

MEDIZINISCHE RISIKOANALYSE

Schließung des Notarztstandortes Waidhofen/Ybbs zum 1. April 2027

Medizinische Fallstricke und Konsequenzen für die Notfallversorgung im Rahmen des NÖ Gesundheitsplanes 2040

Datum: Juni 2026

1. Zusammenfassung und Kernbotschaft

Der NÖ Gesundheitsplan 2040 sieht die Schließung des Notarztstandortes Waidhofen/Ybbs mit **1. April 2027** vor. Das Notarzteinsatzfahrzeug (NEF) Amstetten soll künftig ein Versorgungsgebiet von ca. **80.000 Einwohnern** abdecken - bisher waren es ca. 40.000. Die bisherigen Notarzteinsätze sollen durch Notfallsanitäter mit erweiterter Qualifikation (NKV - Notfallkompetenz Venenzugang/Infusion; NKI - Notfallkompetenz Intubation) übernommen werden. Dieses Papier legt dar, warum diese Umstrukturierung **schwerwiegende medizinische Risiken** für kritisch Erkrankte und Verletzte im Raum Waidhofen/Ybbs mit sich bringt.

Kernargumente auf einen Blick

- **Geographische Isolation:** Bergiges Terrain, Verlängerung der Anfahrtszeit um bis zu 30 Minuten je Richtung
- **Ausbildungsgefälle:** Notarztausbildung AT 2024 vs. Notfallsanitäter 830 Std. (NKV) - Deutschland verlangt 4.600 Std.
- **Hubschrauberausfall:** Im Dezember 2025 wetterbedingt an 15 von 31 Tagen kein Notarzhubschrauber verfügbar
- **Keine gesetzliche NEF-Hilfsfrist:** In Niederösterreich existiert keine verbindliche Eintreffzeitvorgabe für den Notarzt
- **Medikamentenlücken:** Opioid-Analgesie, RSI-Narkose, Intubationsnarkose nicht durch Sanitäter abdeckbar
- **Versorgungskapazität:** NEF Amstetten mit 80.000 Einwohnern entspricht keinem europäischen Qualitätsstandard

2. Geographische Ausgangslage und Versorgungsgebiet

2.1 Räumliche Dimension

Waidhofen/Ybbs bildet den **geographischen Mittelpunkt des Mostviertels/Eisenwurzen** und versorgt ein weiträumiges Einzugsgebiet, das über die Landesgrenzen Niederösterreichs hinausreicht:

- **Inneres Ybbstal** südwärts: Hollenstein, Göstling/Wintersportzentrum Hochkar, Lunz am See

- Grenzüberschreitend Steiermark: St. Gallen, Weissenbach/Enns
- Grenzüberschreitend Oberösterreich: Gaflenz, Weyer, angrenzendes Ennstal
- **Mountainbike-Revier Hollenstein:** Hubschrauber-Landezone zum Teil nicht verfügbar oder nicht befliegbar
- **Hochkar (1.808 m):** Wintersportgebiet mit erhöhtem Traumaaufkommen, eingeschränkte Notarzthubschrauber-Verfügbarkeit

Rechnerische Konsequenz der Schließung: Die Anfahrt des NEF Amstetten in die inneralpinen Täler erhöht die **Eintreffzeit um 25-35 Minuten je Richtung** (Hin- und Rückfahrt: bis zu 70 Minuten Zusatzbelastung). Bei zeitkritischen Erkrankungen (STEMI, Schlaganfall, Polytrauma) bedeutet jede Minute irreversiblen Gewebeschaden.

2.2 Hubschrauber-Verfügbarkeit (NAH-Notarzthubschrauber)

Der Rettungshubschrauber Christophorus 15 (OEAMTC, St. Pölten) ist **nicht permanent verfügbar**. Einsatzeinschränkungen bestehen bei:

- **Wetterbedingt:** Nebel, Eis, Gewitter, Schneesturm - Dezember 2025: 15 von 31 Tagen kein Notarzthubschrauber -Einsatz möglich
- **Nachtbetrieb:** Eingeschränkter Betrieb ohne IFR-Zulassung
- **Anderweitige Bindung:** Gleichzeitige Einsätze im Versorgungsgebiet

Ohne lokales NEF verbleibt in diesen Situationen **kein arztbesetztes Rettungsmittel** im Raum Waidhofen/Ybbs.

3. Ausbildungsvergleich: Notarzt vs. Notfallsanitäter NKV/NKI

3.1 Aktuelle Qualifikationsniveaus in Österreich

Die österreichische Notarztausbildung wurde mit der Novellierung des SanG 2021 und dem Oesterreichischen Curriculum 2024 deutlich aufgewertet. Parallel wurden die Zusatzqualifikationen NKV und NKI für Notfallsanitäter eingeführt.

Qualifikation	Ausbildungszeit (Std.)	Intubation erlaubt	Opioid-Analgesie erlaubt
Notarzt (Österreich, Curriculum 2024)	~3.000-4.000 (inkl. Klinik)	Ja	Ja
Notfallsanitäter NKV (Venenzugang/Infusion)	~830	Nein	Nein (nur Tramadol, Ketamin eingeschränkt)
Notfallsanitäter NKI (Intubation)	~1.100	Eingeschraenkt, ohne RSI	Nein
Notfallsanitäter Deutschland (NotSanG 2014)	~4.600 (3 Jahre Vollzeit)	Ja (heilkundl. Uebertragung)	Ja (delegiert)

Zum Vergleich zieht Dr. Fohringer (Experte des NÖ Gesundheitspaktes) Deutschland, Holland und Kanada heran. **Dieser Vergleich ist wissenschaftlich unzulässig:** Der deutsche Notfallsanitäter absolviert 4.600 Stunden in drei Jahren - der NKV in Österreich lediglich 830 Stunden. (vgl. auch: **Zeitschrift Rettungsdienst, Ausgabe Mai 2026: Handlungs- und Entscheidungskompetenzen in Österreich - ein internationaler Vergleich**)

4. Gesetzliche Hilfsfristen in Österreich und im internationalen Vergleich

4.1 Rechtslage in Niederösterreich

Das **NÖ Rettungsdienstgesetz 2014 (NÖ RettG)** legt Hilfsfristen für den RTW fest, enthält jedoch **keine verbindliche Eintreffzeitvorgabe für den Notarzt (NEF)**. Paragraph 4 NÖ RettG sieht eine flächendeckende Grundversorgung vor, ohne qualitative Differenzierung nach Arztbesatz.

- **RTW-Hilfsfrist NÖ:** 15 Minuten im städtischen Bereich, 20 Minuten im ländlichen Bereich (angestrebter Richtwert)
- **NEF-Hilfsfrist:** Keine gesetzliche Verpflichtung - lediglich angemessene Zeit nach Ermessen
- **Konsequenz:** Die Überlastung des NEF Amstetten mit 80.000 Einwohnern ist gesetzlich nicht sanktionierbar, obwohl medizinisch inakzeptabel

4.2 Internationaler Vergleich

Land/Bundesland	RTW-Hilfsfrist	NEF-Hilfsfrist	Anmerkung
Niederösterreich (NÖ RettG 2014)	RTW: 15 min (urban) / 20 min (ländlich)	NEF: keine gesetzliche Hilfsfrist	Rechtlich keine Fristpflicht für NEF
Deutschland (Länderrecht)	RTW: 12 min (P1)	NEF: 12-15 min (Ländersache)	Gesetzlich verbindlich mit Controlling
Schweiz (kantonale)	RTW: 15 min (90. Perzentile)	NEF: 15 min	Regelmäßig veröffentlicht
UK (JRCALC)	AMPDS Cat 1: < 8 min	HEMS: situationsabhängig	Öffentliches Response-Monitoring

Fazit: In Österreich fehlt die gesetzliche Verankerung einer NEF-Hilfsfrist. International gilt ein Eintreffziel von 8-15 Minuten für das arztbesetzte Notfallrettungsmittel als Qualitätsstandard. Ein NEF Amstetten, das bei ungünstiger Einsatzlage 35-45 Minuten bis Waidhofen/Ybbs benötigt, unterschreitet diesen Standard **erheblich**.

5. Diagnostische Fallstricke: Wo ärztliche Kompetenz unersetzlich ist

5.1 Kardiologische Notfälle

STEMI und STEMI-Äquivalente

Die Diagnose eines akuten Myokardinfarktes erfordert weit mehr als die Applikation eines 12-Kanal-EKG:

- **Schwierige Infarktdiagnostik** bei diversen, teils unspezifischen oder vorbestehenden EKG-Veränderungen (zB. Kompletter Linksschenkelblock....)

- Ein nahezu **unauffälliges EKG schließt** auch einen **transmurale Infarkt nicht aus**. Subtile Äquivalente erfordern fundierte Erfahrung und eine fachliche klinische Zusammenschau. Dies kann in der NKV/NKI-Ausbildung nicht systematisch trainiert werden.
- Schwerwiegende **nicht-koronare Ursachen** von Thoraxschmerzen wie zB. **Lungenembolien** erfordern hohe differentialdiagnostische Expertise und eine spezifische Therapie.
- Oligosymptomatik (unspezifische Übelkeit, Schweißausbruch, Atemnot...) sind häufig führende Symptome bei **älteren PatientInnen und PatientInnen mit vorbestehendem Diabetes**.
- **Weibliche PatientInnen mit MCI** (> 50% der Gesamtbevölkerung !) sind auf Grund von häufig atypischen Symptomen und unspezifischen EKG-Veränderungen **nachweislich unter- bzw. fehldiagnostiziert**. Speziell hier ist eine hohe ärztliche Expertise erforderlich.
- **Cath-Lab-Aktivierung (Door-to-Balloon)**: Präklinische EKG-Übertragung und direkte Katheterlabor-Aktivierung erfordert ärztliche Interpretationssicherheit.
- **Rechtsventrikulärer Infarkt**: Spezifisches Nitrat-Verbot - eine Verwechslung kann zum kardiogenen Schock führen
- **Cardiogener Schock**: Differenzierung von ROSC-Versagen, Lungenoedembehandlung, Entscheidung über Katecholamine - ausschließlich Arzt

Rhythmusstörungen

- **Breitkomplex-Tachykardie**: VT vs. SVT mit Aberration - therapeutisch diametral verschieden (Amiodaron vs. Adenosin). Der NKI darf weder Amiodaron noch Adenosin verabreichen
- **Hochgradiger AV-Block**: Atropin ist NICHT bzw. kontraindiziert. Medikamentös kann nur Orciprenalin resp. Adrenalin verabreicht werden. NKI darf kein Adrenalin verabreichen
- **WPW-Syndrom mit Vorhofflimmern**: Kein Adenosin! - nur ärztliche Entscheidung

Rhythmusstörungen

- **Breitkomplex-Tachykardie**: VT vs. SVT mit Aberration - therapeutisch diametral verschieden (Amiodaron vs. Adenosin). Der NKI darf weder Amiodaron noch Adenosin verabreichen
- **Hochgradiger AV-Block**: Entscheidung über Atropin vs. transkutane Stimulation - NKV darf Atropin, nicht aber Orciprenalin
- **WPW-Syndrom mit Vorhofflimmern**: Kein Adenosin! - nur ärztliche Entscheidung

Zusammenfassung kardiologische Notfälle:

Sowohl bei der Erkennung und der Therapie von Herzinfarkten und Rhythmusstörungen ist die langjährige klinische Erfahrung eines (Not)-Arztes von entscheidender Bedeutung. Die Ausbildung der Notfallsanitäter in Österreich kann diese Kenntnisse nicht vermitteln. Dem weit entfernten telemetrischen Notarzt fehlt die wichtige körperliche Untersuchung und der unmittelbare Eindruck vor Ort. In diesem Bereich wird es aus unserer Sicht zu einer schmerzhaften Verschlechterung der Notfallversorgung kommen. Die Zahl an dadurch zu Schaden gekommenen Patienten wird im Waidhofner Versorgungsgebiet durchaus wöchentlich aufschlagen.

Eine seriöse Schätzung könnte nur mit der Statistik der kardialen Notfälle in unserem Versorgungsgebiet erstellt werden (diese Statistik liegt uns nicht vor).

5.2 Neurologische Notfälle

Akuter Schlaganfall (Apoplektischer Insult)

Die Golden Hour beim ischaemischen Insult: Pro Minute Lyse-Verzögerung gehen ca. 1,9 Millionen Nervenzellen verloren (Saver, NEJM 2006).

- **NIHSS-Erhebung:** Neurologisches Defizit-Scoring in der NKV/NKI-Ausbildung nicht systematisch verankert
- **Praehospitale Lyse-Diskussion:** In ausgewählten Fällen ärztliche Entscheidung unabdingbar
- **Basilarisverschluss:** Klinisch subtil (Bewusstseinstörung, Hirnstammsymptome) - hohe Fehlerkennungsrate ohne neurologische Erfahrung
- **FAST-Negativ-Zeichen:** Ca. 15% der Schlaganfälle sind FAST-negativ (posteriore Zirkulation) - nur klinisch-neurologische Erfahrung erkennt diese

Status epilepticus

- **Benzodiazepine i.v.:** NKV darf Diazepam rectal, Midazolam buccal/intranasal - i.v.-Lorazepam (Therapie der 1. Wahl) nicht erlaubt
- **Refraktärer Status:** Propofol-Narkose ausschließlich Arzt
- **Differenzialdiagnose:** Dissoziativer Anfall, Hypoglykämie mit tonisch-klonischer Komponente, Synkope - Fehldiagnose ohne klinische Erfahrung möglich

Zusammenfassung der neurologischen Notfälle:

Einen Teil der neurologischen Notfälle kann der Notfallsanitäter schon jetzt mit entsprechenden Scores abarbeiten. Eine typische Symptomatik ist dafür aber Voraussetzung. Bei allen untypischen Fällen wie z.B. einer TIA (transitorisch ischämische Attacke) ist die Erfahrung eines Notarztes nicht ersetzbar. Diese Fälle werden in Zukunft eine Verschlechterung der Notfallversorgung hinnehmen müssen. Eine seriöse Schätzung könnte nur mit der Statistik der neurologischen Notfälle in unserem Versorgungsgebiet erstellt werden (diese Statistik liegt uns nicht vor).

5.3 Vaskuläre Notfälle

Rupturiertes Aortenaneurysma (AAA)

Das rupturierte AAA gehört zu den zeitkritischsten chirurgischen Notfällen mit präklinischer Mortalität > 60%.

- **Klassische Trias:** Nur bei 30% vollständig vorhanden - klinische Erfahrung entscheidend für Erkennung
- **Permissive Hypotension:** Ziel-RR systolisch 80-90 mm Hg bis OR - kontraintuitives Vorgehen für nicht-ärztliches Personal
- **Imitatoren:** Nierenkolik, Lumbalgie, mesenteriale Ischämie - falsche Priorisierung kann tödlich sein

Zusammenfassung:

Vaskuläre Notfälle gehören auch für den geübten Arzt zu den schwierigsten in der Diagnostik. Ein Notfallsanitäter ist auch mit telemetrischer Hilfe auf verlorenem Posten. Der zeitliche Delay bis zum Eintreffen des nachgeforderten Notarztes schlägt hier voll zu. Eine seriöse Schätzung könnte nur mit der Statistik der vaskulären

Notfälle in unserem Versorgungsgebiet erstellt werden (diese Statistik liegt uns nicht vor).

5.4 Gastroenterologische Notfälle

- **Akute mesenteriale Ischaemie:** 'Pain out of proportion' - Schmerzstärke im Missverhältnis zum Befund; hohe Sterblichkeit bei Verzögerung
- **Diabetische Ketoazidose:** Kussmaul-Atmung als Warnsymptom - Verwechslung mit Hyperventilation möglich; Insulingabe ausschließlich Arzt
- **GI-Blutung mit haemorrhagischem Schock:** Volumentherapie korrekt - aber Ursachenidentifikation und Voranmeldung an Endoskopie erfordert ärztliche Kommunikation

Zusammenfassung:

Gastroenterologische Notfälle sind sowohl in Hinsicht auf die Diagnostik als auch auf die Therapie ein Feld, das ohne notärztliche Kompetenz mit einer erheblicher Verschlechterung der Versorgung einhergeht. Auch hier wird es aus unserer Sicht zu einer erheblichen Zahl an Schadensfällen durch die Streichung des Notarztstützpunktes kommen. Eine seriöse Schätzung könnte nur mit der Statistik der gastroenterologischen Notfälle in unserem Versorgungsgebiet erstellt werden (diese Statistik liegt uns nicht vor).

6. Therapeutische Kompetenzgrenzen des Notfallsanitäters (NKV/NKI)

6.1 Medikamentöse Versorgungslücken

Die folgende Tabelle dokumentiert die wesentlichen therapeutischen Unterschiede gemäß österreichischem Sanitättergesetz 2021 (SanG) und den aktuellen Notfallkompetenz-Verordnungen:

Massnahme / Medikament	Notarzt	Notfallsanitäter NKV/NKI	Versorgungsdefizit
Opioid-Analgesie (Morphin, Fentanyl)	Ja, eigenständig	Nein - nur Tramadol, Ketamin S eingeschränkt (NKV)	Erheblich
RSI-Narkose (Propofol/Etomidat + Succinylcholin)	Ja, eigenständig	Nein - ausschließlich Arzt	KRITISCH
Endotracheale Intubation (ETI)	Ja, eigenständig	Nein (NKI: eingeschränkt, ohne RSI)	KRITISCH
Amiodaron i.v.	Ja, eigenständig	Nein (nur AED-Schock)	Kammerflimmern post-ROSC
Adenosin bei SVT	Ja, eigenständig	Nein	Anhaltende Tachyarrhythmie
Magnesiumsulfat i.v.	Ja, eigenständig	Nein	Eklampsie, Torsade de Pointes

Massnahme / Medikament	Notarzt	Notfallsanitäter NKV/NKI	Versorgungsdefizit
Urapidil (hypertensive Krise)	Ja, eigenständig	Nein	Hypertensive Enzephalopathie
Atropin i.v.	Ja, eigenständig	NKI: ja (bradykardes Protokoll)	Gering bei NKI
Dexamethason i.v.	Ja, eigenständig	NKV: ja (Asthma, Anaphylaxie)	Gering bei NKV
Naloxon	Ja, eigenständig	NKV/NKI: ja	Kein Unterschied
Tranexamsäure (TXA)	Ja, eigenständig	NKV: ja (CRASH-2-Protokoll, zeitkritisch!)	Gering bei NKV - wenn zeitgerecht
Insulin i.v.	Ja, eigenständig	Nein	Hyperkaliämie-Krisentherapie
12-Kanal-EKG-Interpretation (STEMI-Äquivalente)	Vollständig	Grundinterpretation; Äquivalente (DeWinter, Wellens) fraglich	Zeitverzögerung bei Äquivalenten
Paediatrische Dosisanpassung i.v.	Ja, eigenständig	Eingeschränkt; Dosierungsfehlerrisiko erhöhen	Erheblich bei Kindern
Cricothyrotomie (Cannot-intubate-Szenario)	Ja	Nein	KRITISCH bei anatomischen Problemen

6.2 Schwerpunkt: Analgesie bei schwerem Trauma

Das fehlende Opioid ist der größte therapeutische Engpass: Bei schweren Verletzungen (offene Frakturen, Kompartmentsyndrom, Thoraxtrauma, Beckenfraktur) ist eine suffiziente Analgesie ethisch und medizinisch zwingend erforderlich.

- **NKV darf:** Paracetamol i.v., Metamizol i.v., Tramadol i.v. (schwache Analgesie) - ungenügend bei NACA IV-VI
- **NKI darf zusätzlich:** Ketamin S (dissoziative Analgesie) - aber eingeschränkt bei SHT, psychiatrischer Vorerkrankung
- **Nicht erlaubt:** Morphin, Fentanyl, Piritramid - die Substanzklassen mit dem stärksten analgetischen Effekt
- **Konsequenz:** Schwer verletzte Patienten unter insuffizienter Analgesie im Transport, bis NEF Amstetten eintrifft - künftig bis zu 40 Minuten

6.3 Schwerpunkt: Atemwegsmanagement und Intubation

Die **endotracheale Intubation (ETI)** ist der Goldstandard der praehospitalen Atemwegssicherung bei bewusstlosen Patienten, Aspiration, ARDS und schwerem SHT.

- **NKI darf:** Orotracheale Intubation - aber nur ohne RSI (kein Propofol/Etomidat + Succinylcholin)- derzeit nur bei der Reanimation freigegeben
- **Alternative SGA (Larynxstübchen):** Nur bedingt adäquat bei Anatomie-Anomalien, Erbrechen, schwerer Adipositas
- **Cricothyrotomie:** 'Cannot intubate - cannot oxygenate/intubate'-Szenario - ausschließlich Notarzt

Besonders kritisch: Wenn kein NAH fliegen kann und das NEF Amstetten noch 35 Minuten entfernt ist, liegt ein **unkontrollierter Atemweg bei bewusstlosem Polytraumapatienten vor.**

6.4 Polytrauma ohne Notarzt: Das Worst-Case-Szenario

Gemäß ATLS und S3-Leitlinie Polytrauma (AWMF 2022) erfordert die prähospitale Polytraumaversorgung Maßnahmen, die ohne Notarzt nicht vollständig durchführbar sind:

- **RSI-Narkose** vor Intubation (Cave: erhöhter ICP, Aspiration) - ausschließlich Arzt
- **Thoraxentlastungspunktion:** Nadeldekompression bei Spannungspneumothorax - Entscheidung ärztlich
- **Thoraxdrainage per Minithoracotomie** – zur Entastung eines schweren Haemothorax
- **Gerinnungsmanagement:** Fibrinogen i.v. - nicht in NKV/NKI-Kompetenz
- **Traumatischer Herz-Kreislauf-Stillstand:** Reanimationsabbruch-Entscheidung, Resuscitative Thoracotomy (Clamshell- Thorakotomie – ausschließlich Notarzt

7. Besondere Risikokollektive

7.1 Ältere und demente Patienten

- **Stiller Herzinfarkt:** Schwindel, Übelkeit, Schwäche ohne Brustschmerz - besonders bei Diabetikerinnen und sehr alten Patienten
- **Agitiertheit als Leitsymptom:** Delir bei Harnwegsinfektion vs. Hypoglykämie vs. intrakranieller Blutung - klinische Differenzierung erfordert Erfahrung
- **Medikamenteninteraktionen:** Polypharmazie im Alter - Einschätzung von Antikoagulation (NOAKs, Marcoumar), QT-verlängernde Substanzen
- **Advance Care Planning:** Entscheidung über Therapieintensität und Reanimationsverzicht - juristisch und ethisch Arztaufgabe
- **Patienten mit terminaler Erkrankung können vom Sanitäter nicht mit Therapie versorgt werden, sondern werden praktisch immer mitgenommen und ins Krankenhaus geschickt.** Diese Entscheidung trifft oft nicht den wirklichen Problemkern, wo die Betroffenen mit „geringer“ ärztlicher Hilfe zuhause bleiben wollen und könnten.
- **Dasselbe wie vorhin gilt auch für demente Patienten**

7.2 Pädiatrische Notfälle

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen - die pädiatrische Notfallmedizin erfordert gewichtsadaptierte Dosierung und spezielle Kenntnisse:

- **Medikamentendosierung:** Alle Dosierungen gewichtsbasiert (mg/kg) - Fehlerrate steigt ohne Broselow-Tape oder PAEDSIM-Training signifikant
- **Fieberkrampf vs. meningitische Zeichen:** Differenzierung entscheidend - Benzodiazepin-Gabe bei meningitischen Zeichen ohne antibiotische Abdeckung kontraindiziert
- **Anaphylaxie bei Kindern:** Adrenalin dosierung (0,01 mg/kg i.m.) - NKV darf Adrenalin, korrekte pädiatrische Handhabung Ausbildungslücke

8. Kapazitätsberechnung: NEF Amstetten mit 80.000 Einwohnern

Kapazitätsrechnung

Aktuell NEF Waidhofen/Ybbs: ~40.000 Einwohner -> Notarzt-Einsatzfrequenz ca. 800-1.200 Einsätze/Jahr

NEF Amstetten ab April 2027: ~80.000 Einwohner -> Theoretische Einsatzfrequenz: 1.600-2.400 Einsätze/Jahr

Das NEF Amstetten müsste das Doppelte der bisherigen Einsatzmenge abdecken - bei gleichzeitig deutlich verlängerten Anfahrtswegen ins Ybbstal.

- **NEF gebunden:** Wenn das NEF Amstetten während eines Einsatzes im eigenen Versorgungsgebiet ist, steht für Waidhofen/Ybbs kein arztbesetztes Fahrzeug zur Verfügung -und vice versa (Einsatz im tiefen Ybbstal <- Einsatz in Amstetten)
- **Paralleleinsätze:** Bei gleichzeitigen Hochprioritätseinsätzen (Verkehrsunfall + STEMI) kann keine arztgestützte Priorisierung erfolgen
- **EU-Vergleich:** PHTLS und ERC Guidelines empfehlen 1 NEF pro 30.000-50.000 Einwohner als vertretbaren Richtwert im ländlichen Gebiet

9. Dienstbereitschaft und institutionelle Kontinuität

Der Notarztstandort Waidhofen/Ybbs besteht seit Jahrzehnten in **durchgehender Dienstbereitschaft 24/7/365**. Diese institutionelle Verlässlichkeit hat folgende Bedeutung:

- **Regionale Vernetzung:** Langjährige Zusammenarbeit mit dem LK Waidhofen/Ybbs, koordinierte Notaufnahme-Voranmeldung
- **Lokale Ortskenntnis:** Kenntnisse von Zufahrten in alpinem Gelände, Landeplatzkoordinaten, Schlüsselboxen
- **Eingespielte Teams:** RTW + NEF-Team trainiert gemeinsam - Teamdynamik, die mit einem ortsfremden NEF nicht repliziert werden kann
- **Historische Einsatzdaten:** Jahrzehntelange Einsatzstatistiken belegen die Notwendigkeit - keine ausreichende Evaluation vor Schließung

10. Telenotarzt: Möglichkeiten und Grenzen als Ersatzkonzept

Die geplante Implementierung eines **Telenotarztsystems an der Leitstelle St. Pölten** wird als wesentliche Absicherung des neuen RTW-C-Konzeptes propagiert. Telenotarztmodelle existieren in Deutschland (v.a. Aachen, TENA-Modell) und werden dort als **Ergänzung** - nicht als Ersatz - für den Präsenznotarzt eingesetzt. Eine kritische Analyse zeigt erhebliche Grenzen für den konkreten Einsatz in der Region Waidhofen/Ybbs.

10.1 Was der Telenotarzt leisten kann

Der Telenotarzt an der Leitstelle St. Pölten kann bei einwandfreier Technik folgende Unterstützungsleistungen erbringen:

- **EKG-Telemetrie:** Übermittlung des 12-Kanal-EKG vom RTW-C an die Leitstelle; Ferninterpretation durch den Telenotarzt in Echtzeit möglich

- **STEMI-Erkennung und Cath-Lab-Aktivierung:** Bei eindeutigem STEMI kann der Telenotarzt die Katheterlabor-Aktivierung in Amstetten telefonisch veranlassen und den Transportweg optimieren
- **Therapieanordnungen:** Medikamentöse Anweisungen (innerhalb der Sanitärkompetenz) können via Audio/Video delegiert werden
- **Einsatzkoordination:** Parallele Koordination von Hubschrauber, NEF-Nachforderung und Zielkrankenhaus
- **Psychologische Entlastung:** Sanitäter in schwierigen Einsätzen erhalten ärztliche Rückendeckung und Entscheidungshilfe

10.2 Strukturelle Grenzen des Telenotarztsystems

Der Telenotarzt kann nicht ersetzen, was körperliche Präsenz erfordert. Die folgenden Limitationen sind systemimmanent und durch technische Aufrüstung nicht lösbar:

- **Kein körperlicher Untersuchungsstatus:** Auskultation, Palpation, Perkussion, neurologische Reflexprüfung - all diese unverzichtbaren klinischen Befunde fehlen dem Telenotarzt vollständig
- **Eingeschränkte Diagnosestellung:** Peritonismus, Meningismus, Muskeleigenreflexe, Babinski-Zeichen, Pupillenreaktion bei wechselnder Beleuchtung - nicht telemedizinisch beurteilbar
- **Keine Intervention:** Der Telenotarzt kann keine Intubation, keine RSI-Narkose, keine Thoraxentlastung, keine Cricothyrotomie durchführen
- **Technologieabhängigkeit:** Mobilfunkabdeckung im inneralpinen Ybbstal (Hollenstein, Göstling, Hochkar) ist lückenhaft - Verbindungsunterbrechungen bei kritischen Einsätzen sind dokumentiert
- **Latenz und Bildqualität:** EKG-Übertragung, Videoqualität und Audioverbindung unterliegen Zeitverzögerungen; EKG-Äquivalente (DeWinter, Wellens) sind auch im Originalbefund schwer zu erkennen - in komprimierter Übertragung noch anspruchsvoller
- **Haftungsrechtliche Grauzone:** Die rechtliche Verantwortung bei telemedizinisch angeordneten Maßnahmen ist in Österreich nicht abschließend geregelt (Ärzte-Kompetenzkatalog vs. Fernbehandlungsverbot gemäß österr. Standesrecht)
- **Kognitive Belastung Telenotarzt:** Ein Telenotarzt an der Leitstelle St. Pölten betreut gleichzeitig mehrere RTW-C-Fahrzeuge in unterschiedlichen Einsätzen - Aufmerksamkeitskapazität ist begrenzt (?)

10.3 Systematischer Vergleich: NEF mit Notarzt vs. RTW-C mit Telenotarzt

Kriterium	NEF mit Notarzt (bisher)	RTW-C mit Telenotarzt (geplant)
Arztpräsenz am Einsatzort	Immer (Notarzt fährt mit)	Nie; Arzt nur telefonisch (Telenotarzt)
Opioid-Analgesie	Sofort verfügbar	Nicht möglich (kein Opioid-Recht NKV)
RSI-Narkose / Intubation	Sofort möglich	Nicht möglich (NKI nur bei Reanimation)

Kriterium	NEF mit Notarzt (bisher)	RTW-C mit Telenotarzt (geplant)
Entscheidungskompetenz	Vollständig klinisch	Limitiert; Telenotarzt ohne Patientenkontakt
EKG-Telemetrie STEMI-Äquivalente	Arzt interpretiert direkt	Telenotarzt interpretiert Bild/Übertragung; Latenz 1-3 min
Behandlungsbeginn komplexe Fälle	Sofort vor Ort	Verzögert bis Eintreffen NEF Amstetten (bis 45 min)
Eskalation bei Verschlechterung	Sofort klinisch möglich	Nur durch Nachforderung NEF; massive Zeitverzögerung
Kindernotfall mit Dosierungsproblem	Notarzt entscheidet	Telenotarzt gibt Anweisung; Ausführung durch Sani ohne Sicherheitsnetz
Reanimation / Post-ROSC-Management	Amiodaron, vollst. Versorgung	Kein Amiodaron, kein Katecholamin-Titrieren
Rechtliche Verantwortung Behandlung	Notarzt trägt volle Verantwortung	Unklare Haftungsverteilung Sani / Telenotarzt

10.4 EKG-Telemetrie: Möglichkeiten und Fallstricke

Die telemetrische EKG-Übermittlung vom RTW-C an die Leitstelle ist **technisch etabliert** und kann bei eindeutigen STEMI-Bildern die Door-to-Balloon-Zeit verkürzen. Sie ist bereits heute Standard bei der prähospitalen Versorgung. Jedoch bestehen wesentliche Einschränkungen:

- **EKG-Äquivalente erfordern Expertise:** DeWinter-T-Wellen, Wellens-Typ A/B, de Winter-Syndrom, Sgarbossa-Kriterien bei Schrittmacher oder LSB erfordern hochspezialisierte Interpretationskompetenz auch in der Ferndiagnose
- **Kontextinformation fehlt:** Schmerzcharakter, Zeitverlauf, Vormedikation, vegetative Begleitsymptome - alles, was die klinische Einordnung eines EKG ermöglicht - kann nur eingeschränkt via Telefon kommuniziert werden
- **Rhythmusstörungen in Echtzeit:** Eine pulslose ventrikuläre Tachykardie erfordert sofortige Intervention - die Sekunden für Rückfrage beim Telenotarzt können entscheidend sein
- **Gerätetechnik:** Kompatibilität der RTW-C-EKG-Geräte mit dem Telenotarzt-System der Leitstelle muss sichergestellt sein - Standardisierung in NÖ derzeit noch nicht vollständig abgeschlossen

Fazit Telenotarzt

Der Telenotarzt ist eine sinnvolle **Ergänzung** in einem Rettungssystem, das über ausreichend präsente Notärzte verfügt. Als **Ersatz** für den Notarzt vor Ort ist er bei den typischen Einsatzszenarien im Raum Waidhofen/Ybbs - Polytrauma im alpinen Gelände, Reanimation, komplexe neurologische Notfälle, Kindernotfälle - **strukturell unzureichend**.

11. Das RTW-C-Konzept: Drei Standorte als Ersatz fuer das NEF Waidhofen/Ybbs

Geplant sind drei RTW-C-Standorte als Ersatz für das NEF Waidhofen/Ybbs: **Kematen/Ybbs, Waidhofen/Ybbs und Hollenstein/Ybbs**. Auf den ersten Blick erscheint die Dreigliedrigkeit als Aufwertung - bei genauer medizinischer Betrachtung wird deutlich, dass **ein qualitatives Downgrading** stattfindet, das von der Gesundheitspolitik in Kauf genommen wird.

11.1 Was das RTW-C-Konzept leisten soll

- **Standort Kematen/Ybbs:** Abdeckung des nördlichen Ybbstals und der Verbindungsachse Richtung Amstetten
- **Standort Waidhofen/Ybbs:** Kernversorgung des Stadtgebietes und unmittelbares Umland
- **Standort Hollenstein/Ybbs:** Vorstoß in das innere Ybbstal und Richtung Hochkar - genau jene Gebiete mit schwierigster Geländesituation

Das Konzept verspricht schnellere Eintreffzeiten für einfachere Einsätze durch dezentrale Aufstellung. Dies ist für NACA I-III-Einsätze (leichte bis mittelschwere Erkrankungen) ein vertretbarer Ansatz.

11.2 Warum RTW-C kein adäquater Ersatz ist

Die entscheidende Frage lautet nicht: **'Wie schnell ist der RTW-C?'**, sondern: **'Was kann er tun, wenn er eintrifft?'** Und hier zeigt sich das fundamentale Defizit:

- **Kein Notarzt an Bord:** Alle drei RTW-C fahren ohne Notarzt vor Ort - der Telenotarzt ist fernzugeschaltet, nicht präsent
- **Kompetenzdeckel Sanitäter:** Das medizinische Handlungsspektrum ist durch SanG und NKV/NKI-Verordnung gedeckelt - unabhängig von der Anzahl der Fahrzeuge
- **Kein Synergieeffekt bei Schwerstereignissen:** Drei RTW-C können sich nicht gegenseitig zu einem Notarzt 'addieren' - bei einem Polytrauma braucht es einen Arzt vor Ort
- **Doppeleinsatz unmöglich ohne Arzt:** Simultaner STEMI in Waidhofen und Polytrauma in Hollenstein: beide Einsätze ohne Arzt, bis NEF Amstetten (35-45 min) eintrifft
- **Hollenstein: der kritischste Standort:** Gerade im inneralpinen Bereich mit schlechtester HEMS-Verfügbarkeit und längsten NEF-Nachrückzeiten wird ein RTW-C ohne Arztunterstützung eingesetzt

Ist das ein adäquater Ersatz?

Die Antwort lautet klar **Nein**. Drei RTW-C ersetzen die Interventionskompetenz eines arztbesetzten NEF nicht. Sie verbessern die **Erreichbarkeit** bei leichten Einsätzen, verschlechtern aber die **Versorgungsqualität** bei lebensbedrohlichen Notfällen (NACA IV-VI). Die Gesundheitspolitik nimmt damit eine **strukturelle Schlechterversorgung** eines definierten Bevölkerungssegmentes in Kauf - ohne dies öffentlich transparent zu kommunizieren.

12. Doppeltes Downgrading: Notarztstandort und Krankenhaus Waidhofen/Ybbs

Parallel zur Schließung des NEF-Standortes ist eine **strukturelle Umgestaltung des Krankenhauses Waidhofen/Ybbs** geplant: Die Einrichtung einer **Akutgeriatrie** geht einher mit der Verlagerung der **Cardio-Angiographie nach Amstetten**. Beides zusammen ergibt eine **doppelte Versorgungslücke** in der Behandlungskette des kardiovaskulären Notfalls.

12.1 Konsequenzen der Verlagerung der Cardio-Angiographie

Für Patienten mit akutem STEMI bedeutet der bisherige Ablauf: Notarzt prähospital -> LKH Waidhofen/Ybbs (Erstversorgung + EKG) -> ggf. Verlegung Amstetten (Cath-Lab). Mit dem Doppeldowngrading wird dieser Weg:

- RTW-C mit Telenotarzt (kein Notarzt vor Ort)
- LK Waidhofen/Ybbs ohne Cath-Lab (nur Erstversorgung, kein interventionelles Katheter-Labor)
- Verlegung nach Amstetten für PCI - zusätzliche Transportzeit 25-35 Minuten

Door-to-Balloon-Zeitverschlechterung: Internationale Leitlinien (ESC 2023) fordern eine Door-to-Balloon-Zeit unter 90 Minuten. Die kumulativen Zeitverzögerungen (kein prähospitaler Notarzt + Verlegung nach Amstetten) gefährden dieses Qualitätsziel **systematisch**.

12.2 Ambulante und (halb-)stationäre ärztliche Erstversorgung: eine unbeantwortete Frage

Die zuständigen (politischen) Stellen schweigen zu einer zentralen Frage: **Wer übernimmt nach Schließung des NEF-Standortes und mit einem umgebauten Krankenhaus die ambulante und (halb-)stationäre ärztliche Erstversorgung in der Region Waidhofen/Ybbs?**

- **Niedergelassener Bereich:** Bereits heute bestehen Versorgungslücken in der Allgemeinmedizin im Bezirk Waidhofen/Ybbs - Kassenstellen unbesetzt, Ordinationszeiten eingeschränkt
- **Notaufnahme LKH:** Mit Verlagerung der Angiographie und Umbau zur Akutgeriatrie verändert sich das Profil der Notaufnahme - ob die internistische und chirurgische Erstversorgungskapazität erhalten bleibt, ist öffentlich nicht kommuniziert
- **Leerraum in der Versorgungskette:** Wer versorgt Patienten mit akutem Abdomen, mit Sepsis-Verdacht, mit akutem Schlaganfall in den ersten Stunden, wenn weder Notarzt prähospital noch ein Krankenhaus der gehobenen Basisversorgung verfügbar sind?
- **Akutgeriatrie als Fehlanreiz:** Die Akutgeriatrie adressiert eine wichtige Patientengruppe - aber sie ersetzt keine Akutmedizin. Gerade geriatrische Patienten haben häufig eine atypische Präsentation von STEMI, Apoplex und Sepsis - und brauchen daher **mehr** ärztliche Kompetenz vor Ort, nicht weniger

Systemische Wirkung des Doppeldowngradings

Prähospital: Kein Notarzt -> längere Zeit bis zur ersten ärztlichen Intervention

Krankenhaus: Kein Cath-Lab -> Verlegungsnotwendigkeit bei STEMI nach Amstetten

Ambulant: Unklare Zuständigkeit für die ärztliche Erstversorgung

Ergebnis: Für den akuten STEMI-Patienten aus dem Ybbstal bedeutet dies eine **Gesamtverzögerung von potenziell 60-90 zusätzlichen Minuten** in der Behandlungskette - ein unter Leitliniengesichtspunkten inakzeptabler Zustand.

13. Notarztmangel in Österreich: Waidhofen/Ybbs als Gegenbeispiel

Österreichweit ist ein **zunehmender Mangel an verfügbaren Notärzten und Notärztinnen** zu verzeichnen. Dieser Mangel wird von den Befürwortern der Restrukturierung als Argument für die Schließung von Notarztstandorten herangezogen. Diese Argumentation ist **logisch inkonsistent** und im Fall Waidhofen/Ybbs empirisch widerlegbar.

13.1 Ursachen des Notarztmangels in Österreich

Die Ursachen des Notarztmangels sind strukturell und müssen von der Symptombekämpfung (Standortschließung) unterschieden werden:

- **Verschärfte Ausbildungsvorgaben:** Das NÖ Curriculum 2024 erhöhte die Anforderungen an die klinisch-praktische Ausbildung - intensivmedizinische Rotationen, Airway-Management-Kurse, Simulationstraining. Dies hat die Qualität der Notärzte deutlich verbessert, aber den Ausbildungspfad länger und aufwendiger gemacht
- **Klinische Dienstzeiten-Einschränkungen:** EU-Arbeitszeitrichtlinie und nationales Krankenanstaltenrecht begrenzen die wöchentliche Höchstarbeitszeit - Nacht- und Wochenenddienste im Rettungsdienst müssen zusätzlich zur Klinikarbeit geleistet werden, was viele Ärzte abschreckt
- **Konkurrenz niedergelassener Bereich:** Niederlassung und Wahlarztpraxis bieten geregelter Arbeitszeiten und höhere Einkommen - gerade Absolventen der neuen, anspruchsvollen Notarztausbildung wählen häufig alternative Karrierewege
- **Urbanisierung der Facharztversorgung:** Junge Ärzte präferieren Ballungsräume mit Infrastruktur und Karrieremöglichkeiten - ländliche Gebiete leiden besonders unter dem Schwund
- **Fehlende finanzielle Anreize:** Notarztthonorare in NÖ sind im Vergleich zu anderen Bundesländern und internationalen Benchmarks nicht wettbewerbsfähig

13.2 Der Sonderfall Waidhofen/Ybbs: Erfolgreiche Kompensation

Während bundesweit viele Standorte unter Notarztmangel leiden, **konnte Waidhofen/Ybbs dieses Problem bis zur Bekanntgabe des Gesundheitsplans 2040 lösen**. Die Gründe hierfür sind bemerkenswert:

- **Stabile Arztgruppe:** über Jahre gewachsenes, eingespieltes Team von Notärzten, die lokal verwurzelt und dem Standort verbunden sind
- **Kombination Facharzt + Notarzt:** Alle Waidhofner Notärzte sind im LK Waidhofen/Ybbs tätig - die Notarztstätigkeit ist in ein stabiles Berufsbild integriert
- **Gemeinschaftsgefühl:** Die Identifikation mit der regionalen Versorgungsaufgabe ist hoch - die Notärzte kennen ihre Patienten, ihre Gemeinden, ihr Gelände
- **Qualitätsorientierung:** Die Weiterqualifizierung der NÖ Notarztausbildung hat in Waidhofen zu keiner Abwanderung geführt, sondern wurde als Qualitätsanspruch verinnerlicht

- Erst durch die Bekanntgabe der Zielsetzungen des Gesundheitsplanes 2040 ist es zu einer Abwanderung von wichtigen Stakeholdern des Notarztwesens, da die Attraktivität des Standortes und damit die Karrierechancen der einzelnen Ärzte massiv gelitten hat.

13.3 Die Irrtumskette: Mangel als Argument für Abbau

Das Argument 'Es gibt zu wenige Notärzte, daher schließen wir den Standort' (vgl. Gesundheitssprecher Punz, FPÖ, Landtagssitzung Mai 2026) ist strukturell verfehlt:

Die falsche Kausalität

Die Analogie ist treffend: 'Wir haben einen Mangel an Polizisten, daher sperren wir Polizeistationen zu.' Dieser Schluss ist in beiden Bereichen nicht nur logisch falsch, sondern aktiv schädlich: Er beseitigt nicht den Mangel, sondern institutionalisiert ihn.

Korrekte Maßnahmen zur Behebung des Notarztmangels:

- **Finanzielle Aufwertung:** Notarzthonorare an Bundes- und Europastandards anpassen
- **Ausbildungsanreize:** Stipendien, Zeitausgleich, Anrechnung auf klinische Ausbildungszeiten
- **Notarzausbildung mit zwei Ausbildungszielen:**
 - a) Hochqualifizierte Ausbildung wie seit einigen Jahren für Notarzteinsätze mit Hubscharuber, etc.
 - b) Notarzausbildung für niedergelassenen Ärzte, in etwa dem früheren Ausbildungsansatz entsprechend. Einsetzbar für den sogenannten Journdienst (siehe OÖ)
- **Regionale Bindung:** Förderung der Niederlassung im Bezirk als Teil eines integrierten Versorgungspakets

13.4 Irreversibilität der Standortschließung

Die Schließung des Notarztstandortes Waidhofen/Ybbs ist de facto irreversibel:

Einmal aufgelöste Teams, unterbrochene Ausbildungsstrukturen und entsandte Notärzte kehren nicht zurück. Internationale Erfahrungen zeigen, dass **rückgängig gemachte Standortschließungen im Rettungsdienst extrem selten sind** und wenn, dann unter massiven politischen und finanziellen Kosten. Der Beibehalt des Standortes ist daher nicht nur medizinisch geboten, sondern auch **versorgungspolitisch klug**.

14. Schlussfolgerungen und Forderungen

Die geplante Schließung des Notarztstandortes Waidhofen/Ybbs zum 1. April 2027 ist aus fachärztlicher Sicht medizinisch nicht vertretbar. Sie gefährdet die notfallmedizinische Versorgung von ca. 40.000 Einwohnern in einem geographisch sensiblen, alpinen Versorgungsgebiet. In Verbindung mit dem Downgrading des LK Waidhofen/Ybbs entsteht eine **systemische Versorgungslücke** in der gesamten Behandlungskette. Die vorliegende Analyse zeigt:

1. **Ausbildungsgefälle:** 830 Stunden NKV sind kein adäquater Ersatz für den österreichischen Notarzt 2024 - der internationale Vergleich (Deutschland: 4.600 Stunden) belegt dies eindeutig.
2. **Medikamentenlücken:** Opioid-Analgesie, RSI-Narkose und Antiarrhythmika der 1. Wahl bleiben außerhalb der Sanitäterkompetenz.
3. **Diagnostische Kompetenz:** Subtile EKG-Äquivalente, atypische Schlaganfallsymptomatik, rupturiertes AAA - zeitkritische Diagnosen, die ärztliche Erfahrung erfordern.
4. **Notarzt-Hubschrauber-Ausfall:** An 15 von 31 Tagen im Dezember 2025 kein Hubschrauber verfügbar - ohne lokales NEF verbleibt kein Arzt vor Ort.
5. **Telenotarzt nur Ergänzung:** Ohne körperlichen Patientenkontakt kein Ersatz für den präsenten Notarzt; technologische Limitationen und Haftungsgrauzone ungeklärt.
6. **RTW-C kein adäquater Ersatz:** Drei Standorte verbessern die Erreichbarkeit bei „Leichteinsätze“, ersetzen aber nicht die Interventionskompetenz bei NACA IV-VI.
7. **Doppeltes Downgrading:** Schließung NEF + Verlagerung Cath-Lab nach Amstetten = systemische Verlängerung der Behandlungskette beim STEMI um potenziell 60-90 Minuten.
8. **Notarztmangel lösen, nicht institutionalisieren:** Waidhofen/Ybbs hat bewiesen, dass lokal stabiler Notarztbetrieb möglich ist - Schließung zerstört dieses Modell irreversibel.

Forderungen

- **Beibehalt** des Notarztstandortes Waidhofen/Ybbs in der bestehenden Form bis zum Abschluss einer unabhängigen Evaluationsstudie
- **Moratorium:** Keine gleichzeitige Schließung eines Drittels aller NÖ Notarztstandorte - schrittweise, evaluierbare Reformmaßnahmen
- **Telenotarzt nur als Ergänzung:** Implementierung ausschließlich additiv zum Notarzt vor Ort, nicht als Ersatz
- **KH-Planungskoordination:** NEF-Schließung und KH-Umstrukturierung dürfen nicht gleichzeitig erfolgen - Gesamtversorgungswirkung muss vorab evaluiert werden
- **Gesetzliche NEF-Hilfsfrist:** Verankerung einer verbindlichen Eintreffzeit für den Notarzt im NÖ RettG
- **Ausbildungsoffensive:** Angleichung der NKV/NKI-Ausbildung an internationale Standards (mind. 1.500 Stunden) vor Übernahme ärztlicher Kernkompetenzen