> zu 10 € mtl.). Ab 2018 werden dauerhaft für die Versicherung der 300 Ehrenamtlichen in Höhe von 10.000,-- € und für die Öffentlichkeitsarbeit 20.000,-- € veranschlagt. Im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit entstehen zusätzlich in 2018 einmalige Kosten in Höhe von 10.000,-- € für die Erstellung einer Homepage. Die Evaluation der Projekte wird in 2018 einmalig mit 10.000,-- € und der Aufbau der Datenbank ebenfalls einmalig mit 10.000,--€ kalkuliert.

Die Auszahlungen für Sonstige Auszahlungen aus lfd. Verwaltungstätigkeiten (Zeile 13) ergeben sich wie folgt:

Für die Erstellung von 300 Helferausweisen ist in 2018 einmalig mit Kosten in Höhe von 1.500,-- € zu rechnen.

Auf die Ausführungen unter A.3.3 und 4.2 wird verwiesen.

### 3. Finanzierung

Die Finanzierung kann weder durch Einsparungen noch aus dem eigenen Referatsbudget erfolgen.

Eine endgültige Entscheidung über die Finanzierung soll in der Vollversammlung des Stadtrates im Juli diesen Jahres im Rahmen der Gesamtaufstellung aller bisher gefassten Empfehlungs- und Finanzierungsbeschlüsse erfolgen.

Die zusätzlich benötigten Auszahlungsmittel sollen nach positiver Beschlussfassung in den Schlussabgleich 2018 ff. aufgenommen werden.

Produktbezug

Produktbeschreibung / Produktleistungen

Eine Änderung der Produktbeschreibung / der Produktleistungen ist mit dieser Maßnahme nicht verbunden.

Eine Änderung der Kennzahlen / der Leistungsarten ist mit dieser Maßnahme nicht verbunden.


## Ziele

Eine Änderung der Ziele ist mit dieser Maßnahme nicht verbunden.  
Folgende Ziele der Perspektive München werden unterstützt:

*Themenfeld 15 Rundum gesund Leitlinie Gesundheit: Herausforderungen begegnen, Perspektiven schaffen, Lebensqualität fördern*

15.15: Die LHM übernimmt die Rolle der Koordination und Moderation und entwickelt gemeinsam mit den Akteurinnen und Akteuren vor Ort adäquate nachhaltige Versorgungskonzepte für eine bedarfsgerechte Versorgung von behandlungs- und hilfebedürftigen Menschen.

15.17: Die LHM trägt mit eigenen Angeboten und Zuschüssen dazu bei, dass allen Bürgerinnen und Bürgern eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung zur Verfügung steht, wo möglich und notwendig wohnortnah und niederschwellig.

 Kreisverwaltungsreferat stimmt der Beschlussvorlage zu.

Die Stadtkämmerei stimmt unter Berücksichtigung folgender Sachverhalte der vorliegenden Beschlussvorlage zu.

„Aus der Darstellung der benötigten Finanzmittel kann entnommen werden, dass für die Personalkapazität von 1,5 VZÄ mit einer Sachkostenpauschale in Höhe von 11.100 € jährlich gerechnet wird. Da die Kosten für Miete, Öffentlichkeitsarbeit, sowie für die Einrichtung und den Betrieb der Alarmierungsserver unabhängig von der Sachkostenpauschale geltend gemacht werden, erscheint diese mit 7.400 € pro VZÄ als zu hoch angesetzt.

Darüber hinaus ist aus Sicht der Stadtkämmerei eine Befristung des Zuschusses sinnvoll. Eine dauerhafte Förderung ohne die Bestätigung der Wirksamkeit durch die geplante Evaluation kann von der Stadtkämmerei nicht unterstützt werden.“

*Hierzu wird wie folgt Stellung genommen:*

*Im Bereich Regelförderung für gesundheitsbezogene Einrichtungen werden grundsätzlich Sachkostenpauschalen (SKP) genehmigt. Derzeit beträgt die vom Stadtrat genehmigte SKP/VZÄ 7.400 €. Mit dieser Sachkostenpauschale werden alle unmittelbar dem Arbeitsplatz zurechenbaren laufenden Sachkosten (Geschäftskosten, Telekommunikationskosten, IT-Kosten, Büroausstattung etc.)*




*abgedeckt. Die Mietkosten sind in dieser Pauschale nicht enthalten. Ein Referenzwert für Sachkostenpauschale ohne Miete findet sich z.B. beim Bundesministerium der Finanzen mit einem Durchschnittswert 2015 für Sacheinzelkosten pro Arbeitsplatz (sächliche Verwaltungsausgaben und Investitionen) in Höhe von 11.350 €. Die dargestellten Kosten für Öffentlichkeitsarbeit sind arbeitsplatzunabhängig und werden deshalb zusätzlich einkalkuliert. Die Kosten für die Einrichtung und den Betrieb des Alarmierungsservers sind ebenfalls arbeitsplatzunabhängig und sind nicht im Zuschuss einkalkuliert.*

*Eine Befristung des Zuschusses wird seitens des Referates für Gesundheit und Umwelt für die Einführung der Laienreanimation abgelehnt. Der hohe Aufwand für die Entwicklung, Umsetzung und Evaluation des Angebotes würde dadurch konterkariert. Die Wirksamkeit der Laienreanimation wurde in den bereits laufenden Projekten in anderen Städten zur Laienreanimation beschrieben. Die Einführung des Angebotes der Laienreanimation in München sowie dessen Weiterentwicklung ist in mehreren Stufen geplant. Die Optimierung des Angebotes sowie der Kooperation an den Schnittstellen im Zuge der Umsetzung ist durch die Evaluation sichergestellt.*

## **Anhörung des Bezirksausschusses**

In dieser Beratungsangelegenheit ist die Anhörung des Bezirksausschusses nicht vorgesehen (vgl. Anlage 1 der BA-Satzung).

Die Korreferentin des Referates für Gesundheit und Umwelt, Frau Sabine Krieger, der zuständige Verwaltungsbeirat, Herr Dr. Ingo Mittermeier, sowie das Direktorium, die Stadtkämmerei und  Kreisverwaltungsreferat haben einen Abdruck der Vorlage erhalten.

## **II. Antrag der Referentin**

1. Der Vortrag der Referentin zur mobilfunkaktivierten Laienreanimation wird zur Kenntnis genommen.
2. Vorbehaltlich der endgültigen Beschlussfassung der Vollversammlung im Juli 2017 empfiehlt der Gesundheitsausschuss, das Referat für Gesundheit und Umwelt zu beauftragen, das beschriebene Konzept für die mobilfunkaktivierte Reanimation in München in Zusammenarbeit mit der Integrierten Leitstelle und den Rettungsorganisationen umzusetzen.
3. Vorbehaltlich der endgültigen Beschlussfassung der Vollversammlung im Juli 2017

empfiehlt der Gesundheitsausschuss, das Referat für Gesundheit und Umwelt zu beauftragen, Gespräche mit dem Landkreis München über eine Kooperation zwischen dem Landkreis München und der Landeshauptstadt München bei der Umsetzung einer mobilfunkaktivierten Reanimation aufzunehmen.

4. Vorbehaltlich der endgültigen Beschlussfassung der Vollversammlung im Juli 2017 empfiehlt der Gesundheitsausschuss, das Referat für Gesundheit und Umwelt zu beauftragen, die einmalig für 2018 erforderlichen Haushaltsmittel in Höhe von 106.500 € im Rahmen der Haushaltsplanaufstellung 2018 bei der Stadtkämmerei anzumelden.
5. Vorbehaltlich der endgültigen Beschlussfassung der Vollversammlung im Juli 2017 empfiehlt der Gesundheitsausschuss, das Referat für Gesundheit und Umwelt zu beauftragen, die einmalig für 2019 erforderlichen Haushaltsmittel in Höhe von 60.000 € im Rahmen der Haushaltsplanaufstellung 2019 bei der Stadtkämmerei anzumelden.
6. Vorbehaltlich der endgültigen Beschlussfassung der Vollversammlung im Juli 2017 empfiehlt der Gesundheitsausschuss, das Referat für Gesundheit und Umwelt zu beauftragen, die ab 2020 dauerhaft erforderlichen Haushaltsmittel in Höhe von 25.000 € im Rahmen der Haushaltsplanaufstellung 2020 bei der Stadtkämmerei anzumelden.
7. Vorbehaltlich der endgültigen Beschlussfassung der Vollversammlung im Juli 2017 empfiehlt der Gesundheitsausschuss, das Referat für Gesundheit und Umwelt zu beauftragen, zur Förderung des Vereins Arbeitskreis Notfallmedizin und Rettungswesen an der LMU (ANR) e.V. für die Modellentwicklung und die Betreuung der ehrenamtlichen Ersthelferinnen und Ersthelfer vor Ort die ab 2018 dauerhaft erforderlichen Haushaltsmittel i. H. v. 141.970 € und in 2018 einmalig erforderlichen Haushaltsmittel i. H. v. 30.000 € im Rahmen der Haushaltsplanaufstellung 2018 bei Innenauftrag 531536154 (Sachkonto 682100) bei der Stadtkämmerei anzumelden.
8. Vorbehaltlich der endgültigen Beschlussfassung der Vollversammlung im Juli 2017 empfiehlt der Gesundheitsausschuss, das Referat für Gesundheit und Umwelt zu beauftragen, zur Förderung des Kriseninterventionsteams – KIT-ASB die für die Psychosoziale Notfallversorgung der Einsatzkräfte dauerhaft erforderlichen Haushaltsmittel i. H. v. 10.000 € im Rahmen der Haushaltsplanaufstellung 2018 bei Innenauftrag 531536105 (Sachkonto 682100) bei der Stadtkämmerei anzumelden.

9. Das Produktkostenbudget erhöht sich vorbehaltlich der endgültigen Beschlussfassung der Vollversammlung im Juli 2017 im Jahr 2018 um 288.470 €, davon sind 288.470 € zahlungswirksam (Produktauszahlungsbudget), im Jahr 2019 um 211.970 €, davon sind 211.970 € zahlungswirksam (Produktauszahlungsbudget) und ab 2020 ff. dauerhaft um 176.970 €, davon sind 176.970 € zahlungswirksam (Produktauszahlungsbudget).
10. Der Antrag Nr. 14-20 / A 01134 von Herrn StR Prof. Dr. Hans Theiss und Herrn StR Michael Kuffer vom 26.06.2015 ist damit geschäftsordnungsgemäß erledigt.
11. Dieser Beschluss unterliegt nicht der Beschlussvollzugskontrolle.

### III. Beschluss

nach Antrag. Die endgültige Entscheidung in dieser Angelegenheit bleibt der Vollversammlung des Stadtrates vorbehalten.

Der Stadtrat der Landeshauptstadt München

Der Vorsitzende

Die Referentin

Ober-/Bürgermeister

Stephanie Jacobs  
Berufsmäßige Stadträtin

- IV. Abdruck von I. mit III. (Beglaubigungen)  
über über das Direktorium HA II/V - Stadtratsprotokolle  
an das Revisionsamt  
an die Stadtkämmerei  
an das Direktorium – Dokumentationsstelle  
an das Referat für Gesundheit und Umwelt RGU-RL-RB-SB
- V. Wv. Referat für Gesundheit und Umwelt RGU-RL-RB-SB zur weiteren Veranlassung (Archivierung, Hinweis-Mail).

