

ADAC Stiftung

Monitor

Reanimation 2025

**Erste Hilfe bei Herz-Kreislauf-Stillständen –
wie gut Deutschland gerüstet ist**



ADAC

Schnelle Reanimation rettet Leben.

Mit dem „Monitor Reanimation“ untersuchen wir regelmäßig, wie gut Deutschland für die Erste Hilfe bei Herz-Kreislauf-Stillständen gerüstet ist. Wir messen Fortschritte und geben konkrete Empfehlungen für Akteure, Politik und Selbstverwaltung.

» stiftung.adac.de/monitor-reanimation

Alle Inhalte wenden sich an und gelten für alle Geschlechter (w/m/d). Soweit grammatikalisch männliche, weibliche oder neutrale Personenbezeichnungen verwendet werden, dient dies allein der besseren Lesbarkeit.

Inhalt

Vorwort	6
Kernbotschaften	7
1 Studie	8
1.1 Fokus	9
1.2 Hintergrund	10
1.3 Methode	13
2 Ergebnisse	18
2.1 Spontane Laienhilfe	19
2.2 Smartphone-basierte Ersthelfer-Alarmierung (SbEA)	33
2.3 Organisierte Erste Hilfe	43
2.4 Systemische Rahmenbedingungen	47
3 Ableitungen	50
3.1 Diskussion	51
3.2 Zentrale Ergebnisse	52
3.3 Handlungsempfehlungen	53

Vorwort



Leben retten beginnt mit dem Mut, füreinander einzustehen. Wenn Erste Hilfe selbstverständlich wird, steigt die Chance, im Notfall nicht allein zu sein.



Christina Tillmann – Vorständin | ADAC Stiftung

Liebe Leserinnen und Leser,

einer der Experten, den wir für diesen Monitor interviewt haben, berichtete, dass er zufällig erst vor wenigen Tagen nach einem Smartphone-Alarm seinen Nachbarn reanimiert habe. Er sei in 20 Sekunden vor Ort gewesen und die Reanimation sei erfolgreich verlaufen. Dieses Erlebnis habe ihm wieder gezeigt, warum wir alle so intensiv an diesem Thema arbeiten.

Und tatsächlich: Das Thema „Erste Hilfe bei Herz-Kreislauf-Stillständen“ braucht intensive Befassung. Weil es dabei um Menschenleben geht – um das Leben unserer Familienangehörigen, Nachbarn, Freundinnen und Freunde, Kolleginnen und Kollegen oder unserer Mitmenschen in der Öffentlichkeit.

Als ADAC Stiftung beschäftigen wir uns schon seit mehreren Jahren mit diesem Thema. Wir möchten zusammen mit anderen dazu beitragen, die Dinge zum Besseren zu bewegen – damit Menschen mit Herz-Kreislauf-Stillständen schneller Hilfe erhalten. Durch konkrete Praxisprojekte, durch Sensibilisierung, durch Analysen. Und ab jetzt auch mit diesem Monitor.

Der „Monitor Reanimation“ soll künftig regelmäßig aufzeigen, wie gut Deutschland für die Erste Hilfe bei Herz-Kreislauf-Stillständen gerüstet ist. Wir beleuchten damit – im Sinne einer jeweils aktuellen übergeordneten Bestandsaufnahme – die Systemvoraussetzungen für erfolgreiche Reanimationen durch Ersthelfende und machen konkrete Verbesserungsvorschläge. Der Monitor soll bestehende Instrumente im Feld um neue Perspektiven ergänzen.

Die erste Ausgabe zeigt teils erfreuliche Entwicklungen. Sie zeigt aber auch, dass die Überlebenschancen der betroffenen Menschen im Fall der Fälle noch immer zu stark von Zufällen abhängen: ob jemand mit Reanimationskenntnissen anwesend ist, ob die Rettungsleitstelle per Telefon zur Reanimation anleitet, ob in der Nähe ein AED angebracht ist oder ob ein „App-Helfer“ wie der von uns interviewte Experte alarmiert werden kann.

Wir wünschen eine erkenntnisreiche Lektüre und freuen uns auf den Austausch zu den Ergebnissen.

Ihre

Christina Tillmann
Vorständin | ADAC Stiftung

Kernbotschaften

Mit dem „Monitor Reanimation“ untersucht die ADAC Stiftung regelmäßig, wie gut Deutschland für die Erste Hilfe bei Herz-Kreislauf-Stillständen gerüstet ist. Die hier vorliegende erste Ausgabe im Jahr 2025 zeigt:



Es gab in letzter Zeit durchaus ermutigende Entwicklungen. Die Voraussetzungen für erfolgreiche Reanimationen durch Ersthelfende sind jedoch nach wie vor nicht so gut, wie sie aus gesellschaftspolitischer Sicht sein sollten.

Der Gesetzgeber und die beteiligten Akteure aus Politik und Praxis sollten daher das Gelegenheitsfenster der anstehenden Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes nutzen, um einen neuen Aufbruch hin zu einer „Kultur der Wiederbelebung“ – und einem damit verbundenen Selbstverständnis, aktiv zu helfen und zu reanimieren – zu schaffen und die Erste Hilfe bei Herz-Kreislauf-Stillständen zum wesentlichen Bestandteil einer modernen Notfallversorgung zu machen.



1 Studie



Mit dem „Monitor Reanimation“ untersuchen wir, wie gut Deutschland für die Erste Hilfe bei Herz-Kreislauf-Stillständen außerhalb von Krankenhäusern gerüstet ist. Das heißt, wir betrachten den Zeitraum vor Eintreffen des Rettungsdienstes, wie in [Abbildung 1](#) dargestellt, und analysieren drei Bereiche: die spontane Laienhilfe durch sogenannte Bystander, die Smartphone-basierte Ersthelfer-Alarmierung (SbEA) bzw. sogenannte App-Helfer sowie die Organisierte Erste Hilfe durch sogenannte First Responder¹.

Dabei betrachten wir *nicht* das Reanimationsgeschehen an sich, sondern die strukturellen und prozessualen Voraussetzungen dafür – die Readiness des Systems für erfolgreiche Erste Hilfe. Wir fragen also etwa danach, wie ausgeprägt die Kompetenz und das Zutrauen zur Erkennung der Notwendigkeit und zur Durchführung von Reanimationen bei den Bürgerinnen und Bürgern sind, wie umfassend die Bevölkerung geschult wird, wie konsequent Rettungsleitstellen die

sogenannte Telefonreanimation (T-CPR) umsetzen oder wie etabliert SbEA in Deutschland ist.

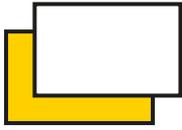
Der Monitor soll ab 2025 regelmäßig veröffentlicht werden und im Sinne einer Fortschrittsmessung Entwicklungen nachzeichnen. Unser Anspruch ist es, mit der Analytik so in die Tiefe zu gehen, dass wir neben einer Abbildung des Status quo konkrete Erklärungsansätze finden und praxisrelevante Handlungsempfehlungen für Akteure, Politik und Selbstverwaltung ableiten können. Wir untersuchen also neben dem „Was?“ auch das „Warum?“ und das „Was jetzt?“.

Der Monitor soll kontinuierlich weiterentwickelt werden – und mit jeder Ausgabe und einem wachsenden „Schatz“ an Wissen über das System und seine Entwicklungen neue Erkenntnisse und Perspektiven hervorbringen. Langfristig möchten wir so dazu beitragen, dass es mehr erfolgreiche Reanimationen in Deutschland gibt.



Abbildung 1: Untersuchungsgegenstand des „Monitors Reanimation“

¹ Solche First Responder werden auch als „Helfer vor Ort“, „Sanitäter vor Ort“ oder „Voraushelfer“ bezeichnet.



1.2 Hintergrund

In Deutschland wurden im Jahr 2024 fast 70.000 Menschen außerhalb eines Krankenhauses aufgrund eines Herz-Kreislauf-Stillstands reanimiert. Trotz aller Fortschritte in der Notfallmedizin überlebten nur rund elf Prozent der Betroffenen.¹

Ein zentrales Problem: Die durchschnittliche Eintreffzeit des Rettungsdienstes beträgt bei Herz-Kreislauf-Stillständen rund sieben Minuten² zuzüglich der Zeit, die bereits bis zum Notruf vergangen ist – ein Zeitraum, in dem ohne Wiederbelebensmaßnahmen in der Regel bereits irreversible Schäden am Gehirn auftreten.³

Da mit jeder verstrichenen Minute ohne kardiopulmonale Reanimation (CPR) die Überlebenschancen deutlich sinken, kommt Ersthelfenden eine bedeutende Rolle zu, weil sie das sogenannte interventionsfreie Intervall verkürzen. Studien zeigen: Wenn unmittelbar nach dem Kollaps mit Wiederbelebensmaßnahmen begonnen wird, kann sich die Überlebensrate mindestens verdoppeln.⁴ Nach einer Expertenschätzung könnten in Deutschland jedes Jahr etwa 10.000 Menschenleben gerettet werden, wenn rechtzeitig mit der Reanimation begonnen würde.⁵

Erste Hilfe ist ein unverzichtbarer erster Teil der Rettungskette bei Herz-Kreislauf-Stillständen.

- 1 Fischer, M., Wnent, J., Gräsner, J.-T., Seewald, S., Rück, L., Hoffmann, H., Bein, B., Ramshorn-Zimmer, A., Bohn, A. & die teilnehmenden Rettungsdienste im Deutschen Reanimationsregister (2025): Öffentlicher Jahresbericht 2023 des Deutschen Reanimationsregisters: Außerklinische Reanimation 2024. Verfügbar unter: <https://www.reanimationsregister.de/downloads/oeffentliche-jahresberichte/oeffentliche-jahresberichte-ausserklinische-reanimation/373-ausserklinischer-jahresbericht-2024/file.html>
- 2 Ebd.
- 3 Horriar, L., Rott, N., Böttiger, B.W. (2022): Die neuen Reanimationsleitlinien 2021 und der hohe Stellenwert der Laienreanimation: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 65 (10), S. 972–978
- 4 Mathiesen, W.T., Bjørshol, C.A., Kvaløy, J.T. et al. (2018): Effects of modifiable prehospital factors on survival after out-of-hospital cardiac arrest in rural versus urban areas. Critical Care, 22, 99. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1186/s13054-018-2017-x>
- 5 Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (2014): Bad Boll Reanimationsgespräche: 10 Thesen für 10.000 Leben. Verfügbar unter: https://www.uni-kiel.de/anaesthesie/docs/RD/20140120_10_Thesen_10000_Leben.pdf

Ein schneller Beginn der Reanimation ist entscheidend für das Überleben.

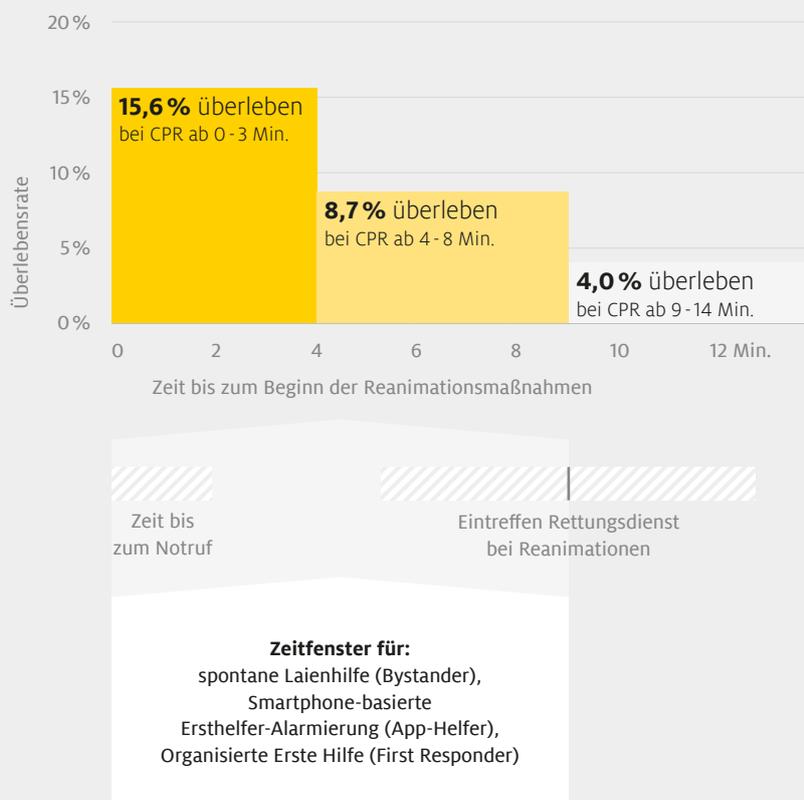


Abbildung 2: Zusammenhang von Beginn der Reanimationsmaßnahmen und Überleben bei Herz-Kreislauf-Stillstand^{1,2}

- 1 Hasselqvist-Ax et al. (2015): <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1405796>
- 2 Fischer et al. (2025): <https://www.reanimationsregister.de/downloads/oeffentliche-jahresberichte/oeffentliche-jahresberichte-ausserklinische-reanimation/373-ausserklinischer-jahresbericht-2024/file.html>

Die Erste Hilfe bei Herz-Kreislauf-Stillständen ist demnach keine optionale Ergänzung, sondern unverzichtbarer erster Teil der Rettungskette. Die spontane Hilfe durch anwesende Laien – unterstützt durch Telefonreanimation –, die Smartphone-basierte Ersthelfer-Alarmierung und die Organisierte Erste Hilfe durch First Responder sind von zentraler Bedeutung für die Wirksamkeit von Reanimationsmaßnahmen.

Obwohl die sogenannte Ersthelfenden-Reanimationsquote in Deutschland zuletzt leicht gestiegen ist, liegt sie noch deutlich unter dem Niveau anderer europäischer Länder. Das Deutsche Reanimationsregister vermeldete im Mai 2025 eine Steigerung der Quote von 50,7 Prozent im Jahr 2023 auf 55,4 Prozent⁶ im Jahr 2024.⁷ Dagegen erreichen andere Länder – etwa Norwegen oder Dänemark – Quoten von 70 bis teilweise 80 Prozent.⁸ Dass strategische Maßnahmen auf nationaler Ebene wirksam sein kön-

6 Noch nicht hinzugerechnet sind die Reanimationsversuche durch alarmierte Ersthelfende (SbEA und Organisierte Erste Hilfe). Im Jahr 2023 lag die Quote bei dieser Gruppe bei 7,0. Was in der Addition einer Ersthelfenden-Quote von 57,7 Prozent entsprach (50,7 Prozent + 7,0 Prozent). Künftig sieht das Reanimationsregister eine getrennte Auswertung für die Hilfe durch Bystander, für SbEA und für First Responder vor.

7 <https://www.dgai.de/aktuelles-patientinnen-projekte/pressemitteilungen/2376-zahlen-des-deutschen-reanimationsregisters-fuer-2024-quote-der-ersthelfenden-steigt-erstmal-seit-jahren.html>

8 Gräsner, J.-T., Wnent, J., Herlitz, J., Burkart, R., Boothe, S. & Bossaert, L. et al. (2020): Survival after out-of-hospital cardiac arrest in Europe – Results of the EuReCa TWO study. Resuscitation, 148, 218–226. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.12.042>

nen, zeigt dabei insbesondere das Beispiel Dänemarks: Dort konnte die Laienreanimationsquote von 21 Prozent im Jahr 2001 auf 45 Prozent im Jahr 2010 gesteigert werden, unter anderem durch die Einführung von Re-

animationsunterricht an Schulen und durch eine breit angelegte Informationskampagne. In diesem Zeitraum konnte die Überlebensrate bei Herz-Kreislauf-Stillständen verdreifacht werden.⁹



Wirksamkeit von Maßnahmen

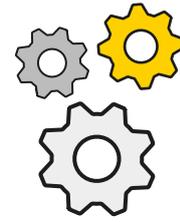
Die Wirksamkeit einer frühen Intervention bei Herz-Kreislauf-Stillständen ist umfassend nachgewiesen und in der Medizin unumstritten. Ebenso gibt es Studien für positive Effekte von Maßnahmen wie Telefonreanimation oder SbEA. Kausale Schlüsse vom Einsatz einer Maßnahme zur Optimierung der Ersten Hilfe auf das Outcome – im Sinne des Erfolgs von Reanimationen auf Bevölkerungsebene – sind derzeit jedoch nicht möglich, zumal in einer solchen Betrachtung andere Faktoren wie die Qualität der Reanimation an sich sowie die Weiterversorgung im Krankenhaus einbezogen werden müssten.

Hier soll der „Monitor Reanimation“ künftig Annäherungen ermöglichen, indem Veränderungen bei der Readiness für Erste Hilfe analytisch mit Outcomes in Beziehung gesetzt werden können, die an anderer Stelle, etwa durch das Deutsche Reanimationsregister, erhoben werden.

9 Wissenberg, M., Lippert, F.K., Folke, F., Weeke, P., Hansen, C.M., Christensen, E.F., Jans, H., Hansen, P.A., Lang-Jensen, T., Olesen, J.B., Lindhardsen, J., Fosbøl, E.L., Nielsen, S.L., Gislason, G.H., Køber, L. & Torp-Pedersen, C. (2013): Association of national initiatives to improve cardiac arrest management with rates of bystander intervention and patient survival after out-of-hospital cardiac arrest. *JAMA*, 310(13), S. 1377–1384. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1001/jama.2013.278483>

1.3

Methode



Für die Analytik im „Monitor Reanimation“ setzen wir auf einen Mix aus quantitativen und qualitativen Methoden. Leitend sind dabei die übergeordnete Fragestellung zur Readiness des Systems in Bezug auf die Erste Hilfe bei Herz-Kreislauf-Stillständen sowie ein Set aus Kriterien und Indikatoren für die zentralen Analysebereiche der Studie. Für das Jahr 2025 haben wir eine Vertiefung im Analysebereich Smartphone-basierte Ersthelfer-Alarmierung (SbEA) vorgenommen; in den Folgejahren sind andere Vertiefungen denkbar.

Tabelle 1: Methodenübersicht des „Monitors Reanimation“ 2025

Fragestellung	Wie gut sind die Voraussetzungen für erfolgreiche Erste Hilfe bei Herz-Kreislauf-Stillständen in Deutschland? (Readiness)
	<ul style="list-style-type: none">» Welche Fortschritte (bzw. Rückschritte) gab es im Vergleich zu den Vorjahren?» Durch welche Weichenstellungen können die Voraussetzungen verbessert werden?
Analysebereiche	<ul style="list-style-type: none">» Spontane Laienhilfe (Bystander)» SbEA (App-Helfer)» Organisierte Erste Hilfe (First Responder)» Übergeordnete (Sekundär-)Daten
Instrumente	<ul style="list-style-type: none">» Desktoprecherche» Quantitative Onlinebefragungen<ul style="list-style-type: none"><i>Bevölkerung</i><i>Leitstellen</i><i>SbEA-Anbieter</i>» Qualitative Onlineinterviews<ul style="list-style-type: none"><i>Fachleute</i><i>SbEA-Anbieter</i>» Partizipativer Workshop „Skalierung SbEA“ beim Symposium Leitstellen

Tabelle 2: Messlogik des „Monitors Reanimation“; exemplarische Darstellung für ein strategisches Ziel

Analysebereich	Spontane Laienhilfe
Anforderung	Kompetenz bei Bürgerinnen und Bürgern in der Anwendung von Reanimationsmaßnahmen
Kriterium	Reanimationskompetenz Bevölkerung
Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> » Durchgeführte Reanimationen » Zeitpunkt letztes Reanimationstraining » Selbsteinschätzung Fähigkeit Erkennung Reanimationsnotwendigkeit » Selbsteinschätzung Fähigkeit Herzdruckmassage » Selbsteinschätzung Fähigkeit Beatmung » Selbsteinschätzung Fähigkeit Umgang AED » Erfolgsfaktoren und Hürden für Reanimationskompetenz

Die Kriterien, nach denen wir messen, leiten wir aus strategischen Anforderungen für eine effektive Erste Hilfe bei Herz-Kreislauf-Störungen ab, die wir für uns als ADAC Stiftung definiert haben, die jedoch von vielen Akteuren im Feld geteilt werden. Tabelle 2 zeigt diese Logik exemplarisch. Die folgenden Anforderungen wurden in diesem Jahr zugrunde gelegt:

Spontane Laienhilfe

- » Kompetenz bei Bürgerinnen und Bürgern in der Anwendung von Reanimationsmaßnahmen

- » Zutrauen bei Bürgerinnen und Bürgern zur Anwendung von Reanimationsmaßnahmen
- » Flächendeckende Etablierung von Telefonreanimation
- » Flächendeckende Verbreitung und effektive Nutzungsmöglichkeit von AED
- » Flächendeckende Etablierung von Reanimationsunterricht an weiterführenden Schulen
- » Flächendeckende Etablierung von Reanimationskursen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene

Smartphone-basierte Ersthelfer-Alarmierung

- » Flächendeckende Verbreitung von SbEA-Systemen
- » Systematische Nutzung von SbEA-Systemen durch Leitstellen
- » Ausreichend freiwillige Helferinnen und Helfer für SbEA-Systeme
- » Zeit bis zum Start der SbEA-Reanimation unter 5 Minuten
- » Etablierung fachlicher und struktureller Grundlagen für den Einsatz von SbEA

Organisierte Erste Hilfe

- » Flächendeckende Verbreitung Organisierter Erster Hilfe
- » Systematische Nutzung von Organisierter Erster Hilfe durch Leitstellen

Übergeordnete (Sekundär-)Daten

- » Ersthelfenden-Reanimationsquote bei 80 Prozent
- » Mehr erfolgreiche Reanimationen in Deutschland¹

1 Sekundärdaten; übergeordnetes Outcome – perspektivisch mit Readiness-Faktoren in Bezug zu setzen

Erhebung und Auswertung

Die Datenerhebung für den Monitor im Jahr 2025 fand vom 19. Mai bis zum 4. Juni statt.

Für die Desktoprecherche sowie für die qualitativen Interviews wurden Leitfäden zugrunde gelegt, für die quantitativen Befragungen entsprechende Fragebögen. Dort, wo sinnvoll und möglich, wurden – mit dem Ziel einer Verlaufsmessung – Fragestellungen aus früheren Befragungen der ADAC Stiftung erneut aufgegriffen.

An der Bevölkerungsbefragung nahmen 2.149 Personen im Alter von mindestens 18 Jahren mit Hauptwohnsitz in Deutschland teil. Die Altersverteilung unter den Befragten war repräsentativ für die deutsche Bevölkerung. Die Befragung wurde im Norstatpanel

der Norstat Deutschland GmbH durchgeführt.

Die Befragung von Leitstellen erfolgte mit Unterstützung des Fachverbands Leitstellen e. V. und wurde an insgesamt 418 Mitglieder des Fachverbands adressiert. Mit der Aussendung angesprochen wurden die jeweiligen Verantwortlichen für die Rettungsleitstellen; diese konnten anonym an der Befragung teilnehmen. Ausgewertet werden konnten insgesamt 130 beantwortete Fragebögen, darunter 96 vollständig ausgefüllte Exemplare.

Die Befragung von SbEA-Anbietern wurde im Sinne einer Vollerhebung bei allen uns zum Zeitpunkt der Analyse bekannten Anbietern durchgeführt.² Es wurden sieben Anbieter

Tabelle 3: Befragte Fachleute

Prof. Dr. Bernd Böttiger	Deutscher Rat für Wiederbelebung – German Resuscitation Council (GRC) e. V.
Finn-Christopher Brüning	Deutscher Städte- und Gemeindebund
Dr. Janosch Dahmen	Bündnis 90/Die Grünen, MdB <i>Mitglied Gesundheitsausschuss</i>
Marc Gistrichovsky	Fachverband Leitstellen e. V.
Stefan Markus	Bundesarbeitsgemeinschaft Erste Hilfe
Prof. Dr. Andreas Pitz	Technische Hochschule Mannheim <i>Professur für Sozialrecht und Recht der sozialen Einrichtungen</i>
Dr. Michael Preusch	Christlich Demokratische Union, MdL Baden-Württemberg <i>Mitglied im Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Integration</i>
PD Dr. Jan Wnent	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. <i>Organisationskomitee Reanimationsregister – German Resuscitation Registry (GRR)</i>

2 Der Anbieter „ProHerzschlag“ hat seine Aktivitäten erst kurz vor der Erhebungsphase aufgenommen und wurde nicht befragt.

angeschrieben, sechs haben den Fragebogen ausgefüllt (davon vier vollständig).

Die semistrukturierten Interviews wurden mit acht Fachleuten und sieben SbEA-Anbietern geführt. Sie fanden über den Videodienst „Zoom“ statt, wurden anschließend transkribiert und inhaltsanalytisch nach Mayring³ im Rahmen eines regelgeleiteten Vorgehens ausgewertet. Die Transkripte wurden mittels eines Kategoriensystems auf Basis der Untersuchungskriterien strukturiert. Im Anschluss wurden die für das Erkenntnisinter-

resse relevanten Aussagen paraphrasiert und thematisch sortiert. In diesem Studienbericht werden die Aussagen der interviewten Personen bewusst ohne Bezug zur jeweiligen Person wiedergegeben.

Die Auswahl der interviewten Fachleute erfolgte theoretisch – mit dem Ziel, ein möglichst breites Spektrum an Personen aus Wissenschaft, Praxis und Politik abzubilden. Bei den SbEA-Anbietern wurden Vertreterinnen und Vertreter aller uns bekannten Anbieter interviewt.⁴

Tabelle 4: Befragte Anbieter von SbEA-Systemen

Team Bayern – Lebensretter	Christopher Glas	Bayerisches Rotes Kreuz <i>Beauftragter der Gemeinschaft Wohlfahrts- und Sozialarbeit</i>
KATRETTTER	Michael Jendreck	Fraunhofer-Institut für Offene Kommunikationssysteme FOKUS <i>Projektleiter KATRETTTER</i>
	Nora Mayer	SV Sparkassenversicherung
Ersthelfer Südwestsachsen	Dr. Bernd Krämer	Rettungszweckverband „Südwestsachsen“ <i>Ärztlicher Leiter Rettungsdienst</i>
SAVING LIFE	Hanjo Merkle	ASB Landesverband Schleswig-Holstein e. V. <i>Landesfachreferat Rettungsdienst und Notfallvorsorge</i>
Region der Lebensretter	Prof. Dr. Michael Müller	Region der Lebensretter e. V. <i>Vorsitzender</i>
Mobile Retter	Stefan Prasse	Mobile Retter e. V. <i>Geschäftsführer</i>
corhelper	Bernd Valentin	umlaut telehealthcare GmbH <i>Geschäftsführer</i>

³ Mayring, P. (2022): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 13. Aufl. Weinheim: Beltz.

⁴ Das Interview für die sogenannten Mobilten Retter wurde mit einem der Geschäftsführer des entsprechenden Vereins geführt, nicht mit dem Technologieanbieter medgineering GmbH. Der Anbieter „ProHerzschlag“ hat seine Aktivitäten erst kurz vor der Erhebungsphase aufgenommen – und wurde nicht interviewt.

Limitationen

Wie jede wissenschaftliche Arbeit unterliegt auch dieser Monitor bestimmten Einschränkungen, die im Folgenden dargelegt werden. Mögliche Limitationen zu Detailaussagen des Monitors werden jeweils im Rahmen der Ergebnisdarstellung in den Folgekapiteln aufgeführt.

Für die Messungen zu den Kriterien des Monitors wurden jeweils unterschiedliche quantitative und qualitative Zugänge gewählt; auch bestimmt durch den sinnvoll-möglichen Rahmen der Analyse für diese erste Ausgabe des Monitors. Manche Bereiche waren mit den gewählten Mitteln (noch) nicht empirisch zugänglich. Die Messungen zu den Kriterien erheben entsprechend keinen Anspruch auf eine vollständige Abbildung der jeweiligen Erfüllung. Einzelne Kriterien sollen in kommenden Ausgaben des Monitors

vertieft und mit zusätzlichen Instrumenten untersucht werden.

Die Befragung von Leitstellen erfolgte über einen Verteiler des Fachverbands Leitstellen und bewusst anonym. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich primär Leitstellen an der Befragung beteiligt haben. Die Ergebnisse können jedoch nicht als repräsentativ für „die Rettungsleitstellen in Deutschland“ gelten.

Die im Monitor zitierte Sekundärliteratur wurde fallbezogen recherchiert. Eine systematische Literaturrecherche wurde – vor dem Hintergrund des Studiendesigns – nicht durchgeführt.



2 Ergebnisse

2.1

Spontane Laienhilfe



Die spontane Laienhilfe ist für den Erfolg von Reanimationen besonders entscheidend. Denn die sogenannten Laien¹ sind – als Bystander – im Großteil der Fälle die Ersten, die bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand vor Ort sind und mit der Wiederbelebung beginnen können; als Familienangehörige, Freunde oder Kollegen. Wie kompetent sind die Bürgerinnen und Bürger also im Bereich der Wiederbelebung und wie viel Zutrauen haben sie in ihre Fähigkeiten? Wie gut funktionieren Unterstützungsstrukturen wie die Telefonreanimation oder AED? Und wie etabliert ist das grundlegende Schulungsangebot, um die Kompetenzen in der Bevölkerung zu fördern?



Zentrale Ergebnisse zu spontaner Laienhilfe

- » Den Bürgerinnen und Bürgern in Deutschland fehlen in der Breite die notwendige **Kompetenz** und das **Zutrauen** zur Erkennung der Notwendigkeit und zur Durchführung von Reanimationen. Wiederbelebungsmaßnahmen werden zu selten trainiert.
- » **Telefonreanimationen** kommen konsequenter zum Einsatz als noch vor wenigen Jahren. Jedoch werden die Potenziale noch immer nicht ausreichend ausgeschöpft – Fachleute fordern mehr Verbindlichkeit.
- » Die Möglichkeiten von **AED** werden in Deutschland bislang wenig genutzt. Die Verbreitung ist ausbaufähig; die Verteilung im Land scheint unsystematisch und nicht bedarfsgerecht.
- » **Reanimationsunterricht** an weiterführenden Schulen ist aus Expertensicht langfristig der zentrale Hebel für Reanimationskompetenz in der Bevölkerung. Es gibt aber bislang nur zwei Bundesländer mit einer aktiven verbindlichen normativen Vorgabe hierfür – wie viele Schulen den Unterricht tatsächlich umsetzen, ist unklar.
- » Erfolgversprechend für das regelmäßige Training bei Erwachsenen scheinen spezifische **Reanimationsschulungen in institutionellen Settings** wie Vereinen und Unternehmen. Das entsprechende Angebot wächst – jedoch ist noch unklar, mit welchem Effekt und welcher Dauerhaftigkeit.

¹ Der Begriff „Laie“ wird genutzt, um den Einsatz einer beim Herz-Kreislauf-Stillstand anwesenden Person in der Ersten Hilfe abzugrenzen von hinzugerufenen qualifizierten Personen. In der Praxis kann es sich hierbei auch um qualifizierte Personen handeln, die zufällig anwesend sind.

Kompetenz und Zutrauen in der Bevölkerung

Wenige Bürgerinnen und Bürger mit frischem Reanimationswissen

Die Bevölkerungsbefragung zeigt: Den Bürgerinnen und Bürgern in Deutschland fehlt in der Breite die Kompetenz, Reanimationen durchzuführen. Expertinnen und Experten gehen davon aus, dass Reanimationswissen spätestens alle zwei Jahre aufgefrischt werden muss; für eine sichere Anwendung des Wissens sind sogar deutlich kürzere Trainingszyklen erforderlich. Jedoch haben nur 26 Prozent der Bürgerinnen und Bürger² in den vergangenen zwei Jahren eine Reanimation trainiert, nur jeder Dritte davon innerhalb der letzten sechs Monate. Rund die Hälfte der Bevölkerung hat noch nie eine Schulung absolviert oder die letzte Schulung liegt mehr als zehn Jahre zurück (siehe [Abbildung 3](#)).

Die Bürgerinnen und Bürger sehen ihre größten Wissensdefizite bei der Anwendung eines AED und im Erkennen der Notwendigkeit einer Reanimation – also dem entscheidenden ersten Schritt für eine Wiederbelebung. Am meisten Wissen scheint bei der Durchführung der Beatmung vorhanden zu sein (siehe [Abbildung 4](#)).

Fehlendes Zutrauen aus Angst, etwas falsch zu machen

Immerhin 63 Prozent der Befragten trauen sich zu, mit einer Reanimation zu beginnen, wenn vor ihnen eine fremde Person im Park zusammenbricht.³ Umgekehrt bedeutet das: Bei 37 Prozent ist das Zutrauen eben nicht ausgeprägt – und es kann davon ausgegangen werden, dass sie sich im Fall der Fälle nicht trauen würden, zu handeln. Zudem könnte das Antwortverhalten der Befragten insbesondere bei dieser Frage durch den Effekt der sozialen Erwünschtheit beeinflusst sein. Die Menschen dürften davon ausgehen, dass von ihnen erwartet wird, im geschilderten Fall Erste Hilfe zu leisten.

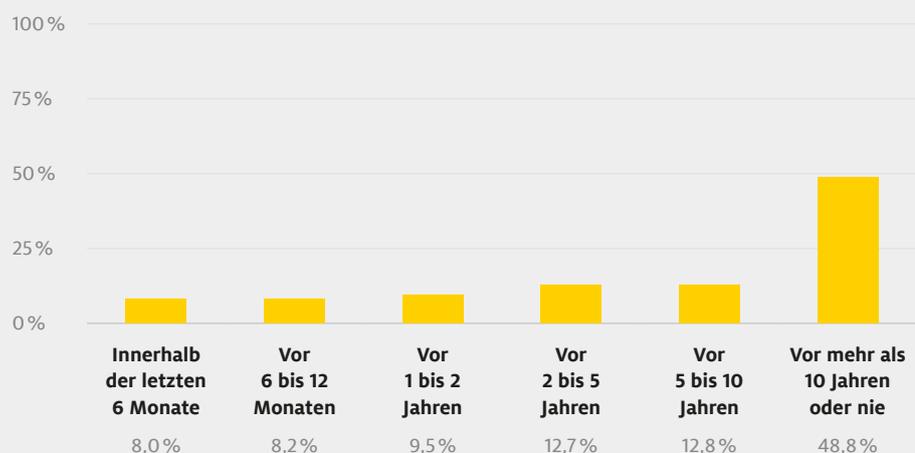
Etwas ausgeprägter ist das fehlende Zutrauen bei Menschen mit niedrigerem Bildungsniveau: 50 Prozent der Befragten mit Haupt-

Ich würde gerne viel mehr Zeit in das Thema Reanimation investieren und den Leuten viel stärker und immer wieder sagen: Reanimieren, wo es geht, üben, wo es geht.

Fachinterview IF-3, Absatz 16

Abbildung 3: Wann haben Sie zuletzt eine Reanimation (Herz-Lungen-Wiederbelebung) trainiert, zum Beispiel an einer Puppe im Rahmen eines Erste-Hilfe-Kurses?

2.149 Antworten, davon 2.125 gültig



- 2 Inkludiert sind hier auch diejenigen Personen mit einer medizinischen, pflegerischen, rettungsdienstlichen oder therapeutischen Qualifikation. Das waren 17,4 Prozent aller Befragten.
- 3 Angabe von mindestens 4 auf einer Skala von 0 („Sehr unwahrscheinlich“) bis 5 („Sehr wahrscheinlich“).



Abbildung 4: Subjektive Wahrnehmung der eigenen Reanimationskompetenz in der Bevölkerung (von 0 = „Trifft überhaupt nicht zu“ bis 5 = „Trifft voll und ganz zu“)

2.149 Antworten, davon je Antwortoption 2.116 bis 2.132 gültig

37 %

der Bevölkerung trauen sich eine Reanimation **nicht** zu.

Angenommen, beim Spaziergang im Park bricht die vor Ihnen gehende fremde Person zusammen. Es ist niemand sonst in der Nähe. Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie nach Feststellung des Herz-Kreislauf-Stillstands und Absetzen des Notrufs mit der Reanimation beginnen?

Zutrauen	5 = „Sehr wahrscheinlich“	756	36,9%
	4	530	25,9%
Kein Zutrauen	3	377	18,4%
	2	169	8,2%
	1	114	5,6%
	0 = „Sehr unwahrscheinlich“	103	5,0%

2.149 Antworten, davon 2.049 gültig

Tabelle 5: Gründe für geringes Zutrauen zur Durchführung einer Reanimation (von 0 = „Trifft überhaupt nicht zu“ bis 5 = „Trifft voll und ganz zu“)

Was sind die Gründe für Ihr geringes Zutrauen zur Durchführung einer Reanimation?

Angst, etwas falsch zu machen	3,85
Angst, der betroffenen Person zu schaden	3,51
Emotionale Überforderung	3,15
Angst vor rechtlichen Konsequenzen	2,36
Angst vor Ansteckungen/Infektionen	1,77

Mittelwerte, fünfstufige Skala, gültige Antworten

oder Mittelschulabschluss trauen sich nicht zu, eine Reanimation durchzuführen.

Mögliche Gründe für mangelndes Zutrauen sind unterschiedlich stark ausgeprägt (siehe Tabelle 5, S. 21).

Überraschend viele Menschen mit Reanimationserfahrung

Mit 15 Prozent der Befragten geben überraschend viele an, in ihrem Leben mindestens einmal einen Menschen reanimiert zu haben. Demnach hätte etwa jede siebte Person in Deutschland Reanimationserfahrung. Unter diesen Personen ist entsprechend auch das Zutrauen besonders hoch: 76 Prozent von ihnen sagen, sie trauen sich zu, mit einer Reanimation bei einer fremden Person zu beginnen (gegenüber 57 Prozent ohne Reanimationserfahrung).

Allerdings: Bereits reanimiert haben erwartungsgemäß vor allem Menschen mit einer medizinischen, pflegerischen, rettungsdienstlichen oder therapeutischen Qualifikation (46 Prozent, also 168 der 368 Befragten mit Qualifikation). Unter den nicht qualifizierten Befragten – also den „Laien“ im Wortsinn – waren es 9 Prozent (154 von 1.743). Und: Einschränkend muss gesagt werden, dass eine durchgeführte Reanimation nicht zwingend etwas über die jeweils aktuelle Kompetenz aussagt. Denn auch „Profis“ müssen regelmäßig trainieren, um in der entsprechenden Situation handlungsfähig zu sein.

Wenn Sie mich heute fragen, an welchem Rädchen man drehen muss, um das Überleben bei präklinischem Herz-Kreislauf-Stillstand zu verbessern, dann ist es die Ausbildung in Erster Hilfe. [...] Wenn im ersten Schritt nicht adäquat behandelt wird, dann brauchen wir alle technische Medizin am Ende nicht mehr.

Fachinterview IF-4, Absatz 4

Aktuelles Schulungsangebot nicht ausreichend

Die interviewten Fachleute bestätigen das Bild der Bevölkerungsbefragung. Zwar verfüge Deutschland mit den verpflichtenden Erste-Hilfe-Kursen im Kontext des Erwerbs des Führerscheins oder der Ausbildung von Betriebshelfern über ein Vehikel, das andere Länder bislang nicht hätten. Dieses reiche jedoch nicht aus, um die Reanimationskompetenz und das Zutrauen im notwendigen Maße zu fördern. Die mangelnde Reanimationskompetenz sei, so mehrere Interviewte, als Teil einer insgesamt abnehmenden Selbsthilfefähigkeit und Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung zu betrachten. Hier müsse gesamtgesellschaftlich mehr investiert werden. Wenn er nur eine gewisse Menge an Geld im Kontext von Herz-Kreislauf-Stillständen zur Verfügung hätte, dann würde er es nicht in der High-End-Medizin einsetzen, sondern in der Ausbildung von Laien, sagt einer der Interviewten.

Mehrere Fachleute erwähnen das Problem, dass Reanimation in den Erste-Hilfe-Kursen als ein Aspekt unter mehreren behandelt werde. In den bestehenden Kursen müsse das Thema stärker in den Fokus gerückt und ausführlicher behandelt werden. Zudem müsse der eigentliche Lehrinhalt weiter vereinfacht werden. Früher seien Wiederbelebensmaßnahmen häufig zu risikoorientiert vermittelt worden, sodass bei vielen Menschen noch die Angst ausgeprägt sei, etwas falsch zu machen. Zudem brauche es dringend spezifische, kompakte Reanimations-schulungen in institutionellen Kontexten und – als langfristig zentralen Hebel – Reanimationsunterricht an weiterführenden Schulen (siehe S. 28).

Reanimationskompetenz ist Grundbedingung für erfolgreiche Reanimationen

Im Kern zeigt sich: Die Reanimationskompetenz ist wenig ausgeprägt – wird aber von den Fachleuten als Grundbedingung für mehr erfolgreiche Reanimationen eingeordnet. Auch eine Telefonreanimation oder die Smartphone-basierte Ersthelfer-Alarmierung (SbEA) brauche – so einzelne Interviewte – in der Breite kompetente Bürgerinnen und Bürger, die bereit seien, im Fall der Fälle zu helfen.

Einsatz von Telefonreanimation (T-CPR)

Mittels einer T-CPR werden Laien von der Disponentin oder dem Disponenten in der Rettungsleitstelle telefonisch angeleitet, bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes eine Reanimation durchzuführen. Dieser Ansatz wird seit einigen Jahren verfolgt und scheint in letzter Zeit konsequenter umgesetzt zu werden. Rund 60 Prozent der für den Monitor befragten Mitglieder des Fachverbands Leitstellen schätzen, dass die T-CPR in ihrer Leitstelle weitgehend konsequent – also in 81 bis 100 Prozent der Fälle – zum Einsatz kommt⁴ (siehe Abbildung 5). Im Jahr 2021 waren es in einer Studie unter Beteiligung der ADAC Stiftung noch 44 Prozent der Rettungsleitstellen, die dies angaben.⁵

Umsetzungsquote weiter ausbaufähig

Andererseits: Bei 42 Prozent der Leitstellen kann man der Schätzung entsprechend davon ausgehen, dass sie die T-CPR nicht konsequent umsetzen. Und: 17 Prozent der Befragten schätzen, dass die Umsetzungsquote in ihrer Leitstelle bei 60 Prozent oder weniger liegt. Hauptgründe für mangelnde

Konsequenz in der Umsetzung sind nach Aussage der Befragten eine schwierige Erkennbarkeit eines Herz-Kreislauf-Stillstands am Telefon, ein hohes paralleles Notrufaufkommen sowie personelle Engpässe (siehe Abbildung 6, S. 24).

Die noch immer fehlende vollständige Konsequenz bei der Durchführung von T-CPR steht im Kontrast zum Potenzial dieses Ansatzes. Im Falle einer telefonischen Anleitung durch die Rettungsleitstelle steigt das Zutrauen der Bürgerinnen und Bürger zur Durchführung einer Reanimation deutlich (siehe Abbildung 7, S. 25) im Mittelwert von 3,31 auf 4,13 Punkte auf einer Skala von 0 bis 5 bzw. – anders gerechnet – von 63

Die schnellste Art, die Überlebensrate zu verbessern, ist die verpflichtende bundesweite Einführung der Telefonreanimation.

Fachinterview IF-6, Absatz 16

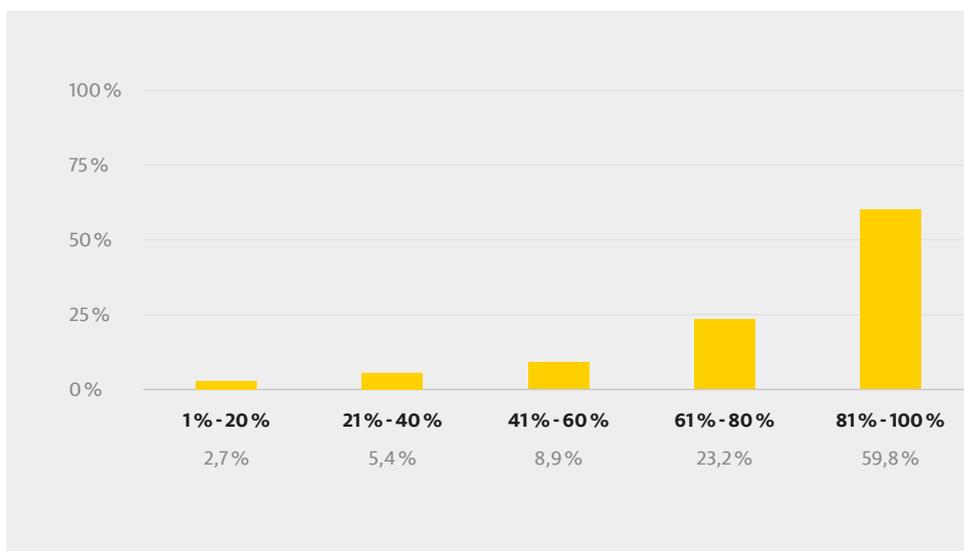


Abbildung 5: Wie hoch schätzen Sie den Prozentsatz für Ihre Leitstelle ein, zu dem bei von einer Disponentin oder einem Disponenten festgestelltem Herz-Kreislauf-Stillstand eine Telefonreanimation durchgeführt/angeboten wird?

115 Antworten, davon 112 gültig

4 Auch das Deutsche Reanimationsregister (www.reanimationsregister.de) erkennt zuletzt eine konsequentere Umsetzung. Die Quote der T-CPR stieg demnach in der sogenannten Referenzgruppe von Rettungsleitstellen von 33,0 Prozent im Jahr 2023 auf 40,4 Prozent im Jahr 2024. Siehe: <https://www.dgai.de/aktuelles-patientinnen-projekte/pressemitteilungen/2376-zahlen-des-deutschen-reanimationsregisters-fuer-2024-quote-der-ersthelfenden-steigt-erstmalig-seit-jahren.html>

5 Wingen, S., Rott, N., Schittko, N., Hackstein, A., Kreimeier, U., Bartholme, B. & Böttiger, B.W. (2022): State of implementation of telephone cardiopulmonary resuscitation by rescue coordination centers in Germany – Results of a nationwide survey. Deutsches Ärzteblatt International, 119, S. 55–56. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0087>

auf 83 Prozent.⁶ Und auch die Befragten aus dem Leitstellenverband selbst erkennen die Möglichkeiten des Ansatzes: Sie schätzen das Potenzial von T-CPR (4,6 auf einer Skala von 0 bis 5) für erfolgreiche Reanimationen deutlich höher ein als das von SbEA (3,9) und das von Organisierter Erster Hilfe (3,8).

Verbindlichkeit für T-CPR und Notrufabfrage fehlt

Auch die interviewten Fachleute erkennen die potenzielle Wirksamkeit von T-CPR sowie die Notwendigkeit, die Umsetzung konsequenter zu gestalten. Mehrere Interviewte betonen, dies sei der zentrale kurzfristige Hebel für erfolgreichere Erste Hilfe bei Herz-Kreislauf-Stillständen.

Leitstellen müssten Telefonreanimation standardisiert und konsequent durchführen, darin sind sich die Interviewten weitgehend einig. Wichtig sei in diesem Zusammenhang die verbindliche Einführung von standardisierten Notrufabfrageprotokollen, stellen mehrere Interviewte heraus. Es gebe noch zu viele Leitstellen in Deutschland, die ihre Not-

rufabfragen nicht standardisiert durchführen. Es brauche, fordern einzelne Interviewte, eine gesetzliche Verpflichtung zur Durchführung der Telefonreanimation mit standardisierter Notrufabfrage.

Videoreanimation und KI als mögliche Innovationen

Als notwendige Innovation für die Zukunft erkennen die Fachleute die sogenannte Videoreanimation. Diese könne helfen, Herz-Kreislauf-Stillstände sicherer zu identifizieren. Zudem könne dadurch die Qualität der Anleitung durch den Disponenten erhöht werden. Überdies könne Künstliche Intelligenz helfen, die Reanimationsnotwendigkeit festzustellen – diesbezüglich gebe es erste positive Erfahrungen aus Dänemark. Allerdings seien, so ein Interviewter, für den Einsatz hohe regulatorische Hürden zu überwinden. Zudem brauche es kurzfristig eine Rechtsgrundlage für die Speicherung und Aufbewahrung von Notrufabfragen und Tondokumenten, um die dafür erforderlichen Sprachmodelle für die Zukunft trainieren zu können.

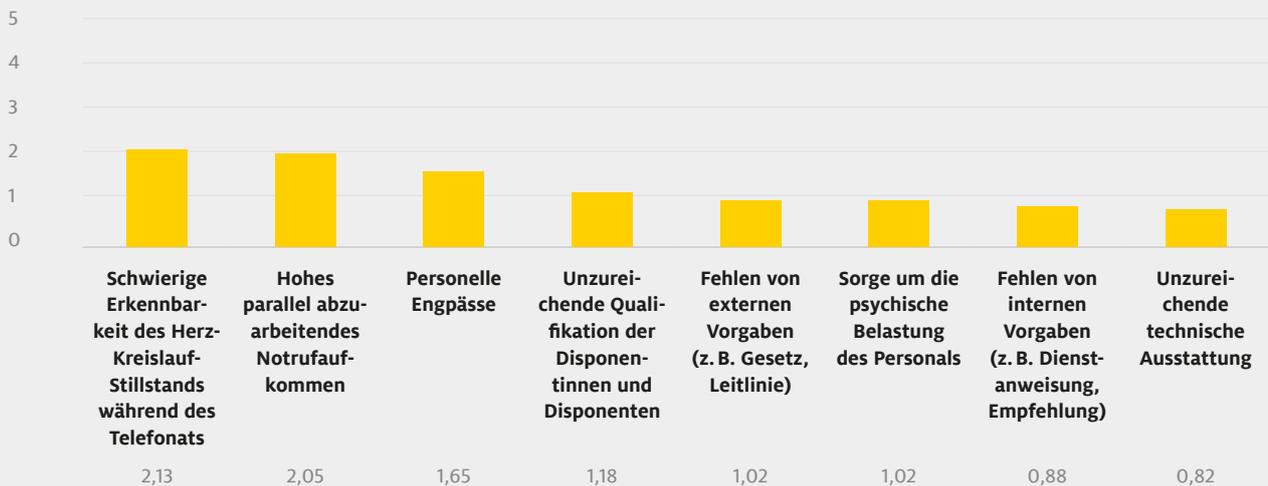
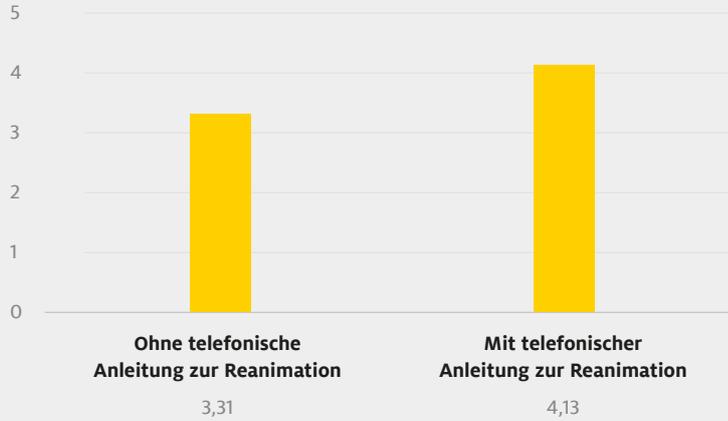


Abbildung 6: Wie sehr hindern die folgenden Faktoren Sie in Ihrer Leitstelle an einer konsequenteren Durchführung von Telefonreanimation?

40 Antworten

6 Angabe von mindestens 4 auf der entsprechenden Skala

Im Schnitt steigt die Bereitschaft, in einer Notfallsituation einzugreifen, von 3,31 auf 4,13 Punkte (auf einer Skala von 0 = „Sehr unwahrscheinlich“ bis 5 = „Sehr wahrscheinlich“).



Aussage	Mittelwert
Angenommen, beim Spaziergang im Park bricht die vor Ihnen gehende fremde Person zusammen. Es ist niemand sonst in der Nähe. Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie nach Feststellung des Herz-Kreislauf-Stillstands und Absetzen des Notrufs mit der Reanimation beginnen?	3,31
Stellen Sie sich dieselbe Situation erneut vor. Dieses Mal werden Sie über den Notruf telefonisch schrittweise zur Reanimation angeleitet. Wie wahrscheinlich ist es nun, dass Sie mit der Reanimation beginnen?	4,13

p < 0,01 hochsignifikant
d 1,15 sehr starker Effekt

Abbildung 7: Zutrauen zur Reanimation mit und ohne telefonische Anleitung durch die Rettungsleitstelle

Verbreitung und Nutzung von AED

Automatisierte externe Defibrillatoren (AED) können dabei helfen, bei Personen mit Herz-Kreislauf-Stillstand den Herzrhythmus zu analysieren und bei bestimmten lebensbedrohlichen Störungen (z. B. Kammerflimmern) das Herz durch einen elektrischen Schock „neu zu starten“. Viele Geräte führen Ersthelfende zudem mit Sprachanweisungen durch die Wiederbelebung. Studien zeigen, dass eine frühe Defibrillation im Rahmen der spontanen Laienhilfe vor Eintreffen des Rettungsdienstes die Überlebensrate der Betroffenen verbessern kann.⁷

Jahr 2022 werden AED vor Eintreffen des Rettungsdienstes in weniger als zwei Prozent der Fälle angewendet.⁸ Zudem zeigen sowohl die Bevölkerungsbefragung für den Monitor (siehe Abbildung 4, S. 21) als auch eine ältere Studie der ADAC Stiftung ausgeprägte Unsicherheiten bei den Bürgerinnen und Bürgern in Bezug auf die Nutzung und das Auffinden von AED.⁹

Grundsätzlich seien öffentlich zugängliche AED, so die meisten Fachleute in den Interviews, ein wichtiges Element zur Unterstützung einer Wiederbelebung. Allerdings, so warnen mehrere, müssten die Basismaßnahmen wie Herzdruckmassagen – sowohl beim Training als auch bei der Durchführung von Reanimationen – im Vordergrund stehen. Die Suche nach dem nächsten verfügbaren AED oder übertriebene Technikgläubigkeit dürfe nicht von der Einleitung von Reanimationsmaßnahmen abhalten. Ein ideales Einsatzszenario für AED sei die SbEA mit mehreren Helfenden, bei der eine Person mit der Reanimation beginnt, während die andere einen AED zum Einsatzort bringt.¹⁰

Was wir nicht machen sollten: die alleinige Heilsbringung durch den AED propagieren. Sondern die wichtigste Maßnahme wird immer noch bleiben: drücken und drücken und pusten – und den Notruf absetzen. Aber wenn die Möglichkeit besteht – zeitnah, ohne diese Maßnahmen zu unterbrechen –, einen AED an den Patienten zu bringen, ist das wahrscheinlich das Zweitbeste, was wir machen können.

Fachinterview IF-8, Absatz 37

AED spielen noch keine zentrale Rolle

Trotz dieser Möglichkeiten scheinen AED derzeit in Deutschland noch keine zentrale Rolle in der Reanimation durch Ersthelfende zu spielen. Nach Auskunft des Deutschen Reanimationsregisters für eine Studie aus dem

Kein einheitliches nationales Register

In Deutschland gibt es derzeit kein einheitliches nationales AED-Register. Die Desktoprecherche für den Monitor zeigt: Verschiedene überregionale und regionale Datenbanken geben Auskunft über Anzahl und Standorte von AED, doch eine übergeordnete, standardisierte Datenerfassung gibt es nicht.

Zu den bestehenden Datenbanken zählen unter anderem die Register von Definetz e. V. und OpenAEDMap. Zum Zeitpunkt der Erhebung verzeichnete OpenAEDMap rund 13.000 Einträge für Deutschland, während

7 Bækgaard, J.S., Viereck, S., Møller, T.P., Ersbøll, A.K., Lippert, F. & Folke, F. (2017): The effects of public access defibrillation on survival after out-of-hospital cardiac arrest: A systematic review of observational studies. *Circulation*, 136(10), S. 954–965. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.029067>

8 Thies, K., Jansen, G., Wähnert, D. (2022): Kommt die Defi-Drohne? Einsatz von Drohnen zur Verbesserung der Frühdefibrillationsrate. *Die Anaesthesiologie*, Ausgabe 11/2022. Verfügbar unter: <https://www.springermedizin.de/kreislaufstillstand/anaesthesiologie/kommt-die-defi-drohne/23543806>

9 ADAC Stiftung (2020): Befragung AED – Automatisierte Externe Defibrillatoren – Kenntnisse in der Bevölkerung. Verfügbar unter: https://stiftung.adac.de/wp-content/uploads/2020/05/AED_Befragung_Ergebnisse_20200120.pdf

10 Einzelne SbEA-Anbieter sehen für dieses Szenario Potenzial bei sogenannten mobilen AED bzw. „Defi-Drohnen“.

Definetz e. V. etwa 45.000 Datensätze aufführte. Definetz e. V. weist jedoch selbst darauf hin, dass die Erfassung bei weitem nicht vollständig ist. Aufgrund dieser lückenhaften Datenlage lassen sich keine verlässlichen Aussagen über eine flächendeckende oder bedarfsgerechte Verteilung von AED in Deutschland treffen. Jedoch lassen die verfügbaren Informationen die These zu, dass die Verteilung derzeit regional erhebliche Unterschiede aufweist sowie insgesamt un- ausgewogen und nicht bedarfsgerecht ist.

Verteilung nicht bedarfsgerecht

Auch die interviewten Fachleute diagnostizieren eine noch zu geringe Verbreitung von AED in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern – besonders aber, bestätigt ein Interviewter, fehle es an einer Systematik und übergeordneten Zielvorgaben mit Blick auf eine bedarfsgerechte Verteilung. Die Anbringung von AED beruhe derzeit noch auf dem Engagement einzelner Personen oder

Organisationen und sei nicht übergeordnet politisch gesteuert.

Eine aktuelle Analyse des ADAC e. V. liefert Einblicke, die man als Untermauerung dieser Diagnose interpretieren kann. Darin wurde getestet, wie verfügbar AED auf Rastanlagen und Autohöfen sind. Obwohl es sich bei diesen Anlagen um Orte mit hohem Publikumsverkehr handelt, gab es nur bei insgesamt 17 aller 50 Testobjekte (34 Prozent) einen AED. Auf Rastanlagen war die Quote (64 Prozent) deutlich höher; nur auf einem Autohof war ein AED auffindbar.¹¹

Zudem, so mehrere Interviewte, sei die Zugänglichkeit von AED in Deutschland zwar inzwischen besser geworden, aber noch zu viele AED seien in nicht durchgängig zugänglichen Gebäuden verbaut. Es sei ein wichtiger Schritt, dass die AED durch die Regelung¹² in der Medizinprodukte-Betreiberverordnung über offene Schnittstellen ortbar seien bzw. sein würden.

11 Geprüft wurde im Juni 2025. Ausgewählt wurden Anlagen nach definierten Kriterien an den 15 längsten Autobahnen Deutschlands.

12 Bundesministerium für Gesundheit (2024): Verordnung zur Neufassung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung und zur Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung. Bundesrats-Drucksache 251/24. Verfügbar unter: <https://dserver.bundestag.de/brd/2024/0251-24.pdf>

Reanimationsunterricht an weiterführenden Schulen

Seit vielen Jahren fordern Medizinerinnen und Mediziner, alle Schülerinnen und Schüler ab der 7. Klasse einmal pro Jahr in Wiederbelebnungsmaßnahmen zu unterrichten; so auch aktuell der Deutsche Ärztetag 2025.¹³ Und bereits 2014 empfahl der Schulausschuss der Kultusministerkonferenz, Reanimationsunterricht flächendeckend einzuführen. Der Grundgedanke: Der schulische Rahmen ermöglicht es, flächendeckend junge Menschen zu erreichen. Diese erhalten früh basale Kompetenzen und können darauf im Laufe ihres Lebens aufbauen. Ferner fungieren sie als Multiplikatoren für ihre Familien sowie Freundinnen und Freunde.

Entsprechend halten die für den Monitor interviewten Fachleute Reanimationsunterricht für den auf lange Sicht zentralen Hebel zur Förderung der Reanimationskompetenz in der Bevölkerung. Im Bereich der Wiederbelebung brauche es lebenslanges Lernen. Bereits im Kindergartenalter könnten erste Kontakte zum Thema hergestellt werden, in weiterführenden Schulen sei dann regelmäßiger Unterricht vonnöten.

Bestätigt wird diese Perspektive von der Bevölkerung: 80 Prozent der Bürgerinnen und Bürger befürworten, dass an allen weiterführenden Schulen ab der 7. Klasse regelmäßig Reanimationsunterricht durchgeführt wird.¹⁴

80 %

der Bevölkerung **befürworten** Reanimationsunterricht an allen weiterführenden Schulen.

Bitte geben Sie an, wie sehr Sie der folgenden Aussage zustimmen: An allen Schulen in Deutschland sollte ab der 7. Klasse Reanimationsunterricht eingeführt werden.

Befürwortung	5 = „Stimme voll und ganz zu“	1.204	56,6%
	4	498	23,4%
Neutrale Haltung	3	299	14,1%
	2	82	3,9%
Ablehnung	1	21	1,0%
	0 = „Stimme überhaupt nicht zu“	23	1,1%

2.149 Antworten, davon 2.127 gültig

13 Bundesärztekammer (2025): 129. Deutscher Ärztetag 2025 – Beschlussprotokoll. Stand: 30.05.2025. Berlin: Bundesärztekammer. Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Aerztetag/129.DAET/2025-05-30_Beschlussprotokoll_129_DAEt.pdf

14 Angabe von mindestens 4 auf einer Skala von 0 („Stimme überhaupt nicht zu“) bis 5 („Stimme voll und ganz zu“)



Abbildung 8: Vorhandensein landesweiter normativer Vorgaben für Reanimationsunterricht an Schulen

- Verbindliche normative Vorgabe vorhanden
- Verbindliche normative Vorgabe geplant
- Unterricht soll oder kann durchgeführt werden

1 Die entsprechende Kooperationsvereinbarung wurde am 07.07.2025 unterzeichnet.

2 Laut einer Recherche des Pressedienstes epd (veröffentlicht am 26.07.2025) plant das Bundesland eine verpflichtende Einführung von Reanimationsunterricht ab dem kommenden Jahr. Hierzu wurden jedoch keine offiziellen Verlautbarungen gefunden.

Grafik: ADAC Stiftung; Quelle: eigene Recherche

Nur zwei Bundesländer mit verbindlicher normativer Vorgabe

Im Kontrast zur Erkenntnis der Notwendigkeit von Reanimationsunterricht steht die Realität in Deutschland. Die Desktoprecherche für den diesjährigen Monitor zeigt: Während es in fast allen Bundesländern Projekte oder Programme für Reanimationsunterricht oder regionale Initiativen gibt, ist faktisch unklar, wie viele Schulen Wiederbelebensmaßnahmen unterrichten und auf welchem Stand die jeweiligen Projekte sind.



Was Hänschen lernt, vergisst Hans nimmermehr. Wenn sie als Kind Schwimmen lernen und 30 Jahre nicht im Wasser sind und ins Wasser fallen, gehen sie nicht unter. Und so ist das mit dem Kreislaufstillstand und der Herzdruckmassage auch.

Fachinterview IF-6, Absatz 10

Es gibt nach unseren Recherchen¹⁵ derzeit zwei Bundesländer (Hessen und das Saarland) mit einer aktiven verbindlichen normativen Vorgabe – im Sinne einer „Muss-Vorgabe“ – zur Durchführung von Reanimationsunterricht an weiterführenden Schulen. Im Saarland ist der Unterricht im Lehrplan verankert¹⁶; in Hessen ist die Vorgabe bereits in vielen Schulen in Umsetzung und soll in den kommenden drei Jahren flächendeckend ausgeweitet werden¹⁷. Zudem planen Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen¹⁸ eine verbindliche Einführung (siehe Abbildung 8). In den anderen 12 Bundesländern „soll“ oder „kann“ Reanimationsunterricht durchgeführt werden; häufig spricht die jeweilige Bildungsadministration entsprechende Empfehlungen aus. Eine Verbindlichkeit existiert hier jedoch aktuell nicht¹⁹.



Verbreitung von Reanimationsunterricht

Unsere Recherche deckt sich im Ergebnis weitgehend mit anderen Analysen¹. Zur Einordnung: Eine normative Vorgabe auf „Muss“-Niveau sagt zwar nicht unbedingt aus, dass Reanimationsunterricht an jeder Schule durchgeführt wird. Und auch in Ländern, in denen es keine Vorgabe gibt, kann es durch das Engagement auf Projektebene verhältnismäßig viele Schulen geben, die entsprechenden Unterricht anbieten. Wir haben für unsere Analyse jedoch den Zugang über das Niveau normativer Vorgaben gewählt, da dieses etwas über die strategische Verankerung auf politischer Ebene und bestenfalls über die Nachhaltigkeit aussagt. Künftig gilt es, noch mehr über das tatsächliche Geschehen in Schulen herauszufinden.

1 Dumcke, R., Horriar, L., Rott, N., Rahe-Meyer, N., Wegner, C. & Böttiger, B.W. (2025): Laienreanimation als Thema für Schüler*innen. Ein bildungssystematischer Überblick. *bildungsforschung*, 31(01). Verfügbar unter: <https://doi.org/10.25539/bildungsforschung.v31i01.1094>

15 Grundlage: offizielle Verlautbarungen seitens des Landes

16 <https://www.saarland.de/mbk/DE/portale/bildungsserver/unterricht-und-bildungsthemen/lehrplaenehandreichungen/lehrplaeneallgemeinbildende>

17 <https://hessen.de/presse/hessen-fuehrt-wiederbelebensunterricht-in-den-schulen-ein>

18 Ergänzung nach Erhebungszeitraum der Studie. Die entsprechende Kooperationsvereinbarung wurde am 07.07.2025 unterzeichnet.

19 Laut einer Recherche des Pressedienstes epd (veröffentlicht am 26.07.2025) plant Rheinland-Pfalz eine verpflichtende Einführung von Reanimationsunterricht ab dem kommenden Jahr. Hierzu wurde jedoch bis zur Produktion dieses Berichts keine offizielle Verlautbarung gefunden.

Reanimationskurse für Erwachsene

In der Schule könnte – oder sollte – die Basis gelegt werden für die Kompetenz, Wiederbelebungsmaßnahmen bei anderen Menschen durchzuführen. Doch braucht es im Sinne eines lebenslangen Lernens regelmäßige Auffrischungen und Gelegenheiten auch für Erwachsene, Reanimation zu trainieren. So sprechen sich auch 73 Prozent der Befragten in unserer Bevölkerungsbefragung dafür aus, dass Erwachsene regelmäßig an Reanimationstrainings teilnehmen.

Training in institutionellen Settings erfolgversprechend

Am erfolgversprechendsten sei ein solches Training, wenn es in institutionellen Settings stattfindet, so mehrere Experten in den Interviews – also dort, wo Menschen sich regelmäßig bewegen und mit anderen interagieren; vor allem in Vereinen und am Arbeitsplatz. Das Training mit und für Menschen aus dem persönlichen Umfeld sorgt für eine konkrete Vorstellung von möglichen Erste-Hilfe-Situationen und ermögliche, das Wissen auf andere Art zu verfestigen.

Erste-Hilfe-Kurse als klassischer Kontext

Die Desktoprecherche für den Monitor zeigt: Im Wesentlichen gibt es derzeit zwei Kontexte für Reanimationstraining für Erwachsene. Der erste Kontext sind die klassischen Erste-Hilfe-Kurse, die von den Hilfsorganisationen angeboten werden. Das Reanimationstraining (Durchführung von Wiederbelebungsmaßnahmen und Anwendung von AED) ist einer der Bestandteile dieser umfassenden Kurse im Gesamtumfang von neun Unterrichtseinheiten à 45 Minuten. Die Kurse kommen vor allem beim Erwerb der Fahrerlaubnis oder in der Ausbildung von sogenannten Betriebshelfern zum Einsatz.

Nach § 26 (1) Vorschrift 1 der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung muss es in gesetzlich unfallversicherten Betrieben

bei zwei bis 20 anwesenden Versicherten einen Ersthelfenden geben, bei mehr als 20 Versicherten müssen – je nach Arbeitskontext – fünf bzw. zehn Prozent der Versicherten zu Ersthelfenden ausgebildet werden.²⁰ Die Fortbildung soll „in der Regel“ alle zwei Jahre stattfinden.



Wir schätzen die Risiken nach wie vor falsch ein. Wir glauben, eine Mullbinde rettet Leben. Das tut sie nicht.

Fachinterview IF-3, Absatz 18

Die Erste-Hilfe-Kurse erreichen also einen relevanten Anteil von Bürgerinnen und Bürgern, haben jedoch das Problem, dass das Thema Reanimation in einen umfassenden Kurs eingebettet ist (siehe oben). Mehrere der interviewten Fachleute regen an, die bestehenden Kursinhalte einer systematischen Risikobewertung zu unterziehen – und zu prüfen, ob das Thema Reanimation nicht einen deutlich höheren Stellenwert bekommen könnte. Ein interviewter Experte schlägt vor, über das Arbeitsschutzgesetz zu regeln, dass Betriebe einer gewissen Größe (alle) ihre Mitarbeitenden einmal im Jahr in Reanimationsmaßnahmen unterweisen.

Wachsendes Angebot an spezifischen Reanimationsschulungen

Der zweite Kontext für Reanimationstraining sind spezifische Reanimationsschulungen, also deutlich kürzere Kurse, die sich ausschließlich mit dem Thema Wiederbelebung befassen. Solche Kurse gab es in der Vergangenheit kaum oder gar nicht; inzwischen gibt es mehr Angebote.

20 Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Spitzenverband (2013): DGUV Vorschrift 1. Unfallverhütungsvorschrift. Grundsätze der Prävention. Verfügbar unter: <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/2909>

Besonders bekannt ist das Konzept „Herzensretter“²¹ der Bundesarbeitsgemeinschaft Erste Hilfe. Hierzu gibt es inzwischen spezifische Kurse von 45 bis 60 Minuten, die sich etwa an Vereine oder allgemein Interessierte richten. Auch über das Projekt „Herzsicher“²² der Björn Steiger Stiftung, der Deutschen Herzziftung und des DFB, das im Kontext des DFB-Pokalfinales 2025 mit breiter Sichtbarkeit kommuniziert wurde, können Schulungen von Vereinen oder anderen Gruppen gebucht werden.

Daneben bieten einige Krankenhäuser inzwischen kostenlose Reanimationstrainings für Laien. Und auch einige große Unternehmen²³ scheinen ihre Mitarbeitenden regelmäßiger zu schulen.

Die Herausforderung bei diesen Angeboten sei, so einzelne interviewte Fachleute, diese nachhaltig zu verankern. Das Engagement sei freiwillig, und es sei unklar, wie viele Menschen überhaupt erreicht werden. Es brauche klare Anreize etwa für Unternehmen und Vereine.

Wir könnten über das Arbeitsschutzgesetz regeln, dass in Betrieben ab einer gewissen Größe [...] die Mitarbeitenden einmal im Jahr in der Anwendung von Reanimationsmaßnahmen unterwiesen werden. So wie man dort trainiert, wie man den Feuerlöscher benutzt oder sich bei bestimmten Schadenfällen verhält.



Fachinterview IF-2, Absatz 9

21 Bundesarbeitsgemeinschaft Erste Hilfe (2018): Von Herzensrettern und Lebensrettern. Konzept. Verfügbar unter: https://www.grc-org.de/files/ArticleFiles/document/Herzensretter_Konzept.pdf

22 <https://www.steiger-stiftung.de/was-wir-tun/herzsicher/>

23 Zu den Aktivitäten von Unternehmen sind naturgemäß wenige Informationen öffentlich verfügbar. Es scheint hier jedoch – auch nach Auskunft der interviewten Fachleute – in letzter Zeit deutlich mehr Aktivität zu geben. Zum Beispiel hat der ADAC beschlossen, alle Mitarbeitenden (inklusive aller Straßenwachen) ab 2025 regelmäßig zu schulen.

2.2

Smartphone-basierte Ersthelfer-Alarmierung (SbEA)



Die Smartphone-basierte Ersthelfer-Alarmierung (SbEA) gilt unter Expertinnen und Experten als ein bedeutendes Mittel, das interventionsfreie Intervall bei Herz-Kreislauf-Stillständen zu verkürzen. Seit mehr als zehn Jahren gibt es in Deutschland Projekte mit diesem Ansatz. In den vergangenen Jahren hat die Verbreitung deutlich zugenommen. Doch wie gut ist das Land mit den Systemen abgedeckt und wie effektiv kommen diese zum Einsatz? Wie viele freiwillige Helfende gibt es? Und wie umfassend sind zentrale Bedingungen für eine dauerhafte Etablierung von SbEA erfüllt?



Zentrale Ergebnisse zu Smartphone-basierter Ersthelfer-Alarmierung

- » Die **Verbreitung** von Systemen zur Smartphone-basierten Ersthelfer-Alarmierung (SbEA) nimmt erkennbar zu. In über der Hälfte der Kreise und kreisfreien Städte Deutschlands (203 von 400) gibt es inzwischen solche Systeme.
- » Wo SbEA-Systeme verfügbar sind, geben etwas über die Hälfte der befragten Mitglieder des Leitstellverbands an, sie weitgehend konsequent zu nutzen. Über die tatsächliche **Einsatzhäufigkeit** in Relation zu den Gesamtfällen gibt es wenig konkrete Zahlen.
- » Die Zahl der registrierten freiwilligen **Helferinnen und Helfer** wächst. Sie entspricht allerdings – trotz vorhandenen Potenzials – bei Weitem noch nicht dem Bedarf.
- » Für eine dauerhafte **Etablierung** von SbEA scheint ein Möglichkeitsfenster geöffnet zu sein. Jedoch sind zentrale Bedingungen für diese Etablierung – eine eindeutige Marktlogik, eine nachhaltige Finanzierungsgrundlage und die Standardisierung der Angebote – noch nicht erfüllt.

Verbreitung

Mit SbEA werden registrierte Ersthelfende per App lokalisiert und bei Herz-Kreislauf-Stillständen in ihrer Nähe alarmiert, um vor dem Eintreffen des Rettungsdienstes lebensrettende Maßnahmen einzuleiten. Die Leitlinien¹ des European Resuscitation Council sehen den Einsatz entsprechender Systeme vor; und auch der Deutsche Ärztetag hat aktuell in seinem Beschlussprotokoll Bund, Länder und Landkreise aufgefordert, „die flächendeckende Einführung von app-basierten Ersthelfer-Alarmierungssystemen sicherzustellen.“²

Bei der letzten Erhebung der ADAC Stiftung im Jahr 2024 verfügten 166 der 401 Landkreise und kreisfreien Städte mit insgesamt

37

weitere Landkreise und kreisfreie Städte haben seit Mitte 2024 ein SbEA-System eingeführt.

33 Millionen Einwohnerinnen und Einwohnern über ein solches System (ca. 39 Prozent der Bevölkerung).³ Zu dem Zeitpunkt konnten sechs verschiedene SbEA-Angebote identifiziert werden; drei Bundesländer – Berlin, Brandenburg und Schleswig-Holstein – waren flächendeckend mit SbEA versorgt.

Mehr Landkreise versorgt

Inzwischen (Stand: Mai 2025) gibt es – auf Basis unserer Quellen⁴ – in 203 von 400 Landkreisen und kreisfreien Städten⁵ SbEA, was einem Plus von 37 seit 2024 entspricht. Die entsprechenden Kreise und Städte haben 46 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner (ca. 55 Prozent der Bevölkerung). Zumindest in der Theorie sind also inzwischen 13 Millionen Menschen mehr als vor einem Jahr und insgesamt über die Hälfte der Bevölkerung mit einem solchen System versorgt.

Neben Berlin, Brandenburg und Schleswig-Holstein gibt es inzwischen auch im Saarland Flächendeckung; nur in den Bundesländern Hamburg und in Thüringen gibt es kein System. Acht verschiedene SbEA-Angebote⁶ sind nach unseren Recherchen mittlerweile „auf dem Markt“.

- 1 European Resuscitation Council (2021): Lebensrettende Systeme – Leitlinien 2021. Verfügbar unter: https://cprguidelines.eu/assets/guidelines-translations/Lebensrettende-Systeme_LL_2021.pdf
- 2 Bundesärztekammer (2025): 129. Deutscher Ärztetag 2025 – Beschlussprotokoll. Stand: 30.05.2025. Berlin: Bundesärztekammer. Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Aerztetag/129.DAET/2025-05-30_Beschlussprotokoll_129_DAEt.pdf
- 3 ADAC Stiftung (2024): Smartphone-basierte Ersthelfer-Alarmierungssysteme. Große Chancen und Herausforderungen bei der nachhaltigen Etablierung der Systeme. Verfügbar unter: <https://stiftung.adac.de/studie-potential-analyse-ersthelfer-alarmierungssysteme/>
- 4 Eigene Datenbasis, Websites der SbEA-Anbieter, Björn Steiger Stiftung, weiterführende Internetrecherche
- 5 Durch eine Gebietsreform gibt es inzwischen eine kreisfreie Stadt weniger.
- 6 corhelper; Ersthelfer Südwestsachsen; KATRETT; Mobile Retter; ProHerzschlag; Region der Lebensretter; SAVING LIFE; Team Bayern – Lebensretter

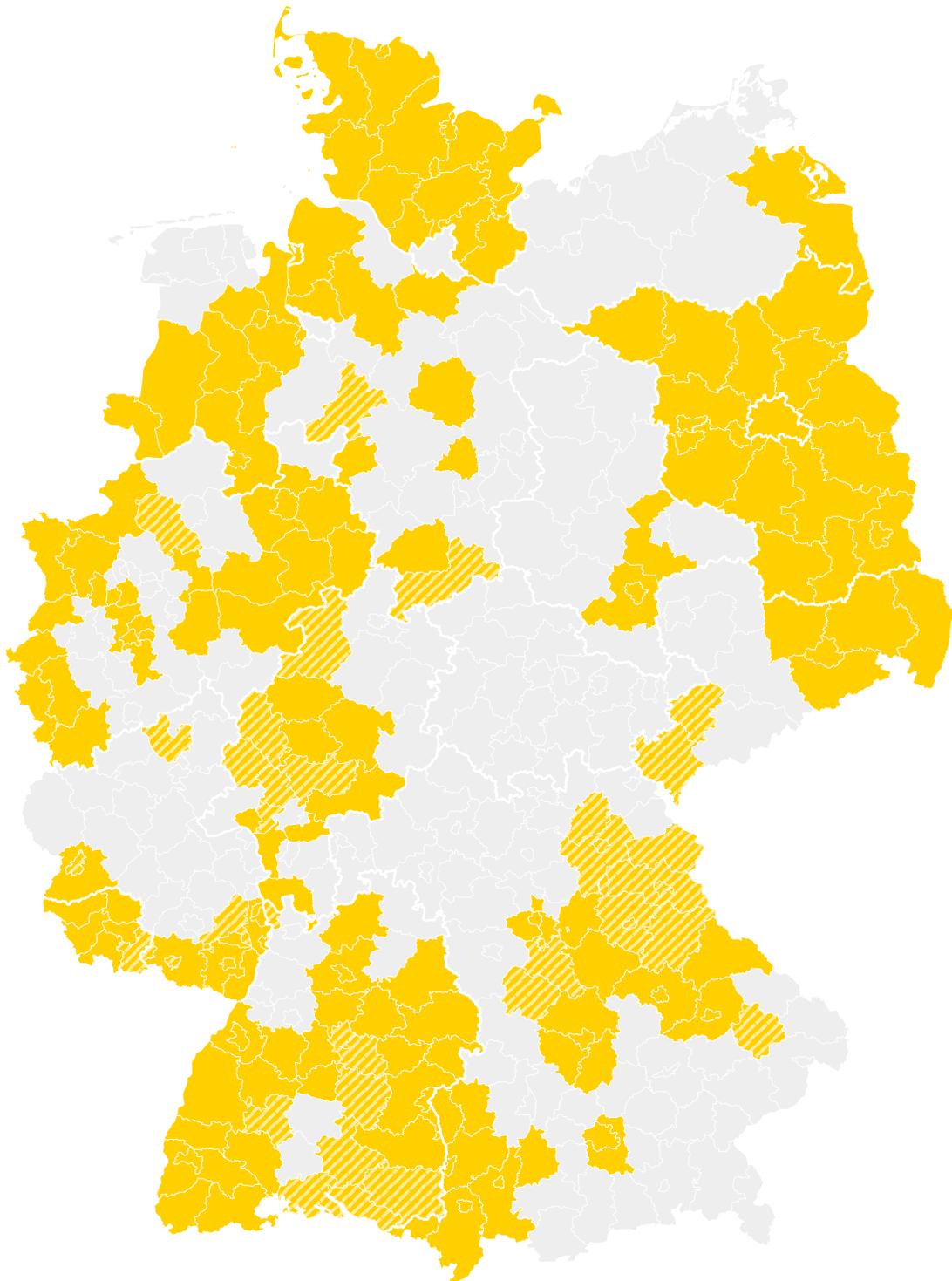


Abbildung 9: Landkreise und kreisfreie Städte mit aktiven SBEA-Systemen

- SBEA-System implementiert
- SBEA-System implementiert (neu seit Mitte 2024)
- Kein SBEA-System implementiert

Grafik: ADAC Stiftung; Quellen: eigene Datenbasis, Websites der SBEA-Anbieter, Björn Steiger Stiftung, German Resuscitation Council (GRC) e.V., weiterführende Internetrecherche; Kartenmaterial: © OSM

Tabelle 6: Prozentuale Abdeckung der Landkreise bzw. kreisfreien Städte mit SbEA-Systemen nach Bundesland

Bundesland	Abdeckung
Berlin	100%
Brandenburg	100%
Saarland	100%
Schleswig-Holstein	100%
Baden-Württemberg	77,3%
Hessen	53,8%
Sachsen	53,8%
Nordrhein-Westfalen	50,9%
Bremen	50,0%
Niedersachsen	46,7%
Bayern	41,7%
Rheinland-Pfalz	41,7%
Sachsen-Anhalt	21,4%
Mecklenburg-Vorpommern	12,5%
Hamburg	0,0%
Thüringen	0,0%

Dynamik erkennbar – aber Fragezeichen in puncto Langfristigkeit

Auch die Befragung der Mitglieder des Fachverbands Leitstelle bestätigt diese Dynamik. Während 55 Prozent (61 von 110) angeben, ihre Leitstelle nutze ein SbEA-System, geben 35 Prozent (17 von 48) der Nichtnutzenden an, ein solches System noch in diesem oder im nächsten Jahr einführen zu wollen.

Ebenso erkennen die interviewten Fachleute, dass die Verbreitung zunimmt und – auch durch öffentlichen Druck infolge von kritischer Medienberichterstattung⁷ – immer mehr sogenannte Gebietskörperschaften auf SbEA setzen. Trotzdem gebe es, so einzelne Interviewte, weiterhin einen „Flickenteppich“ und es stelle sich die Frage, wie nachhaltig die Etablierung sei.

Die SbEA-Anbieter⁸ bestätigen das Wachstum in den vergangenen Monaten. Ein Anbieter prophezeit, in den nächsten fünf Jahren könne man in Deutschland Flächendeckung erreichen.

7 Genannt wird hier vor allem die SWR-Berichterstattung #NotfallRettung (<https://www.swr.de/swraktuell/notfallrettung-leitstellen-in-deutschland-112.html>).

8 Unter dem Begriff „Anbieter“ subsumieren wir diejenigen, die ein SbEA-System anbieten oder betreiben – unabhängig von ihrer Organisationsform.

Nutzung

Neben der reinen Verbreitung stellt sich natürlich die Frage, wie effektiv SbEA-Systeme in der Praxis tatsächlich genutzt werden.

Rund 56 Prozent (31 von 55) der befragten Mitglieder des Fachverbands Leitstellen aus einer Leitstelle mit SbEA-System schätzen, dass in ihrer Leitstelle die SbEA-Alarmierung im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstands weitgehend konsequent – also in 81 bis 100 Prozent der Fälle – zum Einsatz kommt (siehe Abbildung 10). Die Quote ist ähnlich hoch wie bei der Telefonreanimation (siehe Abbildung 5, S. 23).

Zufriedenheit bei Leitstellen

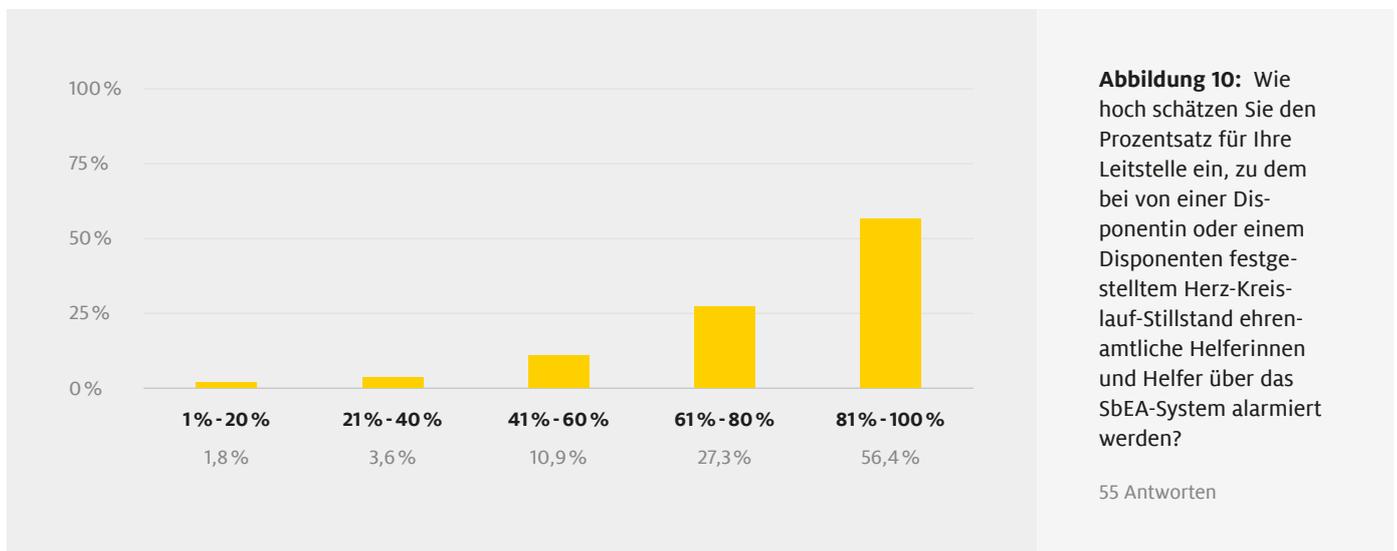
Ein weiterer – indirekter – Indikator ist die Zufriedenheit. Die befragten Verbandsmitglieder in Leitstellen mit SbEA-System sind mit dem eingesetzten System überwiegend zufrieden (siehe Abbildung 11, S. 38), was

darauf schließen lässt, dass sie es grundsätzlich systematisch einsetzen.

Zur konkreten Zahl der Alarmierungen und Einsätze auf Bundesebene lassen sich auf Basis des diesjährigen Monitors noch keine validen Angaben machen. Auf Basis öffentlich verfügbarer Informationen kann man von ca. 40.000 bis 60.000 Alarmierungen jährlich und einer Annahemquote der Einsätze durch die Ersthelferinnen und Ersthelfer von zwei Dritteln ausgehen.

Nach Angaben der Anbieter lag die durchschnittliche Zeit bis zum Beginn der Reanimation im Jahr 2024 bei rund vier Minuten.

Wie häufig es zu SbEA-Einsätzen in Relation zu den Gesamtfällen kommt, kann bisher ebenfalls nicht gesagt werden. Das Deutsche Reanimationsregister erfasst planmäßig ab Mitte 2025 systematisch den Einsatz von SbEA.⁹



9 Hoffmann, H., Gräsner, J.-T., Rück, L., Bein, B., Bohn, A. & Fischer, M. et al. (2025): Smartphone-basierte Ersthelfenden-Alarmierung: Erfassung im Deutschen Reanimationsregister. *Anästhesiologie & Intensivmedizin*, 66, S. V67–V71. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.19224/ai2025.V067>

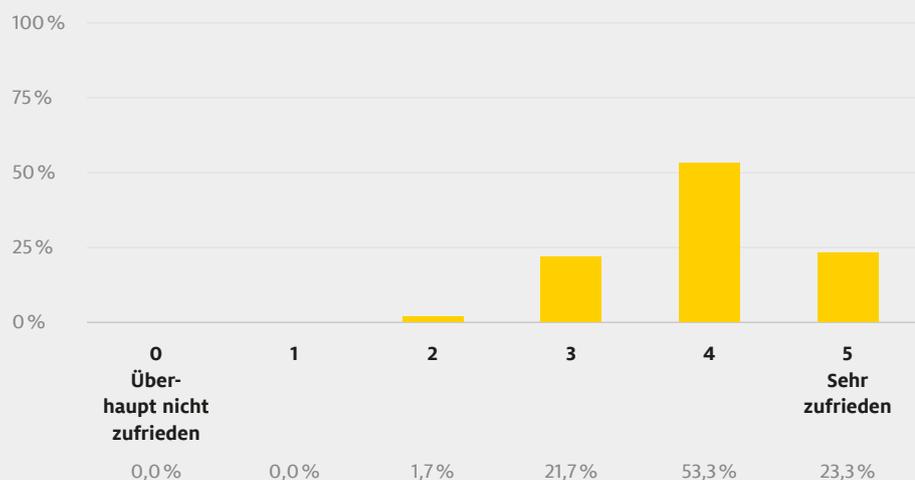
Exkurs: Skalierung von SbEA – Workshopergebnisse Symposium Leitstellen

Wie gelingt eine weitere Skalierung von SbEA aus Perspektive der Leitstellen? Diese Frage stand im Mittelpunkt eines Workshops im Rahmen des Symposiums Leitstellen im Mai 2025, der von der ADAC Stiftung durchgeführt wurde. Teilgenommen haben rund 30 Führungskräfte und Mitarbeitende aus verschiedenen Leitstellen in Deutschland bzw. Verantwortliche aus den Gebietskörperschaften. Das Ergebnis lässt sich wie folgt zusammenfassen:

- » Die wichtigsten Voraussetzungen für eine Skalierung aus Perspektive der Leitstellen sind eine Klärung der Finanzierung sowie eine Sicherung des rechtlichen Rahmens. Außerdem von Bedeutung: Die Leitstelle dürfe nicht zu viel Aufwand mit der Steuerung des Systems haben – und die Systeme müssten untereinander kompatibel sein.
- » Damit Leitstellen SbEA im Alltag konsequent nutzen, müssten Erfolge dokumentiert werden – es brauche systematische Rückmeldungen zum Einsatzverlauf an die Leitstelle bzw. die Disponentinnen und Disponenten. Ein weiterer Punkt: SbEA sollte Bestandteil der Alarm- und Ausrückeordnung (AAO) sein.
- » Um eine überregionale und systemübergreifende Alarmierung zu ermöglichen, braucht es aus Sicht der Leitstellen eine einheitliche Schnittstelle. Zudem wurde die Frage einer bundeseinheitlichen App-Lösung diskutiert. Auch einheitliche Ausschreibungen seitens der Gebietskörperschaften wurden als Möglichkeit für eine Standardisierung genannt.
- » Für die Aktivierung von Helfenden sehen die Leitstellen vor allem soziale Medien als bedeutenden Kanal.

Abbildung 11: Wie zufrieden sind Sie mit dem eingesetzten System? Falls Sie mehrere Systeme einsetzen, bewerten Sie bitte das hauptsächlich eingesetzte System.

60 Antworten



Helferinnen und Helfer

Der erfolgreiche Einsatz von SbEA-Systemen steht und fällt mit der Anzahl der verfügbaren freiwilligen Helferinnen und Helfer. Bei unserer Studie im Jahr 2024 waren in Deutschland rund 100.000 Menschen bei einem System registriert; rund 16 Prozent der Befragten unserer Bevölkerungsbefragung (hochgerechnet würde das etwa 11,2 Millionen Bürgerinnen und Bürgern entsprechen) konnten sich damals vorstellen, sich künftig bei einem System registrieren zu lassen.

Nach unseren Erhebungen gibt es im Jahr 2025 insgesamt rund 148.000 registrierte Ersthelfende – gegenüber 2024 ein Plus von 48.000 Helferinnen und Helfern, das sich vor allem auch durch die zunehmende Verbreitung von SbEA im Land erklären lässt.

Anzahl der Ersthelfenden nicht bedarfsgerecht

Nach einer einfachen Heuristik, abgeleitet aus einer niederländischen Studie, bräuchte es in Deutschland insgesamt rund 3,5 Millionen registrierte Ersthelfende, um den Bedarf zu decken.¹⁰ Davon ist das Land noch immer weit entfernt.

Das Potenzial für ehrenamtlich Helfende jedoch dürfte grundsätzlich gegeben sein (siehe oben). Und der Ansatz SbEA als solcher scheint in Teilen der Bevölkerung durchaus bekannt zu sein: 22 Prozent der Befragten geben an, den Begriff „Ersthelfer-App“ zu kennen – ein leichtes Plus gegenüber 21 Prozent im Vorjahr.

Aktives Ehrenamtsmanagement bedeutend

Die Anzahl der Helfenden unterscheidet sich naturgemäß von Region zu Region und von Anbieter zu Anbieter, zumal die einzelnen

Systeme unterschiedliche Zugangsvoraussetzungen haben. Alle Anbieter sind sich jedoch einig, dass es für die Aktivierung und die Bindung von Ersthelfenden mehr brauche, als nur eine App zur Verfügung zu stellen. So sei kreative Kommunikation ebenso nötig wie ein aktives Ehrenamtsmanagement. Für eine dauerhafte Bindung sei das Wichtigste, so mehrere interviewte Anbieter, die Menschen regelmäßig zu alarmieren.

148.000

registrierte SbEA-Ersthelfende gibt es momentan ungefähr in Deutschland.

Tabelle 7: Entwicklungen von SbEA (Erhebungen der ADAC Stiftung)

	2024 ¹	2025
Anzahl SbEA-Systeme	6	8
Landkreise und kreisfreie Städte mit SbEA-System	166 von 401	203 von 400
Abdeckungsgrad Bevölkerung	39%	55%
Registrierte Ersthelfende	100.000	148.000
Bekanntheit Begriff „Ersthelfer-App“	21%	22%

¹⁰ Stieglis, R., Zijlstra, J.A., Riedijk, F., Smeekes, M., van der Worp, W.E. & Koster, R.W. (2020): AED and text message responders density in residential areas for rapid response in out-of-hospital cardiac arrest. Resuscitation, 150, S. 170–177. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.01.031>

¹ ADAC Stiftung (2024): Potentialanalyse Ersthelferalarmierungssysteme in Deutschland. Verfügbar unter: https://stiftung.adac.de/wp-content/uploads/2024/10/Potentialanalyse_Ersthelferalarmierungssysteme_ADAC_Stiftung.pdf

Grundlagen für die Etablierung

Möglichkeitenfenster vorhanden

Die Verbreitung von SbEA nimmt, wie dargestellt, dynamisch zu, die Systeme scheinen jedoch nur in etwas mehr als der Hälfte der Regionen konsequent genutzt zu werden. Überdies erkennen die Anbieter ein grundsätzliches Möglichkeitenfenster für eine Etablierung des Ansatzes: Etliche Politiker hätten inzwischen verstanden, dass es SbEA-Systeme brauche. Die kritische Medienberichterstattung zur Notfallversorgung habe die Nachfrage in den Gebietskörperschaften angekurbelt, der Bedarf an freiwilligen Helfenden nehme angesichts der demografischen Entwicklung und des Fachkräftemangels zu – und die technologische Entwicklung bringe künftig neue Möglichkeiten mit sich.

Zentrale Bedingungen noch nicht erfüllt

Gefragt nach der Entwicklungsperspektive von SbEA und dem Rückenwind aus dem System, sind die Anbieter von SbEA trotzdem relativ zurückhaltend (siehe Abbildung 12). Ein Grund dafür dürfte sein, dass wichtige Bedingungen für eine dauerhafte Etablierung noch nicht erfüllt sind.

Aus der Befragung der Anbieter und den entsprechenden Interviews lassen sich zu diesen Bedingungen im Kern vier Thesen¹¹ ableiten:

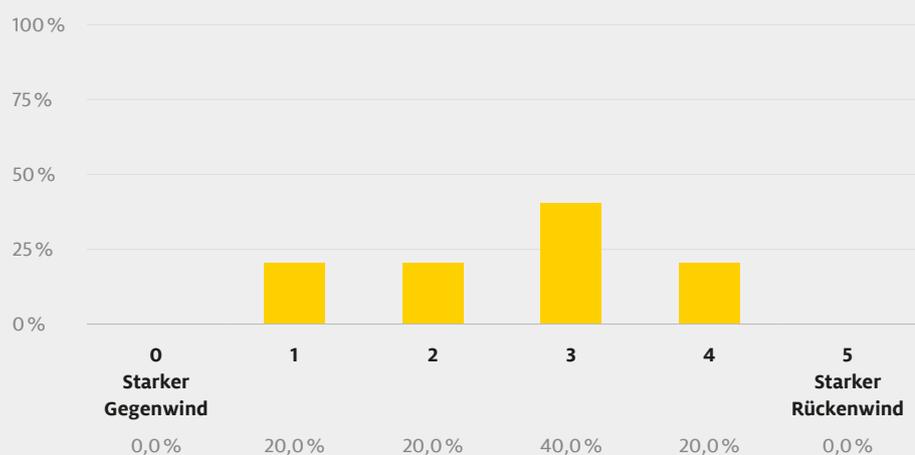
- » Es gibt bisher keine eindeutige Marktlogik für SbEA in Deutschland. Das sorgt für Unsicherheiten bei den Akteuren im Feld.
- » Es fehlt eine nachhaltige Finanzierungsgrundlage für SbEA. Dadurch haben die Anbieter keine Planungssicherheit und die langfristige Tragfähigkeit des Ansatzes insgesamt hängt von Einzelfallentscheidungen vor Ort ab.
- » Es gibt noch keine übergeordnet definierten und allgemein anerkannten inhaltlichen und technischen Standards für die Systeme. Das erschwert eine über-

Noch nie war die Chance so gut, dass sich da jetzt etwas ändert. Ich glaube, wir haben so einen Tipping Point inzwischen überschritten.

Fachinterview IS-1, Absatz 12

Abbildung 12: Gibt es für SbEA in Deutschland aus Ihrer Sicht momentan Gegen- oder Rückenwind aus dem politischen System bzw. dem Gesundheitssystem?

5 Antworten



¹¹ Es gibt noch weitere Grundbedingungen für eine dauerhafte Etablierung von SbEA, wie das Vorhandensein eines qualitätsgesicherten Nachsorgeangebots oder die Anbindung an funktionale AED-Register. Hier werden jedoch bewusst diejenigen Bedingungen fokussiert, deren Erreichung aktuell und grundsätzlich besonders herausfordernd erscheint.

greifende Vernetzung der Systeme, die Orientierung für Nutzende und „Einkaufende“ sowie die notwendige Qualitätssicherung.

- » Eine Interoperabilität der Systeme wird von vielen Seiten gefordert, ist aber sehr voraussetzungsreich und unter den jetzigen Bedingungen – zumindest kurzfristig – kaum zu erreichen.

Keine eindeutige Marktlogik

Der „Markt“ bzw. die Landschaft für SbEA hat sich organisch entwickelt; in den jeweiligen Regionen aus unterschiedlichen Kontexten heraus. So gibt es Angebote mit einem gemeinnützigen Hintergrund, andere mit einem kommerziellen. Teilweise werden Technologie und Ehrenamtsmanagement getrennt organisiert, teilweise aus einer Hand. In manchen Bundesländern und Regionen scheint die Positionierung eines Anbieters klar, an anderen Standorten kommt es inzwischen zum Wettstreit zwischen den einzelnen Anbietern.

Noch gibt es kein eindeutiges Modell – keine übergeordnet anerkannte „Idee“ – für die langfristige Ausgestaltung der Landschaft. Dies führt zu Unsicherheiten bei den Akteuren im Feld und erschwert die Zusammenarbeit zwischen den Anbietern. Einzelne Anbieter erwähnen die Idee einer bundeseinheitlichen Lösung, so wie es sie in anderen Ländern gibt – ohne diese mögliche Lösung aber grundsätzlich zu befürworten. Weitgehend einig sind sich die Anbieter in den Interviews, dass Wettbewerb zwischen verschiedenen Angeboten förderlich sei für eine positive Entwicklung der Landschaft und die notwendigen Innovationen bei den Systemen.

Finanzierung nicht gesichert

Was für den Markt gilt, gilt entsprechend für die Finanzierung. Die Modelle sind äußerst heterogen: Es gibt Fördermodelle, Spendenfinanzierung und – in den meisten Fällen – eine Finanzierung des Angebots durch die jeweilige Gebietskörperschaft. Es kann konstatiert werden: Allen Modellen ist gemein, dass sie mit wenig Planungssicherheit für die Anbieter verbunden sind – und damit

der Ansatz SbEA in Deutschland insgesamt „auf wackeligen Beinen“ steht.

Entsprechend betonen die meisten Anbieter in den Interviews die Notwendigkeit einer nachhaltigen Finanzierung. Es müsse ein übergeordnetes Modell geschaffen werden, das für mehr Sicherheit Sorge. Einzelne Anbieter fordern, es brauche eine systematische Einbeziehung der Kostenträger. Die Kosten für SbEA seien dabei vergleichsweise niedrig, stellen mehrere Anbieter heraus.



Also, bis zum heutigen Zeitpunkt ist es vor Ort sehr unterschiedlich, wie das Ganze refinanziert werden kann. [...] Die Politik ist gefragt, die finanziellen Grundbedingungen noch besser darzustellen.

Fachinterview IS-5, Absatz 9

Standardisierung fehlt

Entsprechend der nicht vorhandenen Marktlogik gibt es bislang keine übergeordnete Standardisierung der Angebote und keine allgemein anerkannten Qualitätskriterien bzw. Mindeststandards. Inhaltlich sticht vor allem die Frage heraus, welches Qualifikationsniveau die freiwilligen Helferinnen und Helfer benötigen; hier gibt es bei den einzelnen Angeboten unterschiedliche Zugangsvoraussetzungen. Auch technisch gehen die Anbieter teils sehr unterschiedlich vor.

In den Interviews betonen die Anbieter, die derzeit in diesem Kontext im Rahmen eines „Runden Tisches“ zusammenarbeiten, es brauche Standards: für die geforderte Vernetzung der Systeme, für die Qualitätssicherung sowie für eine umfassendere Orientierung für die Nutzenden und die einkaufenden Gebietskörperschaften. Einzelne Anbieter ergänzen, solche Standards seien auch Grundlage für eine notwendige Qualitätstransparenz durch eine Veröffentlichung von Leistungskennzahlen zu den Angeboten.

Wie die Standardisierung voranzutreiben soll und wer sie steuert, davon gibt es kein klares Bild. Im Gespräch für die Steuerung bzw. Entwicklung sind neben medizinischen Fachgesellschaften (für die inhaltliche Frage nach dem Zugangsniveau für die Helfenden) die einkaufenden Gebietskörperschaften, gemeinnützige Akteure als moderierende Plattform oder die Politik mit gesetzlichen Vorgaben und einer Organisation wie der Gematik als spezifizierende Instanz.

Mit Blick auf mögliche gesetzliche Vorgaben scheint es dabei ein „Henne-Ei-Problem“ zu geben: Einzelne Anbieter fordern eine Standardisierung vonseiten der Politik ein, die Politik wiederum sieht – das zeigen Aussagen der politiknah agierenden Fachleute in den Interviews für den Monitor – die Anbieter in der Pflicht, diese Standards selbst zu entwickeln.

Interoperabilität kurzfristig kaum zu erreichen

Standards sind wie erwähnt zentrale Voraussetzung für eine Interoperabilität und Vernetzung der Systeme, wie sie im Moment von vielen Seiten gefordert wird – von außen, seitens einer Reihe von Experten und Akteuren wie den Leitstellen oder dem Ärztetag, aber auch von der Mehrzahl der Anbieter selbst. Der Grundgedanke: Helfende sollen übergreifend¹² alarmiert werden können, unabhängig davon, in welchem Landkreis sie sich bewegen – insgesamt soll der Pool der zur Verfügung stehenden Helferinnen und Helfer größer werden.

Die Interviews für den Monitor zeigen: Die Hürden für eine solche Interoperabilität sind groß. Die Technik sei kein großes Problem, betonen die Anbieter. Aber: Neben den fehlenden Standards gibt es größere datenschutzrechtliche Klärungsbedarfe (etwa im Kontext der Weitergabe von Nutzerdaten). Außerdem erschweren die unterschiedlichen Organisationsstrukturen der Anbieter und ihre rechtliche Verfasstheit (siehe oben) sowie entsprechende individuelle Interessen die Vernetzung.

In den Interviews zeigt sich keine derzeit gangbare Lösung für diese Herausforderung – jenseits der notwendigen Arbeit an Standards (siehe oben). Entsprechend könnte konstatiert werden: Dem Feld wäre geholfen, wenn es zunächst anerkennt, dass Interoperabilität kurzfristig schwierig zu erreichen ist.

Exkurs: Kosten für SbEA

Die Kosten pro Kommune liegen – soweit öffentlich einsehbar – zwischen 3.500 Euro und 28.000 Euro jährlich; hinzu kommen Einmalkosten von bis zu 70.000 Euro, schreibt Andreas Pitz in einem Gutachten¹ für die ADAC Stiftung, die Bertelsmann Stiftung und die Björn Steiger Stiftung aus dem Jahr 2024.

Im Vergleich mit den Gesamtkosten für den Rettungsdienst rechnet er vor: „Eine Verkürzung des interventionsfreien Intervalls auf 4 bis 6 Minuten durch die Einführung eines smartphonebasierten Ersthelferalarmierungssystems würde pro Landkreis bzw. kreisfreier Stadt damit weniger als 1 Prozent der Kosten, die für den Einsatz von Rettungswagen aufgebracht werden, und knapp 0,5 Prozent der Gesamtkosten des Rettungsdienstsystems ausmachen.“

1 Pitz, A. (2024): Gutachten zu „Rechtlichen Rahmenbedingungen von smartphonebasierten Ersthelferalarmierungssystemen“. Verfügbar unter: https://stiftung.adac.de/wp-content/uploads/2025/05/Gutachten_Ersthelferalarmierungssysteme_Dez24.pdf

12 Übergreifende Alarmierungen innerhalb eines Systems sind teilweise bereits möglich, aber auch hier nicht selbstverständlich, und zwar aufgrund des Koordinierungsaufwands zwischen Gebietskörperschaften, z. B. hinsichtlich der Qualifikationsanforderungen für die Helfenden.

2.3

Organisierte Erste Hilfe



Bei der Organisierten Ersten Hilfe durch First Responder, auch „Helfer vor Ort“, „Sanitäter vor Ort“, „Voraushelfer“ oder „BOS-Helfer“ genannt, kommen Ehrenamtliche mit einer erweiterten Ausbildung in Erster Hilfe zum Einsatz. Sie können in kurzer Zeit noch vor Eintreffen des Rettungsdienstes an der Einsatzstelle sein und somit die Rettungskette wirksam ergänzen. Wie verbreitet ist Organisierte Erste Hilfe? Wie werden die Helfenden von Rettungsleitstellen genutzt? Und welche Perspektiven gibt es für den Ansatz im Kontext der Ersten Hilfe bei Herz-Kreislauf-Stillständen?



Zentrale Ergebnisse zu Organisierter Erster Hilfe

- » Organisierte Erste Hilfe spielt eine konstant **wichtige Rolle im Rettungsgeschehen** bei Herz-Kreislauf-Stillständen – besonders im ländlichen Raum.
- » **Smartphone-basierte Ersthelfer-Alarmierung (SbEA) und First Responder** können sich – im Sinne einer funktionalen Rettungskette – sinnvoll ergänzen.

82 %

der befragten Mitglieder des Fachverbands Leitstellen geben an, dass organisierte First-Responder-Einheiten zum Einsatz kommen.

Kommen in Ihrem Leitstellenbereich organisierte First-Responder-Einheiten (z. B. Feuerwehren, Hilfsorganisationen) zum Einsatz?

Ja	82	82,0%
Nein	17	17,0%
Keine Angabe	1	1,0%

100 Antworten

Verbreitung und Nutzung

Im Jahr 2019 hat die ADAC Stiftung einen Bericht zur Verbreitung von Organisierter Erster Hilfe veröffentlicht.¹ In Deutschland gab es damals 1.365 dokumentierte Helfer-vor-Ort-Gruppen. Einen Schwerpunkt hatten die First Responder in Bayern (494 Gruppen). Ein Drittel aller Gruppen wurde von der ortsansässigen Feuerwehr betrieben, der Rest von Hilfsorganisationen. Je nach Gebietstyp und Alarmierungsverhalten waren die First Responder bis zu fünf Minuten eher am Einsatzort als der öffentliche Rettungsdienst.

Ob die Verbreitung seitdem zu- oder abgenommen hat, kann mit dem diesjährigen Monitor nicht nachvollzogen werden. Jedoch gibt es deutliche Hinweise darauf, dass die First Responder im Rettungsgeschehen weiter – und konstant – eine wichtige Rolle spielen. So geben 82 Prozent der befragten Mitglieder des Fachverbands Leitstellen an, dass in ihrer Leitstelle First Responder zum Einsatz kommen. In 41 Prozent der Fälle stammen diese von Berufsfeuerwehren, in 84 Prozent von freiwilligen Feuerwehren und in 66 Prozent von Hilfsorganisationen (Mehrfachnennung möglich).

43 Prozent der Mitglieder des Fachverbands Leitstellen aus einer Leitstelle mit First-Responder-Einheit gehen davon aus, dass diese Einheit im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstands weitgehend konsequent – also in 81 bis 100 Prozent der Fälle – zum Einsatz kommt (siehe Abbildung 13). Die Quote ist um rund 13 Prozentpunkte geringer als bei der Smartphone-basierten Ersthelfer-Alarmierung.

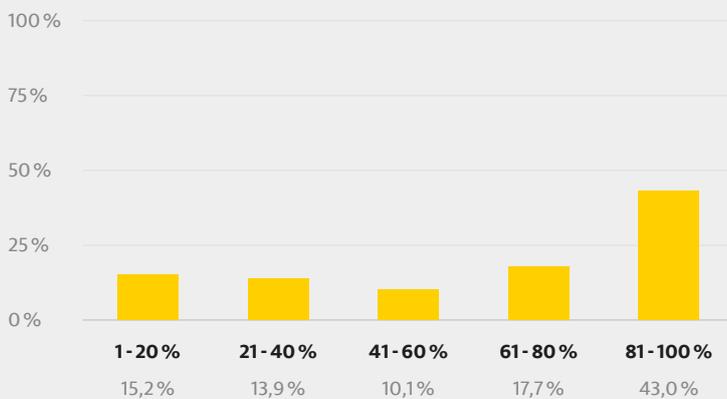


Abbildung 13: Wie hoch schätzen Sie den Prozentsatz für Ihre Leitstelle ein, zu dem bei von einer Disponentin oder einem Disponenten festgestelltem Herz-Kreislauf-Stillstand First Responder alarmiert werden?

82 Antworten, davon 79 gültig

1 ADAC Stiftung (2019): Helfer vor Ort – Direkte erste Hilfe aus der Nachbarschaft. Verfügbar unter: <https://stiftung.adac.de/lebensrettung/helfer-vor-ort/>

Potenziale und Perspektiven

Mit Blick auf den gewünschten Erfolg von Reanimationen schätzen die befragten Mitglieder des Fachverbands Leitstellen das Potenzial von First Respondern zwar niedriger ein als das von T-CPR, aber in etwa genauso hoch ein wie das von SbEA (siehe Abbildung 14).

Und auch aus Sicht der interviewten Fachleute werden First Responder auch künftig eine wichtige Rolle im Rahmen der Ersten Hilfe bei Herz-Kreislauf-Stillständen spielen. Besondere Bedeutung habe der Ansatz im ländlichen Raum bzw. in strukturschwachen Gebieten, wo der Rettungswagen auch perspektivisch länger brauche, um am Einsatzort zu sein.

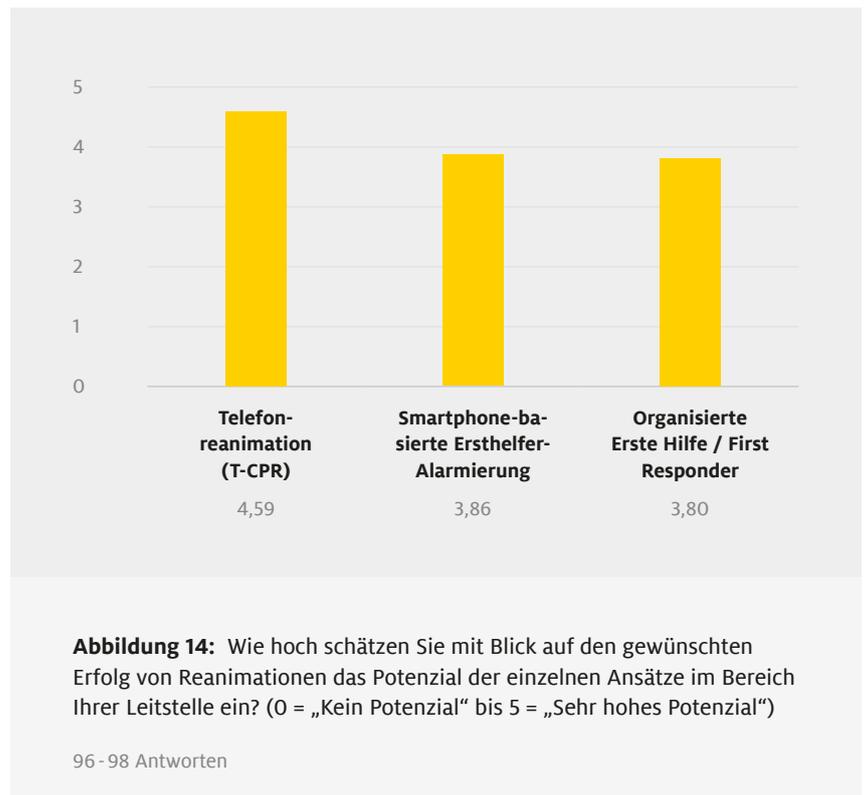
SbEA und First Responder als sinnvolle Ergänzung

Entgegen der gelegentlich postulierten Annahme schließe sich der Einsatz von SbEA und First Respondern nicht aus, sondern ergänze sich optimal, betonen mehrere der Fachleute. Während die aktivierten Helfenden bei SbEA überwiegend mit ihren Händen aktiv würden und schnell vor Ort seien, könnten First Responder sie nach wenigen Minuten ablösen und durch Geräte ergänzen.

Ehrenamtsmanagement bedeutend

In Deutschland engagieren sich rund 29 Millionen Menschen ehrenamtlich, darunter viele in Freiwilligen Feuerwehren und Hilfsorganisationen, die häufig auch Träger des Rettungsdienstes sind. In ländlichen Räumen ist das Ehrenamt besonders bedeutsam: rund 42 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner engagieren sich freiwillig.²

Einzelne interviewte Fachleute weisen darauf hin, dass First-Responder-Einheiten dort gut funktionierten, wo es stabile Ehrenamtsstrukturen gebe. Es brauche die aktive Bereitschaft, zu helfen.



Das eine sind quasi zwei Hände und vielleicht noch ein Beatmungsbeutel. Und dann brauchen die nach zehn Minuten spätestens schon jemanden, der mit ein wenig mehr kommt. Und deswegen würde ich sagen, das ergänzt sich. Das ist nichts, was quasi gegenseitig substituierbar ist, wie es teilweise behauptet wird.

Fachinterview IF-3, Absatz 32

Daraus kann abgeleitet werden: Sowohl für die Funktionalität von SbEA als auch für Organisierte Erste Hilfe ist das Ehrenamtsmanagement von zentraler Bedeutung.

² Simonson, J. u.a. (2021): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Zentrale Ergebnisse des Fünften Deutschen Freiwilligensurveys (FWS 2019), Berlin, hrsg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Ich kann mit mehreren Leuten ganz anders arbeiten. Der First Responder kann einen AED zum Einsatz bringen, wenn bereits ein aktivierter Helfender [SbEA] vor Ort ist. Das eine schließt das andere ja nicht aus. Und da sollten wir alle Energie hineinstecken für diesen wirklich höchst kritischen Notfall, den kritischsten überhaupt.

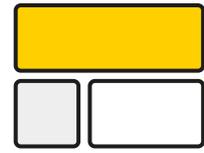
Fachinterview IF-7, Absatz 10

Kurz gesagt: First Responder haben Sie dort, wo Ehrenamt in den Hilfsorganisationen noch großgeschrieben wird – wo Sie aktive Bereitschaften haben, dort funktioniert es.

Fachinterview IF-4, Absatz 22

2.4

Systemische Rahmenbedingungen



In den vorhergehenden Kapiteln haben wir die Readiness des Systems in den drei für die Erste Hilfe bei Herz-Kreislauf-Stillständen relevanten Bereichen im Detail betrachtet. Doch unter welchen Rahmenbedingungen findet Erste Hilfe insgesamt statt? Wie gut ist das Gesamtsystem – auf Makroebene – gerüstet? Aus der Befassung mit dem Feld im Kontext der Erstellung des Monitors sowie aus den insgesamt 15 Interviews, die wir geführt haben, leiten wir vier übergeordnete Thesen zu den systemischen Rahmenbedingungen für Reanimationen durch Ersthelfende ab.



Zentrale Thesen zu systemischen Rahmenbedingungen

- » In Deutschland gibt es **keine etablierte „Kultur der Wiederbelebung“**.
- » Das Engagement der Akteure zur Verbesserung der Systemvoraussetzungen ist groß und eine bedeutende Ressource. **Den Maßnahmen fehlt es jedoch häufig an Koordination und Wirkungsorientierung.**
- » Das Thema „Erste Hilfe bei Herz-Kreislauf-Stillständen“ ist **in der Politik nicht eindeutig verankert**. Die Politik betrachtet das Thema bislang nicht als wesentlichen Teil ihres Gestaltungsauftrags.
- » Der **demografische Wandel erhöht die Relevanz** von Erster Hilfe bei Herz-Kreislauf-Stillständen.

Keine etablierte „Kultur der Wiederbelebung“

Der Großteil der für den Monitor interviewten Personen weist direkt oder indirekt darauf hin, dass in Deutschland keine „Kultur der Wiederbelebung“ etabliert sei. Trotz vielfältiger Aufklärungsaktivitäten sei es – anders als in anderen Ländern – bisher nicht selbstverständlich, im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstands als Ersthelfender aktiv zu werden. Das hänge zum einen mit dem Kompetenzgefühl in der Bevölkerung zusammen, das durch das seltene Training eben nicht ausgeprägt sei (siehe S. 20). Zum anderen sei die Erkenntnis nicht durchgedrungen, wie wichtig Erste Hilfe vor Eintreffen des Rettungsdienstes in diesem Fall sei.

Einzelne Interviewte vermuten sogar, dass die Bereitschaft zu helfen insgesamt abnehme. Wenn die Wiederbelebung jedoch zu einem gesamtgesellschaftlichen Projekt gemacht würde, könne dies gar ein Ansatz sein, um den derzeit erodierenden gesellschaftlichen Zusammenhalt wieder zu fördern.

Es gibt kaum etwas Größeres, als mit zwei  Händen ein Menschenleben zu retten. Und in dieser Welt, in der wir heutzutage leben – wo so viel Negatives uns umgibt –, habe ich das Gefühl, da kann man mit diesem Thema einen positiven Impuls in die Menschheit geben.

Fachinterview IF-6, Absatz 4

Großes Engagement – zu wenig Koordination und Wirkungsorientierung

Es gibt in Deutschland seit vielen Jahren unzählige Projekte, Aktionsbündnisse, Aktionspläne und Kampagnen zur Förderung der Ersten Hilfe bei Herz-Kreislauf-Stillständen. Das Engagement der verschiedenen Akteure ist groß und kann als bedeutende Ressource betrachtet werden. Diesen Projekten aber,

so monieren mehrere interviewte Fachleute, fehle es häufig an Koordination und Wirkungsorientierung. Die Projekte seien nicht aufeinander abgestimmt und es sei oft unklar, welchen langfristigen Effekt diese hätten.

Mit Blick auf das gesamte Feld kann konstatiert werden: Wie in vielen anderen Kontexten auch – etwa bei der Organspende – gibt es bei der Ersten Hilfe bei Herz-Kreislauf-Stillständen kein Erkenntnisproblem, sondern ein Umsetzungsproblem. Es herrscht unter Expertinnen und Experten große Einigkeit darüber, was zu erreichen und zu tun wäre, beim konkreten „Wie“ der Umsetzung gibt es aber viele Fragezeichen. Und den Forderungen aus dem Feld an „die Politik“ fehlen häufig eine konkrete konzeptionelle Unterlegung und ein klarer Adressat.

Fehlende eindeutige Verankerung in der Politik

Die Politik, so lässt sich beobachten, versteht die Erste Hilfe bei Herz-Kreislauf-Stillständen bislang nicht als wesentlichen Teil ihres Gestaltungsauftrags im Bereich der Notfallversorgung – die politische Verantwortung in diesem Kontext scheint erst beim Rettungsdienst zu beginnen. Mehrere interviewte Personen fordern daher, auch die Erste Hilfe müsse als elementarer Teil der Daseinsvorsorge verstanden und entsprechend behandelt werden, um die notwendigen strukturellen und finanziellen Voraussetzungen für erfolgreiche Reanimationen durch Ersthelfende zu schaffen. Bislang beschränke sich die Politik zu oft darauf, das Engagement der Akteure zu begrüßen, werde aber selbst nicht aktiv.

Erschwerend hinzu kommen eine Fragmentierung der politischen Verantwortung und eine Vielzahl von Schnittstellen im Bereich der Notfallversorgung bzw. der Ersten Hilfe – sowohl auf Ressortebene (u. a. Gesundheit, Inneres, Bildung, Arbeit) als auch im Kontext der föderalen Struktur der Bundesrepublik. Mit Blick auf die verschiedenen Verantwortungsebenen empfehlen mehrere der interviewten Fachleute, bei neuen Strategien und Regulatorik müsse das Subsidiaritätsprinzip beachtet werden.

Zunehmende Relevanz durch demografischen Wandel

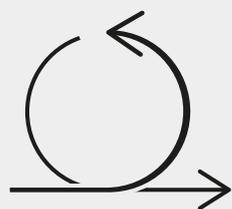
Der demografische Wandel wirkt sich in zweifacher Hinsicht auf das Geschehen rund um die Erste Hilfe bei Herz-Kreislauf-Stillständen aus. Zum einen kommt es in einer älter werdenden Gesellschaft zu epidemiologischen Veränderungen, sodass entsprechende Ereignisse häufiger auftreten könnten. Zum anderen trifft der infolge der demografischen Veränderungen größer werdende Fachkräftemangel auch den Rettungsdienst vermehrt.

Es werde angesichts des Fachkräftemangels sowie der für einen möglichen Ausbau notwendigen Kosten nicht gelingen, die Zeitlücke bei Reanimationen durch den Rettungsdienst allein zu schließen, betonen mehrere interviewte Fachleute. Die Relevanz von adäquater Erster Hilfe bei Herz-Kreislauf-Stillständen durch spontane Laienhilfe, Smartphone-basierte Ersthelfer-Alarmierung (SbEA) oder Organisierte Erste Hilfe wird also weiter zunehmen.



Es gibt eine nahezu rekordverdächtige Serie an Leuchtturmprojekten und Modellversuchen in unterschiedlichen Regionen. [...] Die haben [...] auch durchaus Erfolge. Also, es ist nicht so, dass das gar nichts bringt, aber systematisch auf die Gesamtbevölkerung gesehen, verpufft es. Das ist wenig nachhaltig, unglaublich aufwendig und es zeigt sich deshalb auch kaum in Daten, dass das einen substanziellen Effekt auf das Gesamtland hat.

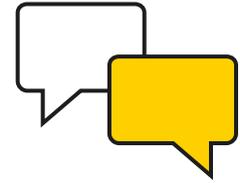
Fachinterview IF-2, Absatz 7



3 Ableitungen

3.1

Diskussion



Mit dem „Monitor Reanimation“ möchten wir fortan regelmäßig beleuchten, wie gut Deutschland für die Erste Hilfe bei Herz-Kreislauf-Stillständen gerüstet ist. Auch wenn wir mit dieser ersten Ausgabe naturgemäß nicht alle relevanten Aspekte im Detail beleuchten konnten, zeichnen die Ergebnisse ein relativ eindeutiges Bild.

So lässt sich einerseits feststellen:

Es gibt durchaus ermutigende Entwicklungen. Dazu gehört etwa, dass Telefonreanimationen konsequenter als noch vor wenigen Jahren angewendet werden und sich Smartphone-basierte Ersthelfer-Alarmierung (SbEA) dynamisch im Land verbreitet. Auch der vom Deutschen Reanimationsregister kommunizierte Anstieg der Ersthelfenden-Reanimationsquote auf 55,4 Prozent in 2024 bestätigt diese positive Entwicklung.

Andererseits:

Der Monitor zeigt auch, wo das System trotz vielfältiger Bemühungen in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten nicht substanziell vorangekommen ist: zum Beispiel bei der Kompetenz in der Bevölkerung und bei der zentralen Grundlage dafür, dem Reanimationsunterricht an weiterführenden Schulen.

Hinzu kommt:

Es ist nicht ausgemacht, dass der Fortschritt weitergeht. Auch erneute Rückschläge sind denkbar. Dies wird etwa an den verschiedenen Hürden offensichtlich, die es für eine nachhaltige Etablierung von SbEA gibt. Auch die Rahmenbedingungen auf Makroebene des Systems sind nicht so, dass man automatisch davon ausgehen könnte, dass sich die Dinge von nun an kontinuierlich bessern – und Deutschland sich sukzessive auf das Niveau anderer vorbildhafter Länder zubewegt. Dagegen sprechen der demografische Wandel, die fehlende „kulturelle“ Bedeutung der Wiederbelebung, die unzureichende Koordination und Wirkungsorientierung der Aktivitäten im Feld und die

fehlende eindeutige Verankerung des Themas in der Politik. Wichtigen Ansätzen und Maßnahmen fehlen rechtliche und finanzielle Grundlagen – notwendige Regulatorik steht seit Längerem aus.

Jedoch:

Mit der anstehenden Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes im Bund und lauter werdenden Forderungen von Expertinnen und Experten, die Erste Hilfe bei Herz-Kreislauf-Stillständen gesellschaftspolitisch neu zu bewerten und strategisch anzugehen, scheint gerade jetzt ein Gelegenheitsfenster geöffnet, das viele Jahre nicht vorhanden war. Es gilt, diese Chance systematisch zu nutzen.

Zukünftig:

In den kommenden Jahren möchten wir in weiteren Ausgaben des Monitors nachzeichnen, wie erfolgreich die aktuellen Bemühungen im Zusammenwirken der Akteure sind. Unser Ziel ist es zudem, bestimmte Einflussfaktoren für die Readiness des Systems vertieft zu untersuchen. Überdies haben die Analysen für den Monitor 2025 einige Fragestellungen hervorgebracht, die aus unserer Sicht genauer betrachtet werden könnten und sollten. Darunter: Was sind die spezifischen Determinanten von Handlungsbereitschaft in der Bevölkerung? Welche Aktivitäten zur Schulung von Mitarbeitenden gibt es in Unternehmen und welche Anreize wären nötig, diese zu fördern? Und: Welche Rolle können neue Technologien wie KI im Kontext der Ersten Hilfe bei Herz-Kreislauf-Stillständen konkret spielen?



3.2

Zentrale Ergebnisse

Der „Monitor Reanimation“ 2025 zeigt unter anderem:

Reanimationskompetenz fehlt in der Breite

Den Bürgerinnen und Bürgern in Deutschland fehlen in der Breite die notwendige Kompetenz und das Zutrauen zur Durchführung von Reanimationen. Wiederbelebungsmaßnahmen werden zu selten trainiert (siehe S. 20).

Reanimationsunterricht an Schulen hat großes Potenzial, wird aber bislang kaum verbindlich umgesetzt

Reanimationsunterricht an weiterführenden Schulen ist aus Expertensicht langfristig der zentrale Hebel für Reanimationskompetenz in der Bevölkerung. Es gibt jedoch bislang nur zwei Bundesländer mit einer aktiven verbindlichen normativen Vorgabe hierfür. Wie viele Schulen den Unterricht tatsächlich umsetzen, ist unklar (siehe S. 28).

Telefonreanimation wird häufiger geleistet, bleibt aber unter ihren Möglichkeiten

Telefonreanimationen kommen konsequenter zum Einsatz als noch vor wenigen Jahren. Jedoch werden die Potenziale noch immer nicht ausreichend ausgeschöpft. Fachleute fordern mehr Verbindlichkeit (siehe S. 23).

Ersthelfer-Apps sind auf dem Vormarsch, jedoch noch ohne stabile Basis

Die Verbreitung von Systemen zur Smartphone-basierten Ersthelfer-Alarmierung (SbEA) nimmt erkennbar zu. In über der Hälfte der Kreise und kreisfreien Städte Deutschlands (203 von 400) gibt es inzwi-

schen solche Systeme. Jedoch sind zentrale Bedingungen für eine dauerhafte Etablierung – eine eindeutige Marktlogik, eine nachhaltige Finanzierungsgrundlage und die Standardisierung der Angebote – bisher nicht erfüllt (siehe S. 33).

First Responder stärken die Rettungskette, besonders im ländlichen Raum

Organisierte Erste Hilfe durch First Responder spielt eine wichtige Rolle im Rettungsgeschehen bei Herz-Kreislauf-Stillständen – besonders im ländlichen Raum. SbEA und Organisierte Erste Hilfe können sich – im Sinne einer funktionalen Rettungskette – sinnvoll ergänzen (siehe S. 43).

AED sind sinnvoll, aber sind zu wenig verfügbar und unsystematisch verteilt

AED sind ein wichtiges Hilfsmittel bei Herz-Kreislauf-Stillständen, werden aber in Deutschland noch zu selten eingesetzt. Die Verfügbarkeit scheint lückenhaft, ein einheitliches Register fehlt, und die Verteilung erfolgt wenig bedarfsgerecht. (siehe S. 26).

Viel Engagement vorhanden bei mangelnder Koordination

Das Engagement der Akteure zur Verbesserung der Systemvoraussetzungen ist groß und eine bedeutende Ressource. Den Maßnahmen fehlt es jedoch häufig an Koordination und Wirkungsorientierung. Die Politik versteht die Erste Hilfe bei Herz-Kreislauf-Stillständen bislang nicht als wesentlichen Bestandteil ihres Gestaltungsauftrags (siehe S. 47).

3.3

Handlungsempfehlungen



Aus den Ergebnissen leiten wir konkrete Handlungsempfehlungen ab:



Zentrale Weichen stellen: Erste Hilfe priorisieren und strategisch verankern

Jetzt sollte das Gelegenheitsfenster der Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes genutzt werden, um zentrale Weichen zu stellen und Erste Hilfe strategisch zu verankern.

Reanimationsschulungen durch Anreize für Einzelpersonen, Betriebe und Vereine fördern

Um die Reanimationskompetenz in der Bevölkerung langfristig zu stärken, braucht es regelmäßige, niedrighschwellige Schulungsangebote in Institutionen wie Betrieben und Vereinen, flankiert durch gezielte Anreize, damit Erste Hilfe selbstverständlich wird und Menschen im Ernstfall mit Selbstvertrauen handeln können.

Reanimationsunterricht an Schulen verbindlich in den Bundesländern verankern

Ein bundesweit verbindlicher Reanimationsunterricht ab Klasse 7 sowie gesicherte Strukturen zur Qualifizierung von Lehrkräften und Bereitstellung von Übungsmaterialien sind notwendig, damit alle Schülerinnen und Schüler frühzeitig und flächendeckend zu kompetenten Ersthelfenden ausgebildet werden.

Telefonreanimation verbindlich regeln

Damit die telefonische Anleitung zur Reanimation (T-CPR) flächendeckend und zuverlässig erfolgt, braucht es eine gesetzliche Verpflichtung zur Durchführung sowie standardisierte Notrufabfrageprotokolle, die die Erkennung von Herz-Kreislauf-Stillständen erleichtern und eine konsequente Anleitung durch die Leitstellen sicherstellen.

Smartphone-basierte Ersthelfer-Alarmierung (SbEA) durch Finanzierungsregelung absichern und mittels verbindlicher Standards weiterentwickeln

Damit SbEA flächendeckend und dauerhaft als Teil der Notfallversorgung wirken kann, braucht es eine bundesweite Finanzierungsregelung sowie verbindliche Mindeststandards für Technik, Schnittstellen und Qualifikation.

First-Responder-Strukturen und damit gleichzeitig Ehrenamt gezielt fördern

Damit das Potenzial von First Respondern flächendeckend genutzt werden kann, sollten gezielte Förderprogramme für den Ausbau und die Ausstattung geschaffen werden – denn das Ehrenamt, getragen von insgesamt rund 29 Millionen Engagierten, ist besonders in ländlichen Regionen ein unverzichtbares Rückgrat und braucht verlässliche Rahmenbedingungen.

AED-Verfügbarkeit durch ein bundesweites Register und eine bedarfsgerechte Verteilung verbessern

Damit AED im Ernstfall Leben retten können, braucht es ein bundesweites Register mit einheitlichen Schnittstellen und verbindlichen Standards sowie eine gezielte Verteilung, damit die Geräte dort verfügbar sind, wo sie gebraucht werden.

Gemeinsames Zielbild für lebensrettende Erste Hilfe bei Herz-Kreislauf-Stillständen entwickeln

Bund, Länder, Kommunen und relevante Akteure sollten gemeinsam ein verbindliches Zielbild für eine Kultur der Wiederbelebung – ein Selbstverständnis aktiv zu helfen und zu reanimieren – entwickeln und politische Rahmenbedingungen sowie verlässlichen Strukturen hierfür bereitstellen.

Impressum

Herausgeber

ADAC Stiftung
Hansastraße 19
80686 München

Vertreten durch deren Vorständin:

Christina Tillmann

Rechtsform: von der Regierung von Oberbayern am 22. September 2016 anerkannte Stiftung bürgerlichen Rechts. Die ADAC Stiftung verfolgt ausschließlich und unmittelbar mildtätige und gemeinnützige Zwecke im Sinne der Abgabenordnung (AO).

Projektleitung „Monitor Reanimation“ 2025

Nadja Schittko

E-Mail: nadja.schittko@stiftung.adac.de

Telefon: +49 89 76 76 68 61

Studiendurchführung und Redaktion

Dr. Johannes Bittner, Bittner + Thranberend GmbH

Timo Thranberend, Bittner + Thranberend GmbH

Korrektorat

Textpur

Verwendete KI-Werkzeuge

🔗 DeepL Write – Textoptimierungen

🔗 LanguageTool – Korrektorat

🔗 OpenAI ChatGPT – Unterstützung bei Textentwürfen und Strukturierung

🔗 OpenAI Sora – Generierung des Titelbildes

Bibliografische Daten

Erscheinungstag: 17. September 2025

DOI: <http://doi.org/10.69154/20250901>

