

Reanimationsleitlinie 2025

Schlüsselposition: LeitstellendisponentIn



Ersteller

- Mario Kubacki
- Notfallsanitäter / Praxisanleiter
- Hauptberuflich Leitstellendisponent in der IRLS Mitte (Berufsfeuerwehr Kiel)
- Nebenberuflich im Rettungsdienst & freiberuflicher Dozent



- Hinweis: keine Haftung für externe Links und QR-Codes



Themen

- Einleitung: Woher und warum T-CPR?
- Leitlinienaussagen ERC 2025 (blau markiert) mit Ergänzungen
- Erkennen: SNA, Umgang mit Anrufenden, Kriterien
- Alarmierung zusätzlicher Einheiten
- Anleitung
- Nach dem Einsatz
- Forschung
- Recht
- Ausblick Zukunft

Woher kommen die Vorgaben (Hauptquellen)?

➤ **ERC (European Resuscitation Council)**

- Basierend auf internationaler Forschung und Expertenkonsens
- Europäische Leitlinie zur Reanimation sowie Peri/Post-Behandlung
- Seit 2010 Forderung zur T-CPR

➤ **GRC (German Resuscitation Council)**

- U.a. Projekte und Kampagnen zur Umsetzung und Erhöhung Laienreanimationsquote

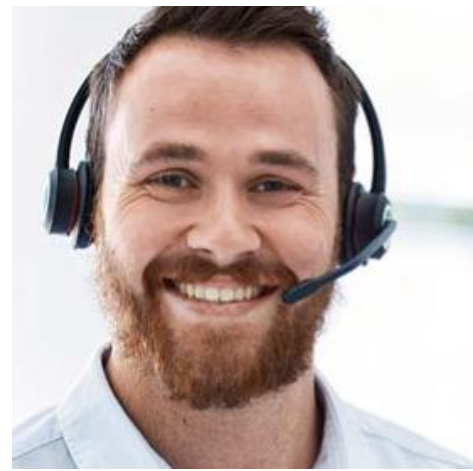
➤ **Arbeitsgruppe Telefonreanimation (T-CPR)**

- Fachempfehlung

➤ **Rettungsdienstgesetze**

➤ **Interne Vorgaben Leitstellen**

© 2026 Mario Kubacki für GRC AG T-CPR



Jan rettet Leben am Telefon.

Er erklärt Ihnen im Notfall telefonisch, wie Sie die Herzdruckmassage durchführen sollen. Wir fordern die Umsetzung der Telefonreanimation in ganz Deutschland.

© www.grc-org.de

GRC Arbeitsgruppe Telefonreanimation (T-CPR)



- Mitglieder mit unterschiedlichen Hintergründen
 - Leitstellenleiter-/Disponenten, ÄLRD, Fachverband Leitstelle, DGRe
- Ehrenamtliche Tätigkeit
- Leitung Marc Gistrichovsky (Leitstelle Nürnberg)

Fachempfehlung
GRC AG T-CPR



GRC Arbeitsgruppe Telefonreanimation (T-CPR)



- Leitsatz der Fachempfehlung
 - “Integrierte Leitstellen müssen zu jeder Zeit in der Lage sein, unabhängig von ihrer personellen Besetzung eine qualitativ hochwertige, leitliniengerechte TCPR durchführen zu können. Notrufe müssen jederzeit so zu priorisieren sein, dass sie bei einem hohen Anrufaufkommen (z.B. Großschadens- oder Flächenlagen), vor allem bei einer Reanimationsnotwendigkeit, jederzeit in den Integrierten Leitstellen schnell angenommen werden können. Der Personalansatz in den Integrierten Leitstellen muss so bemessen sein, dass die im Qualitätsmanagementsystem geforderten Kennzahlen erreichbar sind. Ein System zur Supervision ist einzurichten, dazu ist auch entsprechendes Personal zur Durchführung sicherzustellen.”

Was motiviert uns?

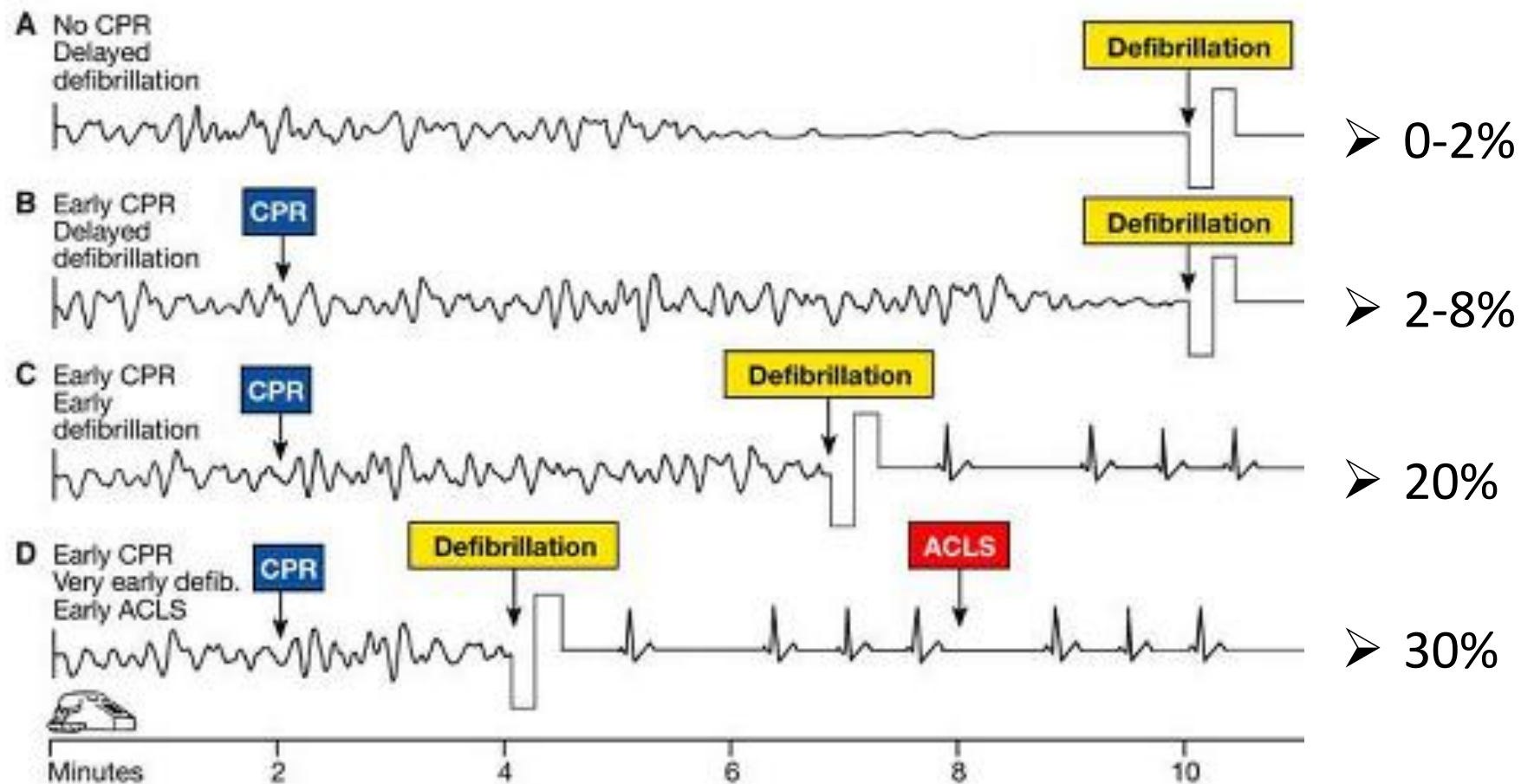
➤ „Time is brain“

- Schäden sind ab Kreislaufstillstand möglich (Hypoxie bedingt)
- nach etwa 3-5 Min. Schäden im Gehirn¹
- Ca. 10% weniger Überlebenswahrscheinlichkeit pro Minute ohne CPR²

➤ Verkürzung therapiefreies Intervall

- Nur Rettungsdienst alarmieren reicht nicht
 - Ø 8 Min. Eintreffzeit ab Alarmierung³
- Thoraxkompressionen so früh wie möglich starten

Überlebenschancen

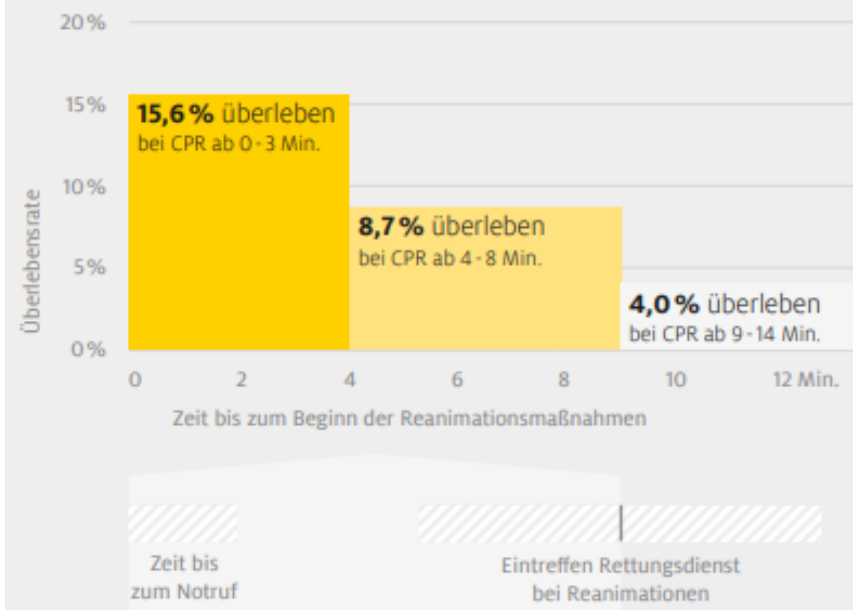


© aneskey.com/defibrillation-practice/

Eisenberg et al. (Adapted from Eisenberg MS, Horwood BT, Cummins RO, et al. Cardiac arrest and resuscitation: a tale of 29 cities. Ann Emerg Med (1990): 19[2]:179–186; Eisenberg MS, Cummins RO, Damon S, et al. Survival rates from out-of-hospital cardiac arrest: recommendations for uniform definitions and data to report. Ann Emerg Med (1990): 19[11]:1249–1259.)

Was motiviert uns?

Ein schneller Beginn der Reanimation ist entscheidend für das Überleben.



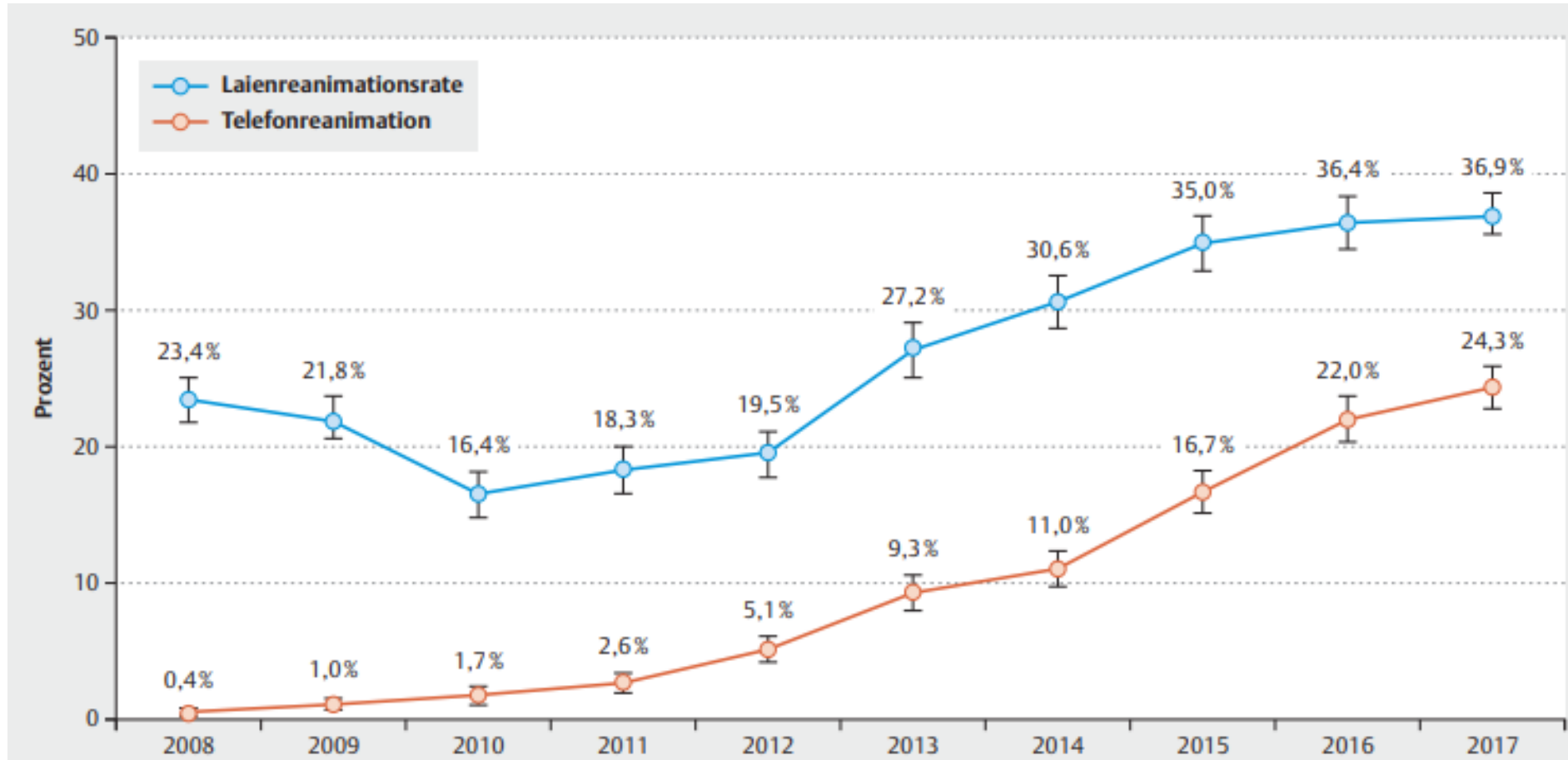
© studie.adac.de Studie „Monitor Reanimation 2025“

- 75% können wieder arbeiten nach 30 Tage-Überleben⁴

© 2026 Mario Kubacki für GRC AG T-CPR



Verhältnis T-CPR zu Laienreanimation



Metelmann B., Metelmann C., Schneider L., Vollmer M., Fischer M., Bohn A., Wnent J., Hahnenkamp K., Brinkrolf P.: Anstieg der Laienreanimationsrate in Deutschland geht mit vermehrter Telefonreanimation einher. Notarzt 2019; 35: 323-328

Bericht DRK-Kreisverband Karlsruhe e.V.

An einem kalten Nachmittag im November wurden die Schülerinnen Hana (17) und Anastasiia (18) zu Lebensretterinnen.

Auf dem Weg zum Nachmittagsunterricht fiel den beiden ein Mann auf, der Passanten um Hilfe bat. Doch niemand reagierte. Außer Hana und Anastasiia. Sie erkundigten sich, was los sei, und der Mann führte sie zu einem Bankautomaten, vor dem ein anderer Mann lag – reglos, blau im Gesicht, Schaum am Mund, ohne Atmung.

Die Schülerinnen – die beide einen Erste-Hilfe-Kurs für den Führerschein absolviert haben – zögerten nicht. Angeleitet von einem ILS-Disponenten begann Hana direkt mit der Herz-Druck-Massage.
„Wir waren sehr dankbar für den ILS-Disponenten“, erzählt Anastasiia.
„Dieser hat uns übers Telefon sehr gut erklärt, was zu tun ist.“



Bericht & Befragung DRK-Kreisverband Karlsruhe e.V.



Die Reaktionen auf ihren Einsatz überraschen die beiden. „Das sollte selbstverständlich sein“, meint Anastasiia. „Aber **viele haben gesagt, sie würden gar nicht wissen, was sie in einer solchen Situation tun müssten.**“

Welche Bedeutung hatte die Unterstützung durch den Leitstellendisponenten (Notruf) für dich? Der Notruf war für mich vor allem eine **wichtige Unterstützung**, weil ich dadurch das Gefühl hatte, in dieser Situation **nicht allein zu sein**. Das hat mir bisschen Ruhe und Struktur gegeben. [...] war die Unterstützung sehr wichtig auch emotional, weil ich das Gefühl hatte, dass nicht nur ich **Verantwortung** für die Situation trage, sondern auch eine Fachperson am Telefon.

Was würdest du gerne Leitstellendisponenten mitgeben, die noch keine Telefonreanimation durchführen?

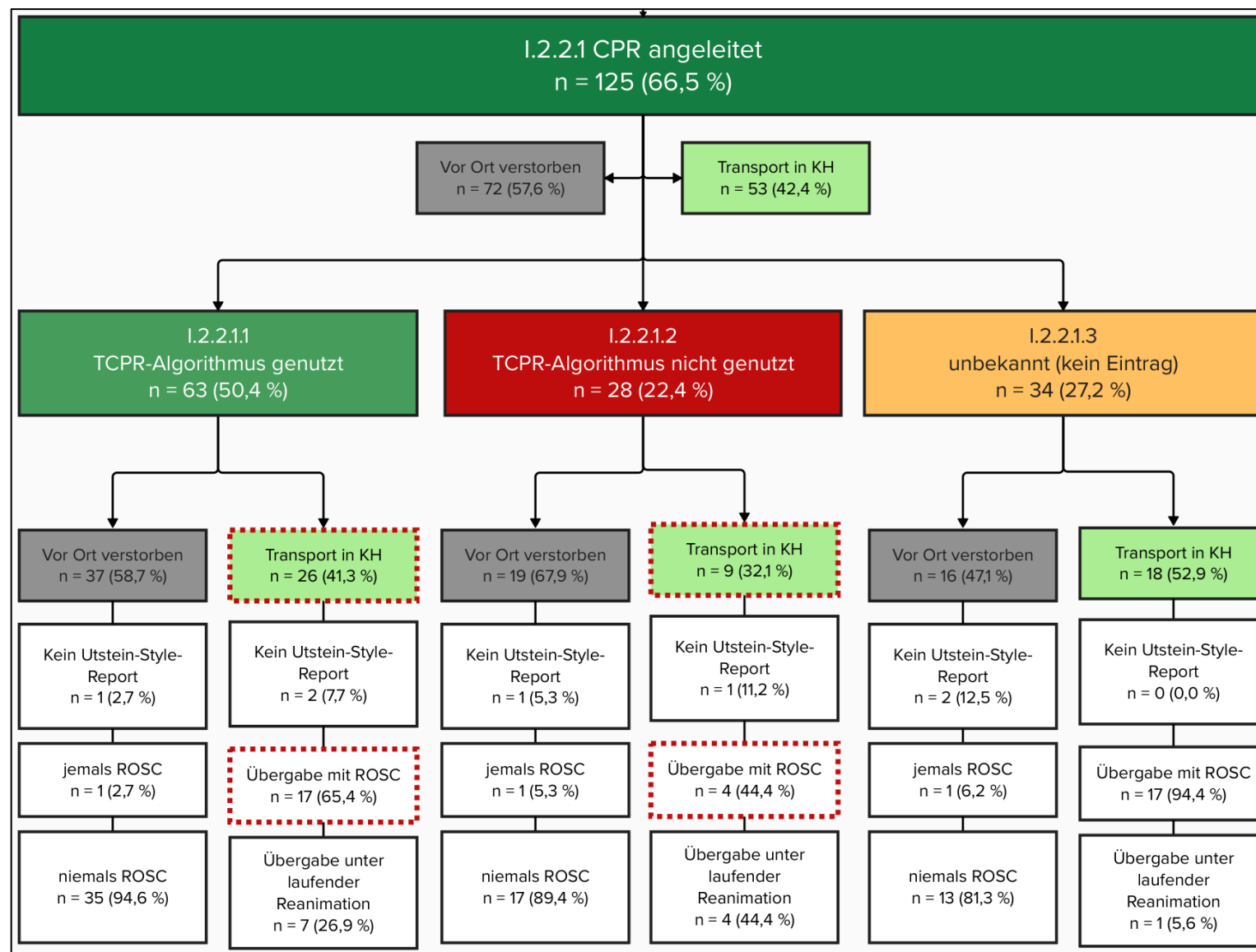
Zuerst möchte ich mich bei [...] allen Leitstellendisponenten für Ihre Arbeit bedanken. Gerade in solchen Momenten geben Sie Menschen vor Ort das Gefühl, **nicht allein zu sein**, und dass das Leben des Betroffenen gemeinsam mit qualifizierten Fachleuten geschützt wird. [...]

Standardisierte Notrufabfrage (SNA)

- Leitstellenmitarbeitende sollen SNA nutzen

- Die Telefonreanimation ist:
 - Selten
 - Stressbehaftet
 - abhängig von der Anleitung

- Die SNA bietet:
 - Unterstützung und Sicherheit
 - Schnellere, zuverlässige Erkennung
 - Schnelle Einleitung zu Herzdruckmassage
 - Vollständige Erste Hilfe-Hinweise in weniger Worten in richtiger Reihenfolge



Trautmann, R.,
Reuter-Oppermann, M.,
Ballé, J., Hofmann, T.,
Ristau, P., T-CPR 2023,
BOS-Leitstelle Aktuell
(2025); 2: 32-37

Umgang mit Anrufenden

- Wenn ein Kreislaufstillstand festgestellt wird, soll T-CPR angeleitet werden
- Best practice: Klare, eindeutige Anweisungen
 - Die Wortwahl beeinflusst das Ergebnis
 - „Trauen Sie sich zu...“ ist weniger effektiv als „Hören Sie mir gut zu, ich sage Ihnen, was Sie jetzt machen müssen!“
- Leitstellenmitarbeitende sollen annehmen, dass Anrufende nicht wissen, wie CPR durchzuführen ist

Was hält Menschen vor CPR ab?

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

© studie.adac.de Studie „Monitor Reanimation 2025“

- Leitstellenmitarbeitende können:
- Sicherheit geben
 - Verantwortung übernehmen
 - Unterstützen

Kriterien Kreislaufstillstand

➤ Bewusstlosigkeit

- Kreislaufstillstand vermuten
- Vorhandene Atmung
 - „Überwachen Sie dauerhaft die Atmung! Wird die Person blau im Gesicht oder verändert sich die Atmung, dann rufen Sie sofort wieder den Notruf 112 an!“

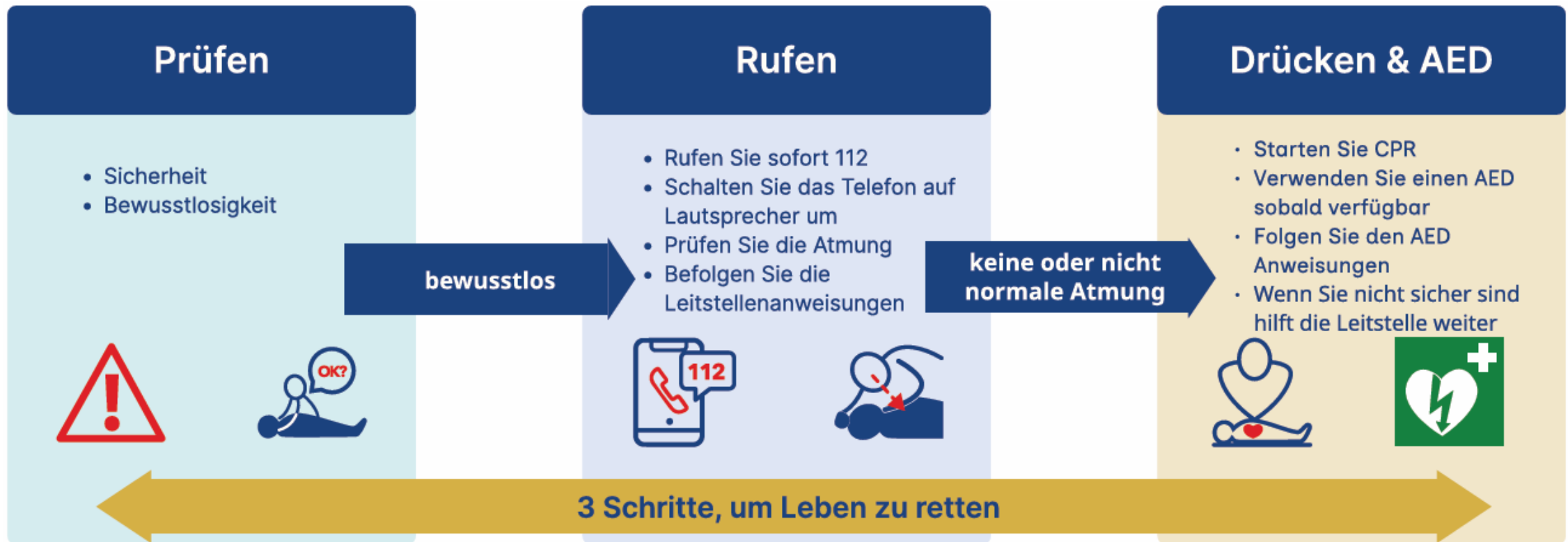
➤ Keine Atmung

➤ Nicht normale Atmung

- 30-60% der Kreislaufstillstände
- Bei Kreislaufstillstand Restfunktion Hirnfunktion
- Häufige Missinterpretation bei fehlerhafter Einschätzung Leitstellenmitarbeitende, dadurch geringere Überlebensraten
- **Im Zweifel T-CPR**

Beurteilung Atmung / Erste Hilfe

- Beurteilung der Atmung seit 2025 erst mit parallelem Notruf, damit Leitstellenmitarbeitende bei der Erkennung nicht normaler Atmung unterstützen



Nicht normale Atmung

- Langsame, angestrenzte Atmung
 - Ggf.: Sagen Sie immer „jetzt“ wenn er/sie einatmet!
- Agonales Keuchen oder Hecheln
- Häufige Beschreibung von Laien:
 - Keuchen
 - kaum/gelegentliches Atmen
 - Stöhnen
 - Seufzen
 - Gurgeln
 - lautes, ächzendes, schnaubendes, schweres oder angestrenktes Atmen

Krampfanfall

- 3-4% aller Notrufe sind Krampfanfälle
- 0,6-2,1% sind anfallsartige Bewegungen bei Kreislaufstillstand
- Bei Krampfanfall warten bis beendet, anschließend direkte Atemkontrolle

Video nicht normale Atmung

(englisch, Altersbestätigung erforderlich)

TRIGGERWARNUNG:

echte Videos



<https://www.youtube.com/watch?v=05DYhuzhA20>

KEIN ~~Puls tasten~~

- Bewusstlos + keine normale Atmung = CPR
- Relevante Fehlerquote, Verzögerung erste Kompression
 - Z.B. Studie mit Laien (BLS) und EMT/PM (teils in Ausbildung)⁵
 - 10% Pulslosigkeit nicht erkannt
 - 45% Puls nicht erkannt bei RR 80 mmHg sys.
 - Innerhalb von 10 Sek. nur 15% korrekte Diagnose

Alarmierung zusätzlicher Helfer*innen

- Wo Ersthelfersysteme implementiert sind, sollen diese zur Einsatzstelle und zum nächstgelegenen AED alarmiert werden

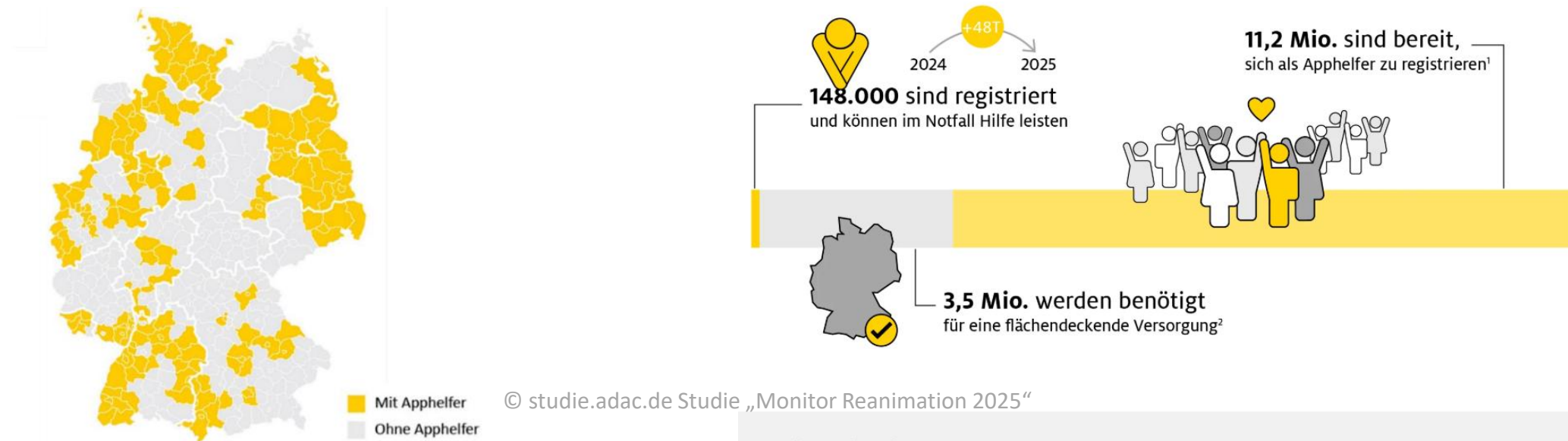


Abbildung 1: Räumliche Verortung von bestehenden Ersthelfer-Alarmierungssystemen – Stand: 04/2024 (erstellt durch die ADAC Stiftung)

- Sinnvolle Ergänzungen durch z.B.: Feuerwehr, Polizei, First Responder

Grundlagen Herzdruckmassage

- Entkleiden nur, wenn Mitte der Brust nicht identifiziert werden kann oder AED genutzt wird
- Fester Untergrund ist am effektivsten
- Anrufende sollen Person nicht von „weicher“ Unterlage (z.B. Bett) auf den Boden legen -> tiefer drücken um Matratze auszugleichen

Hochwertige Thoraxkompressionen

- Legen Sie die Person auf den Rücken
- Ein Handballen auf die untere Hälfte des Brustbeins der Person (Mitte der Brust)
- Legen Sie Ihren anderen Handballen auf die erste Hand
- Verschränken Sie die Finger beider Hände
- Arme gerade halten
- Schultern senkrecht über Brust der Person
- 5-6cm tief
- 100-120/min. möglichst ohne Unterbrechungen
- Entlasten

Beispiel Beginn Anleitung Herzdruckmassage

- Hilfe ist bereits zu Ihnen unterwegs!
- Hören Sie mir erst zu, ich erkläre Ihnen, was Sie machen müssen:
- Schalten Sie Ihr Telefon auf Lautsprecher und legen Sie es in Hörweite!
- Legen Sie die Person flach auf den Rücken!
- Knien Sie sich seitlich neben den Oberkörper!
- Legen Sie Ihre Hände übereinander auf die Brustkorbmitte!
- Drücken Sie mit gestreckten Armen den Brustkorb kräftig und rhythmisch nach unten!
- Ich gebe Ihnen den Takt vor (Metronom einschalten)! Zählen Sie dabei laut mit: 1, 1, 1, 1, 1, ... !

Beispiel während Herzdruckmassage

- Drücken Sie ohne Unterbrechung immer weiter!
- Entlasten Sie nach jeder Kompression vollständig den Brustkorb, ohne den Kontakt zwischen den Händen und dem Brustkorb zu verlieren!

- Frequenz kontrollieren
 - Immer wieder zum mitzählen motivieren

- Loben und motivieren

- Informieren und folgende Schritte planen
 - Z.B. Ersthelfer in Privatkleidung oder Türöffnung planen
 - Wechsel anleiten

- AED verfügbar?

Beatmung

- Wenn Personen in Beatmung geschult sind
 - 30 Kompressionen : 2 effektive Beatmungen
 - nur so viel Luft, dass sich Brustkorb hebt -> übermäßige Beatmung vermeiden

- Wenn Anrufende äußern Atemspenden durchführen zu können -> unterstützen
 - Leitstellenmitarbeitende sollen davon ausgehen, dass Anrufende nicht wissen, wie CPR geht und nur Thoraxkompressionen anleiten

- Verzögerung erste Kompression
- Abschreckende Wirkung

- Ursache Hypoxie (z.B. Bolus, Ertrinken oder bei Kindern): Beatmung relevant

Sonderfall Kind

- Ohne PBLS (Paediatric Basic Life Support)-Training
 - 5 Beatmungen
 - 30 Thoraxkompressionen : 2 Beatmungen

- Mit PBLS-Training
 - 5 Beatmungen
 - 15 Thoraxkompressionen : 2 Beatmungen

- Wenn Anrufende nicht bereit oder in der Lage sind zu beamten:
nur Thoraxkompressionen

Sonderfall Kind

➤ Altersspezifische Techniken für Thoraxkompressionen und Beatmung anleiten

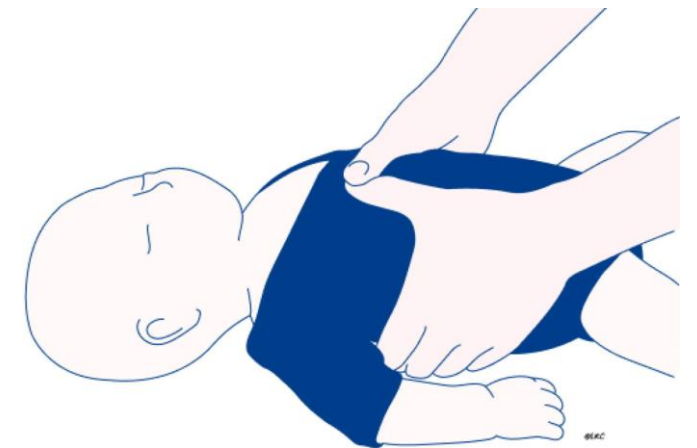
➤ Beatmung

- Säugling: Kopf in Neutralposition
- Bei älteren Kindern zunehmend wie Erwachsene
- Thoraxbewegung und ausströmende Luft beachten
 - Fehlend: Versuch Freimachen Atemwege (nicht blind im Mund!)



➤ Thoraxkompressionen

- Über unterer Hälfte Brustbein
- 1/3 Brustkorb, ab jugendlich 5-6cm
- Säugling: Zwei-Daumen-Technik (übereinander)
- > 1 Jahr oder Zwei-Daumen-Technik nicht möglich: Ein-/Zweihandtechnik



AED

- Sobald die T-CPR läuft: fragen, ob ein AED/Defibrillator vor Ort ist
 - Keine Verzögerung Einleitung T-CPR durch holen eines AED
- Wenn kein AED vor Ort verfügbar
 - mehr als ein Notfallzeug*in anwesend: zum nächsten AED leiten
 - Bei implementierten Ersthelfersystemen: Ersthelfende AED in der Nähe holen lassen
- Sobald AED verfügbar: AED aktivieren lassen und Anweisung AED folgen
- Zugriff durch Leitstellenmitarbeitende auf vorhandene AED-Register
- Einsatz AED regelmäßig üben, um Laien besser zu unterstützen



PSNV und Debriefing

- Helfende vor Ort
 - Regelhafte Einbindung nach Einschätzung vor Ort befindlicher Kräfte
 - Auch bei negativem Ausgang i.d.R. positiver Einfluss der CPR
 - Keine eigenen Vorwürfe
 - Gefühl alles Mögliche unternommen zu haben

- Leitstellenmitarbeitende
 - Vollwertige Mitglieder Prozesskette Rettungsmaßnahmen
 - Berücksichtigung bei Debriefing
 - Niederschwellige Angebote

Supervision / Feedback (Forderungen)

- Regelmäßige Evaluation und Supervision zur Qualitätssteigerung
 - Unterstützende strukturierte Evaluationsbögen
- Rückmeldungen nach T-CPR
- Transparente QM Daten zur T-CPR
- Technische Unterstützung bei Gesprächsauswertung

Forschung

- Datenerhebung und Qualitätsmanagement
- Erfassung von u.a.:
 - Zeitstempel
 - Notrufwartezeit
 - Beginn Abfrage
 - Erkennen Rea
 - Erste Thoraxkompression
- Weitere Faktoren
 - Anteil durchgeführter T-CPR bei erkannter Reanimationsnotwendigkeit



NEWS

LEITSTELLE IM REANIMATIONSREGISTER

ERWEITERTE DATENERHEBUNG
ZU **TELEFONREANIMATION**
UND **ERSTHELFENDEN-APPS**

DATEN RETTEN LEBEN
www.reanimationsregister.de

Deutsches
Reanimationsregister 

➤ **Die T-CPR ist fachlicher Standard**

- Keine Ausnahme durch Region, Ausbildungsstand oder Technik
- Fehlende Anweisung ÄLRD nicht ausschlaggebend
- Keine T-CPR trotz Indikation = grober Behandlungsfehler
- Hoheitliche, durch LRDG berufliche Pflicht

Marc Tries. Telefonreanimation
konsequent „durchdrücken“ – Ein
haftungsrechtlicher Überblick. MedR
Medizinrecht (2025); 43: 362-368



Recht: Die T-CPR ist fachlicher Standard

- Zivilrecht: (Amts-)Pflichtverletzung möglich
 - Nachweis Schaden schwierig, aber Beweislastumkehr möglich
 - Organisations- und Überwachungsverantwortung
 - Leitstellenträger
 - ÄLRD
 - Leitstellenmitarbeitende

- Strafrecht
 - Bei Anfangsverdacht aufgrund mangelnder Sorgfalt Ermittlungsverfahren möglich:
 - Fahrlässige Körperverletzung
 - Fahrlässige Tötung

Recht: Die T-CPR ist fachlicher Standard

- Äußerung „keine lebenserhaltenden Maßnahmen gewünscht“
 - Überprüfung durch Leitstellenmitarbeitende nahezu unmöglich
 - Risiko Strafbarkeit -> T-CPR sollte angeleitet werden
- Verweigerung von Maßnahmen durch Anrufende
 - Dokumentation
- Unterlassen ohne besondere Rechtfertigung kommt Behandlungsfehler gleich
- Aktuell verstärkte Berichterstattung mit erhöhter Sensibilisierung

➤ Kritische Betrachtung neuer Technologien und KI

- Reliabilität und Validität von Modellen und Ergebnissen
- Rechtsgrundlagen
- Datenschutz
- Zugang von Leitstellen und Menschen

➤ KI

- Analysetools / Hilfe in Erkennung Kreislaufstillstand
- Echtzeitanleitung
- Optimierte Dispositionsstrategien

➤ Videotelefonie

- Darf nicht von Reanimationsmaßnahmen ablenken (keine Verzögerung Beginn Herzdruckmassage)
- Kann Maßnahmenqualität erhöhen
 - Erste studienbasierte Hinweise für bessere T-CPR-Ergebnisse⁶
- Evaluation erforderlich
- Ggf. PSNV für Leitstellenmitarbeitende erforderlich

➤ Wearable Health Devices wie Smartwatches

- Automatische Notrufe
- Erkennung nicht normaler Atmung

Abschluss

- Die T-CPR ist fachlicher Standard
- SNA soll genutzt werden
- Bei Bewusstlosigkeit Kreislaufstillstand vermuten
- Fokus auf agonale Atmung
- Bei Kreislaufstillstand T-CPR anleiten

Links und Materialien



GRC Reanimationsleitlinien (deutsch)



ERC Reanimationsleitlinien (englisch)



LinkedIn Kontakt
Mario Kubacki



Fachempfehlung
GRC AG T-CPR



Marc Tries. Telefonreanimation
konsequent „durchdrücken“ – Ein
haftungsrechtlicher Überblick.

Weitere Quellen

- ¹ Breckwoldt, J., Schloesser, S., Arntz, H.-R.. Perceptions of collapse and assessment of cardiac arrest by bystanders of out-of-hospital cardiac arrest (OOHCA). Resuscitation (2009): 1108-13
- ² Johansen, M. O., Krumsvik, R. J., Slettvoll, V.. Timing is survival: modeling how earlier calls improve cardiac arrest outcomes. Front Digit Health (2026)
- ³ Fischer, M., Wnent, J., Gräsner, J. T., Seewald, S., Rück, L., Hoffman, H. et al. Jahresbericht des Deutschen Reanimationsregisters: Außerklinische Reanimation im Notarzt- und Rettungsdienst 2024. Anästh Intensivmed (2025); 66: V99-V109
- ⁴ Kragholm, K., Wissenberg, M., Mortensen, R. N., Fonager, K., Jensen, S. E., Rajan, S., Lippert, F. K., Christensen, E. F., Hansen, P. A., Lang-Jensen, T., Hendriksen, O. M., Kober L., Gislason, G., Torp-Pedersen, C., Rasmussen, B. S.. Return to Work in Out-of-Hospital Cardiac Arrest Survivors: A Nationwide Register-Based Follow-Up Study. Circulation (2015); 131(19): 1682-90
- ⁵ Eberle, B., Dick, W. F., Schneider, T., Wisser, G., Doetsch, S., Tzanova, I.. Checking the carotid pulse check: diagnostic accuracy of firstresponders in patients with and without a pulse. Resuscitation (1996); 33: 107-116
- ⁶ Lee, H. S., You, K., Jeon, J. P., Kim, C., Kim, S.. The effect of video-instructed versus audio-instructed dispatcher-assisted cardiopulmonary resuscitation on patient outcomes following out of hospital cardiac arrest in Seoul. Nature (2021); Artikelnummer 15555 (2021)