



Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

102. Sitzung (öffentlich)

25. Mai 2016

Düsseldorf – Haus des Landtags

13:30 Uhr bis 14:35 Uhr

Vorsitz: Günter Garbrecht (SPD)

Protokoll: Ricarda Lampret

Verhandlungspunkt:

**Leben retten – Förderung der Ersten Hilfe und Wiederbelebung durch
Laien bringt mehr Erfolg**

3

Antrag
der Fraktion der FDP
Drucksache 16/10079

– Öffentliche Anhörung –

(Teilnehmende Sachverständige und Stellungnahmen siehe Anlage.)

* * *

Vorsitzender Günter Garbrecht: Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich begrüße alle recht herzlich zur 102. Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales, heute an ungewohnter Stelle, im Sitzungssaal der CDU. Das ist nicht unser Stammsitzungssaal. Aber aufgrund der vielen parlamentarischen Untersuchungsausschüsse und anderen Sitzungen müssen wir heute hier tagen.

Ich begrüße die Sachverständigen, die unserer Einladung zu dieser Anhörung gefolgt sind.

Ich rufe den einzigen Tagesordnungspunkt dieser Sitzung auf:

Leben retten – Förderung der Ersten Hilfe und Wiederbelebung durch Laien bringt mehr Erfolg

Antrag
der Fraktion der FDP
Drucksache 16/10079

– Öffentliche Anhörung –

(Teilnehmende Sachverständige und Stellungnahmen siehe Anlage.)

Der Antrag ist bereits 2015 im Plenum behandelt und an unseren Ausschuss überwiesen worden. Der Ausschuss hat im März dieses Jahres beschlossen, die Expertenanhörung zu diesem Antrag durchzuführen.

Ich danke – das werden die Abgeordneten gleich auch noch einmal tun – für die Bereitschaft, dem Ausschuss für Fragen zur Verfügung zu stehen, aber auch für die bereits übersandten schriftlichen Stellungnahmen. Die Mehrdrucke liegen wie immer am Eingang aus.

Die Damen und Herren Abgeordnete werden sich gleich mit Fragen an Sie wenden. Das ist ein geübtes Verfahren in diesem Ausschuss. Die Kollegen sagen auch, wen sie mit ihrer Frage ansprechen. Nach der Fragerunde gehen wir über in die Beantwortungsrunde. Wenn der Bedarf nach einer zweiten Fragerunde besteht, werden wir diese durchführen.

Nach den Regeln dieses Ausschusses hat die antragstellende Fraktion den Vorrang des Fragerechtes, in diesem Fall die FDP-Fraktion. Frau Kollegin Schneider, Sie haben das Wort.

Susanne Schneider (FDP): Herzlichen Dank, Herr Vorsitzender! – Sehr geehrte Damen und Herren! Herzlichen Dank für Ihre Stellungnahmen im Vorfeld und Ihre Teilnahme an der heutigen Anhörung, obwohl der eine oder andere in dieser kurzen Woche vielleicht etwas anders vorhatte.

Meine erste Frage richte ich an Herrn Professor Böttiger: Herr Professor Böttiger, Sie sprechen sich für den Beginn der Ausbildung in Erster Hilfe in der Schule vor Einsetzen

der Pubertät der Schüler aus. Warum ist aus Ihrer Sicht ein früh einsetzender Unterricht besonders sinnvoll?

Meine zweite Frage richtet sich an Herrn Professor Böttiger und Herrn Dr. Lüder: Wie sollte eine Unterrichtung in Wiederbelebung in den Schulen konkret umgesetzt werden? Welche Erfahrungen sind aus anderen Bundesländern beziehungsweise aus anderen europäischen Staaten bekannt? Könnte man diese aufgreifen oder sogar Konzepte übernehmen? – Danke schön.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Kollege Scheffler.

Michael Scheffler (SPD): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Im Namen der SPD-Fraktion herzlichen Dank für die zur Verfügung gestellten Stellungnahmen!

Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Gretenkort. Mich würde interessieren, welche Bedeutung heute der Atemspende bei der Reanimation zukommt. In der Vergangenheit stellte es – so habe ich gelesen – für viele Menschen ein Hindernis dar, wildfremde Menschen zu beatmen. Es gibt Informationen, wie sich das entwickelt hat.

Ich habe eine weitere Frage an Herrn Neuhoff vom Verband der Feuerwehren: Welche Rolle können Ihrer Auffassung nach die Leitstellen bei der Reanimation von Menschen spielen? Welche Funktion können sie wahrnehmen? Bedarf es bei den Menschen in den Leitstellen noch bestimmter Schulungen? Oder sind diejenigen, die dort am Telefon und Computer bereitstehen, soweit geschult, dass eine Unterstützung eines Laien beim Umgang mit einem Defibrillator oder anderen Dingen klappt?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Danke schön, Herr Kollege Scheffler. – Herr Kollege Burkert.

Oskar Burkert (CDU): Wir haben nun von Leitstellen gehört. Es gibt aber auch eine Notfall-App. Wie beurteilen Sie den Einsatz dieser Notfall-App? Kann dieser effizient gestaltet werden, um Menschenleben zu retten?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Danke schön. – Herr Kollege Sommer.

Torsten Sommer (PIRATEN): Vielen Dank auch vonseiten der Piratenfraktion für die Stellungnahmen und dafür, dass Sie hier für Fragen zur Verfügung stehen.

Ich habe zwei Fragen an Herrn Professor Dr. Böttiger: Die erste Frage schließt an die Frage von Frau Kollegin Schneider zur Grundausbildung in der Ersten Hilfe in Schulen an. Es gibt einen Erlass von 1976, der acht bis zehn Doppelstunden für die Grundausbildung vorsieht. Aktuell sind zwei Stunden angedacht. Wäre es nicht sinnvoll, die Inhalte jedes Jahr zu wiederholen, damit man – wenn schon der Erstkurs nicht umfangreich ist – die Inhalte zumindest durch Wiederholung unterbringen kann?

Zum Thema „Defibrillator“: Defibrillatoren sind erheblich günstiger geworden. Die Technik ist – vor allem mit Blick auf die Anleitung – erheblich besser geworden. Wenn

man einen Defibrillator heutzutage öffnet, wird einem gesagt, was man zu tun und zu lassen hat. Allerdings sind diese Geräte nicht flächendeckend verfügbar. Sie sind auch nicht immer einheitlich ausgeschildert. Selbst wenn Defibrillatoren in U-Bahnen hängen, ist zu bedenken, dass die Hinweise darauf zum Beispiel in Dortmund vielleicht grün, in Essen rot und in Düsseldorf orangefarben sind. Wäre es sinnvoll, die Defibrillatoren flächendeckend anzubieten? Was muss man tun, damit diese vereinheitlicht und angenommen werden? – Das wären meine Fragen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Danke schön, Herr Kollege Sommer. – Frau Kollegin Maaßen, bitte schön.

Martina Maaßen (GRÜNE): Ich habe eine Frage an die Vertreter der Feuerwehren, des ASP-Verbands und des Deutschen Roten Kreuzes: Sehen Sie grundsätzlich einen Bedarf, die Erste-Hilfe in der Breitenausbildung zu verankern, um Hemmschwellen und Unsicherheiten zu überwinden? Wo sehen Sie Ihrerseits weiteren Handlungsbedarf?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Das war die erste Fragerunde; es wird eine zweite geben; dafür hat sich der Kollege Alda bereits gemeldet. – In der Antwortrunde fangen wir bei Ihnen, Herr Dr. Gretenkort, an.

Dr. Peter Gretenkort (Arbeitsgemeinschaft Notärzte in Nordrhein-Westfalen e. V.): Die Frage betraf die Bedeutung der Atemspende im Zusammenhang mit der Wiederbelegung. Grundsätzlich ist Ihnen allen sicher bewusst, dass es sich beim Kreislauf als auch bei der Atmung um Vitalfunktionen handelt. Beide Funktionen sind für das Überleben von gleichwertiger Bedeutung. Man kann also prinzipiell das eine nicht vom anderen trennen. Aber – Sie haben das bereits in Ihrer Frage angedeutet – es hat sich gezeigt, dass bei der Laienhilfsbereitschaft die Hemmschwelle für die Atemspende größer ist als die Hemmschwelle, eine Thoraxkompression durchzuführen. Es hat sich in internationalen Empfehlungen und wissenschaftlichen Erkenntnissen herausgestellt, dass die Durchführung der Herzdruckmassage allein die Schwelle der Bereitschaft zur Hilfe senkt und ihr Erfolg nicht schlechter ist – sofern der Zeitraum nicht nur ein paar Minuten beträgt – als bei der gleichzeitiger Atemspende. Insofern ist der wichtigste Aspekt in einer Laienausbildung – neben dem Erkennen des Kreislaufstillstandes und dem Rufe nach Hilfe – die Durchführung der Thoraxkompression. Wenn Laien das beherzigen, ist das wichtigste geschehen. Die Ermunterung zu einer Atemspende wäre sozusagen on top, eine Ergänzung dessen, die aber in der Anfangsphase nicht von so elementarer Bedeutung ist.

Eine Differenzierung muss man aber schon vornehmen. In der Regel sprechen wir über die Reanimation bei Erwachsenen; das gerade geschilderte gilt für diese. Bei Kindern ist die Ursache des Kreislaufstillstandes häufig eine andere als bei Erwachsenen. Bei Erwachsenen lösen am häufigsten Herzerkrankungen den Kreislaufstillstand aus. Bei Kindern liegt dem Kreislaufstillstand häufig primär ein Versagen der Vitalfunktion Atmung zugrunde. Ich nenne als Beispiel das Ertrinken im Schwimmbad.

Bei Kindern wäre die eben ausgesprochene Empfehlung fatal. Bei Kindern muss prinzipiell auf eine Atemspende gedrängt werden, allerdings unter den Möglichkeiten, die die Laien vor Ort anbieten.

Sie können mitnehmen, dass der Verzicht auf eine Atemspende im Rahmen einer Wiederbelebung bei Erwachsenen von ihrem Einsatz bei Kindern zu unterscheiden ist. Aus medizinischer Sicht muss man fordern, dass Kinder auch beatmet werden.

Im professionellen Rettungsdienst werden Beatmung und Herzdruckmassage gleichermaßen mit unterschiedlichen Techniken durchgeführt.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herr Professor Böttiger.

Dr. Bernd Böttiger (Deutscher Rat für Wiederbelebung e. V.): Vielen Dank! – Ich versuche, schlaglichtartig und bildhaft die Fragen, die Sie mir gestellt haben, zu beantworten.

Erstens: Wir leben in einem zivilisierten Land; in diesem ist der Herzkreislaufstillstand, der plötzliche Herztod, die dritthäufigste Todesursache. Sehr viele Menschen könnten gerettet werden, wenn die Zeit, bis der Notarzt kommt – dieser kommt häufig erst nach sechs, acht oder zehn Minuten – überbrückt wird durch Laienmaßnahmen. Denn das Gehirn fängt nach drei bis fünf Minuten an zu sterben. Der Notarzt kommt also meistens zu spät. Wir werden es nie schaffen, ein Notarztssystem zu etablieren, sodass der Notarzt überall im Land in drei Minuten da ist. Das geht gar nicht.

Wenn jemand umfällt – meist trifft es Männer, die eine Hälfte der Betroffenen ist jünger, die andere älter als 65 Jahre –, dann zählt jede Minute. In 70 % der Fälle steht jemand dabei und sieht das. Meist passiert so etwas übrigens zu Hause, das heißt in der Familie. Dann muss man einfach nur auf den Brustkorb drücken. Das Blut, das im Herz steht, transportiert man über das Drücken und übernimmt so die Funktion des Herzens. So kann man ein paar Minuten überbrücken bis der Notarzt kommt, da Sauerstoff mit dem Blut auch ins Gehirn kommt. Das ist hocheffektiv, verdoppelt bis vervierfacht die Überlebensrate eines Betroffenen.

In Deutschland machen das bisher weniger als 30 % der Laien, die Dabeistehen. In Norwegen sind es teilweise über 80 %; dort wird dies seit 30 Jahren in der Schule gelernt. In Deutschland war der Anteil erst unter 20 %, bevor wir vor drei, vier Jahren unsere Kampagnen gestartet haben. Diese Beteiligung von 20 bis 30 % ist noch entwicklungsfähig. Man könnte sagen, wir leben noch im Mittelalter, was die gegenseitige Hilfe beim Killer Nummer drei angeht.

Alle, die wir hier sitzen, haben wahrscheinlich einen Führerschein; alle die den Führerschein haben, haben an einem Erst-Hilfe-Kurs teilgenommen, die Reanimation usw. gelernt. Trotzdem ist die Situation so misslich wie eben beschrieben. Damit ist für mich evident, dass wir im Ausbildungskonzept ein bisschen etwas ändern müssen.

Für mich heißt das ganz klar: Wir müssen sehr viel früher anfangen. Überlegen Sie einmal, wer auf so einen Kurs Lust hatte, als er den Führerschein gemacht hat. Da hatten wir ganz andere Sachen im Kopf. Wenn Sie aber sehen, wie begeistert zehn-

zwölf- oder 14-jährige Schüler an so einem Kurs teilnehmen, dann werden Sie das nie mehr vergessen und mir Recht geben, dass es der richtige Weg ist, diesen das beizubringen.

Deswegen hat der Schulausschuss der Kultusministerkonferenz 2014 in Düsseldorf im Mannesmanngebäude einstimmig beschlossen, dieses Vorgehen für die Bundesrepublik zu empfehlen. Die WHO unterstützt uns seit letztem Jahr mit der gleichen Empfehlung, zwei Stunden pro Jahr ab dem zwölften Lebensjahr, ab der siebten Klasse zu unterrichten.

Wir sagen, dass muss vor dem Einsetzen der Pubertät, vor der maximalen Ausprägung der Pubertät geschehen; dann sind die Schüler dafür richtig zu begeistern.

Wenn die Kinder das alle gelernt haben und die Inhalte jedes Jahr zwei Stunden lang wiederholt werden – das ist das Konzept; dazu gibt es Studien –, dann vergessen sie das nicht mehr. Das ist dann wie Schwimmen oder Fahrrad fahren. Das heißt, selbst wenn jemand 20 Jahre nicht schwimmt – es kommt ja selten vor, dass man dabei ist, wenn jemand einen Kreislaufstillstand hat – und dann ins Wasser fällt, dann geht man nicht unter. So funktioniert das auch bei der Reanimation.

Das ist die Begründung, warum das Lehren der Inhalte so früh ansetzen muss. International ist das mittlerweile Konsens. Auf europäischer Ebene gibt es seit zwei, drei Jahren eine entsprechende Initiative. Die Italiener haben es per Gesetz verordnet. Andere Länder arbeiten auch gerade daran. In Amerika ist es mittlerweile, glaube ich, in 34 von etwas mehr als 50 Bundesstaaten etabliert, dass Schülerinnen und Schüler in Wiederbelebung ausgebildet werden.

Das ist meine Antwort auf Ihre erste und zweite Frage.

Auf die Frage des Abgeordneten der Piratenfraktion habe ich schon ein bisschen geantwortet. Eine achtstündige Erste-Hilfe-Ausbildung ist toll. Die Wiederbelebung ist ein Teil davon. Aber er ist – es geht dabei ums Überleben – der wichtigste Teil der Ersten Hilfe; es geht dann unmittelbar um Leben und Tod. Da zählt jede Minute. Alles andere ist natürlich auch wichtig – das Anlegen von Verbänden, Schienen, das richtige Vorgehen bei Verbrennungen usw. –, aber um Leben und Tod geht es nur bei der Wiederbelebung. Um diese zu lehren, bedarf es etwa zwei Stunden. Man sollte die Inhalte jedes Jahr wiederholen. Entsprechende Studien sprechen dafür.

Zu Ihrer zweiten Frage: Ich habe gesehen, dass draußen ein AED hängt; wahrscheinlich gibt es noch mehr im Landtag. Ich weiß nicht, ob diese schon einmal eingesetzt worden sind. Weiß das jemand von Ihnen? Ich würde fast vermuten, sie sind bisher nicht eingesetzt worden. Ich würde Ihnen – salopp formuliert – im entsprechenden Fall empfehlen – irgendwann wird das passieren; da ist nur eine Frage der Zeit, aber natürlich hoffen wir das alle nicht –, die Herzdruckmassage durchzuführen und nicht empfehlen, einen AED zu nehmen.

In Köln gibt es das Projekt „defiKöln“; die Kollegen haben 150 AEDs in der Stadt verteilt, und zwar hängt nun überall dort, wo es einen Bankomat der Sparkasse gibt auch ein AED. Jeder weiß, wo die Geräte sind, weil jeder weiß, woher er sein Geld bekommt. Die Geräte hängen jetzt allerdings seit sieben Jahren an den entsprechenden Stellen.

Noch kein einziges Gerät ist eingesetzt worden, damit wurde noch kein Menschenleben gerettet. Das Projekt hat aber ein paar Millionen Euro gekostet. Für die AEDs wurde viel geworben. Aber das Gerät ist zu komplex; es schreckt die Leute eher ab.

Man muss dem Laien die klare Message geben: Prüfen, rufen, drücken. Das ist Motto unserer Kampagne. Zunächst muss geprüft werden, ob der Betroffene noch am Leben ist. Dann muss der Notarzt gerufen und mit dem Drücken begonnen werden. Aber laufen Sie in einem entsprechenden Fall bitte nicht weg und holen ein AED. Drücken Sie!

An dieser Stelle bringe ich gern das Beispiel einer Geschichte, die passiert ist; bitte erschrecken Sie nicht. Jeder kennt Udo Jürgens. Er ist an einem plötzlichen Herztod gestorben. Es war tagsüber. Er war nicht allein. Der Kreislaufstillstand war bezeugt. Sein Fahrer war dabei. Und dpa hat am nächsten Tag berichtet, der Fahrer habe das einzige richtige in einer solchen Situation gemacht, er sei zum Bahnhof gerannt und habe einen AED geholt. – Bitte machen Sie das nicht. Jede Minute zählt. Wenn Sie nur eine Minute verlieren, weil Sie ein AED holen, verschlechtert es die Chancen des Überlebens.

In einem Land, in dem der Notarzt innerhalb von zehn Minuten an praktisch jedem Ort ist, reicht es, wenn man drückt. Das ist meine Message an Sie.

Wenn Sie tatsächlich einmal einen AED einsetzen sollten... Der Einsatz kann vielleicht sinnvoll sein, wenn Sie 20, 30 Minuten auf einen Notarzt warten müssen. Wir empfehlen die Geräte im Flieger, in Zügen. Wir trainieren Astronauten in Notfallmedizin; in Raumschiffen gibt es ebenfalls solche Geräte; denn um dahin zu kommen, braucht der Notarzt etwas länger.

Aber ansonsten empfehlen wir diese Geräte nicht. Haben Sie ein solches Gerät schon mal bedient? Wie lange, schätzen Sie, müssen Sie die Herzmassage unterbrechen, wenn Sie den Sprachanweisungen eines AEDs folgen?

(Torsten Sommer [PIRATEN]: Ich habe das mal zum Test gemacht!)

Die Kollegen haben das mal gemessen. Wenn Sie den Anweisungen des AEDs folgen, unterbrechen Sie die Herzdruckmassage als Laie zwischen anderthalb und dreieinhalb Minuten – unabhängig vom Hersteller der Geräte. Damit verschlechtern Sie die Überlebenschancen eines Betroffenen um 20 bis 50 %.

Ich empfehle, die Geräte nicht zu benutzen und die Aufmerksamkeit der Laien nicht auf solche Geräte zu lenken. Ich glaube, für sogenannte Ersthilfesysteme – das war vorhin auch Thema – sind sie sinnvoll. Ausgebildete Menschen können die Geräte einsetzen. Vielleicht haben Sie im Landtag Wachpersonal. Diese könnten die Geräte einsetzen, aber das Personal müsste vorher trainiert sein. Aber für Laien kommt das aus meiner Sicht nicht infrage.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank, auch für die Eröffnung neuer Horizonte. – Frau Maaßen hatte Herrn Neuhoff angesprochen. Bitte schön, Herr Neuhoff.

Stephan Neuhoff (Verband der Feuerwehren NRW e. V.): Herr Professor Böttiger hat hinreichend ausgeführt, wie notwendig ein entsprechendes Vorgehen ist. Ein Freund von mir hat neulich den plötzlichen Herzstillstand mitten in Köln folgenlos überlebt, weil die Rettungskette – Telefonreanimation, Erst Hilfe, Notarzt in der Nähe – problemlos funktioniert hat. Nach einer Woche ist er mit einem eingebauten Defibrillator, falls es noch einmal vorkommt, entlassen worden.

Sie haben die Leitstellen angesprochen. In den großen Leitstellen ist die Telefonreanimation Standard. Diese wird computergeführt. Das heißt, der Disponent bekommt im Grunde genommen vom Bildschirm Anweisungen, wie er weiter vorgehen soll im Gespräch mit dem Ersthelfer, der hoffentlich den Anweisungen folgt. Das setzt natürlich eine Schulung voraus, aber auch Organisation. Der Disponent ist durchaus acht bis zehn Minuten aufgrund der Telefonreanimation gebunden und in ständigem Gesprächskontakt mit dem Ersthelfer und hinterher fertig. Das muss man auch sagen. Das nimmt einen Disponenten schon mit. Aber es hilft.

Dass das in den kleineren Leitstellen Standard ist, wage ich zu bezweifeln. Es müsste erfragt werden, in wie weit es in Leitstellen in ländlichen Gebieten mit zwei oder drei Disponenten in einem entsprechenden Fall Standard ist, eine Telefonreanimation durchzuführen. Da haben wir keinen Überblick.

Vielleicht noch eine Anmerkung: Interessanterweise ist in dem vorliegenden Antrag ein ganzes Paket an Maßnahmen genannt, nicht nur die Erste-Hilfe-Kurse, sondern auch die Telefonreanimation und Apps für Ersthelfer. Mein Kenntnisstand dazu ist zugegebenermaßen lückenhaft. Man hat mir gesagt, dass solche Apps in Österreich in ländlichen Bereichen angewendet würden. Im entsprechenden Fall werden über Apps Ersthelfer alarmiert, da diese beim Notfallpatienten schnell vor Ort sind. Man sollte eruieren: Ist das wirklich so? Hat Österreich da gute Erfolge? Vielleicht kann man in einem Landkreis in Köln einen Pilotversuch starten. Denn je ländlicher der Kreis ist, umso länger dauert es, bis der Rettungsdienst vor Ort ist und desto angebrachter wäre es, Ersthelfer zu alarmieren, damit diese die ersten Maßnahmen durchführen können. – Danke.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herr Dr. Lüder.

Dr. Sascha Rolf Lüder (Deutsches Rotes Kreuz, Landesverband Westfalen-Lippe): Auf die Fragen, die noch nicht beantwortet sind, möchte ich für das Deutsche Rote Kreuz ergänzen.

In dieser Anhörung geht es um eine Paketlösung. Es geht aus unserer Sicht nicht nur um die Wiederbelebung im engeren Sinne, sondern es geht am Ende um die Erste Hilfe im umfassenderen, im weiteren Sinne. Aus unserer Sicht sollte es für die Bewusstseinsbildung in der breiten Bevölkerung unverzichtbar sein, sich des Themas anzunehmen. Allgemein spricht man in den anerkannten Hilfsorganisationen bewusst von der Breitenausbildung in der Ersten Hilfe, weil man in die Breite der Bevölkerung gehen will und muss, um das Bewusstsein für die Notwendigkeit einer solchen Unterweisung zu bilden.

Wir haben im vergangenen Jahr – da ist angesprochen worden – eine Novellierung der entsprechenden Vorgaben erhalten, die umgesetzt werden. Wir haben – wir haben das in unserer Stellungnahme 16/3861 genannt; ich möchte mich nicht wiederholen – deutlich gemacht, wie wir uns vorstellen könnten, im schulischen Bereich weiterzugehen. Das sollte nicht sozusagen nur als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme für Hilfsorganisationen angesehen werden. Wir haben das bewusst daran gekoppelt, das geeignete – „geeignet“ sage ich immer bewusst – Lehrpersonal in den Kollegien der Schulen für die Vermittlung der Inhalte infrage kommen kann.

Man sollte aber deutlich machen, dass es am Ende eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist. Es muss Fürsprecher geben – als solche sehen wir uns ein Stück weit –, die für dieses Anliegen werben. Wie gesagt, es muss ein flächendeckendes Angebot solcher Erste-Hilfe-Kurse in erster Linie in der Breitenausbildung, in den Schulen – das wäre aus unserer Sicht sehr hilfreich – geben. Derzeit passiert das vereinzelt. Häufig ist es gekoppelt – wie auch beschrieben – an den Schulsanitätsdienst. Aber das kann immer nur ein erster Schritt sein. Aus unserer Sicht ist es angezeigt, das flächendeckend im Land einzuführen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Vielleicht kann Herr Rzadkowski ergänzen: Sind Hilfsorganisationen in der Lage, ein solches Angebot flächendeckend zu realisieren?

Stephan Rzadkowski (ASB NRW e. V.): Prinzipiell waren alle Hilfsorganisationen in den letzten Jahren eingebunden in ein Programm zur sogenannten „Medizinischen Erstversorgung mit Selbsthilfefinhalten“ an den Schulen. Flächendeckend sollte landesweit ein Erste-Hilfe-Kurs durchgeführt werden. Das hat der Verbund der Hilfsorganisationen in den letzten zehn Jahren erfolgreich umsetzen können. Daher muss ich sagen: Ja, das bekommen wir auf jeden Fall hin.

Ansonsten sehe ich es genauso wie Herr Dr. Lüder: Die Implementierung der Ersten Hilfe in der Bevölkerung ist sehr wichtig. Es ist – das haben auch die Kollegen Dr. Gretenkort und Dr. Böttiger gesagt – eine Frage der Motivation der Menschen, Erste-Hilfe-Maßnahmen lernen zu wollen. Der Ansatz, in den Schulen bei den jungen vorpubertierenden Schülern zu beginnen, ist am besten.

Es geht um Verletzungen, es geht um Tod, es geht nicht um die schönen Dinge des Lebens. Das schreckt viele ab. Die jüngeren gehen damit noch anders um. Wenn sich das über die Jahre einspielt und die Vermittlung von Erste-Hilfe-Maßnahmen in der Schule selbstverständlich ist, dann bekommen wir hier bei uns vielleicht auch ein anderes Bewusstsein von der Ersten Hilfe.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Okay. – Wir beginnen mit der zweiten Fragerunde. – Herr Kollege Alda.

Ulrich Alda (FDP): Danke, Herr Vorsitzender! – Zunächst hätte ich eine Frage an Herrn Professor Böttiger. Sie haben sehr lebhaft und bildhaft geschildert, wie die Überlebensraten gesteigert werden, wenn man die Laienreanimationsrate erhöht. Das hat

aber auch einen sozialpolitischen Aspekt. Sie sagten, dass die eine Hälfte der Betroffenen über 65 Jahre alt und die andere Hälfte jünger sei. Wie viele von den Betroffenen können weiter im Arbeitsleben aktiv sein statt in die Rente zu gehen?

Dann hätte ich noch eine Frage an Dr. Gretenkort und Dr. Herrn Lüder: Wie viele Rettungsdienstleitstellen in NRW setzen das Konzept der standardisierten telefonischen Anleitung durch Disponenten, wie es eben geschildert wurde, um?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Auf die Frage wurde durch Herrn Neuhoff bereits geantwortet; es lägen dazu keine verlässlichen Daten vor. – Herr Burkert.

(Susanne Schneider [FDP]: Deswegen hat er die Fragen an Dr. Gretenkort und Herrn Dr. Lüder gestellt!)

Ulrich Alda (FDP): Entschuldigung. – Vielleicht können wir mit den gegenseitigen Grätschen aufhören. Mein Beitrag war noch nicht beendet.

Herr Neuhoff hat das sehr gut ausgeführt. Vielleicht ist die Antwort untergegangen. Wenn es keine konkreten Daten gibt, dann vergessen Sie meine Frage. Sollte es welche geben, bitte ich um antworten.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Kollege Burkert.

Oskar Burkert (CDU): Ich hatte vorhin nach der Notfall-App gefragt. Mir ist bekannt, dass im Kreis Gütersloh eine App über ehrenamtliche Helfer funktioniert. Der Kreis Unna hat sich bereits angeschlossen und ist mit 200 Helfern verteilt über seinen Kreis gestartet. Ich denke, wenn man die Bevölkerung darauf anspricht, kann man sie dafür begeistern. Es stellt sich aber die Frage der Ausbildung. Das muss in den Kommunen umgesetzt werden.

Herr Professor Böttiger, Sie haben bereits vor zwei Jahren an der Empfehlung der Kultusministerkonferenz mitgewirkt, ab der Klasse sieben Notfallrettungsmaßnahmen zu lehren. Bayern und andere Bundesländer haben das bereits getan. Wissen Sie, warum es in Nordrhein-Westfalen noch nicht zur Umsetzung gekommen ist?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Frau Middendorf.

Claudia Middendorf (CDU): Herr Professor Dr. Böttiger hatte gerade gesagt, die Erste Hilfe sei sehr wichtig. Sie haben außerdem angesprochen, dass die meisten von uns über den Führerscheinkurs auch an einem Erste-Hilfe-Kurs teilgenommen hätten. Mir stellt sich die Frage, wie oft man nach dem Führerschein noch an Erste-Hilfe-Kursen teilnimmt. Herr Dr. Lüder und Herr Rządowski, an Sie hätte ich die Frage, ob Sie wissen, wie viele Menschen an einem Erste-Hilfe-Kurs teilnehmen, unabhängig davon, ob sie das als Ersthelfer für ihren Beruf benötigen. Ist es nicht eine Überlegung wert, ein Bonussystem einzuführen, um einen Ansporn zu geben, an Erste-Hilfe-Kursen teilzunehmen? – Danke.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Frau Kollegin Grochowiak-Schmieding.

Manuela Grochowiak-Schmieding (GRÜNE): Danke schön, Herr Vorsitzender! – Es ist sicherlich richtig, so früh wie möglich mit der Ausbildung anzufangen und diese flächendeckend anzubieten. Das halte ich für unerlässlich.

Meine Frage ist aber auf die Ausbildungsinhalte bezogen. Ich selbst habe schon erlebt, dass Menschen im Notfall durchaus bereit waren, zu helfen. Wenn jemand ohnmächtig ist, reißen die einen die Beine des Betroffenen hoch, die anderen wollen ihn in die stabile Seitenlage zwingen. Niemand achtet darauf, ob noch Puls oder Atmung vorhanden ist. Das scheint mir ein Punkt zu sein, der, wenn es hektisch wird, schnell vergessen wird – um dann die Herzdruckmassage einzuleiten. Ich würde darum bitten, sich noch einmal zu äußern, in wie weit das berücksichtigt wird. Denn das scheint mir in der Tat ein wichtiger Punkt zu sein. Alle sind in einem solchen Fall erst einmal in einer Ausnahmesituation. Das Vorgehen dann muss aber verinnerlicht sein. Was beobachte ich, wie beobachte ich es, wie reagiere ich in welcher Situation? Das in der Ausbildung rüber zu bringen ist, denke ich, ganz wichtig. Diese Frage richtet sich an die Notärzte, an Herrn Dr. Gretenkort und Herrn Dr. Böttiger, sowie natürlich an die Vertreter des ASB-Verbands und des DRK. – Danke.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Frau Kollegin Schneider.

Susanne Schneider (FDP): Danke schön. – Ich hätte noch eine Frage an Herrn Professor Böttiger, Herrn Dr. Lüder und Herrn Dr. Gretenkort. Wir haben nun schon ein paar Mal gehört, dass der Führerschein und damit der Erste-Hilfe-Kurs bei den meisten länger her ist. Mir schwebt immer vor, dass man die entsprechenden Inhalte niederschwellig vermitteln kann, zum Beispiel indem man das in einem Einkaufszentrum am Dummy lernen könnte. Wie bewerten Sie diese Idee? Hätten Sie bessere Beispiele, wie man ein niedrigschwelliges Angebots schaffen könnte?

Dann habe ich noch eine Frage an Herrn Professor Böttiger: Kennen Sie aus Ihrer langjährigen Praxis Fälle, dass Schüler oder Kinder – Sie sagen ja, das müsse vor Einsetzen der Pubertät vermittelt werden – andere Menschen erfolgreich reanimiert haben?

Dann habe ich noch eine letzte Frage an Herrn Professor Böttiger: Sie hatten uns erzählt, dass Sie selbst die Astronauten auf der ISS fortbilden. Wäre es denkbar, auch den Abgeordneten dieses Hauses eine solche Fortbildung zukommen zu lassen? – Danke schön.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Kollege Sommer zum Schluss.

Torsten Sommer (PIRATEN): Vielen Dank. – Meine Fragen richten sich an Herrn Rzadkowski und Herrn Dr. Lüder. Wir haben hier zum Teil über die Ausbildung in den Schulen gesprochen. Sie haben betont, dass Sie diese als Multiplikator sehen und Sie nicht unbedingt in die Fläche wollen. Allerdings bedarf es dazu nicht nur des Know-

hows und der Lehrkräfte; denn gerade bei der Vermittlung der Lehrinhalte zur Wiederbelebung bedarf es auch der technischen Unterstützung. Kollegin Schneider hat bereits den Dummy angesprochen.

Wenn die Multiplikatorfunktion genutzt werden soll, müsste in den Schulen immer ein Dummy vor Ort sein. Wie hoch schätzen Sie das Potenzial ein, dass Dummies flächendeckend angeschafft werden? Man müsste im Prinzip pro Schule bestimmt zwei Dummies haben, was auch eine gewisse Investition ist, wenn man das gesamte Land betrachtet. Wäre das sinnvoll? Oder wäre es nicht sinnvoller, jemanden der Hilfsdienste an die Schule einzuladen, der die Materialien mitbringt? Sonst werden die Dummies vielleicht nur jedes halbe Jahr genutzt.

Wir sprechen hier die ganze Zeit darüber, dass die meisten Menschen nur einmal im Leben einen Erste-Hilfe-Kurs machen, nämlich bei der Erlangung des Führerscheins. Allerdings bedarf es dazu seit Jahrzehnten keines Erste-Hilfe-Kurses mehr, sondern nur eines Kurses über lebensrettende Sofortmaßnahmen am Unfallort. Ein Erste-Hilfe-Kurs dauert schon ein bisschen länger und beinhaltet noch zwei, drei andere Sachen.

Es ist nicht geregelt, dass es Folgekurse gibt. Diese gibt es eigentlich nur bei betrieblichen Ersthelfern, die alle zwei Jahre einen Auffrischkurs machen. Ich finde, Kollegin Schneider hat gerade richtig erwähnt, dass die Teilnahme selbst für die betrieblichen Ersthelfer mit einem relativ hohen Aufwand verbunden ist. Man ist eine Tag aus dem Betrieb; ein Kurs geht mindestens acht Stunden.

Wäre es nicht sinnvoll, das viel niederschwelliger anzubieten – nicht unbedingt in einem Kaufhaus –, eine Vermittlung über zwei, drei Stunden alle ein, zwei Jahre? Denn dass nicht so oft geholfen wird, das liegt daran, dass die Menschen nicht die entsprechende Sicherheit haben. Diese erlangen sie nur, wenn sie mit dem Thema öfter konfrontiert werden. Für die meisten Menschen würde eine Auffrischung alle ein, zwei Jahre reichen, wie ich festgestellt habe.

Das sind meine Fragen dazu. Falls jemand von den Sachverständigen, die ich nicht konkret angesprochen habe, darauf gern antworten möchte, wäre ich erfreut, wenn der Herr Vorsitzende das zulassen würde. – Vielen Dank.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Der Vorsitzende lässt das mal zu. – Wir fangen bei Herrn Dr. Lüder an.

Dr. Sascha Rolf Lüder (Deutsches Rotes Kreuz, Landesverband Westfalen-Lippe): Vielen Dank, Herr Vorsitzender! – Mir wurden eine Reihe von Fragen gestellt.

Zunächst zur Frage von Herrn Alda: Wir haben auch kein Datenmaterial zur Verbreitung der Telefonreanimation vorliegen. Insofern erlauben Sie mir den Hinweis: Die Hilfsorganisationen wirken nur im Rettungsdienst mit und sind nicht Träger des Rettungsdienstes.

Uns geht es um die Notwendigkeit einer Paketlösung; das möchte ich hier noch einmal deutlich machen. Am Ende ist für den Erfolg einer Reanimation nicht nur entscheidend, dass wir bei der Telereanimation einen geeigneten Leitstellendisponenten verfügbar

haben. Es muss auch jemanden geben, der die Reanimation gewissermaßen händisch durchführt. Insoweit ist es wichtig zu sehen, dass es allein mit einer Ausbildung eines Leitstellendisponenten nicht getan ist. Gleiches gilt übrigens auch für die angesprochenen Apps.

Zur Frage von Frau Middendorf: 1,5 Millionen Bürgerinnen und Bürger haben deutschlandweit aktuell beim Deutschen Roten Kreuz einen entsprechenden Lehrgang absolviert. 2,8 Millionen Bürger waren es insgesamt, die anderen Lehrgangsanbieter mitgerechnet. Das sind ungefähr – ich bin Jurist, ich kann schlecht rechnen – 3 % der Bevölkerung.

Eine weitere Frage kam von Frau Schneider. Ich glaube, Sie fragten nach Beispielen für niederschwellige Angebote. Ich glaube, es ist wichtig, sich Folgendes deutlich zu machen: Aus unseren Erfahrungen ist der Schulsanitätsdienst eine gute Möglichkeit, in die Fläche des Landes zu gehen. Diese Erfahrungen teilen wir mit all denjenigen, die solche Dienste anbieten. Wir hätten die nachhaltige Empfehlung an die Schulpolitik: Sehen Sie zu, ein möglichst aktives Netz an Schulsanitäterinnen und Schulsanitätern zu entwickeln.

Zur Frage von Herrn Sommer: Die Dummies sind an sich kein Problem. Diese bringen wir bei einem Lehrgang natürlich mit; die halten wir vor. Die Desinfektion der Dummies könnte ein Problem darstellen. Aber am Ende ist das nur eine technische Einzelproblematik. Die Dummies an sich haben wir natürlich.

Torsten Sommer (PIRATEN): Wenn Sie Ersthelfer ausgebildet haben, werden diese die Schüler ausbilden. Dann gibt es keine Dummies.

Dr. Sascha Rolf Lüder (Deutsches Rotes Kreuz, Landesverband Westfalen-Lippe): Gut, das ist richtig. Man müsste über geeignete Wege – wie ansonsten auch im Bereich des Schulwesens – nachdenken, über Fördervereine oder andere Möglichkeiten, Fördermittel zu beschaffen. Wenn Sie gestatten, Herr Vorsitzender, würde ich die Beantwortung des zweiten Teils der Frage von Herrn Sommer Herrn Wilms überlassen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Das ist möglich.

Dr. Sascha Rolf Lüder (Deutsches Rotes Kreuz, Landesverband Westfalen-Lippe): Danke.

Stefan Wilms (Deutsches Rotes Kreuz, Landesverband Westfalen-Lippe): Danke schön. – Vielleicht kurz eine Information zur Ersten Hilfe: Wir, die Hilfsorganisationen und die Berufsgenossenschaften, haben die Erste Hilfe im letzten Jahr komplett umgestellt. Dieser Kurs war bis zum 1. April letzten Jahres zweitägig und beinhaltete 16 Unterrichtseinheiten; die Unterrichtseinheiten sind auf neun verkürzt, sodass der Kurs an einem Tag absolviert werden kann. Es gibt die Empfehlung, diese Lerneinheiten alle zwei Jahre zu wiederholen. Leider haben – Sie haben es richtig gesagt – nur die

Berufsgenossenschaft verpflichtend eingeführt, den Erste-Hilfe-Schein alle zwei Jahre zu erweitern. Der Kern dieser Veränderung war neben der quantitativen Veränderung eine komplette Umstrukturierung und eine Schwerpunktlegung auf die Handlungsorientierung sowie ein Stück weit bestimmte Lernfelder. Das heißt, die Themen werden in der Ausbildung nicht mehr isoliert betrachtet, sondern handlungsorientiert dargestellt.

Um die Zahlen von Herrn Dr. Lüder zu ergänzen: Das Deutsche Rote Kreuz – die Landesverbände Nordrhein und Westfalen-Lippe – haben in Nordrhein-Westfalen im letzten Jahr etwa 300.000 Menschen in Erster Hilfe ausgebildet. Davon wurden 200.000 vor dem Hintergrund berufsgenossenschaftlichen Rahmenbedingungen ausgebildet – wir waren also im Rahmen der Berufsgenossenschaften tätig –, und 100.000 Menschen haben die Ausbildung auf eigene Initiative wahrgenommen.

Wir, das Deutsche Rote Kreuz, können das, was Herr Professor Böttiger sehr gut ausgeführt hat, nur nachhaltig unterstützen. Wir sehen eine Problematik des Rettungsdienstes – das ist ein ganz wichtiger Punkt –; die Zeiten bis zum Eintreffen eines Notarztes betragen fünf bis acht beziehungsweise im ländlichen Bereich acht bis zwölf Minuten. Dieses Zeitintervall ist einfach zu lange.

Wenn ich jetzt einen Infarkt bekäme, würde es, glaube ich, relativ lange dauern, bis Fachpersonal vor Ort ist. Ich denke, es ist wichtig, zu handeln. Deswegen fand ich den Ansatz wichtig, den Kindern bereits vor der Pubertät beizubringen, dass es wichtig ist, nicht zuzuschauen, zu lachen oder aufgeregt zu sein, sondern aktiv etwas zu tun. Die Kompression des Brustkorbes – dabei kann man im praktischen medizinischen Alltag beileibe nicht viel falsch machen – ist ein ganz wichtiger Schritt in diese Richtung. – Danke schön.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herr Rzadkowski.

Stephan Rzadkowski (ASB NRW e. V.): Ich möchte mich den Ausführungen von Herrn Wilms anschließen. Viel Neues möchte ich nicht hinzufügen. Wir vom ASB sehen das genauso wie die Kollegen vom Deutschen Roten Kreuz. Prozentual – ich habe nicht die Einzelzahlen – finden mehr als die Hälfte der Erste-Hilfe-Aus- und -fortbildungen im betrieblichen Bereich statt. Der Rest betrifft die Lehrgänge für die Führerscheinanwärter. Mittlerweile müssen diese nicht mehr an einem Lebensrettenden-Sofortmaßnahmenlehrgang teilnehmen. Mittlerweile gibt es hier keine Differenzierung mehr.

Die Erste-Hilfe-Grundausbildung mit neun Unterrichtseinheiten ist mittlerweile ein standardisiertes Programm für alle, die Erste-Hilfe-Maßnahmen lernen wollen. Die Fortbildungen sind nur in Betrieben beziehungsweise für spezielle Berufsgruppen wie Sporttrainer verpflichtend; diese sind aufgrund ihrer Tätigkeit verpflichtet, sich alle zwei Jahre fortzubilden. Für die breite Bevölkerung gibt es diese Verpflichtung nicht.

Auf die Frage bezüglich der Umsetzung der Erste-Hilfe-Maßnahmen, dass sich Betroffene nicht sicher sind, was sie im konkreten Fall machen müssen – die Beine hoch,

stabile Seitenlage: Herr Wilms sagte bereits, dass wir seit über einem Jahr handlungsorientiert unterrichten. Wir haben die Erste-Hilfe, was theoretische Inhalte angeht, entschlackt, um den Teilnehmern praktisches Handeln an die Hand zu geben. Aber die Sicherheit in der Durchführung der Ersten Hilfe, was tatsächlich gemacht werden muss, bringt nur die Wiederholung. Man kann das in einem freiwilligen Kurs, bei dem die Teilnehmer ausschließlich zuhören, machen; der Lernprozess erfolgt nicht, indem Teilnehmer die Inhalte lernen und eine Prüfung absolvieren müssen. Es wird nur das mitgenommen, was in dem entsprechenden Kurs an dem Tag gehört und geübt wird. Wenn man dann Jahre später helfen muss, kann es sein, dass es nicht hundertprozentig so läuft, wie es gelehrt wurde. Aber auch hier muss man grundsätzlich sagen: Keine Hilfe ist die schlechteste Hilfe. Das wollen wir ja vermeiden.

Zur Frage, ob sozusagen kleine Erste-Hilfe-Kurse motivieren könnten: Wir vom ASB bieten seit vielen Jahren verschiedene Programme an, die nur wenige Stunden umfassen, zum Beispiel ein- bis zweistündige sogenannte E-H-Fresh-Ups. Aber die Nachfrage ist gering, denn es ist eine freiwillige Maßnahme. Wenn man etwas nicht tun muss, ist die Motivation nicht so groß. Das heißt, es stellt sich die Frage, ob es die Angebote gibt oder ob wir sie ausweiten müssten. Die Angebote bieten alle Organisationen an. Aber es stellt sich die Frage: Wie bringen wir die Leute dazu, daran teilzunehmen? Da habe ich keine Patentlösung parat.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank. – Herr Professor Böttiger.

Dr. Bernd Böttiger (Deutscher Rat für Wiederbelebung e. V.): Vielen Dank! – Ich habe mir sieben Fragen an mich notiert. Ich versuche, sie in aller Kürze zu beantworten.

Die erste Frage betraf, dass die Hälfte der von Kreislaufstillstand Betroffenen unter 65 Jahre alt sind und damit häufig noch im Arbeitsleben stehen. Von Herrn Neuhoff haben wir vorhin ein Beispiel gehört. Wir wissen, dass es keine Zahlen aus Deutschland zum Überleben und zur Reintegration in die Arbeit gibt. Es gibt aber Zahlen aus Dänemark. Dänemark war 2001 in der gleichen Situation wie Nordrhein-Westfalen, wie Deutschland heute. Es gab eine Laienreanimationsrate von 20 bis 30 %. Dann haben sie alle möglichen nationalen Initiativen ergriffen. 2005 wurde die Unterrichtung von Wiederbelebungsmaßnahmen im Schulunterricht eingeführt. Sie haben es geschafft, ihre Laienreanimationsquote auf über 50 % zu steigern und das Überleben der von Kreislaufstillstand betroffenen Menschen zu verdreifachen. Das gelingt mit keinem Medikament, auch wenn es noch so teuer ist. Das gelingt nicht durch den Einsatz von Defibrillatoren. Das gelingt nur über die Laienausbildung in der Wiederbelebung. Die Dänen haben das geschafft. Sie haben das jetzt in ein Register implementiert. Dieses Register zeigt – es wurde letztes Jahr im JAMA publiziert, einer hochangesehenen Zeitschrift –: Von den Menschen, die nach einem Herzkreislaufstillstand außerhalb einer Klinik reanimiert wurden, vorher im Arbeitsleben standen und dann entlassen wurden, sind 76 % wieder ins Arbeitsleben integriert worden, also drei Viertel. Eine kleine

zum Schmunzeln anregende Anekdote anbei: Diese hatten einen niedrigeren Krankenstand als Menschen in einem Vergleichskollektiv, die keinen Herz-Kreislaufstillstand hatten.

Wenn uns in Deutschland das gleiche gelingt wie in Dänemark, eine Verdreifachung der Überlebensrate, dann – wir haben durchgerechnet bezüglich der gesellschaftlichen Gesamtkosten, nicht nur in Bezug auf die Kosten der Kurse in den Schulen, des Deutschen Roten Kreuzes, der Rentenversicherungsträger usw. –, dann spart das deutschlandweit 3 bis 4 Milliarden € ein – das ist nicht publiziert. Wenn ich mich recht entsinne, ist das die Summe, die uns das gesamte prä-hospitale Rettungssystem im Übrigen kostet. Wir könnten hier also richtig etwas gewinnen. Das ist meine Antwort auf die erste Frage.

Die zweite Frage betraf die Notfall-Apps. In Gütersloh gibt es die sogenannten mobilen Retter; diese sprachen Sie an. Mit diesen bin ich im guten Kontakt. Es gibt aber noch einen zweiten Anbieter zur First Aid aus Dänemark. Diese beiden Anbieter versuchen gerade, sich in Deutschland und anderswo zu etablieren. Das ist wahrscheinlich ein sinnvolles Konzept. Ich erkläre es kurz: Bei diesem Konzept hat jeder ein Smartphone und registriert sich, wenn man Ersthelfer oder vom Fach ist, bei der Leitstelle. Wenn jemand einen Kreislaufstillstand hat, alarmiert sie den Notarzt – der allerdings sechs bis acht Minuten für den Weg braucht – und drei Leute, die in der Nähe sind, um zu dem Notfallort zu rennen. Die Ersthelfer sind meist vor dem Notarzt da und können mit Erste-Hilfe-Maßnahmen beginnen.

Wissenschaftlich untersucht ist das in Stockholm; das Ergebnis wurde auch im letzten Jahr publiziert. Diese Methode steigert ebenfalls die Rate der Reanimationsmaßnahmen bevor der Rettungsdienst eintrifft. Das ist auch naheliegend. Deswegen empfehlen wir solche Apps in den neuen Leitlinien zur Reanimation, die wir im Oktober 2015 publiziert haben. Wahrscheinlich ist das hilfreich. Wir empfehlen und unterstützen das. Das ist neben der Laienausbildung ein weiterer Schritt, der parallel laufen muss, genauso wie die Telefonreanimation.

Die dritte Frage betraf, warum die Kurse in Schulen in Nordrhein-Westfalen bislang noch nicht umgesetzt sind. Das kann ich nicht beantworten. Ich weiß, dass das in Mecklenburg-Vorpommern schon lange umgesetzt ist. Die Baden-Württemberger sind ziemlich weit; sie haben anderthalb Millionen Euro in die Hand genommen und trainieren die Lehrer. Wenn an jeder Schule vier, fünf Lehrer das können, können diese ihr Wissen weitergeben.

Ich würde mir wünschen, dass Nordrhein-Westfalen mit vorne dabei ist. Wir haben dazu noch eine Chance, weil mindestens zwölf der Bundesländer noch längst nicht so weit sind wie wir. Wir haben ja den angesprochenen Erlass von 1976. Wir sind sehr zuversichtlich, dass der Erlass aus Nordrhein-Westfalen überarbeitet wird, sodass Kurse zur Wiederbelebung eine relevante Rolle spielen werden. Wir befinden uns dazu in einem guten Austausch. Allerdings geht mir das manchmal ein bisschen zu langsam. Warum das so ist, das kann ich nicht beantworten. Ich hatte bislang immer den Eindruck, Politik braucht manchmal vielleicht auch ihre Zeit.

Frage Nummer vier: Was machen wir jetzt eigentlich im Notfall? Herzdruckmassage? Stabile Seitenlage? Beine hoch? Wir sagen: „Das Motto ist „Prüfen, rufen, drücken.“ Wir reden hier über die dritthäufigste Todesursache. Stellen Sie sich vor, jemand fällt um. Dann prüft man, ob es noch Lebenszeichen gibt. Wir prüfen weder den Blutdruck noch den Puls. Wir wollen nur wissen, ob der Mensch noch reagiert. Wenn er nicht mehr reagiert, muss der Notarzt gerufen werden und angefangen werden, zu drücken. Wenn der Betroffene keinen Kreislaufstillstand hat, wird er sich schon melden und sagen: „Warum drücken Sie denn so fest auf mir herum?“

(Heiterkeit)

Sie können mit diesem Vorgehen also keinen Schaden anrichten. Sie können aber Schaden anrichten, wenn Sie einen Betroffenen in die stabile Seitenlage bringen, wenn er einen Kreislaufstillstand hat; das hilft ihm dann nicht. Dann ist es egal, ob er in der Rückenlage oder in der stabilen Seitenlage stirbt.

(Manuela Grochowiak-Schmieding [GRÜNE]: Aber das Wissen muss sich sozusagen auch verselbstständigen!)

– Im Zweifelsfall müssen Sie einfach drücken.

(Manuela Grochowiak-Schmieding [GRÜNE]: Ja, ich mache das!)

Zur Frage Nummer sechs, die Frage nach einem Beispiel: Es gibt ein Beispiel aus den letzten Jahren, das mich in meinem professionellen Leben berührt hat wie nichts anderes. Kennt jemand Geschichte von Nic und Kea? Die Geschichte ging auch durch die Presse; wir haben sie auch in der Presse transportiert. Vor drei Jahren, in der Gesamtschule in Hennef (Sieg): Ein damals zwölfjähriger Junge wurde mit drei Jahren operiert. Er hatte eine Aortenisthmusstenose; alles war gut gelaufen, die Entwicklung verlief normal; er hat einen Herzschrittmacher. Der Junge ist begeisterter Fußballspieler. Er stand im Tor und bekam einen Ball auf die Brust; das löste Kammerflimmern aus. Zum Glück geschah das in der großen Pause. Die ganzen Schüler und viele Lehrer stehen um ihn herum. Was, glauben Sie, ist passiert?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Stabile Seitenlage!

Dr. Bernd Böttiger (Deutscher Rat für Wiederbelebung e. V.): Genau. – Man hat einen Notarzt gerufen. Dann hat man erst einmal nichts gemacht, und dann hat ein Lehrer den Jungen in die stabile Seitenlage gebracht. Der Junge war blitzblau, hat offensichtlich nicht mehr geatmet. Der Junge wäre gestorben, da der Notarzt zehn Minuten brauchte, bis er da war. Zum Glück gab es aber eine Schulsanitäterin, die seit ihrem achten Lebensjahr beim Deutschen Roten Kreuz ausgebildet wurde. Sie wusste, wie man jemanden wiederbelebt.

Wenn ich das erzähle, berührt mich das noch immer.

Die Schulsanitäterin war Kea. Kea war im Lehrerzimmer. Man hat sie geholt und kam mit ihrer Freundin. Sie hat nicht lange geguckt. Sie hat gesehen: Der Junge ist blau. Sie hat ihn auf den Rücken gelegt und angefangen, zu reanimieren. Sie hat gar nicht mehr lange gefackelt.

Das meine ich damit, dass es wie Schwimmen oder Fahrrad fahren ist. Sie hat zehn Minuten reanimiert und das so gut gemacht, dass der Junge zwischendrin sogar die Augen aufgemacht hat. Wenn man das ordentlich macht, fängt das Gehirn wieder an zu funktionieren. Der Junge hat überlebt. Er ist einer der besten in seiner Klasse und hilft uns auch oft bei Aktionen.

Als seine Mutter mit ihm zusammen in meinem Office saß, war das, wie gesagt, einer der bewegendsten Momente, die ich kannte. Die Mutter von Nic sagte: „Das man weiß, wie man reanimiert und es auch tut, muss eine Bürgerpflicht sein.“ Im Übrigen macht es auch Spaß, Schüler auszubilden.

Zur letzten Frage: Ich glaube – ich habe das bereits gesagt –, wenn man als Jugendlicher vor der Pubertät mit der Ausbildung beginnt, wenn die Schüler das wie Schwimmen oder Fahrrad fahren drauf haben, dann reicht es, wenn es für Erwachsene niederschwellige Angebote gibt. Dazu gibt es auch Studien. Es reicht dann, alle paar Jahre fünf oder zehn Minuten zu rekapitulieren, wie man das machen muss – wenn das schon als Kind in Fleisch und Blut übergegangen ist.

Wir plädieren für eine grundlegende Ausbildung von zwei Stunden pro Jahr, solange die Schüler die Schule besuchen, und später dann niederschwellige Angebote. In speziellen Situationen wie Betrieben bedarf es der Betriebshelferkurse usw. Wir brauchen aber auch die Ersthelfersysteme.

So viel aus meiner Sicht, was Sie mich gefragt haben.

Frau Wingen reicht mir gerade noch einen Zettel: Die Anschaffung von Dummys ist natürlich eine Kostenfrage. Wir glauben, dass man das anhand von Puppen, aber auch mit dem Kissen vom Sofa der Oma lernen kann – wenn man es etwas salopp ausdrückt. Es gibt ganz tolle Puppen, die nur 20 € kosten. Damit können Sie auch unterrichten. Die Puppen können die Schüler auch mit nach Hause nehmen. Wir sagen den Schülern immer: „Ihr habt das gelernt. Als Hausaufgabe bekommt ihr, in den nächsten zwei Wochen zehn Leuten zu zeigen, wie das geht.“ Dann haben Sie auch eine tolle Erwachsenenbildung; die Vorfälle passieren meistens zu Hause.

Ein letzter Punkt – den habe ich vorhin vergessen –: Ich möchte Sie gern herzlich einladen und Ihnen anbieten, diesen Landtag komplett – vielleicht noch in diesem Jahr, in ein paar Wochen – in Wiederbelebung zu schulen. Das bringt nicht nur Ihnen etwas. Meist passiert der Kreislaufstillstand – ich sage es noch einmal – zu Hause. Das wird nicht nur Ihren Familien nützen, sondern auch ein tolles Zeichen setzen: NRW ist fraktionsübergreifend vorne mit dabei, von links bis rechts. Ich bin sicher, dass alle Sachverständigen, die hier anwesend sind, mit ihren Organisationen dabei helfen werden. Sie müssten uns nur einen Termin nennen, an dem Sie alle eine Stunde Zeit haben. Mehr brauchen wir nicht.

(Beifall)

Vorsitzender Günter Garbrecht: Das Angebot können wir, glaube ich, annehmen. Im Übrigen haben wir im Landtag jährliche Gesundheitstage. Aktuell haben die Ob-Leute und die Präsidentin ein Programm zum Thema „Diabetes“ vereinbart. Beim NRW-Tag gibt es hier im Landtag zudem eine Gesundheitsecke. Wir müssen mit der Präsidentin

darüber reden, ob wir das Angebot entsprechend erweitern können. Wir werden das auf jeden Fall aufnehmen.

Herr Dr. Gretenkort, Ihren Beitrag zum Abschluss.

Dr. Peter Gretenkort (Arbeitsgemeinschaft Notärzte in Nordrhein-Westfalen e. V.): Das Angebot von Professor Böttiger kann ich natürlich nicht toppen. Ich will aber noch zwei drei Aspekte im Hinblick auf die Fragen erwähnen:

Zunächst einmal zu der Frage, worin ausgebildet werden soll: Natürlich soll es möglichst einfach sein. Man muss sich aber darüber klar sein: Im Prinzip werden zwei unterschiedliche Aspekte vermittelt, zum einen – auf neuhochdeutsch – Skills, also die Technik, wie kräftig, häufig und in welchem Rhythmus gedrückt werden muss, und zum anderen das, was die Psychologen unter Selbstwirksamkeitserwartung verstehen. Das klang schon in den Beiträgen der anderen an. Derjenige, der Wiederbelebungsmaßnahmen durchführt, muss davon überzeugt sein, dass die Methode, die er anwendet, die richtige ist und er sie auch beherrscht. Das ist die Überzeugung: „Ich habe etwas vermittelt bekommen, was in dieser Situation hilfreich ist. Ich kann es. Niemand kann es in dieser Situation besser als ich.“ Diese Dinge müssen prinzipiell vermittelt werden. Die Skills – auch das wurde deutlich – müssen möglichst einfach sein, damit man sie möglichst reproduzieren kann.

Es gab die Frage danach, ob man ein niederschwelliges Angebot schaffen kann, um Laien nach Teilnahme an einem Erste-Hilfe-Kurse im Rahmen der Führerscheinerlangung zu schulen. Berechnungen gehen davon aus, dass man 15 % der Bevölkerung erreichen muss, um die Laienwiederbelebungsquote anzuheben. Das ist ein ziemlich hoher Anteil, abgesehen davon, dass der größte Teil im Rahmen der Führerscheinerlangung an einem Kurs teilnimmt. Es ist schwierig, 15 % der Bevölkerung regelmäßig zu erreichen. Natürlich erreicht man mit den vielfältigen Angeboten einen Personenkreis. Aber man hat den Eindruck, dass es immer dieselben Personen sind, die ohnehin zu Hause einen Familienangehörigen haben, um den sie sich Sorgen machen, oder die aus bestimmten sozialen Schichten kommen. Wir erreichen breite Schichten der Bevölkerung mit den entsprechenden Angeboten zunächst einmal nicht.

Spannenderweise sind die Schichten, aus denen man die wenigsten Menschen erreicht, diejenigen, in denen Herzstillstände am häufigsten vorkommen. Der Weg scheint also problematisch zu sein, bei allen Bemühungen und trotz der vielfältigen Angebote. Am Ende ist es also der beste Weg, es in den Schulen verpflichtend anzubieten. Vom siebten Schuljahr an gibt noch viele Jahre Zeit, um auch den Wiederholungseffekt, der angesprochen wurde, zu erzielen.

Dann vielleicht noch ein Satz zum Stichwort „Reanimations-/Wiederbelebungs-App“. Das ist nur eine Methode. Man will damit das therapiefreie Intervall verkürzen. Aber es muss deutlich werden, dass sich diese App an semiprofessionelle Helfer wendet. Die App würde bei Laien nicht weiterhelfen. Mit dem Projekt in Gütersloh werden Leute angesprochen, die aus ihrer beruflichen Erfahrung heraus mit der Situation vertraut sind, also Intensivkrankenschwestern, Rettungsassistenten, die gerade außer Dienst sind. Das Konzept richtet sich nicht primär an Laien. Wenn jemand sehr motiviert ist,

könnte er sich entsprechend schulen lassen. Aber das ist nicht die primäre Zielrichtung.

Es gibt auch andere Konzepte, die die Verkürzung des therapiefreien Intervalls zum Ziel haben. Wenn der Rettungsdienst ausgelastet ist, schickt mitunter die Feuerwehr ein Löschfahrzeug voraus, oder die Leitstelle setzt Polizeifahrzeuge ein, die immerhin ein paar Minuten früher als der Notarzt an der Notfallstelle eintreffen – zumindest mit weitgehend geschultem oder teilgeschultem Personal; auf jeden Fall sprechen wir hier nicht über Laienangebote. Auch da sind wir am Ende wieder bei der Forderung, die Ausbildung in den Schulen und so systematisch und intensiv wie möglich zu propagieren – neben allen anderen Angeboten, die sich an die Betriebe wie dem Landtag wenden, um zusätzlich im Erwachsenenbereich zu schulen.

Entscheidend ist: Die Schüler, die das entsprechende Wissen in der Schule vermittelt bekommen, nehmen dieses mit nach Hause. Das heißt, die Eltern und Geschwister werden den Unterrichtsinhalt mitbekommen. Die Schüler werden in der Regel auch Informationsmaterial erhalten – zum Beispiel eine DVD, auf der man sich das angucken kann. Zu Hause wird sich die Familie dafür interessieren. Damit haben wir eine indirekte Multiplikation des Schulunterrichts in Wiederbelebung.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank. – Weitere Wortmeldungen sehe ich nicht.

Herr Dr. Böttiger, Ihr Angebot werden wir annehmen und im Kreise der Obleute besprechen, was der Ausschuss machen kann. Den ganzen Landtag zu schulen, das ist viel. Der Ausschuss ist leichter beherrschbar, möchte ich sagen.

Ich will darauf hinweisen, dass es im Landtag von Nordrhein-Westfalen natürlich eine Erste-Hilfe-Ausbildung als Angebot für alle, auch für alle Mitarbeiter der Abgeordneten, gibt. Natürlich ist eine Ersthelferausbildung durch die Unfallkasse gewährleistet. Der Landtag ist eine ordentlich Dienststelle des Landes Nordrhein-Westfalen, in der die Ersthelferausbildung vorbildhaft durchgeführt wird. Das will ich zur Ehrenrettung sagen, weil eine Frage vorhin in diese Richtung ging und das möglicherweise in Zweifel zog.

Meine Damen und Herren, ich danke für Ihre Teilnahme.

In weniger als einer Stunde treffen sich die Mitglieder zur nächsten Sitzung des Ausschusses in diesem Sitzungssaal.

Die Sitzung ist geschlossen.

gez. Günter Garbrecht
Vorsitzender

Anlage

31.05.2016/02.03.2016

160

Stand: 25. Mai 2016

Anhörung
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales
am Mittwoch, 25. Mai 2016, 13.30 Uhr, Raum E3 - A02

Thema: "**Leben retten - Förderung der Ersten Hilfe und Wiederbelebung
durch Laien bringt mehr Erfolg**"

Antrag der Fraktion der FDP, Drucksache 16/10079

Tableau

eingeladen	Redner/in Weitere Teilnehmer/-innen	Stellungnahme
Arbeitsgemeinschaft Notärzte in Nordrhein-Westfalen e. V. AGNNW-Geschäftsstelle Herrn Prof. Dr. Dietrich Paravicini Bielefeld	Dr. Peter Gretenkort	16/3855
Deutscher Rat für Wiederbelebung - German Resuscitation Council (GRC) e. V. c/o Sektion Notfallmedizin z. H. Frau Hellmann Universitätsklinikum Ulm Ulm	Prof. Dr. Bernd W. Böttiger Sabine Wingen Prof. Dr. Karl Heinrich Scholz	16/3853
Herrn Stephan Neuhoff Verband der Feuerwehren NRW e. V. Wuppertal	Stephan Neuhoff	
Herrn Stephan Rzadkowski ASB NRW e. V. Erftstadt	Stephan Rzadkowski	
Herrn Dr. Sascha Rolf Lüder Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Westfalen-Lippe Münster	Dr. Sascha Rolf Lüder Stefan Wilms	16/3861

* * *