

unterstützt von:



Aktionsplan Wiederbelebung

13. März 2024

Wie steht es um „Wiederbelebung“ in Deutschland?

Jedes Jahr erleiden mehr als 70.000 Menschen in Deutschland einen Herz-Kreislauf-Stillstand außerhalb des Krankenhauses.¹ Nur 10 Prozent der Betroffenen hierzulande überleben einen solchen Notfall.²

Innerhalb von drei bis fünf Minuten kommt es zu irreversiblen Schäden im Gehirn, wenn nicht zeitnah Wiederbelebungsmaßnahmen einsetzen.³ Das schnelle Handeln von umstehenden Personen bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes ist somit entscheidend für die Überlebenschancen der Betroffenen. Das Erkennen eines Herz-Kreislauf-Stillstandes, der unmittelbare Beginn der Herzdruckmassage sowie optional der Einsatz eines gut erreichbaren Automatisierten Externen Defibrillators (AED) gehören zu den Kernelementen einer erfolgreichen Rettungskette. Obwohl häufig Menschen in der Nähe sind, leisten immer noch zu wenige Erste Hilfe. Deutschlands Laienreanimationsquote von 51 Prozent liegt deutlich unter den Quoten anderer europäischer Länder.^{4 5}

Seit 2021 gibt es den Globalen Aktionsplan für Patientensicherheit, in dem die Forderung nach Prävention und Stärkung von Gesundheitskompetenzen eine wichtige Stellung einnimmt. Im November 2021 einigte sich die Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag auf ein „Maßnahmenpaket Wiederbelebung“. Im Herbst 2023 wiederum hob die vom Bundesgesundheitsministerium beauftragte Regierungskommission die wichtige Rolle der Bevölkerung in der Notfallversorgung hervor. In ihrem Konzept für eine Reform des Rettungsdienstes sprach sie sich insbesondere für eine bessere Kenntnis von Wiederbelebungsmaßnahmen und eine flächendeckendere Verfügbarkeit von AED aus. Alle diese Initiativen sind zu begrüßen, bisher fehlt es jedoch in dieser Legislaturperiode an einer zielstrebigen Umsetzung konkreter Maßnahmen.

Welche Maßnahmen braucht es jetzt?

Wir, der *Deutscher Rat für Wiederbelebung – German Resuscitation Council (GRC)* und der *Bundesverband Medizintechnologie (BVMed)*, haben unter der Überschrift „Aktionsplan Wiederbelebung“ vier Maßnahmenbereiche entlang der Rettungskette erarbeitet (siehe Abbildung 1). Das Ziel: die Laienreanimationsquote

¹ [German Resuscitation Council](#)

² [Reanimationsregister 2022](#)

³ [Perceptions of collapse and assessment of cardiac arrest by bystanders of out-of-hospital cardiac arrest \(OOHCA\)](#)

⁴ [Epidemiologie des Kreislaufstillstands in Europa](#)

⁵ [Reanimationsregister 2022](#)

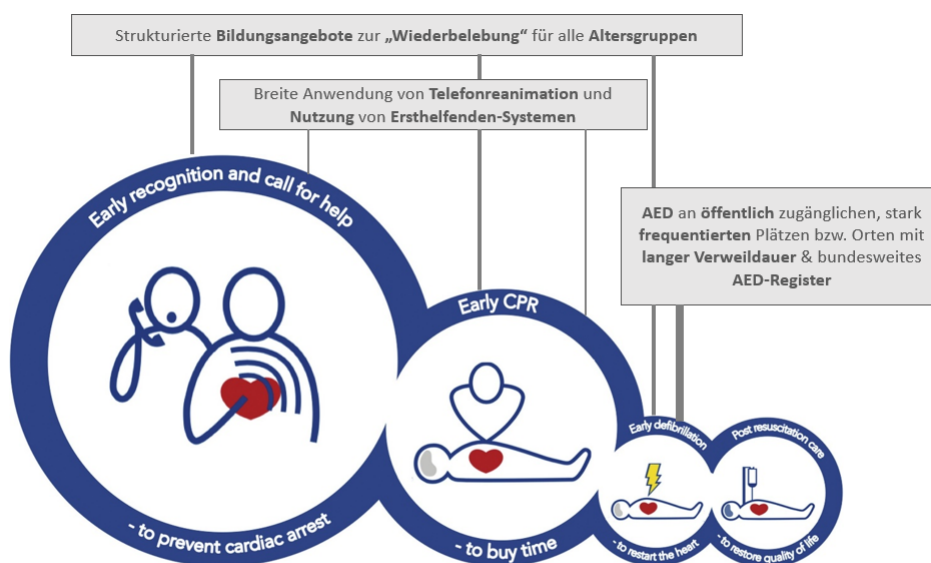
steigern und die Überlebenschancen bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand außerhalb des Krankenhauses in Deutschland verbessern. Für jeden Maßnahmenbereich stellen wir zudem entsprechende gesetzliche bzw. untergesetzliche Regelungsvorschläge zur Verfügung. Ausdrücklich unterstützt wird der Aktionsplan von dem *Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)*, der *Bundesarbeitsgemeinschaft Erste Hilfe (BAGEH - Arbeiter-Samariter-Bund, Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft, Deutsches Rotes Kreuz, Johanniter-Unfall-Hilfe und Malteser Hilfsdienst)*, der *Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV)* sowie der *Deutschen Herzstiftung*.

Die vier Maßnahmenbereiche des „Aktionsplan Wiederbelebung“:

1. Strukturierte Bildungsangebote zur Wiederbelebung für alle Altersgruppen.....	3
2. Breite Anwendung von Telefonreanimation und Ersthelfer-Systemen	6
3. AED an öffentlich zugänglichen, stark frequentierten Plätzen bzw. Orten mit langer Verweildauer	7
4. Bundesweites AED-Register	12

Wer ist zur Umsetzung der Maßnahmen gefragt?

Mit diesen Vorschlägen machen wir der Bundesregierung ein sehr konkretes Angebot, dem im Jahr 2021 angekündigten „Maßnahmenpaket Wiederbelebung“ nunmehr Taten folgen zu lassen. Es steht außer Frage, dass es hierfür einer gemeinschaftlichen Kraftanstrengung aller Akteure bedarf, die im Kampf gegen den plötzlichen Herztod etwas ausrichten können. Dazu gehören - neben der Bundesregierung - auch die Bundesländer, denn einige der notwendigen Regelungen im Bildungs- und Bauwesen fallen in ihren gesetzgeberischen Kompetenzbereich. Darüber hinaus können die gesetzlichen Unfallversicherer eine wichtige Rolle dabei spielen, noch eingehender zum Thema „Wiederbelebung“ am Arbeitsplatz zu sensibilisieren. Auch bieten sich die in diesem Aktionsplan vereinten Verbände als Katalysatoren der vorgeschlagenen Maßnahmen an.



Quelle: ursprüngliche Grafik, GRC/Deakin 2018 (adaptiert)

AED - Automatisierte Externe Defibrillatoren

Abbildung 1: Das Zusammenwirken der in diesem Aktionsplan vorgeschlagenen Maßnahmen soll die Rettungskette bei einem plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstand stärken.

Wie lässt sich der „Aktionsplan Wiederbelebung“ umsetzen?

1. Strukturierte Bildungsangebote zur Wiederbelebung für alle Altersgruppen

Das Erkennen eines Herz-Kreislauf-Stillstandes fällt vielen Menschen schwer. In manchen Fällen kann das zu fatalem Nichthandeln führen.⁶ Eine strukturierte und wiederkehrende Auseinandersetzung mit dem Thema „Wiederbelebung“ in allen Altersgruppen ist daher wichtig, um Wissenslücken zu schließen und die Bereitschaft der Bevölkerung zur Ersten Hilfe zu erhöhen.

Die Regierungskommission des Bundesgesundheitsministeriums empfiehlt in ihrer im Herbst 2023 veröffentlichten Stellungnahme zu einer Reform des Rettungsdienstes u. a. „(...) die verpflichtende Ausbildung zur Ersten Hilfe, insbesondere zum Thema Reanimation in den Grund- und weiterführenden Schulen (...)“. Laut des Beschlusses des 395. Schulausschusses der Ständigen Konferenz der Kultusminister (KMK) wurde den Bundesländern bereits im Juni 2014 die Einführung von Modulen zum Thema Wiederbelebung nahegelegt (Zeitungsumfang von zwei Unterrichtsstunden im Jahr ab der Jahrgangstufe 7). Bis dato haben jedoch nur drei der 16 Bundesländer (Baden-Württemberg, Saarland und Mecklenburg-Vorpommern) diese Empfehlung übernommen.⁷ Wobei nur im Saarland die Umsetzung tatsächlich flächendeckend stattfindet. Im Sommer 2023 wurde dort die Schülerschulung in Wiederbelebung zumindest verpflichtend an allen Gymnasien im Fach Naturwissenschaften/Biologie in der Unter- und Mittelstufe eingeführt.

Am Arbeitsplatz sind bisher nur die Benennung und Schulung von betrieblichen Ersthelfern verpflichtend. Eine strukturierte, wenngleich niedrigschwellige und aufwandsarme, Einbindung aller Beschäftigten zum Thema „Wiederbelebung“ existiert bisher nicht. Zur Ausbildung der Ersthelfer gehört die Wiederbelebung wie auch der Umgang mit einem AED. Beschäftigte, die nicht Ersthelfer sind, müssen nach § 12 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) und den Vorschriften der Unfallversicherer „DGUV Vorschrift 1 – Grundsätze der Prävention“ jährlich über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit informiert werden. Diese verpflichtende Unterweisung beinhaltet grundsätzlich die Themen Arbeitsschutz, Brandschutz sowie Erste Hilfe. Eine konkrete Aufklärung rund um geeignete Wiederbelebungsmaßnahmen bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand sind darin nicht enthalten.⁸

⁶ Perceptions of collapse and assessment of cardiac arrest by bystanders of out-of-hospital cardiac arrest (OOHCA)

⁷ Der aktuelle Umsetzungsstand von Wiederbelebungunterricht in Schulen in Deutschland – Umfrageergebnisse einer Abfrage der Ministerien aller Bundesländer

⁸ Im April 2019 wurde vor dem Bundesgerichtshof (BGH) in Karlsruhe unter dem AZ III ZR 35/18 der Fall eines Schülers der 13. Klasse verhandelt, der im Sportunterricht einen Herz-Kreislauf-Stillstand erlitten hatte. Die Beteiligten unterließen Wiederbelebungsmaßnahmen. In der Folge kam es zu schwersten Hirnschäden aufgrund von Sauerstoffmangel. Der BGH sah die Pflicht zur Durchführung einer sachgerechten Ersten Hilfe gegeben. Strukturierte Bildungsangebote zur Wiederbelebung im gesamten Bundesgebiet – nicht nur für Schüler, sondern auch für Lehrer und allgemein im Arbeitskontext erscheinen besonders vor dem Hintergrund des BGH-Urteils geboten.

Regelungsvorschläge:

Schule:

Aufgrund der sehr ausbaufähigen Umsetzungsrate sollten die Bundesländer sich innerhalb der KMK zu ihrem Beschluss vom Juni 2014 erneut bekennen, indem sie sich gemeinsam auf eine Umsetzungsfrist einigen. Wie bereits im Saarland geschehen, könnte das Thema „Wiederbelebung“ beispielsweise ab der 7. Klasse im Bereich Naturwissenschaften/Biologie oder auch im Bereich Sport integriert werden. Der Lehrplan des Saarlandes kann als Vorbild dienen.

Lebewesen bestehen aus Zellen		Biologie 7
Inhalte / Basisbegriffe	Verbindliche Kompetenzerwartungen	Vorschläge und Hinweise
W Jeder kann Leben retten		
W 1 Wiederbelebung		
Prüfen – Rufen – Drücken		
a) Hirnschäden, Tod	a) erläutern die Folgen eines Herz-Kreislaufstillstandes und beurteilen die Notwendigkeit Hilfe zu leisten,	Hilfreich für die Durchführung: Einbindung des Schulsanitätsdienstes Trainingsmodelle für HDM (einfache Torso-Modelle), Ganzkörper-Trainingspuppe, Gymnastikmatte
b) Atmung, Schnapp-Atmung, Atemstillstand, Bewusstlosigkeit	b) geben Kriterien für Bewusstlosigkeit an,	evtl. Kooperation mit außerschulischen Institutionen, z.B. dem Roten Kreuz
f) Notrufnummer: 112	c) überprüfen im Rollenspiel die Bewusstseinslage eines Notfallopfers,	Die Beatmung wird erst zu einem späteren Zeitpunkt (KS 9) eingeübt.
i) korrekter Druckpunkt, Drucktiefe, Druckfrequenz	d) unterscheiden zwischen Bewusstlosigkeit mit und ohne Spontanatmung,	h) eine Person mit HerzKreislaufstillstand in Rückenlage auf eine feste Unterlage legen und deren Oberkörper freimachen
	e) geben an, dass gleichzeitiges Vorliegen einer Bewusstlosigkeit und nicht normaler Atmung unverzügliches Handeln erfordert,	i) Hände zwischen die Brustwarzen des Betroffenen legen, bei Erwachsenen 5-6 cm tief und 100-120 x pro Minute drücken (Druckfrequenz entspricht dem Takt von „Atemlos durch die Nacht“ oder „staying alive“)
	f) nennen die Notrufnummer und führen einen korrekten Notruf im Übungsszenario durch,	
	g) nennen die Möglichkeit des Einsatzes eines automatisierten externen Defibrillators (AED) und geben Orte in der Umgebung an, wo AED zu finden sind.	

Lebewesen bestehen aus Zellen		Biologie 7
Inhalte / Basisbegriffe	Verbindliche Kompetenzerwartungen	Vorschläge und Hinweise
	Die Schülerinnen und Schüler	Link für eine Bastelanleitung einer Reanimationspuppe: https://t.ly/Umch
	h) beschreiben die vorbereitenden Schritte zur Durchführung der Herzdruckmassage (HDM),	„Woche der Wiederbelebung“ jedes Jahr im September
	i) führen am Modell eine Herzdruckmassage (HDM) durch.	„World Restart a Heart Day“ jedes Jahr am 16.10. https://www.grc-org.de/downloads/GRC-Faktenblatt_Poster.pdf

Abbildung 2: Auszug aus dem Lehrplan für das Gymnasium Klassenstufe 7 des Saarlandes 2023

Generell sollte sich die Gestaltung von Wiederbelebungskursen an folgendem Curriculum orientieren:⁹

Modul I – „PRÜFEN, RUFEN, DRÜCKEN“ (1h)

- Erkennen eines potenziellen Herz-Kreislauf-Stillstandes
- Aktivieren von Hilfe
- Strukturierte Alarmierung des Rettungsdienstes (Zeitspanne: Eintreffen des Rettungsdienstes)
- Umsetzung von Anleitungen/Anweisungen der Rettungsleitstelle
- Bedeutung der Thoraxkompressionen/Herzdruckmassage (ggf. in Relation zu Beatmung) verstehen
- Durchführung qualitativ hochwertiger Thoraxkompressionen/Herzdruckmassage über 10 Minuten

⁹ [Curriculum Laienreanimation der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe](#)

Modul II – Wiederholung und Vertiefung (1h)

- Wiederholung der Durchführung qualitativ hochwertiger Thoraxkompressionen/ Herzdruckmassage über 10 Minuten
- Anwendung der Beatmung (inkl. deren Bewertung)
- Durchführung einer Mund-zu-Mund-Beatmung
- Anwendung eines AED (inkl. deren Bewertung)

Arbeitsplatz:

Es ist davon auszugehen, dass viele Beschäftigte bereits durch die Führerscheinprüfung in Wiederbelebungsmaßnahmen wie z. B. der Herzdruckmassage geschult worden sind und diese zumindest einmal geübt haben. Dennoch bedarf es einer regelmäßigen wie auch niederschweligen Auseinandersetzung mit der Thematik am Arbeitsplatz. Absatz 4.3.1 der heutigen DGUV Information 204-022 „Erste Hilfe im Betrieb“ definiert den Inhalt der Ersten-Hilfe Unterweisung nach § 12 ArbSchG und „DGUV Vorschrift 1 – Grundsätze der Prävention“ und kann vor diesem Hintergrund wie folgt ergänzt werden:

Unterweisung

Die Unterweisung nach § 4 der DGUV Vorschrift 1 „Grundsätze der Prävention“ bezieht sich auch auf das Verhalten der Versicherten hinsichtlich der Durchführung der Ersten Hilfe bei Unfällen und Ereignissen¹⁰ im Betrieb. Durch die Unterweisung müssen insbesondere folgende Fragen beantwortet werden:

- *Welche Personen sind Ersthelfer?*
- *Wo befindet sich ggf. ein Betriebssanitäter?*
- *Wo und wie kann ein Notruf abgesetzt werden?*
- *Wem ist der Unfall oder das Ereignis zu melden?*
- *Wo befindet sich Erste-Hilfe-Material?*
- *Wo befindet sich der Erste-Hilfe-Raum?*
- *Was sind die Erste-Hilfe Maßnahmen zur Wiederbelebung (Rettungskette, inklusive optionaler Einsatz eines AED, wenn im Betrieb vorhanden)?*
- *Wo befinden sich ggf. Rettungstransportgeräte?*
- *Welche Vorgehensweisen sind bei einem Unfall im Betrieb festgelegt?*
- *Wie werden Rettungseinheiten an den Notfallort geleitet?*
- *Welche Ärzte sind nach einem Unfall aufzusuchen?*
- *Wie wird die Erste-Hilfe-Leistung dokumentiert?*

Allgemein:

Wir schlagen vor, dass die Bundesregierung einfach verständliches Informationsmaterial zum Thema „Wiederbelebung“ (z. B. mit Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA bzw. des im Aufbau befindlichen Bundesinstitutes für Prävention und Aufklärung in der Medizin, BIPAM) auf einer zentralen Plattform zur Verfügung stellt. Dieses sollte vornehmlich in Form einer Informationsplattform mit altersangepassten Gamification-Inhalten umgesetzt werden. Das Material kann als Basis für die Information an Schulen dienen, von Arbeitgebern, den Mitarbeitern im Rahmen der Unterweisung zur Verfügung gestellt werden sowie allen interessierten Bürgern freien Zugang zu diesem wichtigen Thema verschaffen.

¹⁰ Wir raten zu einer Unterscheidung zwischen „Unfall“ und „Ereignis“. Der Unfallbegriff ist gesetzlich geregelt. Es handelt sich hierbei um ein von außen einwirkendes Ereignis. Das schließt einem Herz-Kreislauf-Stillstand nicht zwangsweise mit ein.

2. Breite Anwendung von Telefonreanimation und Ersthelfer-Systemen

Sowohl die standardisierte Telefonreanimation (T-CPR) als auch die Alarmierung von Ersthelfern durch entsprechende Apps können dazu beitragen, dass zeitnah lebensrettende Wiederbelebungsmaßnahmen bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes eingeleitet werden.

Eine standardisierte T-CPR ist eine Reanimationsanleitung während eines Notrufgesprächs, welche von Leitstellendisponenten durchgeführt wird. Auf Grundlage eines standardisierten Abfragekatalogs kann der Leitstellendisponent herausfinden, ob ein Herz-Kreislauf-Stillstand vorliegt und die Ersthelfer schrittweise zur Herzdruckmassage anleiten. Die Überlebensrate der Betroffenen kann durch eine angeleitete Wiederbelebung verdoppelt bis verdreifacht werden.¹¹ So kann die T-CPR das therapiefreie Intervall bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes verkürzen. Das European Resuscitation Council (ERC)¹² bzw. der GRC empfehlen in ihren aktuellen Leitlinien die Einführung von T-CPR in Rettungsleitstellen. Eine Umfrage aus 2021, an der 249 Leitstellen in Deutschland teilnahmen, zeigte jedoch, dass nur der Hälfte der Leitstellen tatsächlich immer eine T-CPR durchführt.¹³ Das Potential der T-CPR ist somit in Deutschland nicht gänzlich ausgeschöpft. Eine strukturierte Notrufabfrage in allen Leitstellen ermöglicht das zuverlässigere Erkennen von Fällen, in denen eine T-CPR benötigt wird.

Gleichzeitig sollten qualifizierte Ersthelfer, die sich bei einem Notfall in unmittelbarer Nähe befinden, alarmiert werden. Über bereits existierende regionale Ersthelfer-Systeme können Leitstellen diese Personen App-basiert orten und benachrichtigen. In Regionen, in denen solche Systeme etabliert und standardmäßig genutzt wurden, konnte die Überlebenswahrscheinlichkeit bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand substanzial erhöht werden.¹⁴

Die Rettungsleitstellen gehören zu den Ersten, die von einem Notfall erfahren. Sie spielen deshalb eine entscheidende Rolle bei der Steuerung und Koordinierung der Hilfe. Die T-CPR und die Alarmierung von Ersthelfern können wichtige Bestandteile der Hilfe sein. Bisher gibt es jedoch keine Anreizstruktur für Rettungsleitstellen, eine standardisierte Notfallabfrage bzw. T-CPR sowie den Einsatz von Ersthelfer-Systemen als Instrumente regelhaft in die Rettungskette zu etablieren.

Regelungsvorschlag:

Die geplante Reform der Notfallversorgung bietet eine gute Gelegenheit, die breite Anwendung der T-CPR sowie die von Ersthelfer-Systemen zu fördern. Als Teil der geplanten Reform der Notfallversorgung schlägt die Regierungskommission des Bundesgesundheitsministeriums vor, den Rettungsdienst als eigenes Leistungssegment in das Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (SGB V) zu überführen. Bis dato als Transportleistung definiert, würde dem Rettungsdienst so ein eigenständiges Leistungssegment („Notfallbehandlung“) in § 27 SGB V zugesprochen werden. Der konkrete Leistungsanspruch, der u. a. auch Aufgaben der Rettungsleitstelle als Steuerungs- und Koordinierungsleistung umfassen soll („Notfallmanagement“), würde in einem neuen § 60 SGB V formiert werden. Zum Leistungsspektrum der Rettungsleitstelle („Notfallmanagement“) sollten dann auch die standardisierte Notrufabfrage bzw. die standardisierte T-CPR sowie die Vermittlung von Ersthelfern gehören. Beide Leistungen würden damit durch die Krankenkassen vergütet werden.

¹¹ [BIG FIVE strategies for survival following out-of-hospital cardiac arrest](#)

¹² [ERC Guidelines 2021](#)

¹³ [State of Implementation of Telephone Cardiopulmonary Resuscitation by Rescue Coordination Centers in Germany](#)

¹⁴ [European first responder systems and differences in return of spontaneous circulation and survival after out-of-hospital cardiac arrest: A study of registry cohorts](#)

3. AED an öffentlich zugänglichen, stark frequentierten Plätzen bzw. Orten mit langer Verweildauer

Ein AED gibt elektrische Impulse ab, die das Herz wieder in seinen natürlichen Rhythmus zurückbringen sollen. Der Einsatz eines AED kann die Herzdruckmassage sinnvoll ergänzen. AED sind so konzipiert, dass sie von Laien, also Personen ohne medizinischen Hintergrund, einfach und sicher bedient werden können. Eine Defibrillation innerhalb von 3-5 Minuten nach dem Kollaps kann die Überlebensrate auf 50-70 Prozent erhöhen, vorausgesetzt ein AED ist vor Ort verfügbar.^{15 16 17}

An Orten, die öffentlich zugänglich und stark frequentiert sind und/oder an denen sich Menschen länger aufhalten, ist die Wahrscheinlichkeit eines medizinischen Notfalls wie eines Herz-Kreislauf-Stillstandes erhöht. Zudem können bauliche Gegebenheiten das Eintreffen des Rettungsdienstes verzögern, was das zeitnahe Einsetzen der Defibrillation vor Ort umso entscheidender machen kann. Studien zeigen beispielsweise, dass sich die Überlebenschancen eines Herz-Kreislauf-Stillstandes verringern, wenn sich der Kollaps in einem mehrstöckigen Haus ereignet.¹⁸

Deutschlands AED-Dichte ist ausbaufähig. Die ERC Guidelines empfehlen mindestens zwei AED sowie 10 verfügbare Ersthelfer pro km².¹⁹ In Deutschland konnte diese Dichte bisher nicht erreicht werden.²⁰ Ein „flächendeckendes Aufstellen von öffentlich zugänglichen Defibrillatoren“ wird von der Regierungskommission des Bundesgesundheitsministeriums in ihren [Vorschlägen](#) zur stärkeren Einbindung der Bevölkerung in die Notfallversorgung befürwortet. Andere europäische Länder haben bereits gesetzliche Regelungen erlassen, um den Zugang zu AED, besonders an Orten mit Öffentlichkeitscharakter, zu verbessern. In Italien beispielsweise gibt es seit 2021 ein Gesetz, das die Verteilung von AED an Orten wie großen Büroräumen, Flughäfen, Bahnhöfen oder Häfen regelt. In Frankreich existiert für alle öffentlichen Einrichtungen (auch für Verkaufsstätten wie Supermärkte und Freizeitangebote wie Kino) die verpflichtende Vorhaltung eines AED per Gesetz.

Regelungsvorschläge:

Wir schlagen vor, in der Musterbauordnung (MBO) für eine Auswahl von Sonderbauten sowie in der Muster-VersammlungsstättenVO (MVStättVO) und der ArbeitsstättenVO (ArbStättV) die Bereitstellung eines oder mehrerer AED vorzusehen. Die Umsetzung der Regelungsinhalte hinsichtlich der MBO obliegt den Bundesländern in ihren jeweiligen Landesbauordnungen. Im Rahmen der Bauministerkonferenz könnte eine Festlegung im Rahmen der MBO gemeinsam für alle Landesbauordnungen im Bundesgebiet erreicht werden. Gleiches gilt für die MVStättVO. Auch die Umlagefähigkeit, sollte eine bauordnungsrechtliche Pflicht für AED eingeführt werden, ist (analog dem Einbau von Rauchmeldern) ohne eine weitere Gesetzesänderung möglich.

Ergänzend können auf der Bundesebene Vorgaben in den fahrzeugausstattungsbezogenen Vorschriften des Personenbeförderungsrechts und der Straßenverkehrs-Zulassungs-Ordnung (StVZO) getroffen werden. Dies gilt z. B. für Ergänzungen in der Verordnung über den Betrieb von Kraftfahrunternehmen im Personenverkehr (BOKraft) für O-Busse und Kraftomnibusse zum Betrieb im Personenverkehr oder – allgemein – in der StVZO für die Zulassung von Kraftomnibussen mit mehr als 22 Fahrgastplätzen.

¹⁵ [Leitlinien zur Reanimation 2015 des European Resuscitation Council](#)

¹⁶ [Automated external defibrillator accessibility is crucial for bystander defibrillation and survival: A registry-based study](#)

¹⁷ [European Resuscitation Council Guidelines 2021: Systems saving lives](#)

¹⁸ [Cardiac Arrest Occurring in High-Rise Buildings: A Scoping Review](#)

¹⁹ [ERC Guidelines 2021](#)

²⁰ [Access to automated external defibrillators and first responders: Associations with socioeconomic factors and income inequality at small spatial scales](#)

Gebäude:

1. MBO

Um die Verfügbarkeit von AED in Gebäuden mit einem hohen Personenaufkommen zu verbessern, bietet sich die Einführung einer gesetzlichen Pflicht zur Erstellung eines medizinischen Notfallkonzeptes für bestimmte Arten von Sonderbauten in den Landesbauordnungen besonders an. Die Landesbauordnungen sehen neben materiellen Anforderungen an die Gestaltung baulicher Anlagen, an die Bauausführung und an den Brandschutz jeweils eigene Abschnitte mit Regelungen zu nutzungsbedingten Anforderungen vor (vgl. §§ 47 ff. MBO). Diese Regelungen dienen auch der Abwehr bzw. Prävention von nutzungsbedingten Gefahren. Für eine Vielzahl von Sonderbauten sehen die Landesbauordnungen erhöhte formelle und materielle Anforderungen vor. Hier kann auch die vorgeschlagene Pflicht zur Erstellung eines medizinischen Notfallkonzeptes ansetzen, das u. a. die Anbringung von AED an gut zugänglichen und sichtbaren Orten innerhalb der Gebäude umfassen muss. In den Konzepten sind insbesondere die gebäudebezogenen Auswirkungen auf die Erreichbarkeit von medizinischen Notfällen in z. B. Aufenthaltsräumen durch die Rettungskräfte zu würdigen, denn gerade in vielen großen Sonderbauten, bei denen im Regelbetrieb mit einem hohen Personenaufkommen zu rechnen ist, wirken sich lange Rettungswege der Einsatzkräfte auf die Überlebenschancen unmittelbar aus.

Für eine möglichst schnelle und weitreichende Wirkung der landesgesetzlichen Neuregelungen genügt es dabei nicht, die Erstellung eines Notfallkonzeptes nur für Neubauten und genehmigungsbedürftige bauliche Änderungen vorzuschreiben. Insofern bedarf es ergänzender Regelungen auch für Bestandsgebäude, die dem Maßstab des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes genügen. In einigen Landesbauordnungen sind bereits heute Befugnisse der Bauaufsichtsbehörden normiert, die zur Abwehr von Gefahren für Leib und Leben eine Durchbrechung des allgemeinen baurechtlichen Bestandsschutzes zulassen. Entsprechende gesetzliche Befugnisse zur Anordnung eines medizinischen Notfallkonzeptes bzw. zur Anbringung von AED an einem leicht zugänglichen und gut sichtbaren Ort innerhalb der Sonderbauten sind daher möglich und sinnvoll.

- a) Der heutige § 51 MBO könnte als § 51 Abs. 1 gefasst und um folgenden Absatz 2 ergänzt:

Für Sonderbauten gemäß § 2 Abs. 4 Nr. 1 bis 7, Nr. 11 bis 13 und Nr. 16 ist vor der Inbetriebnahme ein Konzept für medizinische Notfälle (Notfallkonzept) zu erstellen. Das Notfallkonzept umfasst mindestens die Ausstattung der baulichen Anlage mit Automatisierten Externen Defibrillatoren (AED). Die im Notfallkonzept zu bestimmende Anzahl an AED innerhalb der baulichen Anlage richtet sich nach der Anzahl der im Regelbetrieb innerhalb der baulichen Anlage vorhandenen Personen, der für medizinische Einsätze in der Anlage maßgeblichen baulichen Eigenschaften der Anlage und der Zeitdauer, die benötigt wird, um im Notfall einen AED innerhalb der Anlage in maximal 3 Minuten²¹ zum Betroffenen zu bringen. Barrieren wie bspw. Türen, Treppen, Menschenmengen und Hin- und Rückweg sind entsprechend zu berücksichtigen. Die AED müssen leicht (frei) zugänglich und einsatzbereit sein. Die Stellen der Anbringung von AED müssen als solche gekennzeichnet und gut erreichbar sein.

Anm.: In einigen Sonderbauten gemäß § 2 Abs. 4 MBO, z. B. in Sonderbauten gemäß § 2 Abs. 4 Nr. 2 MBO werden sich schon nach ihrer Nutzungsart nur wenige Personen aufhalten. Daher könnte eine entsprechende Einschränkung eingefügt werden. Eine solche könnte die Anwendung der gesetzlichen Pflicht zur Erstellung eines Notfallkonzeptes z. B. auf Sonderbauten beschränken, in denen nach dem

²¹ [Recent advances and controversies in adult cardiopulmonary resuscitation](#)

Betriebskonzept mit einem Aufenthalt von mindestens 100/200 Personen o. ä. gerechnet werden muss.

- b) Die MBO enthält heute – anders als einige Landesbauordnungen (vgl. § 81 BbgBO) noch keine Befugnis der Bauaufsichtsbehörden zur Anordnung von Maßnahmen für Bestandsgebäude. Eine solche Regelung müsste also erst eingeführt werden, um dort eine Nachrüstung mit AED vorzusehen. Denkbar ist der folgende Vorschlag für einen neuen § 80a MBO, der sich an dem Wortlaut der existierenden Vorschriften einiger Landesbauordnungen orientiert:

§ 80a MBO (neu) – Anpassung bestehender baulicher Anlagen

Wenn es zur Abwehr von erheblichen Gefahren für Leben oder Gesundheit erforderlich ist, können die Bauaufsichtsbehörden für die in § 51 Abs. 2 genannten Sonderbauten anordnen, dass die in § 51 Abs. 2 genannten Anforderungen auch von einer bestehenden baulichen Anlage einzuhalten ist. In der Anordnung ist eine angemessene Frist für die Erstellung und Umsetzung des Notfallkonzeptes einzuräumen.

- c) Umlagefähigkeit bei bauordnungsrechtlicher Pflicht zur Ausstattung mit AED

Nach der gesetzlichen Einführung der Pflicht zum Einbau von Rauchwarnmeldern in Wohnungen in den Landesbauordnungen (vgl. § 48 Abs. 4 MBO) ist gerichtlich geklärt worden, dass die Kosten für die erstmalige Anschaffung und Installation von Rauchwarnmeldern auch bei Wohnungsmietverträgen als Modernisierungsmaßnahmen nach Maßgabe von § 559 Abs. 1 Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) umlagefähig sind. Zudem wurde anerkannt, dass die Kosten für den technischen Regelwerken (DIN-Vorschriften) entsprechende, regelmäßige Wartungen von Rauchwarnmeldern in Wohnungen als sonstige Betriebskosten i. S. von § 2 Nr. 17 Betriebskostenverordnung (BetrKV) an die Mieter weitergegeben werden kann. Dies wurde u.a. mit der bauordnungsrechtlichen Einbauverpflichtung der Vermieter gerechtfertigt. Hiervon ausgehend sind die rechtlichen Gegebenheiten bei der Einführung einer gesetzlichen Pflicht zur Erstellung eines Notfallkonzeptes einschließlich der Ausstattung von Sonderbauten mit AED in den Landesbauordnungen vergleichbar. Die Umlagefähigkeit von Kosten der Ausstattung und der regelmäßigen Wartung von AED ist daher im Grundsatz gegeben, ohne dass es dazu weiterer Gesetzesänderungen bedürfte. Dies gilt erst recht, wenn die regelmäßige Wartung von AED wie in § 11 Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetriebsV) vorgegeben ist.

2. MVStättVO

- a) In der MVStättVO könnte eine Neuregelung für alle Versammlungsstätten i.S. der Verordnung in § 21a (neu) eingeführt werden:

§ 21a Notfallkonzept

Für Versammlungsstätten ist spätestens vor der Inbetriebnahme ein Konzept für medizinische Notfälle (Notfallkonzept) zu erstellen. Das Notfallkonzept umfasst mindestens die Ausstattung der Versammlungsstätte mit Automatisierten Externen Defibrillatoren (AED). Die im Notfallkonzept zu bestimmende Anzahl an AED innerhalb der Versammlungsstätte richtet sich nach der Anzahl der im Regelbetrieb innerhalb der Versammlungsstätte vorhandenen Personen, der für medizinische Einsätze maßgeblichen baulichen Eigenschaften der Versammlungsstätte und der Zeitdauer, die benötigt wird, um im Notfall einen AED innerhalb der Anlage in maximal 3 Minuten zum Betroffenen zu bringen. Barrieren wie bspw. Türen, Treppen, Menschenmengen und Hin- und Rückweg sind entsprechend zu berücksichtigen. Die AED müssen leicht (frei) zugänglich und einsatzbereit sein. Die Stellen der Anbringung von AED müssen als solche gekennzeichnet und gut erreichbar sein.

- b) Zu Teil 5 kann in § 44 Abs. 6 MVStättVO die folgende Neuregelung eingeführt werden:

(6) Mit den Bauvorlagen ist ein Notfallkonzept vorzulegen, das den Mindestinhalten gemäß § 21a entspricht.

3. ArbStättVO

- a) Zu § 4 Abs. 5 ArbStättVO wird die folgende Ergänzung vorgeschlagen:

Der Arbeitgeber hat beim Einrichten und Betreiben von Arbeitsstätten Mittel und Einrichtungen zur ersten Hilfe zur Verfügung zu stellen und regelmäßig auf ihre Vollständigkeit und Verwendungsfähigkeit prüfen zu lassen. Die Verpflichtung gemäß Satz 1 erstreckt sich bei einer entsprechenden Gefährdungsbeurteilung gemäß § 3 auch auf die Erstellung eines Konzeptes für medizinische Notfälle (Notfallkonzept). Das Notfallkonzept umfasst mindestens die Ausstattung der Arbeitsstätte mit Automatisierten Externen Defibrillatoren (AED). Die im Notfallkonzept zu bestimmende Anzahl an AED innerhalb der Arbeitsstätte richtet sich nach der Anzahl der im Regelbetrieb innerhalb der Arbeitsstätte vorhandenen Personen, der für medizinische Einsätze maßgeblichen baulichen Eigenschaften der Arbeitsstätte und der Zeitdauer, die benötigt wird, um im Notfall einen AED innerhalb der Anlage in maximal 3 Minuten zum Betroffenen zu bringen. Barrieren wie bspw. Türen, Treppen, Menschenmengen und Hin- und Rückweg sind entsprechend zu berücksichtigen. Die AED müssen leicht (frei) zugänglich und einsatzbereit sein. Die Stellen der Anbringung von AED müssen als solche gekennzeichnet und gut erreichbar sein.

- b) In Anhang 1 zur ArbStättV kann die folgende Ergänzung in Abs. 4 der Ziffer 4.3 (Erste-Hilfe-Räume) eingefügt werden:

Darüber hinaus sind überall dort, wo es die Arbeitsbedingungen erfordern, Mittel und Einrichtungen zur Ersten Hilfe aufzubewahren. Sie müssen leicht zugänglich und einsatzbereit sein. Die Aufbewahrungsstellen müssen als solche gekennzeichnet und gut erreichbar sein. Die Mittel und Einrichtungen zur Ersten Hilfe im Sinne von Satz 1 umfassen auch die gemäß Gefährdungsbeurteilung erforderlichen medizinischen Geräte (z. B. Automatisierter Externer Defibrillator (AED)), die zur Ersten Hilfe benötigt werden.

- c) Zudem könnte unter Ziffer 4.4 von Anhang 1 zur ArbStättVO (Unterkünfte) der Absatz 2 wie folgt ergänzt werden:

(2) Unterkünfte müssen entsprechend ihren Belegungszahlen und der Dauer der Unterbringung ausgestattet sein mit:

(...)

4. Mittel und Einrichtungen zur Ersten Hilfe einschließlich der gemäß Gefährdungsbeurteilung erforderlichen medizinischen Geräte (z. B. Automatisierte Externe Defibrillatoren (AED)), die zur Ersten Hilfe benötigt werden.

Personenbeförderung:

4. BOKraft und StVZO

- b) In der BOKraft könnte folgende Neuregelung eingeführt werden:

*§ 23 BOKraft (neu) - Mindestausstattung
O-Busse und Kraftomnibusse mit mindestens 22 Fahrgastplätzen müssen mindestens mit einem Automatisierten Externen Defibrillator (AED) ausgerüstet sein.*

- b) Folgende Ergänzung könnte in § 35h StVZO für die Zulassung von Kraftomnibussen mit mehr als 22 Fahrgastplätzen eingeführt werden:

(1) In Kraftomnibussen sind Verbandkästen, die selbst und deren Inhalt an Erste-Hilfe-Material dem Normblatt DIN 13 164, Ausgabe Januar 1998 oder Ausgabe Januar 2014 entsprechen, sowie Automatisierte Externe Defibrillatoren (AED) mitzuführen, und zwar mindestens

- 1. ein Verbandkasten in Kraftomnibussen mit nicht mehr als 22 Fahrgastplätzen,*
- 2. zwei Verbandkästen und ein Automatisierter Externer Defibrillator (AED) in anderen Kraftomnibussen.*

(2) Verbandkästen und Automatisierte Externe Defibrillatoren (AED) in Kraftomnibussen müssen an den dafür vorgesehenen Stellen untergebracht sein; die Unterbringungsstellen sind deutlich zu kennzeichnen.

Anm.: § 35h StVZO regelt schon heute die Zulassungsvoraussetzung, dass in Kraftomnibussen mit mehr als 22 Fahrgastplätzen zwei Verbandskästen mitzuführen sind, deren Inhalt einem in den technischen Regelwerken definierten Erste-Hilfe-Material entsprechen muss und an deutlich zu kennzeichnenden Unterbringungsstellen vorzuhalten sind. Hier kann auch die Vorhaltung eines AED durch eine einfache Gesetzesänderung als allgemeine Zulassungsvoraussetzung eingeführt werden.

4. Bundesweites AED-Register

Die bessere Verfügbarkeit von AED in der Fläche (siehe 3.) und die Notwendigkeit eines bundesweiten Registers gehen Hand in Hand, damit Helfende, Ersthelfer und Laien schnell zu einem einsetzbaren AED in ihrer Nähe geleitet werden können.²²

Die Regierungskommission des Bundesgesundheitsministeriums spricht sich in ihren Vorschlägen zur besseren Einbindung der Bevölkerung in die Notfallversorgung auch für einheitliche AED-Register zur Nutzung durch die Leitstellen aus. Bis dato existiert aber kein amtliches Register für AED in Deutschland. Betreiber eines AED müssen ihr Gerät nicht zentral melden. Es gibt – zumeist regionale und auch überregionale – Initiativen in Deutschland, die jedoch auf der Freiwilligkeit der Betreiber beruhen. Auch über die Grenzen Deutschlands hinaus basieren AED-Register auf freiwilligem Engagement. Das begrenzt die Nutzbarkeit dieser Register, da wahrscheinlich nicht alle AED erfasst sind und die Aktualisierung der Daten auf dem Vertrauen gegenüber den Betreibern beruht. Die Aktualisierung der Daten, besonders, um zu kennzeichnen, wenn ein AED nicht (mehr) betriebsbereit oder verfügbar ist, stellt eine der größten Herausforderungen bei der Schaffung eines solchen Registers dar.

Regelungsvorschlag:

Wir schlagen den Aufbau eines bundesweiten, verpflichtenden AED-Registers vor. Der Vorschlag orientiert sich in seinen Grundzügen an den Empfehlungen der European Emergency Number Association zu „AED Mapping & Emergency Response“.

Aufbau und Verfügbarkeit des Registers:

Zum Aufbau eines AED-Registers muss ein Datenpool etabliert werden (Art der Daten, siehe 3.). Es bietet sich an, dass das Bundesgesundheitsministerium eine geeignete Organisation damit betraut. Wichtig ist, dass die Organisation herstellerunabhängig agiert und von staatlicher Stelle beauftragt ist. Anbieter von Ersthelfer-Systemen sollten die Informationen aus diesem AED-Datenpool integrieren können, damit diese von Ersthelfern genutzt werden können. Auch die Rettungsleitstellen könnten diese Daten durch eine direkte Anbindung an das Leitstellensystem abrufen.

Finanzierung des Registers:

Würde dem Rettungsdienst ein eigenständiges Leistungssegment („Notfallbehandlung“) in § 27 SGB V zugesprochen werden (siehe 2.) und zukünftig auch Leistungen der Leitstelle im Sinne eines „Notfallmanagement“ vergütet werden, könnte der Aufbau und der laufende Betrieb des Registers durch Entgelte bei Vermittlung von Erster Hilfe als Teil der standardisierte Notfallabfrage bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand unter Nutzung der Daten aus dem AED-Register sichergestellt werden.

Bereitstellung der Daten:

Um den Datenpool auf eine breite und zuverlässige Datenbasis zu stellen, könnten AED-Betreiber nach der MPBetreibV verpflichtet werden, diesen mit grundlegenden Daten zu ihrem AED zu befüllen. In der MPBetreibV könnte dafür eine Neuregelung für AED in § 16a (neu) MPBetreiberV eingeführt werden:

²² Effectiveness of emergency response planning for SCA in USA high schools with AEDs. Circulation.

§ 16a Besondere Pflichten bei Automatisierten Externen Defibrillatoren für die Laiennutzung

- (1) Der Betreiber eines Automatisierten Externen Defibrillators (AED) im öffentlichen Raum, der für die Anwendung durch Laien vorgesehen ist, ist verpflichtet binnen 60 Tagen nach Inkrafttreten der Verordnung bzw. 20 Tagen nach Neuanschaffung, das Gerät an das bundesweite AED-Register zu melden.*
- (2) Für die Meldung des AED müssen vom Betreiber mittels digitaler Formulare folgende Informationen hinterlegt werden:*
 - a) der Hersteller- und Gerätetyp*
 - b) die Seriennummer*
 - c) der genaue Standort und im Bedarfsfall ein Zeitfenster für den öffentlichen Zugang*

Verfügt der AED über eine Fernüberwachung, können die Daten automatisch über den AED an das Register geliefert werden. Ist das Gerät nicht fernüberwacht und erfolgt die Bereitstellung der Daten nicht über die Schnittstelle des Herstellers oder eines zwischengeschalteten Betreibers, müssen zusätzlich die Ablaufdaten der Elektroden und der Batterie erfasst werden.

Eine nicht-Verfügbarkeit des AED ist in jedem Fall verzögerungsfrei über die digitalen Formulare zu erfassen.

Ist das Gerät nicht fernüberwacht und erfolgt die Bereitstellung der Daten nicht über die Schnittstelle des Herstellers oder eines zwischengeschalteten Betreibers, ist der Betreiber verpflichtet, diese Informationen regelmäßig im internen Prüf-Turnus (Selbsttest) des Gerätes zu aktualisieren.

Eine Meldung muss für jeden betriebenen AED separat erfolgen.

Aktualisierung der Daten:

Alle existierenden AED (ob fernüberwacht oder nicht) sollten im Register hinterlegbar sein. Nur so kann eine gute Erfassung aller verfügbaren Geräte ermöglicht werden. Um jedoch das Register zuverlässig aktuell zu halten, bieten sich besonders AED an, die mit einer Fernüberwachungsfunktion ausgestattet sind und somit über Vernetzung verfügen. Auch ohne Zutun der Betreiber werden die Geräte somit auf ihre Einsatzfähigkeit geprüft. Es besteht die Möglichkeit, dass Daten der Fernüberwachung vom Datenpool „abgeholt“ werden und so der Registereintrag eines AED in regelmäßigen Abständen aktualisiert wird. Das Abholen der Daten stellt eine präzise Befüllung des Registers hinsichtlich der für den Zweck des Registers notwendigen Informationen sicher. Um den Aktualisierungsgrad des Registers zu fördern, könnte die Anschaffung von fernüberwachten Geräten zum Beispiel durch den Wegfall der Sicherheitstechnischen Kontrolle (STK) in der MPBetreibV erleichtert werden.

Zu § 11 Abs. 2 MPBetreiberV wird folgende Ergänzung vorgeschlagen:

Abweichend von Absatz 1 entfällt für Automatisierte Externe Defibrillatoren, die für die Anwendung durch Laien vorgesehen sind, eine sicherheitstechnische Kontrolle, wenn der Automatisierte Externe Defibrillator selbsttestend ist und fernüberwacht wird, sodass zumindest das eindeutig zuordenbare Ergebnis jedes Selbsttests (mit ausgelesener Seriennummer und Modell) übermittelt werden und zumindest bei einem negativen Selbsttest oder einem Ausbleiben der regelmäßigen Statusübermittlung die verantwortliche Person informiert wird.

Maßnahmenbereich	Regelungsvorschläge	Zuständigkeit
1. Strukturierte Bildungsangebote zur Wiederbelebung für alle Altersgruppen	Schule: KMK-Beschluss von Juni 2014 mit Frist zur Umsetzung in Lehrplänen (Beispiel: Saarland)	Bundesländer
	Arbeitsplatz: Anpassung des Absatz 4.3.1 der DGUV Information 204-022	Unfallversicherer
	Allgemein: Informationsmaterial zum Thema Wiederbelebung durch die BZgA/das BIPAM	Bund
2. Breite Anwendung von Telefonreanimation (T-CPR) und Ersthelfer-Systemen	Neuer § 60 SGB V (Steuerung und Koordinierung von Notfällen der Rettungsleitstellen als Teil des Leistungsanspruches von Versicherten, inklusive T-CPR und Nutzung von Ersthelfer-Systemen) Vorausgesetzt: Anpassung des § 27 SGB V (Rettungsdienst als eigenständiger Leistungsbereich)	Bund
3. AED an öffentlich zugänglichen, stark frequentierten Orten bzw. Orten mit langer Verweildauer	Große Gebäude: Anpassung von § 51 MBO (medizinisches Notfallkonzept, inklusive Vorhaltung von AED, für ausgesuchte Sonderbauten nach § 2 Abs. 4 Nr. 1 bis 7, Nr. 11 bis 13 und Nr. 16 MBO) Neuer § 80a MBO (medizinisches Notfallkonzept für bestehende bauliche Anlagen) Umlagefähigkeit analog zu Rauchmeldern nach § 2 Nr. 17 BetrKV möglich.	Bundesländer/ Bund
	Versammlungsstätten: Neuer § 21 a sowie § 44 Abs. 6 MVStättVO (medizinisches Notfallkonzept, inklusive Vorhaltung von AED, je nach Anzahl der Personen und baulichen Gegebenheiten)	Bundesländer
	Personenbeförderung: Ergänzungen in § 35h StVZO für die Zulassung von Kraftomnibusse mit mehr als 22 Fahrgastplätzen und neuer § 23 BOKraft für O-Busse und Kraftomnibusse	Bund
	Arbeitsplatz: Anpassung von § 4 Abs. 5 ArbStättVO (Erstellung eines medizinischen Notfallkonzeptes, inklusive Vorhaltung von AED, als Teil der Gefährdungsbeurteilung) Ergänzung Anhang 1 ArbStättV Abs. 4 der Ziffer 4.3 (Ausstattung von AED in Erste-Hilfe-Räumen)	Bund
4. Bundesweites AED-Registers	Neuer § 16a MPBetreiberV Anpassung § 11 Abs. 2 MPBetreiberV	Bund

Abbildung 3: Die Maßnahmen des Aktionsplans Wiederbelebung auf einen Blick

Die Verfasser:

Der **Deutsche Rat für Wiederbelebung – German Resuscitation Council e. V. (GRC)** wurde im Dezember 2007 gegründet und zählt mittlerweile ca. 2.000 Mitglieder, darunter 18 Mitgliedsorganisationen, 51 Fördermitglieder und zahlreiche Businesspartner. Ziel des GRC ist es u.a., die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Organisationen und Personen, die sich mit den verschiedenen Aspekten der Wiederbelebung befassen, zu unterstützen und zu harmonisieren sowie die Laienreanimation und die Schülersausbildung in Wiederbelebung zu fördern.

Der **Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed)** repräsentiert über 300 Hersteller, Händler und Zulieferer der Medizintechnik-Branche sowie Hilfsmittel-Leistungserbringer und Homecare-Versorger. Die Medizinprodukteindustrie beschäftigt in Deutschland über 250.000 Menschen und investiert rund 9 Prozent ihres Umsatzes in Forschung und Entwicklung. Der Gesamtumsatz der Branche liegt bei über 38 Milliarden Euro, die Exportquote bei 67 Prozent. Dabei sind 93 Prozent der Med-Tech-Branche kleine und mittelständische Unternehmen (KMU). Der BVMed ist die Stimme der deutschen MedTech-Branche.

Die Unterstützer:

Im **Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS)** haben sich im Jahr 2005 Vertreter der Gesundheitsberufe, ihrer Verbände, der Patientenorganisationen sowie aus Industrie und Wirtschaft zusammengeschlossen, um eine gemeinsame Plattform aufzubauen. Diese Plattform dient einem gemeinsamen höheren Zweck: der Verbesserung der Patientensicherheit in Deutschland. Zusammen entscheiden und tragen sie als Bündnis die Projekte und Initiativen des Vereins.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft Erste Hilfe (BAGEH)** wurde 1988 von den vier Hilfsorganisationen Arbeiter-Samariter-Bund e. V., Deutsches Rotes Kreuz e.V., Johanniter-Unfall-Hilfe e. V. und Malteser Hilfsdienst e. V. gegründet. 1994 wurde die Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft e.V. einbezogen. Unter diesem Namen treten die selbstständigen fünf deutschen Hilfsorganisationen nach einvernehmlichen Absprachen unter einem gemeinsamen Logo auf, um abgestimmte Arbeitsergebnisse und gemeinsame Aktionen zur Ersten Hilfe und Erste-Hilfe-Ausbildung zu präsentieren.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)** wurde im Jahr 1885 mit der Gründung einer Versicherung gegen Arbeitsunfälle und - in einem zweiten Schritt - auch gegen Berufskrankheiten gegründet. Sie ist der Spitzenverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand. Die neun gewerblichen Berufsgenossenschaften sind nach Branchen orientiert. Die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand gliedern sich in 16 Unfallkassen und drei Gemeindeunfallversicherungsverbände, vier Feuerwehr-Unfallkassen sowie die Unfallversicherung Bund und Bahn.

Die **Deutsche Herzstiftung e. V.** – gegründet 1979 – ist heute die größte, gemeinnützige, unabhängige Anlaufstelle für Patienten und Interessierte im Bereich der Herzkreislauf-Erkrankungen. Gemeinsam mit Herzspezialisten und getragen von breitem ehrenamtlichem Engagement informiert sie über Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von Herzkrankheiten. Die Deutsche Herzstiftung e. V. ist als gemeinnütziger Verein anerkannt und im Vereinsregister eingetragen. Gemäß § 9 der Satzung sind die Organe des Vereins die Mitgliederversammlung, der Vorstand, der Wissenschaftliche Beirat, das Kuratorium und der Wahlausschuss.

Kontakt

Prof. Dr. med. Bernd W. Böttiger
Vorstandsvorsitzender
rott@grc-org.de

GRC

Deutscher Rat für Wiederbelebung – German Resuscitation Council e. V.
c/o Universitätsklinik Köln
Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin
Kerpener Straße 62, 50937 Köln
www.grc-org.de



Kontakt

Olaf Winkler
Leiter Referat Industrieller Gesundheitsmarkt
winkler@bvmed.de

BVMed

Bundesverband Medizintechnologie e. V.
Georgenstr. 25, 10117 Berlin
+49 30 246 255 - 26
www.bvmed.de

