ÖSTERREICHISCHE
GESELLSCHAFT FÜR NOTFALL-
& KATASTROPHENMEDIZIN

Stellungnahme

zur Reform im Rettungs- und Notarztwesen in Niederösterreich

Im Auftrag des Amtes der NÖ Landesregierung, Abteilung Gesundheitsrecht (GS4)

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis 2
Zusammenfassung 4
1. Einführung 5
2. Präambel 6
3. Grundlagen und Historie des Rettungsdienstes in NÖ 6
3.1. Organisierter Rettungsdienst 6
3.2. Sanitätsdienstliche Ausbildung und Tätigkeit 7
3.3. Notarztdienst 9
3.3.1. Ausbildung 9
3.3.2. Organisierter Notarztdienst in NÖ 10
3.3.3. Telenotarzt (TNA) 12
3.3.4. Entwicklung der Notarzteinsätze in Niederösterreich 12
4. Aktuelle Entwicklung in Niederösterreich 14
4.1. Diplomierte Notfallsanitäter:innen (DNFS) 16
4.2. Acute Community Nurse (ACN) 17
5. Wo stehen wir heute? 18
5.1. Rettungsdienst und Leitstelle 18
5.2. Besetzung der RTW-C mit NFS NKV 19
5.3. System Telenotarzt Rotes Kreuz Niederösterreich / Notruf NÖ 20
5.4. System Emergency Eye bei Notruf NÖ 22
5.5. Patientensteuerung für Akutfälle 22
5.6. Notarztdienst 22
6. Aktuelle Herausforderungen 24
6.1. Mangel an Notärzt:innen? 24
6.1.1. Grundlagen 24
6.1.2. Regionale Unterschiede 24
6.1.3. Erhebung in Niederösterreich 25
6.1.4. Ausbildung 25
7. Bewertung der geplanten Veränderungen 26

7.1. Rettungsdienst ... 26
. 7.2. Die zur Schließung vorgesehenen Stützpunkte in der Einzelbetrachtung ... 28
7.3. Häufigkeit ausgewählter notärztlicher Maßnahmen ... 33
7.4. Flugrettung ... 35
7.4.1. Limitierung durch Witterungsbedingungen ... 37
7.4.2. Nachteinsätze mittels Notarzthubschrauber ... 37
7.4.3. Hubschrauberlandeplätze ... 41
7.5. First Responder System ... 41
7.6. Niedergelassene Allgemeinmediziner:innen / Primärversorgungseinrichtungen ... 43
7.7. Gesundheitsökonomischer Aspekt ... 43
8. Allgemeine Bewertung und Empfehlungen zur Schließung von NEF- Stützpunkten und zur Verdichtung des Netzes der RTW-C Stützpunkte ... 44
8.1. Allgemeine Betrachtung ... 44
8.2. Auswirkung auf die Versorgung der Bevölkerung ... 44
8.3. Schrittweise Umstellung ... 45
8.4. Ausbildung ... 45
8.5. Region Waidhofen/Ybbs - Inneres Ybbstal ... 47
8.6. Regionen Südliches Waldviertel, Region Groß Gerungs, Region Raabs/Thaya, Region Retz ... 47
8.7. Ballungsraum Wiener Umland + Region Ost (Hainburg) ... 48
8.8. Verschiebung von Stützpunkten aus dem unmittelbaren Krankenhausbereich ... 49
8.9. Acute Community Nurse ... 49
8.10. Ausbau der Nachtflug- und Schlechtwettertauglichkeit der Flugrettung ... 49
8.11. Diplomierte Notfallsanitäter:innen (DNFS) ... 50
8.12. First Responder ... 51
8.13. Allgemeinmediziner / PVE ... 51
8.14. Kurzfristig notwendige Begleitmaßnahmen im Rahmen der Umsetzung ... 51
8.15. Implementierung eines übergeordneten Reportings und Qualitätsmanagements ... 51
Abschließende Beantwortung der durch die Abteilung GS4 des Landes NÖ gestellten Fragen ... 52
9. Literaturquellen ... 55
9.1. Datenquelle ... 57
9.2. Anhang: Arzneimittelliste 1 und 2 ... 58

Zusammenfassung

Die Österreichische Gesellschaft für Notfall- und Katastrophenmedizin (ÖNK) bewertet im Auftrag der Abteilung GS4 des Landes Niederösterreich die geplante Reform des Rettungs- und Notarztwesens im Rahmen des Gesundheitsplans 2040+. Gegenstand sind die Schließung von elf der bisher 32 bodengebundenen Notarztstützpunkte und die Frage, ob die vorgesehenen Begleitmaßnahmen eine weiterhin bedarfsgerechte und sichere Notfallversorgung gewährleisten. Grundlage der Stellungnahme sind die bereitgestellten Einsatz-, Besetzungs- und Planungsdaten, regionale Versorgungsanalysen sowie einschlägige wissenschaftliche Literatur.

Die Reform sieht ein abgestuftes Versorgungssystem mit 21 bodengebundenen Notarztstützpunkten und 87 RTW-C-Stützpunkten mit telenotärztlicher Unterstützung vor. Ergänzend werden das First Responder System und die Flugrettung ausgebaut. Ab 01. April 2027 soll mit Christophorus 3 in Wiener Neustadt ein zweiter in Niederösterreich stationierter Notarzthubschrauber rund um die Uhr verfügbar sein. Ziel ist eine rasche qualifizierte Erstversorgung und ein gezielter Einsatz notärztlicher Ressourcen bei komplexen und lebensbedrohlichen Notfällen.

Die seit längerem laufende Höherqualifizierung des nichtärztlichen Rettungsdienstes ermöglichte die ab Oktober 2022 schrittweise umgesetzte Anpassung der Alarm- und Ausrückeordnung. Die Zahl der Einsätze von Notarzteinsatzfahrzeugen (NEF) ging laut Notruf NÖ deutlich zurück. Die Auswertungen zu den von der Schließung betroffenen Standorten zeigen, dass ein erheblicher Anteil der bisherigen NEF-Einsätze nach den vorgesehenen Behandlungsalgorithmen von entsprechend qualifizierten RTW-C-Besatzungen übernommen werden kann. Für 94,2 % der niederösterreichischen Bevölkerung ergibt das Modell künftig eine RTW-C-Anfahrtszeit von höchstens 15 Minuten. Gleichzeitig verlängern sich regional die Anfahrtszeiten der bodengebundenen Notarztmittel. Diese Veränderungen sind im Zusammenspiel mit der qualifizierten Erstversorgung, der telenotärztlichen Unterstützung, der Flugrettung und der bundesländerübergreifenden Zusammenarbeit zu bewerten.

Voraussetzung für die Umsetzung ist eine verlässliche personelle und fachliche Besetzung der RTW-C. An 27 Standorten ist ab 01. April 2027 eine Besetzung mit Notfallsanitäter:innen mit allgemeiner Notfallkompetenz Venenzugang und Infusion (NKV) seitens der Rettungsorganisationen zugesichert. Erforderlich sind weiters verbindliche Konzepte für Ausbildung, Fortbildung und Kompetenzerhalt der Notfallsanitäter:innen und Notärzt:innen. Die ÖNK empfiehlt, die Reform durch einen Qualitätsbeirat zu begleiten und Besetzung, Eintreffzeiten und regionale Versorgung anhand strukturierter Berichte der Rettungsorganisationen und von Notruf NÖ engmaschig zu überprüfen. Mögliche Standortverlegungen sollen auf Grundlage der Einsatzdaten nach der Reform und der räumlichen Verteilung der Bevölkerung bewertet werden. Dabei ist zu ermitteln, für wie viele Menschen sich ggf. Anfahrtszeiten noch optimieren lassen.
Zur langfristigen Qualitätssicherung empfiehlt die ÖNK eine organisationsunabhängige Ärztliche Leitung Rettungsdienst.

Auf Grundlage der vorliegenden Unterlagen kommt die ÖNK zu dem Schluss, dass die geplante Schließung der elf Notarztstützpunkte bei Umsetzung der vorgesehenen Begleitmaßnahmen den Schutzzweck des § 4 des NÖ Rettungsdienstgesetzes nicht gefährdet. Eine Verschlechterung der Notfallversorgung wird unter diesen Voraussetzungen nicht erwartet.

1. Einführung

Im Rahmen des "**Gesundheitsplan 2040+**" soll auch das Rettungswesen in Niederösterreich auf neue und sichere Beine gestellt werden.
Das von Experten erarbeitete Konzept sieht Folgendes vor:

- **Neues Notarztkonzept**: 21 Notarztstandorte sichern die Versorgung – mit Fokus auf Qualität und hoher Expertise für komplexe Notfälle. In jedem Bezirk wird es zumindest einen Notarzt-Stützpunkt geben.
- Zusätzlich machen **87 neu geschaffene Notfall-Teams** mit bestens ausgebildeten Notfallsanitätern (RTW-C) und Telenotarzt die Notfallversorgung engmaschiger als bisher. (Aktuell 68 RTW-C)
- Zusätzlich werden **4 neue ACN-Standorte** (Acute Community Nurse) geschaffen (Erhöhung von 6 auf 10 Standorte).
- Das **First Responder System** wird erweitert und vertieft.
- Die **Flugrettung** wird massiv erweitert. Einsatzzeiten werden mit zwei 24-Stunden-Hubschraubern ausgeweitet und die Hubschrauber um moderne Ausstattung und Schlechtwettersysteme aufgerüstet.

Um die geplanten Maßnahmen einer letzten fachlichen Bewertung zu unterziehen, hat die Landesrätin für Gesundheit und Soziales, Eva Prischl, die ÖNK um eine entsprechende Stellungnahme ersucht.

Konkret wurden folgende Fragestellungen formuliert:

1. Ist bei einer Schließung der konkreten 11 Notarztstützpunkte der Schutzzweck des § 4 RDG, nämlich die Sicherstellung einer funktionierenden überregionalen Rettungs- und Notarztversorgung gefährdet?
2. Kommt es dadurch zu einer Verschlechterung der bestehenden Versorgung der niederösterreichischen Bevölkerung in Bezug auf die Notfallrettung?
3. Führen die in diesem Zusammenhang vorgesehenen Ersatzmaßnahmen, wie insbesondere die Inbetriebnahme von 87 RTW-C-Stützpunkten, davon 27 RTW-C-Stützpunkte ab 01.04.2027 mit NKV-Kompetenz, die Inbetriebnahme eines weiteren 24/7 Notarzthubschraubers in Wiener Neustadt ab 01.04.2027 sowie der Ausbau des First Responder Systems, dazu, dass die für die jeweilige Versorgungsregion erforderliche notfallrettungsdienstliche Versorgung weiterhin im Sinne des § 4 RDG sichergestellt ist?
4. Inwieweit sind neben den bereits vorgesehenen Maßnahmen weitere, insbesondere im Gesundheitspakt bzw. Gesundheitsplan 2040+ vorgesehene oder sich aus Ihrer gutachterlichen Beurteilung ergebende Maßnahmen erforderlich, um die Umsetzung der angepassten notärztlichen Versorgungsstruktur mit 01. April 2027 aus medizinischer und versorgungsfachlicher Sicht verantworten zu können, oder können diese im Rahmen einer begleitenden Evaluierung durch den Qualitätsbeirat Notarztversorgung Niederösterreich schrittweise geprüft, konkretisiert und gegebenenfalls umgesetzt werden?

2. Präambel

Die Österreichische Gesellschaft für Notfall- und Katastrophenmedizin (ÖNK), gegründet im Jahr 1983, versteht sich als interdisziplinäre, gemeinsame und unabhängige Plattform für alle notfallmedizinisch relevanten Fachgebiete, wie insbesondere Anästhesiologie und Intensivmedizin, Innere Medizin, Orthopädie/Traumatologie und Allgemeinmedizin. Sie bietet (Not-)Ärzt:innen, Sanitäter:innen, aber auch Medizinstudent:innen und Jungmediziner:innen gleichermaßen die Möglichkeit, sich über Mitgliedschaft einzubringen. Neben einem umfassenden Fortbildungsangebot unterstützt die ÖNK auch wissenschaftliche Forschungsvorhaben und Projekte.

Den Vorstand der ÖNK bilden ausnahmslos erfahrene Notfallmediziner:innen, die in leitenden Positionen des österreichischen Gesundheitswesens tätig sind bzw. waren. Die aktuelle Präsidentschaft hat der Chefarzt der Wiener Berufsrettung, Dr. Mario Krammel, inne; als president elect fungiert Dir. Prim. Dr. Alexander Egger MSc, der auch Chefarzt des Österreichischen Bergrettungsdienstes ist.

Die gegenständliche Stellungnahme der ÖNK zur Neuorientierung der Notfallversorgung in Niederösterreich wurde auf Ersuchen der Abteilung GS4, Mag.[a] Astrid Weber MA, von Dir. Prim. Alexander Egger, MSc und Prim. Univ.-Prof. Dr. Helmut Trimmel, MSc erstellt und vom Vorstand der ÖNK geprüft und freigegeben.

3. Grundlagen und Historie des Rettungsdienstes in NÖ

3.1. Organisierter Rettungsdienst

Der Rettungsdienst ist in Österreich grundsätzlich Gemeinde- bzw. Ländersache. In §2 Abs.1 Zi 1 des Niederösterreichischen Rettungsdienstgesetzes i.d.g.F. (NÖ RDG) wird der Rettungsdienst wie folgt definiert:

> *"**Rettungsdienst** ist die Leistung von Erster Hilfe oder einer ersten medizinischen Versorgung an Personen, bei denen im Rahmen einer akuten Erkrankung, einer Vergiftung oder eines Traumas eine lebensbedrohliche Störung einer vitalen Funktion eingetreten ist, einzutreten droht oder nicht sicher auszuschließen ist, und deren Transport zur weiteren medizinischen Versorgung in eine Krankenanstalt oder sonstige geeignete Einrichtung des Gesundheitswesens."*
>
> In Abs. 2 Zi 3 wird der Notarzteinsatz beschrieben:
>
> ***Notarzteinsatz** ist die sofortige notärztliche Begutachtung und Versorgung einer Person und bei Bedarf die Veranlassung des Transportes in eine geeignete Krankenanstalt.*

Gemäß § 3 Abs.1 des NÖ Rettungsdienstgesetzes 2017 (NÖ RDG, LGBl. Nr. 101/2016, idgF LGBl. Nr. 64/2020) hat der NÖ Krankenanstaltensprengel den regionalen Rettungs- und Krankentransportdienst für alle Gemeinden des Landes Niederösterreich durch Abschluss eines Vertrages mit anerkannten Rettungsorganisationen (gem. § 7) sicherzustellen.

In §4 Abs. 1 wird schließlich festgehalten, dass das **Land zur Sicherstellung des überregionalen Rettungsdienstes verpflichtet** ist. In Abs.2 Zi 1 wird explizit der Notarztdienst angeführt. **Definitionen hinsichtlich der Qualität und Quantität dieser Versorgungsleistung finden sich in § 4 nicht**. Desgleichen findet sich auch in anderen Gesetzestexten nichts dazu: eine **Hilfsfrist** - also die Zeit bis zum Eintreffen qualifizierter Hilfe, unbeschadet, ob Rettungs- oder Notarztdienst - ist in Österreich gesetzlich nicht definiert. Hinweisgebend ist allenfalls die Rahmenvorschrift für den Rettungsdienst des Österreichischen Roten Kreuzes, wo in 1.02.01 die „Hilfsfrist“ wie folgt empfohlen wird:

> „*Jeder an einer öffentlichen Straße liegende Notfallort soll in der Regel (95 % aller Fälle) innerhalb der vorgegebenen Hilfsfrist von 15 Minuten (Zeitraum vom Eingang einer Notfallmeldung in der zuständigen Rettungsleitstelle bis zum Eintreffen des Rettungsmittels am Notfallort) erreicht werden.*“

3.2. Sanitätsdienstliche Ausbildung und Tätigkeit

Das **Sanitätergesetz** (SanG, BGBl. I Nr. 30/2002 i.d.g.F.) regelt das Berufs- und Tätigkeitsfeld bzw. -die Tätigkeitsberechtigungen sowie die Ausbildung von Sanitäter:innen. Dieses Bundesgesetz sieht mehrere Ausbildungsstufen vor, die in den entsprechenden Abschnitten geregelt sind:

§ 9 Rettungssanitäter (RS), § 10 **Notfallsanitäter** (NFS). Letztere können die in § 11 Abs. 1 Z 1 Allgemeine Notfallkompetenz Arzneimittellehre (NKA) bzw. Abs. 1 Z 2 Allgemeine **Notfallkompetenz Venenzugang und Infusion** (NKV) erwerben. Darüber hinaus regelt § 12 die besondere Notfallkompetenz Beatmung und Intubation (NKI). Je nach Maßgabe des der ärztlichen Leitung einer Rettungsorganisation können medizinische Maßnahmen oder die Verabreichung von Medikamenten (Arzneimittellisten 1 oder 2, siehe Anhang) freigegeben werden. Dazu müssen die genannten modularen Fortbildungsinhalte absolviert werden. Das Sanitätergesetz wirkt als Lex Specialis (Sondergesetz). Es durchbricht den ärztlichen Vorbehalt des Ärztegesetzes für den präklinischen Notfall, sofern die gesetzlichen Kriterien (wie die Alarmierung des Notarztes) erfüllt sind. Die Sanitäter:innen handeln somit in ihrer eigenen gesetzlichen Verantwortung und bedürfen keiner zeitgleichen ärztlichen Anordnung. [Halmich 2012]

Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass den **lebensrettenden Sofortmaßnahmen bereits auf Ebene der Grundausbildung zum RS breiter Raum gewidmet** wird (inklusive der halbautomatischen Defibrillation und der Atemwegssicherung mittels Larynxmaske), ist in (Nieder-)Österreich somit davon auszugehen, dass mit Eintreffen des ersten Rettungsmittels am Notfallort umfassende Maßnahmen zur Abwendung einer lebensbedrohenden Gesundheitsstörung ergriffen werden können.

Nach einer Erhebung der Gesundheit Österreich GmbH aus 2023 [Meixner & Gessl 2024] waren **in Niederösterreich** zum Stichtag 31.12.2022 insgesamt **12.081 Sanitäter:innen** registriert. Davon waren 9.725 (80,5 %) ehrenamtlich tätig. Eine Ausbildung zum NFS absolvierten 1.237 (10,2 %), die Majorität (**952**) auch die **NKV**. Zum aktuellen Zeitpunkt - 4 Jahre später - **1.527 NFS NKV** und **403 NFS NKI** (entspricht **+102 % qualifizierte NFS**).

Neben dem hier angeführten Sanitätspersonal benennt das NÖ RDG in § 2 Abs. 3 (1) qualifizierte Ersthelfer:innen (**First Responder**, FR). Darunter werden Personen mit medizinischer Qualifikation (Sanitäter:in, Pflegekraft, Arzt/Ärztin) verstanden, die sich (z. B. aufgrund ihres Wohnorts) in der Nähe eines Notfallorts befinden und von der Leitstelle parallel zum Rettungsdienst alarmiert werden. Damit kann die Zeit bis zum Eintreffen qualifizierter Erster Hilfe noch weiter verkürzt werden.

Mit dem Aufbau des First Responder Systems sind auch diese Kräfte in Niederösterreich quantitativ im Zunehmen - die Rettungsorganisationen nennen aktuell **1.085 (RK NÖ) + 200 (ASB NÖ) registrierte** (und ins Alarmierungssystem eingebundene) **First Responder**. Die Alarmierung dieser für zeitkritische Einsätze wichtigen Ressource erfolgt vollautomatisiert durch Notruf NÖ via ESApp (künftig LEA-App).

Insgesamt ist somit seit dem Inkrafttreten des neuen Sanitätergesetzes eine deutliche Steigerung in Professionalisierung und Verfügbarkeit des nichtärztlichen Personals im Rettungsdienst in Niederösterreich wahrzunehmen. Der Bereich der “high-urgent” Maßnahmen ist auch bei kurzfristiger Nicht-Verfügbarkeit eines Notarztes deutlich besser adressiert - lebensrettende Sofortmaßnahmen inkl. **Defibrillation** können durch (Notfall-)Sanitäter:innen rasch umgesetzt werden, **NFS** können auch **erweiterte Maßnahmen** (“Advanced Life Support”, ALS) durchführen. Dazu zählen das **Legen eines venösen Zugangs**, die **Verabreichung von Medikamenten** (Adrenalin, Amiodaron) sowie die **Atemwegssicherung** mit extraglottischen Hilfsmitteln (Larynxmaske, ab Ebene RS) oder endotrachealer Intubation (NKI). Damit ist sichergestellt, dass die erweiterten Maßnahmen einer Herz-Lungenwiederbelebung sofort, auch ohne Unterstützung durch einen Telenotarzt, begonnen werden können. Trotz dieser positiven Entwicklungen scheint es im österreichischen Rettungsdienst Reformbedarf zu geben, wie dies vom Bundesverband Rettungsdienst (BVRD) in seiner Publikation “Dossier Rettungsdienst" detailliert aufgezeigt wird. Auf diesen Punkt wird im weiteren Verlauf noch einzugehen sein.

Blickt man nur 15 Jahre zurück, so wurde der Rettungsdienst in Niederösterreich mit Fahrzeugen durchgeführt, welche in keiner Weise der Ausstattungsnorm ÖNORM 1789:2024-07-01 entsprachen. Vorgehalten wurden lediglich Materialien zur Immobilisation, halbautomatische Defibrillatoren, Absauggeräte und Equipment zur einfachen Beutel-Masken-Beatmung. Der Einsatz der Fahrzeuge erfolgte in einem Mischsystem: Mit Rettungs- wie auch mit Krankentransportwagen wurden sowohl Notfalleinsätze als auch Krankentransporte durchgeführt. Gemäß dem damals geltenden NÖ RDG erfolgte die Besetzung der Fahrzeuge in der Regel mit zwei RS, die zum Teil Zivildienstleistende waren. RS waren - trotz der im SanG 2002 vorgesehenen Möglichkeiten - nur wenige Maßnahmen möglich. In aller Regel war der Transport in eine Klinik (mit oder ohne Beiziehen eines Notarztes) unumgänglich. NFS wurden vorwiegend auf Notarztwagen eingesetzt, um die Maßnahmen der notärztlichen Assistenz entsprechend abzubilden. Dies war u.a. dem damaligen Finanzierungssystem geschuldet.

3.3. Notarztdienst

3.3.1. Ausbildung

Die seit 1989 in § 40 des Österr. Ärztegesetzes (ÖÄG) geregelte Tätigkeit und Ausbildung von Notärzt:innen war lange Zeit an zwei Voraussetzungen gebunden: Die erste war das Vorliegen eines sog. "*ius practicandi*", also das Recht zur selbständigen Berufsausübung als Arzt bzw. Ärztin, gleich ob in der Allgemeinmedizin oder einem Sonderfach. Die zweite Voraussetzung war das erfolgreiche Absolvieren des 60-stündigen Notarztkurses, der in (überwiegend) Theorie und Praxis (an Manikins und Modellen) notärztliche Kompetenz zu vermitteln suchte und mit einem Multiple-Choice Test abgeschlossen wurde. Da diese Notarztqualifikation in vielen medizinischen Bereichen als Anstellungserfordernis eingefordert wurde, etwa für Betriebs-, Kur- oder Dauersekundarärzt:innen, waren die Kurse gut besucht. Tatsächliche Qualifikationen für invasive notärztliche Maßnahmen - wie etwa die Einleitung einer Notfallnarkose oder das Durchführen lebensrettender chirurgischer Eingriffe - konnten in diesem Kursformat jedoch naturgemäß nicht vermittelt werden. Spezifische klinische Skills waren über Jahrzehnte nicht vorgesehen. Erst mit der Novellierung des § 40 im ÖÄG im Jahr 2018 und der Verlautbarung der adaptierten Notarztausbildungsverordnung der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) im Jahr 2019 wurde eine an den europäischen Standard angepasste theoretische und praktische Ausbildung mit klarer Ausrichtung auf den organisierten Notarztdienst realisiert. Gleichzeitig wurde damit ermöglicht, bereits nach 33 Monaten postpromotioneller klinischer Tätigkeit - also noch vor Erreichen der Berufsberechtigung - unter bestimmten Bedingungen und ausschließlich an krankenanstaltengebundenen Notarztsystemen tätig zu werden. Die Reform des § 40 ÄrzteG erweiterte den Zugang zum Notarztdienst, koppelte ihn aber auch an einen strukturierten klinischen Kompetenzerwerb und eine verantwortete Freigabe. Die Zahl der jährlich ausgebildeten (und nunmehr geprüften) Notärzt:innen ist seither auch in Niederösterreich deutlich zurückgegangen (mündl. Auskunft Österr. Akademie der Ärzte). Dies ist neben der längeren Kursdauer (80 statt 60 Stunden), dem neu eingeführten Rasterzeugnis mit klar definierten, klinisch zu erwerbenden Kompetenzen und der Einführung einer strukturierten Prüfung auch darauf zurückzuführen, dass es für viele Ärzt:innen mancher Fächer schwierig ist, die geforderten Skills im Rahmen ihrer Allgemeinmedizin- oder Sonderfachausbildung zu erwerben. Ein wesentlicher Faktor scheint zu sein, dass Ärzt:innen in Ausbildung in manchen Kliniken kaum die Möglichkeit gegeben wird, für den Erwerb der im Rasterzeugnis normierten Fertigkeiten an entsprechende (Anästhesie-)Abteilungen zu rotieren. Gerade die Anästhesie-, Notfall- und Intensivabteilungen sind jedoch für Erwerb, Erhalt und Beurteilung invasiver Kernkompetenzen zentrale und unverzichtbare Ausbildungsorte. [Willschke & Trimmel 2026] Als Begründung für diese Verweigerung wird meist angeführt, dass die Ausbildungsärzt:innen für den Systemerhalt an ihren Stammabteilungen unverzichtbar seien. Dies steht der Sicherstellung eines ausreichenden Notarzt-Nachwuchses diametral entgegen. Dieser Entwicklung sollte auch in NÖ seitens der Landesgesundheitsagentur (LGA) als Klinikenbetreiber umgehend und konsequent entgegengetreten werden, um die Sicherstellung der notärztlichen Versorgung zu gewährleisten.

3.3.2. Organisierter Notarztdienst in NÖ

Aus anfänglich 24 Stützpunkten des Jahres 1990, welcher Zeitpunkt als Beginn der flächendeckend organisierten notärztlichen Versorgung des Bundeslandes gesehen werden kann, wurden schrittweise 32 Standorte. Manche waren zunächst nur nachts besetzt, um die hier (noch) nicht gegebene Abdeckung durch die Luftrettung auszugleichen. Andere wurden als „Hybride“ von not- und kassenärztlichem Bereitschaftsdienst („141“) eingerichtet, auch in Kombination mit einer Tätigkeit in der heimärztlichen Versorgung in einem Pflegeheim. Niederösterreich hatte damit die höchste Dichte an bodengebundenen Notarztmitteln in Österreich.

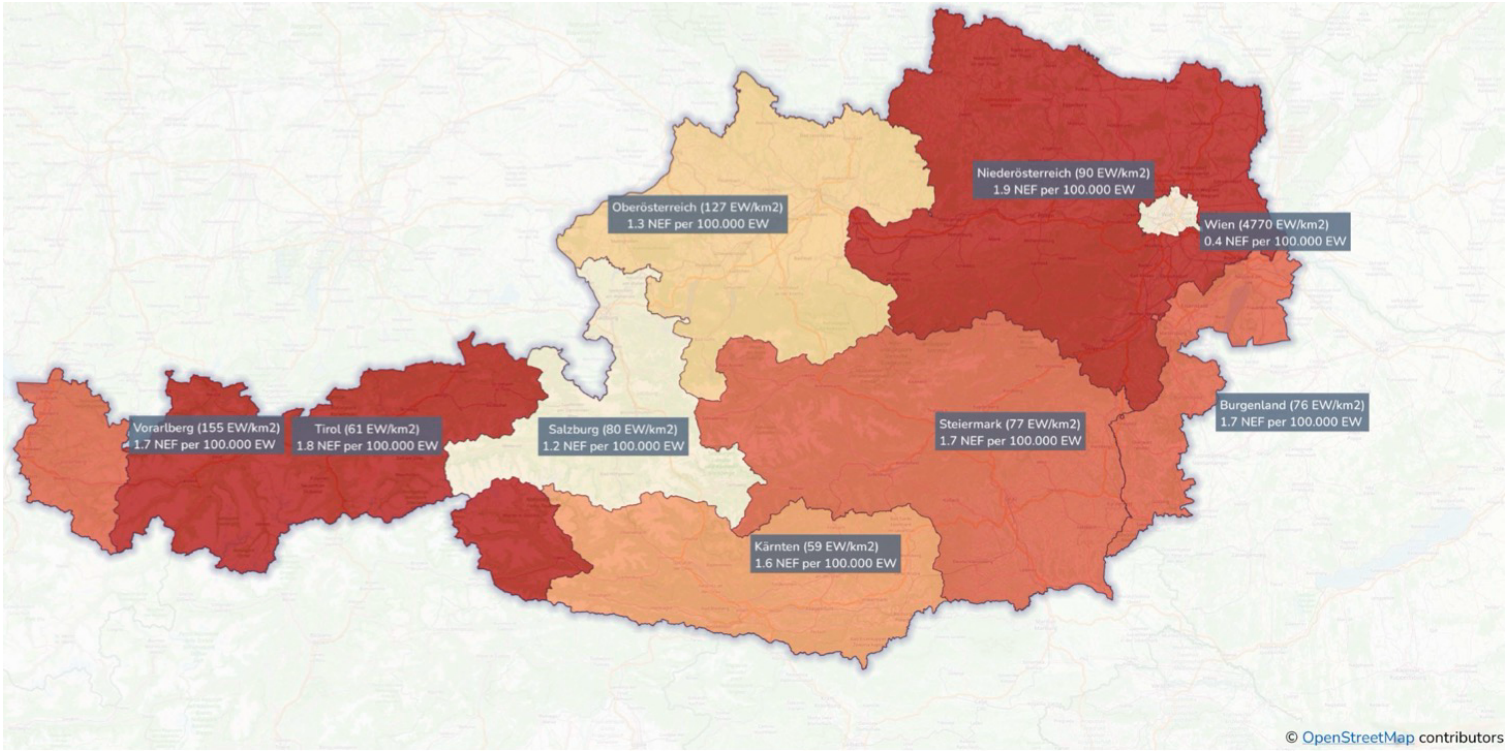


Abb. 1: bodengebundener Notarztdienst im Verhältnis zur Bevölkerung in Österreich, Quelle: BVRD.at

Dem über die Jahre gestiegenen Bedarf an Notärzt:innen steht auch in den NÖ Kliniken ein gegenläufiger Trend in deren Verfügbarkeit gegenüber. Zwar wurde hier die Zahl der Ärzt:innen im Landesdienst über die Jahre schrittweise deutlich erhöht, gleichzeitig nahmen die Limitationen insbesondere durch die Vorgaben des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes (KA-AZG) zu. Auch der zunehmende Wunsch nach Teilzeitbeschäftigung wirkt sich mittlerweile entsprechend aus. Nicht nur die Ausbildung, auch der Notarztdienst selbst wird zudem immer noch von vielen Abteilungsvorständ:innen nicht als originäre Klinikaufgabe wahrgenommen, was es Ärzt:innen an einzelnen Standorten schwer macht, sich für diese Dienste einzuteilen. Auch der Versuch, die notärztliche Tätigkeit an manchen Standorten durch Übertragung der Besetzungsverantwortung an Rettungsorganisationen in die Freiberuflichkeit zu verschieben, war nicht besonders erfolgreich –

gerade hier waren in den letzten Jahren immer wieder Besetzungsprobleme zu beobachten. Über alle betroffenen Standorte summierten sich gemäß Aufzeichnungen von Notruf NÖ die Besetzungsausfälle auf durchschnittlich rund 150 Stützpunkttage pro Jahr (Mittelwert der letzten 6 Jahre). Dies betrifft im Wesentlichen 15 Stützpunkte, überwiegend in Besetzungsverantwortung durch Rettungsorganisationen, an denen das NEF an 3-18 Tagen pro Jahr nicht besetzt werden konnte.

Um bereits aktive Notärzt:innen im System zu halten, ist neben Zeitressourcen und einer adäquaten Entlohnung insbesondere auch eine der Qualifikation entsprechende Verwendung notwendig. Ein Übermaß an nicht indizierten Einsätzen, die im hausärztlichen oder gar sanitätsdienstlichen Bereich anzusiedeln wären, ist hier ohne Zweifel kontraproduktiv und veranlasst so mache Ärzt:innen, sich einer weiteren Tätigkeit zu entziehen. Letztlich machen aber auch demographische Veränderungen vor Notärzt:innen nicht halt: So waren im Jahr 2023 nach den Erkenntnissen einer vom Land in Auftrag gegebenen Studie (“Zukunft der medizinischen Akutversorgung in Niederösterreich”, Focus-solutions.at) knapp 20 % der Notärzt:innen über 55 Jahre alt. Die Zahl der anstehenden Pensionierungen ist also nicht zu unterschätzen.

In der gegenwärtigen Diskussion um Erhalt oder Schließung von Standorten wird die historisch gewachsene Lage der Stützpunkte, die sich überwiegend an Kliniken befinden, weitgehend als gegeben angenommen. Nicht nur aufgrund gesetzlicher Regelungen ist es ausgesprochen sinnvoll, Notarztstützpunkte in die Verantwortung von Kliniken zu übergeben. Eine Kombination aus klinischer Tätigkeit in einem Akutfach mit jener als Notärzt:in ist auch aus fachlichen Gründen anzustreben, da sie für die Kontinuität qualitativ hochwertiger Notfallversorgung prädestiniert ist.

Ein anschauliches Beispiel stellt die Notfallversorgung in Wien dar, wo aus einer extremen Verknappung notärztlicher Ressourcen Anfang 2017 durch Anbindung der Stützpunkte an die Kliniken des Krankenanstaltenverbunds (damals KAV, nunmehr WIGEV) ein System entwickelt werden konnte, das heute absolute Stabilität aufweist und auch fachlich international Beachtung findet.

Die Notwendigkeit, NEFs an Klinikstandorten zu verorten, ergibt sich auch aus der bereits erwähnten Regelung des § 40 ÖÄG, wonach auch (Assistenz-)Ärzt:innen nach Absolvierung von 33 Monaten postpromotioneller Ausbildung als Notärzt:innen tätig sein dürfen, auch wenn noch keine eigentliche ärztliche Berufsberechtigung vorliegt. Da in § 40 die Qualitätssicherung durch den/die stützpunktverantwortlichen Notärzt:in des Klinikums festgelegt ist, macht diese Regelung - im Sinne der Verfügbarkeit eines ausreichenden Kaders, aber auch im gegebenen Interesse an dieser Tätigkeit seitens junger Ärzt:innen - absolut Sinn.

Diese organisatorische und fachliche Verantwortung müsste unseres Erachtens jedoch nicht zwangsläufig auch unmittelbare geographische Anbindung bedeuten, da die zu supervidierende notärztliche Tätigkeit ohnedies keine unmittelbare “Draufsicht” möglich macht und auch nicht notwendig erscheinen lässt. Wäre hier etwa die organisatorische und fachliche Zuordnung eines etwa 25 km entfernten Stützpunkts zu einer Klinik möglich, hätte dies ohne Zweifel mehr Flexibilität in der Standortwahl und bessere Erreichbarkeit einzelner Bereiche zur Folge. Eine derart bedarfsorientierte Planung wäre der Qualität der Patientenversorgung ohne Zweifel zuträglich.

3.3.3. Telenotarzt (TNA)

Der Einsatz von Telenotärzt:innen hat sich international als sinnvolle Unterstützung des nichtärztlichen Rettungsdienstes erwiesen. Telenotarzt-Systeme können ärztliche Expertise rasch verfügbar machen, Rettungskräfte bei Diagnostik und Therapie unterstützen und den Einsatz bodengebundener Notärzte gezielter steuern. Studien stützen Machbarkeit und Sicherheit in ausgewählten Indikationen sowie mögliche Prozess- und Ressourcenvorteile. Auch Leitlinien zu Implementierung und Betrieb wurden bereits publiziert. [Schröder et al. 2025; Rentschler et al. 2024; Kowark et al. 2023; Schröder et al. 2024] Durch das Rote Kreuz Niederösterreich wurde im November 2020 ein Telenotarzt-System (TNA) in Testbetrieb genommen. Seit 2024 ist der TNA nunmehr rund um die Uhr verfügbar. Zum Einsatz kommt ein telemedizinisches Unterstützungssystem, das den niederösterreichischen NFS ermöglicht, während eines Rettungseinsatzes in Echtzeit ein(e) Notärzt:in zuzuschalten, ohne dass diese Person physisch am Einsatzort präsent sein muss. Der/die Telenotärzt:in erhält relevante Informationen zum/zur Patient:in per Videozuschaltung sowie alle Messwerte und EKG-Daten. Die übermittelten Informationen können telemedizinisch beurteilt und die NFS bei der Versorgung beraten werden. Ziel ist eine schnellere ärztliche Unterstützung, eine verbesserte Patientenversorgung und ein effizienter Einsatz der Notarztressourcen. Der/die Telenotärzt:in kann auch während eines Patiententransports beratend eingebunden bleiben. Seine Rechtsgrundlage findet dieser Dienst im Ärztegesetz § 49 Abs. 2, der Ärztinnen und Ärzten indirekt gestattet, ihren Beruf auch telemedizinisch auszuüben und die ärztliche Sorgfaltspflicht festlegt. Eine eigene gesetzliche Definition für den Telenotarzt existiert derzeit (noch) nicht.

3.3.4. Entwicklung der Notarzteinsätze in Niederösterreich

In den letzten Dekaden war österreichweit eine überproportionale Entwicklung notärztlicher Einsatzaktivitäten zu beobachten. So wurde dies etwa auch aus der Steiermark (Landesrechnungshof) und Tirol (Leitstelle Tirol) zum Teil durchaus kritisch berichtet. Dies betraf v.a. niedrig priorisierte, weniger die als dringlich eingestuften Rettungseinsätze. Aus Deutschland werden ähnliche Entwicklungen berichtet. Auch hier nimmt die Anzahl rettungsdienstlicher Einsätze seit Jahren kontinuierlich zu – mit einer jährlichen Steigerungsrate von rund 4 %. Gleichzeitig ist seit Jahren gut dokumentiert, dass weit weniger als 20 % der Notarzteinsätze tatsächlich eine notärztliche Intervention erfordern. Des Weiteren geben deutsche Notärzt:innen an, dass sie nur in 11 % der Einsätze tatsächlich erforderlich sind. [Koch et al. 2026; Breuer & Dahmen 2023]

Auch in Niederösterreich verzeichnete der Notarztdienst eine deutliche Steigerung - so konnte im Rahmen der Untersuchung zur “Zukunft der medizinischen Akutversorgung in Niederösterreich” (die bereits erwähnte Focus Studie) gezeigt werden, dass die Einsätze der NÖ NEF von 38.967 im Jahr 2010 auf 52.937 im Jahr 2022 anstiegen – ebenfalls eine Steigerung um rund 3 % pro Jahr.

Dies ist nicht alleine durch Veränderungen der Demographie oder des Anspruchsverhaltens der Bevölkerung zu erklären. Eine wichtige Rolle spielt etwa die geringere Verfügbarkeit hausärztlicher Versorgungsleistungen (FOCUS dokumentiert einen Rückgang der Visitentätigkeit im Untersuchungszeitraum (2010-2022) um 47 %, bei dringenden und Nacht-Visiten sogar um 72 %).

Die mangelnde Verfügbarkeit anderer mobiler Gesundheitsdienstleister, z. B. aus dem Bereich der gehobenen Gesundheits- und Krankenpflege sowie auch sozialer Dienste, verstärkt die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes. Die hier gegebene Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit und der nachvollziehbare Wunsch der Leitstelle, Kundenanfragen jedenfalls und bestmöglich zu befriedigen, generieren die genannten Steigerungen.

Eine wesentliche Rolle spielt wohl auch die seit 2002 in der Rettungsleitstelle eingesetzte standardisierte Notrufabfrage. Dieses „*Advanced Medical Priority System*“ (AMPDS, Priority Dispatch Corp., Salt Lake City, UT, USA) genannte System wurde ursprünglich für die Disposition von Paramedics unterschiedlicher Qualifikationsstufen entwickelt. Das in Mitteleuropa etablierte Notarztsystem, welches insbesondere in Österreich einem überwiegend ehrenamtlichen System der Sanitätshilfe gegenübersteht, war damit schwieriger bedarfsorientiert steuerbar. Dies zeigen auch Erfahrungen aus anderen Bundesländern. Über die Jahre wurde an der sog. „Alarm- und Ausrückeordnung" (AAO), die das zu entsendende Einsatzmittel festlegt, gearbeitet. Die Treffgenauigkeit der Alarmierung konnte zwar schrittweise verbessert werden, (insbesondere) aufgrund des doch massiven Qualifikationsunterschieds zwischen ärztlichem und nichtärztlichem Dienst gibt es jedoch noch immer ein hohes Maß an Übertriage. Mit der Einführung sog. Eventkategorien und insbesondere der Qualifizierung des Sanitätspersonals zu NFS NKV ist in den letzten Jahren eine deutliche Verbesserung eingetreten, wie in der Folge noch gezeigt werden wird.

Mit der Umstellung von Notarztwagen (NAW) auf NEF im Jahr 2016 ist die angebotsinduzierte Nachfrage durch höhere Flexibilität der Notärzt:innen weiter gestiegen. Die Rettungsleitstelle konnte nun bestehende Defizite in der extramuralen Versorgung durch die Entsendung von Notärzt:innen noch besser kompensieren und damit dem Kundenbedürfnis entsprechen.

Im Ergebnis fanden sich über die letzten Dekaden neben der reinen Steigerung der Einsatzzahlen auch deutliche Hinweise auf eine nicht indizierte Inanspruchnahme notärztlicher Leistungen in Niederösterreich. Schon die FOCUS Studie wies darauf hin, dass in nur 20 % aller Einsätze tatsächlich notärztliche Maßnahmen erforderlich waren. Rezent publizierte Zahlen aus Wiener Neustadt zeigen Ähnliches: hier waren 2022 in 76,1 % aller Einsätze des NEF keine notärztlichen Maßnahmen erforderlich – in 38,4 % war das NEF schon bei Anfahrt wieder storniert worden, und in lediglich 23,9 % erwies sich die Anwesenheit eines Notarztes/einer Notärztin retrospektiv als indiziert. [Bräu et al. 2026]. Wie bereits erwähnt, ist dies kein rein niederösterreichisches Phänomen: ähnliche Zahlen ergaben auch gesamtösterreichische Querschnittsuntersuchungen der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) in den Jahren 2024 und 2025 [Trimmel et al. 2025; Erblich et al. 2026; Trimmel et al. 2026].

4. Aktuelle Entwicklung in Niederösterreich

Angesichts der zunehmenden Häufung von nicht-indizierten Notarzteinsätzen in Österreich erstellte die Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin 2022 ein Positionspapier zur Indikation für den Notarzteinsatz [Baubin et al. 2022]. Dies erfolgte unter Einbindung leitender Ärzt:innen aller relevanten notfallmedizinischen Organisationen, Leitstellen und der Patientenanwaltschaft. Dieses Positionspapier erhob folgende Kernforderungen:

- Implementierung eines österreichweit gültigen Notarzt-Indikationskatalogs
- Verbesserung der Ausbildung, Qualifikationen und Kompetenzen des nichtärztlichen Personals insbesondere für den Bereich der niedrig-priorisierten Einsätze
- Optimierung und zentrale Koordination von Versorgungsstrukturen
- Etablieren einer systemübergreifenden Qualitätssicherung

In Niederösterreich wurde dies in die bereits im Rahmen des Projekts "Rettungslandschaft 2030" begonnene Umsetzung konkreter Maßnahmen integriert. Der mit Jänner 2021 in Kraft getretene Plan legte neben einer Neuordnung der Finanzierung des Rettungsdienstes in Form einer Normkostenrechnung auch die schrittweise Etablierung von 87 RTW-C Standorten in Niederösterreich fest.
Rettungstransportwagen vom Typ C (RTW-C) verfügen gemäß der NÖ Rettungsdienst-Mindestausstattungsverordnung 2017 (NÖ RD-MAV, aktuelle Fassung vom 09.01.2026, LGBl. Nr. 82/2017) über eine umfängliche medizinische Ausstattung, auch zur Behandlung lebensbedrohlicher Krankheitsbilder, und sollen gem. § 4 mit mindestens einem/einer Notfallsanitäter:in (NFS) besetzt sein. Der nunmehr vorliegende Rettungsdienstvertrag sieht sogar die Besetzung mit zumindest einem NFS NKV auf einem RTW-C vor.

Um das gesetzte Ziel der Besetzung aller RTW-C mit NFS NKV zu erreichen, setzten die Rettungsorganisationen mit Unterstützung der LGA auf eine Ausbildungsoffensive. So wurden etwa zwischen 01.01.2026 und 27.10.2026 seitens des Roten Kreuzes 271 zusätzliche Notfallsanitäter:innen mit der Qualifikation NKV ausgebildet. Diesen ist wie beschrieben auch die intravenöse Gabe von Medikamenten und Infusionen gemäß den vom Chefarzt freigegebenen Arzneimittellisten und natürlich auch die Atemwegssicherung mittels Larynxmaske im Rahmen einer Reanimation möglich. Dazu entwickelte das Rote Kreuz Niederösterreich ein ganzes Bündel von verpflichtend umzusetzenden Algorithmen und Behandlungspfaden, welches (auch öffentlich) jederzeit zugänglich ist (https://rdmed.n.roteskreuz.at/shelves/rdmed).

Die Höherqualifizierung des nichtärztlichen Dienstes machte sich rasch positiv in Form einer Reduktion der Notwendigkeit notärztlicher Einsätze bemerkbar. So konnten die NEF-Einsätze in Niederösterreich lt. Notruf NÖ von 2022 (n=52.840) auf 2025 (n=36.182) um 31,5 % reduziert werden. Eine wesentliche Rolle spielte die erwähnte, mit Oktober 2022 eingeleitete umfassende Veränderung der AAO bei Notruf NÖ. Auf Basis einer retrospektiven Einsatzanalyse sowie evidenzbasierter Indikationskriterien gibt die AAO seither neue Regelungen vor, zu welchem Notfallereignis welche Ressource alarmiert wird. [Uhl et al. 2025]

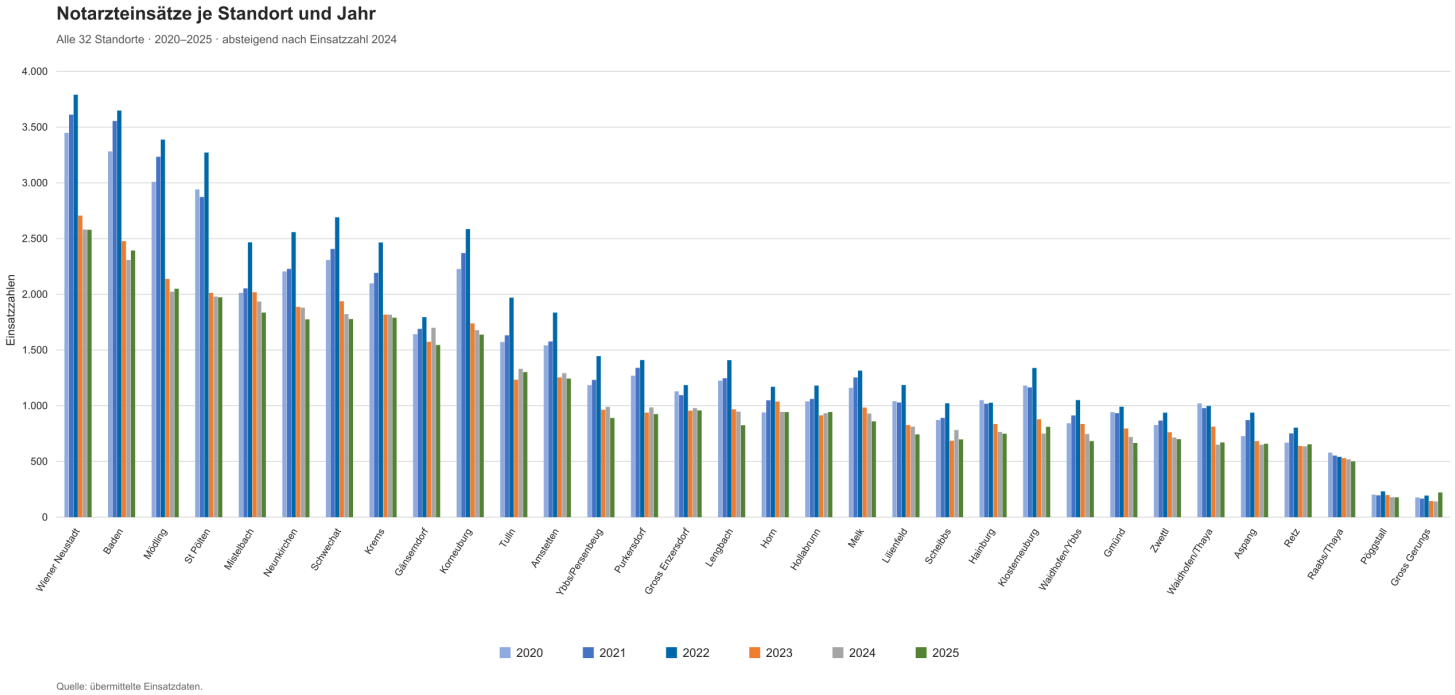


Abb. 2: Entwicklung der NEF-Einsatzzahlen nach Anpassung der AAO. NNÖ (2025), Quelle: Notruf NÖ

Ziel dieser Überarbeitung war insbesondere die effizientere Nutzung von Notarztmitteln sowie stärkere Eigenverantwortung qualifizierter NFS. Dabei wurden zunächst jene Einsatzcodes identifiziert, bei denen keine notärztliche Intervention am Einsatzort erforderlich war. So werden Notärzt:innen nicht mehr automatisch bei jedem vordefinierten Einsatzstichwort alarmiert (wie z. B. bei bestimmten Brustschmerzen oder Schlaganfällen), sondern nur noch dann, wenn der Notarzteinsatz einen konkreten, evidenzbasierten Vorteil für die Patientinnen und Patienten bringt. Multifaktorielle Interventionen bleiben Notärzt:innen selbstverständlich vorbehalten, wie etwa die Behandlung des schweren Traumas, die Versorgung eines komplexen medizinischen Notfalls sowie die Einleitung von Notfallnarkosen.

Mit der Einführung sog. BLS- und ALS-Eventkategorien wurden übergeordnete Begriffe geschaffen. Letztere betreffen potenziell lebensbedrohliche oder schwere Erkrankungen und Verletzungen, bei denen erweiterte medizinische Maßnahmen notwendig werden. Die Eventkategorie wird mittels Farbcodierung zusätzlich zum (AMPDS-)Einsatzcode vergeben. Darauf aufbauend schlägt das System die Entsendung eines RTW/RTW-C/NEF oder NAH vor.

Der Logik der nunmehrigen Vorhaltung höher qualifizierten Personals auf RTW-C folgend, wird dieses primär und alleine zu Notfallkategorien entsandt, die bisher eine Alarmierung des Notarztes auslösten. Die gestiegene Qualifikation der Notfallsanitäter:innen gewährleistet somit auch bessere Verfügbarkeit der Notärzt:innen für jene Patient:innen, die ihrer Hilfe wirklich bedürfen. Der § 10 Absatz 2 SanG definiert diese wie folgt: “*Personen, bei denen im Rahmen einer akuten Erkrankung, einer Vergiftung oder eines Traumas lebensbedrohliche Störungen der vitalen Funktionen eingetreten sind, einzutreten*

drohen oder nicht auszuschließen sind." Mit der weiteren Ausrollung des Systems der RTW-C sind zusätzliche Rückgänge in den Notarzt-Anforderungen zu erwarten.

In den Schlussfolgerungen ihrer Publikation zur "Zielgerichteten Alarmierung von Notarztsystemen" formulieren die Autor:innen sehr klar: *"Die gezielte Disposition führt dazu, dass NÄ vorrangig bei lebensbedrohlichen Notfällen sowie komplexen und invasiven Interventionen eingesetzt werden. Dies wiederum eröffnet neue Möglichkeiten zur Strukturreform im Rettungsdienst. Insbesondere kann durch die Verringerung der notärztlichen Einsatzfrequenz eine Reduktion der Anzahl an Notarztstützpunkten evaluiert und perspektivisch umgesetzt werden. Dies trägt zur Effizienzsteigerung sowie zur Anpassung an demografische und epidemiologische Entwicklungen bei. NFS mit Notfallkompetenzen leisten einen wesentlichen Beitrag zur Umsetzung. Ein weiterer positiver Effekt wird durch die Umsetzung des ACN-Pilotprojekts in NÖ beobachtet. Dadurch wird bspw. eine Reduktion von End-of-Life-Situationen und palliativmedizinischen NA-Einsätzen verzeichnet. Der gezielte Einsatz der ACN stellt eine qualitativ hochwertige Versorgung sicher und entlastet gleichzeitig das notärztliche System. Auch in der Zukunft ist es unabdingbar, mittels Evaluations- und Feedbacksystemen die Sicherung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität zu gewährleisten." [Uhl et al. 2025]*

Der Umsetzungsgrad der beschriebenen Veränderungen und deren Auswirkungen müssen aus Sicht der ÖNK natürlich engmaschig anhand vorgegebener und validierter Qualitätskriterien, z. B. mittels der sog. Tracerdiagnosen, monitiert werden.

4.1. Diplomierte Notfallsanitäter:innen (DNFS)

Unbeschadet der (insbesondere in NÖ) gestiegenen Qualifikationen des Sanitätspersonals gibt es seit mehr als 10 Jahren auf nationaler Ebene den Wunsch nach einer Reform des SanG 2002. Dies beruht zum einen auf dem nachvollziehbaren Wunsch nach Schaffung eines Berufsbilds für präklinisch tätiges Sanitätspersonal - aktuell hat dieses den berufsrechtlichen Status einer Hilfskraft. Zum anderen sollen neue Qualifikationen mit entsprechenden (auch innerklinisch zu erwerbenden) Ausbildungsinhalten ermöglicht werden. Die Reformbemühungen zielen dabei nicht unbedingt auf den Bereich der für die Abwendung unmittelbarer Lebensbedrohung notwendigen Kompetenzen ab, sondern auf jene Bereiche, die das Gros der Hilfeersuchen an die Rettungsleitstelle ausmachen. Es geht also darum, Möglichkeiten zu schaffen, präklinische Versorgungspfade zu steuern oder sektorenübergreifend mitzudenken: Versorgung vor Ort statt Transport („*treat & refer*"), inklusive telemedizinischer Unterstützung. Auch der Einsatz in Primärversorgungszentren (PVZ), ZNAs oder anderen Gesundheitseinrichtungen sowie eine stärkere Rolle bei sogenannten Frequent Usern (Personen mit sehr häufiger Inanspruchnahme des Rettungsdienstes) durch proaktive Betreuung, Steuerung und Vernetzung mit sozialen und pflegerischen Diensten wäre eine sehr sinnvolle Möglichkeit. Dies würde die Entwicklung alternativer extramuraler Versorgungskonzepte (z. B. Gemeindenotfallsanitäter:innen, [Seeger et al. 2021]) ermöglichen und den stationären Bereich sowie insbesondere auch die als Schlüsselpositionen geltenden Zentralen Notaufnahmen (ZNA) massiv entlasten. Dies würde auch kostendämpfend wirken.

Angedacht wäre die Beibehaltung einer stufenweisen Ausbildung, um auch ehrenamtliche Tätigkeit im Sozialbereich, Krankentransport und Rettungsdienst weiterhin zu ermöglichen, zugleich aber ein aufgabenadäquates Berufsbild für diplomierte Notfallsanitäter:innen zu schaffen. Ein Modell eines solchen Konzepts hat etwa der Bundesverband Rettungsdienst (BVRD) in seinem Positionspapier zur Zukunft des Rettungsdienstes vorgelegt [BVRD 2024].

Der (mehr als verständliche Wunsch) nach einem eigenständigen Berufsbild für Rettungssanitäter:innen unterschiedlicher Qualifikationsstufen lässt sich nur durch eine mindestens zweijährige Ausbildung erreichen - aktuell ist diese ja auf 260 (RS) bis 980 Stunden (NFS NKI) limitiert. Die Reform des SanG darf aber keine bloße Anpassung von Ausbildungsstunden sein, sondern muss eine grundlegende Weichenstellung darstellen: Bleibt der Rettungsdienst vor allem ein flexibel skalierbares Transportsystem, das ein hohes Einsatzaufkommen bewältigt? Oder entwickelt er sich zu einem hochqualifizierten, eigenständigen Versorgungsbereich mit klaren Rollen, Kompetenzen und Karrierewegen, wie dies der BVRD fordert? [BVRD 2024].

Niedrig priorisierte Einsätze werden aktuell in Niederösterreich ebenfalls durch Rettungs- oder Notfallsanitäter:innen, ggf. in Zusammenarbeit mit dem Telenotarzt oder unter Anwendung von Belassungsalgorithmen (Rapid Emergency Triage and Treatment System - RETTS) [Widgren & Jourak 2011; Dringlichkeitseinschätzung Rotes Kreuz] sowie durch den Einsatz der Acute Community Nurse versorgt. Der Hospitalisierungsgrad ist allerdings mangels adäquater extramuraler Ressourcen nach wie vor unbefriedigend hoch. Zur patientenzentrierten und kosteneffizienten Abarbeitung dieser (aus notärztlicher Sicht) unkritischen Einsatzkategorien fordert die ÖNK daher für die Zukunft eine österreichweit einheitliche Strategie. Eine erweiterte Ausbildung zu Diplomierten Notfallsanitätern mit entsprechenden (Be-)Handlungskompetenzen könnte sich hier als vorteilhaft erweisen. Die ÖNK bekennt sich zur Notwendigkeit der Ausbildungsreform, respektive einer Reform des Bundesgesetzes über Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter (SanG) aus dem Jahr 2002. Dies vor allem vor dem Hintergrund, dass zum aktuellen Zeitpunkt kein Berufsschutz für Sanitäter:innen besteht und eine Durchlässigkeit hin zu anderen medizinischen Berufsgruppen nicht gegeben ist. Vergleichbare Ausbildungsmodelle gibt es in allen Nachbarländern.

4.2. Acute Community Nurse (ACN)

Am 18. Mai 2020 wurde mit dem Stützpunkt Bruck an der Leitha der Pilotbetrieb für das Projekt “Acute Community Nurse” gestartet. Besetzt wird diese Single-Responder-Einheit mit einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekraft mit Zusatzqualifikation Notfallsanitäter:in (zumindest NKV). In der täglichen Routine decken die ACN-Mitarbeiter:innen sowohl pflegerische als auch rettungsdienstliche Einsätze (Unterstützung des Rettungsdienstes bei Akut- und Notfallpatient:innen) ab.

Aktuell sind in Niederösterreich 6 ACN-Stützpunkte in Betrieb

- Haag
- St. Pölten
- Waidhofen/Thaya
- Stockerau

- Bruck/Leitha
- Leobersdorf (Baden)

Diese sollen bis 2028 auf 10 Stützpunkte ausgebaut werden.

Der Ausbau der Stützpunkte und deren Überleitung in den Regelbetrieb ist zu begrüßen. Aufgrund ihrer pflegerischen und rettungsdienstlichen Qualifikationen können ACN insbesondere bei niedrig priorisierten Hilfeersuchen eine Versorgung vor Ort ermöglichen.

Durch die ACN werden neben pflegerischen und rettungsdienstlichen auch soziale Problemstellungen einer in aller Regel ambulanten Lösung zugeführt. Die daraus resultierende gesamtsystemische Wirksamkeit wurde durch eine umfassende Evaluierung des Probebetriebs im Herbst 2025 bestätigt. Hier konnte u.a. gezeigt werden, dass mehr als die Hälfte der Patient:innen (51 %) im Anschluss an die ACN Intervention zu Hause belassen werden konnte, in etwas mehr als einem Drittel (35 %) fand eine Hospitalisierung statt. In nur 9,1 % aller ACN Einsätze war eine Nachforderung des Rettungsdienstes erforderlich. In 37 % wurde die ACN zu einem Notfall alarmiert. Sehr häufig geschah dies allerdings als First Responder Einsatz parallel zum Rettungsdienst, um die Hilfsfrist zu verkürzen. Interessant ist, dass ein Teil der Hospitalisierungen durch die ACN also nicht durch akute Notfälle bedingt wird. Dies deutet darauf hin, dass bei entsprechender Weiterentwicklung der Strukturen – etwa durch den gezielten Einsatz von Diagnostik, telemedizinischer Unterstützung oder eine bessere kurzfristige Verfügbarkeit pflegerischer Leistungen – ein Teil dieser Patient:innen in Zukunft möglicherweise auch im häuslichen Umfeld versorgt werden könnte. Als additive Ressource im Rettungs- und Notarztdienst stellt die ACN also insgesamt eine positive Erweiterung des Behandlungsteams dar.

5. Wo stehen wir heute?

5.1. Rettungsdienst und Leitstelle

Der aktuelle Rettungsdienstvertrag definiert über ein Normkostenmodell finanzierte RTW-Stützpunkte, welche ausschließlich im Rettungsdienst eingesetzt werden. Somit ist eine entsprechende Vorhalteleistung garantiert. In der NÖ RD-MAV ist die Ausstattung der vorgehaltenen Fahrzeuge ebenfalls explizit geregelt. Ein RTW-C entspricht nun vollinhaltlich der Ausstattungsnorm ÖNORM 1789:2024-07-01. Die personelle Besetzung eines RTW-C ist ebenfalls in der NÖ RD-MAV mit *“eine Person (mit) zumindest eine(r) Ausbildung zur Notfallsanitäterin oder zum Notfallsanitäter entsprechend dem Sanitätergesetz”* geregelt.

Die Vorgaben des aktuellen Rettungsdienstvertrags sehen für die Besetzung eines RTW-C einen NFS NKV oder eine höherwertige Qualifikation vor und gehen damit über die landesweiten Anforderungen der RD-Mindestausstattungsverordnung hinaus.

Die jeweilige personelle Besetzung eines Fahrzeugs ist den Systemen von Notruf NÖ in Echtzeit bekannt und wird im Rahmen einer qualifikationsbezogenen Disposition entsprechend berücksichtigt.

5.2. Besetzung der RTW-C mit NFS NKV

Ursprünglich wurde seitens der Rettungsorganisationen die Verfügbarkeit von 27 RTW-C Standorten mit April 2027 kommuniziert, der Rest sollte bis 2030 ausgerollt sein.
Im nunmehr vorliegenden Rettungsdienstvertrag ist die **Vorhaltung aller 87 RTW-C Stützpunkte ab 01.04.2027** vorgesehen (siehe Abbildung 3), die Besetzung mit NFS NKV wird für 27 Standorte, insbesondere in den Regionen der einzustellenden NEF-Standorte, seitens beider Rettungsorganisationen garantiert. Für die weiteren Stützpunkte ist eine Mindestbesetzung mit einem NFS, jedoch ebenfalls eine möglichst durchgängige Besetzung mit einem NFS NKV vorgesehen.

Zusätzlich zu den tatsächlich 86 RTW-C (+1 in Aspang) sind ab Inkrafttreten des neuen Rettungsdienstvertrags in Niederösterreich 70 RTW in Dienst gestellt. Diese Fahrzeuge müssen laut Mindestausstattungsverordnung mit mindestens zwei Rettungssanitäter:innen besetzt werden. Ziel der Rettungsorganisationen ist es, perspektivisch auch diese Fahrzeuge mit Notfallsanitäter:innen zu besetzen. Von der Rettungsleitstelle werden ggf. auch RTW als ersteintreffende Einheiten zu lebensbedrohlichen Notfällen alarmiert. Parallel erfolgt jedoch stets die Entsendung eines RTW-C sowie eines Notarztes.

Zum aktuellen Zeitpunkt sind laut einer aktuellen Auswertung von Notruf NÖ (Stand Oktober 2026):

- 84 der geplanten 87 RTW-C Stützpunkte in Betrieb
- 59 der 87 Stützpunkte sind zu mehr als 80 % der Zeit mit einem NFS in Dienst gestellt,
- 47 Stützpunkte (54 %) erreichen eine NKV-Vorhaltung in mehr als 70 % der Dienstzeit und
- 71 Stützpunkte (82 %) erreichen eine NKV-Vorhaltung in mehr als 50 % der Dienstzeit.

Aus den vorliegenden Daten zeigt sich über die Vergleichszeiträume August und Oktober 2026 eine deutliche Zunahme der NKV-Besetzungsquote. Seitens des Roten Kreuzes und des Arbeiter-Samariter-Bundes wird in den vorliegenden Antworten auf die Anfragen zum Umsetzungsstand (RK NÖ vom 16.09.2026, ASB NÖ vom 15.09.2026) die Erfüllung der vertraglichen Vorgabe zugesichert.

RTW-C Anfahrtszeit - Betrachtung der Versorgungsregionen:

Bei der künftigen geographischen Verteilung der RTW-C Stützpunkte beträgt in

- **48 von 573 Gemeinden** die Anfahrtszeit eines **RTW-C zwischen 15-20 Minuten**, dies betrifft **5,4 % der Bevölkerung** in Niederösterreich und in
- **8 von 573 Gemeinden** die Anfahrtszeit eines **RTW-C mehr als 20 Minuten**, dies betrifft **0,4 % der Bevölkerung**

Damit wird die Empfehlung der Rahmenvorschrift des ÖRK (95% innerhalb von 15 Minuten) in NÖ mit einem besonders qualifizierten Rettungsmittel annähernd erreicht.

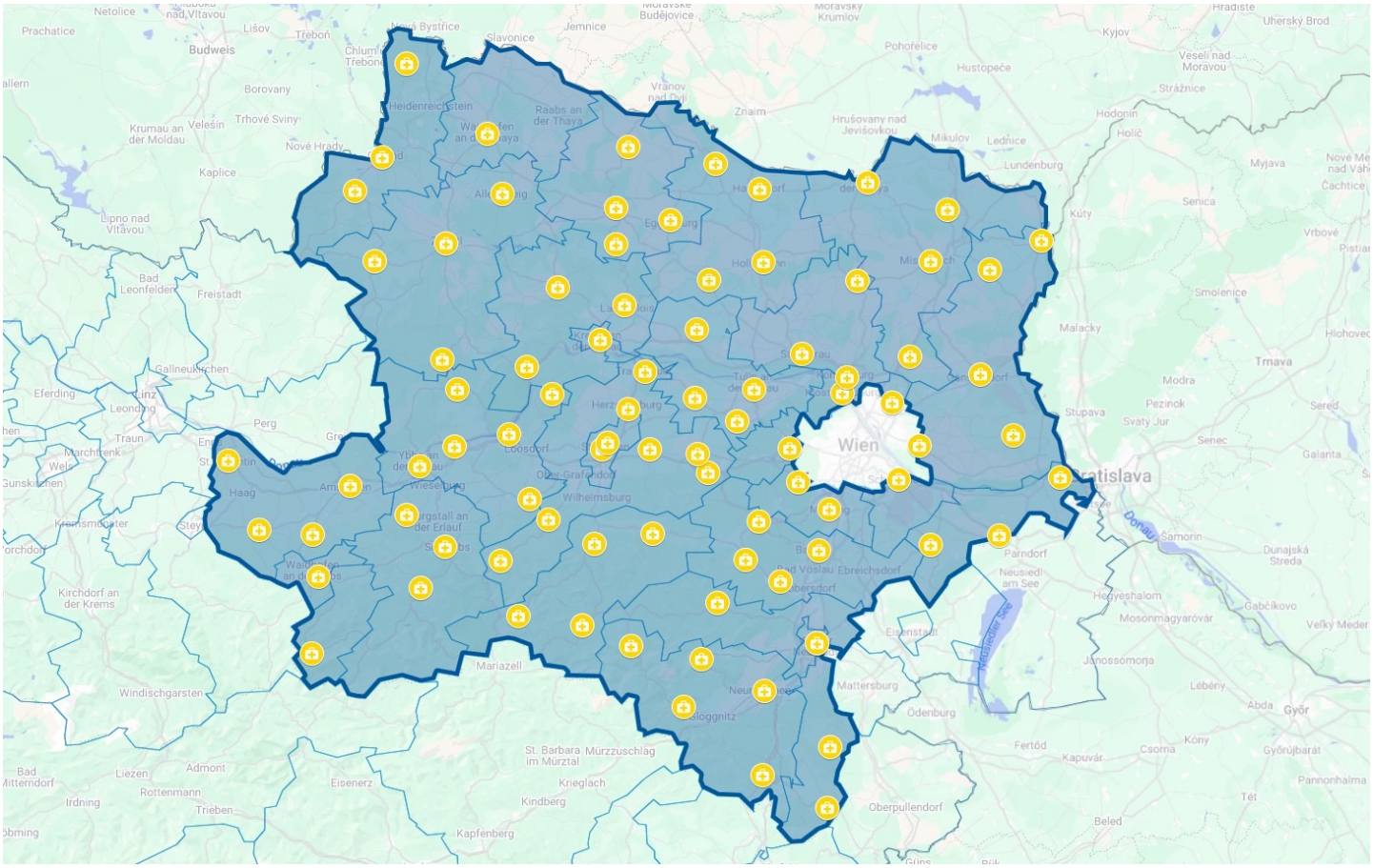


Abb. 3: Flächendeckende strategische Positionierung der 87 RTW-C Stützpunkte in NÖ, Quelle: Notruf NÖ

5.3. System Telenotarzt Rotes Kreuz Niederösterreich / Notruf NÖ

Mittlerweile verfügt das Rote Kreuz über einen Pool von 25 Telenotärzt:innen. Alle haben den RK-Telenotarztkurs in Anlehnung an das Curriculum der Bundesärztekammer Deutschland absolviert. Jede(r) NFS im RK NÖ hat Zugang zum TNA-System und ist darauf eingeschult. Diese Schulung ist mittlerweile fixer Bestandteil der NFS-Ausbildung. Jede(r) NFS kann selbst bestimmen, ob oder wann ein(e) TNA kontaktiert, ein NEF oder ein NAH nachgefordert wird. Alle Rettungsorganisationen in NÖ sind in das System integriert und ihre NFS entsprechend geschult. Ebenso gilt für alle NFS aller Organisationen, dass Medikamente der Arzneimittelliste 1 oder 2 (siehe Anhang) auf Anweisung des TNA auch bei einer anderen Indikation, in einer anderen Dosierung oder in einer anderen Applikationsform rechtssicher angewendet werden können. Die Anordnungsverantwortung liegt bei den Telenotärzt:in, die Durchführungsverantwortung bei den NFS. Dies funktioniert nach Auskunft des Chefarztes des RK NÖ, Dr. Berndt Schreiner, ausgezeichnet. Die Beratung muss vom NFS vor Anwendung auf Plausibilität geprüft werden. Die telemedizinische Unterstützung erweitert jedoch nicht grundsätzlich die Kompetenzen eines NFS. Eine ärztliche Anordnung von Maßnahmen im Sinne des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes ist im Sanitätergesetz in dieser Form nicht vorgesehen.

Angemerkt werden darf, dass der TNA-Dienst des Roten Kreuzes NÖ mittlerweile fünf weitere Bundesländer (Oberösterreich, Burgenland, Salzburg, Kärnten, Vorarlberg) betreut. Es besteht hier auch die Möglichkeit, jederzeit eine(n) zweite(n) TNA bei Bedarf in den Dienst zu stellen; Struktur und technische Voraussetzungen sind auf eine entsprechende Hochskalierung vorbereitet. Ein(e) NÖ Telenotärzt:in schafft je nach Komplexität in der Regel zwei bis fünf Einsätze parallel. Dies ist etwa vergleichbar mit Visiten in einem Aufwachraum, wo auch mehrere Patient:innen parallel ärztlich betreut werden. Die eingesetzte Technik erlaubt es problemlos, zwischen den parallel betreuten Fällen zu wechseln. Dies ist eine mittlerweile etablierte Praxis und findet täglich statt. Zurzeit fallen pro 24h zwischen 10 und 15 Einsätze an. Die Tendenz ist steigend. In 70 % der Einsätze ist eine EKG-Beurteilung gefragt, weiters werden Belassungen durch das Sanitätspersonal (inklusive der Anwendung von RETTS) bzw. die Suche nach einem “Best Point of Service” für den/die Patient:in unterstützt.
Aktuell liegt der zur Einschätzung des Verletzungs- oder Erkrankungsschweregrades verwendete “NACA Score” [Tryba, 1980] im TNA-System in 92 % der Fälle bei I bis III (= kein unmittelbares Erfordernis für eine notärztliche Intervention), in nur 8 % liegt er höher. Hier und auch bei anderweitiger Notwendigkeit zu physischer Präsenz eines/einer Notärzt:in unterstützt der/die Telenotärzt:in bis zum Eintreffen des NEF bzw. während des Transports ins Spital. Damit wird überwiegend genau in dem Bereich gearbeitet, wo ärztliche Kompetenz als Unterstützung wichtig, physische Präsenz vor Ort jedoch nicht notwendig ist.

Zusätzlich besteht für RTW-Teams auch jederzeit die Möglichkeit, den ebenfalls 24/7 verfügbaren Leitstellenarzt von Notruf NÖ zu konsultieren. Somit stehen aktuell mindestens zwei Telenotärzt:innen für das Bundesland im Dienst.

Technisch wird von allen Organisationen die Software corpuls.mission eingesetzt. Es handelt sich dabei um eine browserbasierte Anwendung für die Echtzeitübertragung von Vitalparametern, als numerische oder Kurvendarstellung sowie 12- bzw. 22-Kanal-EKGs (einschließlich der posterioren Ableitungen V7–V9, der rechtskardialen V3r–V6r und der orthogonalen Ableitungen) direkt vom Defibrillator/Patientenmonitor (corpuls 3 oder corpuls 3T) an Telenotärzt:innen oder Kliniken. Der an allen NEF und RTW-C eingesetzte Corpuls 3 ist nach EU 2017/745 und DIN EN 1789 sowie CE-zertifiziert und ermöglicht neben Monitoring und Elektrotherapie (Defibrillation/Kardioversion) die digitale Kommunikation zwischen RTW-Mannschaft vor Ort und Telenotärzt:in, die Übermittlung relevanter medizinischer Daten und EKG-Aufzeichnungen, den Zugriff auf Patienteninformationen sowie die datenschutzkonforme Übertragung innerhalb eines nach der EU-Medizinprodukteverordnung (MDR) zertifizierten Produkts. Der Telenotarzt benötigt keinen fixen Arbeitsplatz, lediglich einen entsprechend ausgestatteten Laptop bzw. ein Tablet mit Internetverbindung sowie den erforderlichen Zugangsberechtigungen.

Mit der Ausrollung der Behandlungsleitlinie Akutes Coronarsyndrom (BLL ACS) ab Jänner 2027 erfolgt eine direkte Anbindung aller PCI-Zentren in Niederösterreich an das Telenotarzt-System. Ab diesem Zeitpunkt können die behandelnden kardiologischen Zentren (Waidhofen/Ybbs, St. Pölten, Krems, Mistelbach, Wiener Neustadt) via Notruf NÖ direkt mit den RTW und NEF verbunden werden, ohne dass EKGs gesondert telemetrisch versendet werden müssen.

5.4. System Emergency Eye bei Notruf NÖ

Als erste österreichische Notrufleitstelle hat Notruf NÖ das System "Emergency Eye" der Firma COREVAS GmbH & Co. KG, D-41516 Grevenbroich, als zusätzliche Kommunikationsmöglichkeit implementiert. Die Plattform kann für die verschiedensten Anwendungen im Notfall, der Telemedizin und der Gesundheitsberatung eingesetzt werden.

Nach Einwilligung der anrufenden Person können über einen per SMS übermittelten Link Bild-, Video- und Audiodaten an die Leitstelle übermittelt werden. Zudem kann in 12 verschiedenen automatisch übersetzten Sprachen gechattet werden. Zusätzlich wird die exakte Position des Anrufers übermittelt. Damit kann sich die Leitstelle im Notfall ein besseres Bild vom Einsatzort machen und dadurch den Hilfesuchenden gezielter unterstützen.

Gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO ist die Nutzung rechtlich zulässig, da sie mit strikter Freiwilligkeit und Einwilligung des Anrufers verbunden sein muss. Ein aktiver Zugriff auf das Smartphone ist ohne Einwilligung ausgeschlossen. Der Dienst arbeitet komplett webbasiert auf allen gängigen Endgeräten über jeden Webbrowser; der Anrufer muss keine App installieren. Bild- und Videodaten werden verschlüsselt übertragen und verbleiben im geschützten System, während Verläufe und Metadaten nur minimal und kurzfristig zwecks Dokumentation gespeichert werden.

5.5. Patientensteuerung für Akutfälle

Durch die hohe Anzahl und zunehmende Spezialisierung der Kliniken in Niederösterreich ist eine abgestufte Versorgung nach vorherrschendem Notfall-Leitsymptom für den Rettungsdienst möglich und medizinisch sinnvoll. Die Patientensteuerung erfolgt sowohl für den Rettungs- als auch für den Notarztdienst zentral über den mit den Kliniken erarbeiteten Akutversorgungsnachweis (AVN). Jedes Klinikum in Niederösterreich ist hier mit den Modalitäten seiner individuellen Behandlungsmöglichkeiten hinterlegt. Geben Sanitäter:innen das führende Leitsymptom des/der Notfallpatient:in im System ein, werden unmittelbar die drei nächstgelegenen, geeigneten Kliniken angeführt; die Einlieferung des/der Patient:in kann online avisiert werden.
In Kürze ist eine Modifikation des AVN zu erwarten, welche die auszuwählende Zielklinik automatisiert vorgibt. Die Reduktion auf eine Zielklinik folgt der Logik, dass aufnehmende Abteilungen des identen Fachgebietes einer Versorgungsregion gleichmäßig ausgelastet werden sollen. Selbstverständlich wird dabei der aktuelle Auslastungsgrad der Kliniken im System berücksichtigt, um etwa einen gerade belegten Schockraum nicht unmittelbar wieder anzufahren.
Für die präklinische Praxis bedeutet dies mitunter weitere Anfahrtswege. Dadurch können Belastungsspitzen in einzelnen Kliniken reduziert werden. Diese präklinische Steuerung von Patient:innen ist zum jetzigen Zeitpunkt österreichweit einzigartig.

5.6. Notarztdienst

Die Entscheidung, notärztliche Unterstützung zur Versorgung eines kritisch kranken/verletzten Patienten zu entsenden, richtet sich heute vor allem danach, ob eine komplexere Differentialdiagnostik oder therapeutische Maßnahmen erforderlich sind, die telemedizinisch nicht

delegiert werden können. Zu letzteren zählen wie bereits erwähnt etwa die Einleitung einer Notfallnarkose (Rapid Sequence Induction), die Anlage von Thoraxdrainagen bei Vorliegen eines (Spannungs-)Pneumothorax oder das Fortführen und Beenden einer kardiopulmonalen Reanimation. Immer dann, wenn notärztliche Versorgung am Ort des Geschehens notwendig ist, wird diese auch aufgeboten. Die Alarmierung der Ressourcen erfolgt dabei überregional und folgt keiner reinen Gebietszuordnung. Alarmiert wird jenes Notarztmittel, welches aus einsatztaktischer Sicht die bestmögliche Versorgung sicherstellt.

Ziel der Reform des Rettungs- und Notarztwesens in Niederösterreich im Rahmen des Gesundheitsplans 2040+ ist explizit nicht der Ersatz des Notarztes durch qualifizierte Notfallsanitäter, sondern die Optimierung der Nutzung von Systemressourcen. Damit wird der Rettungsdienst insgesamt gleichzeitig effektiver und effizienter.

Dies bedeutet eine Verlagerung von Versorgungsaufgaben, die keine notärztliche Intervention erfordern, in die Hand von qualifizierten Notfallsanitätern und die Entlastung der Notärzt:innen von sanitätsdienstlichen Einsätzen, die heute 50-70 % ihrer Tätigkeit ausmachen. Damit kommt die Ressource Notarzt wesentlich zielgerichteter zum Einsatz - und zwar immer dort, wo sie wirklich benötigt wird. Dieser optimierte Ressourceneinsatz kann dazu führen, dass trotz einer geringeren Zahl von Notärzt:innen im System ein höherer Grad an Verfügbarkeit erreicht werden kann.

Durch die Installierung der RTW-C Stützpunkte und die Veränderung der AAO ist es wie erwähnt schon von Oktober 2022 bis Ende 2025 zu einem Rückgang der Notarztalarmierungen an den 32 Stützpunkten um etwa 31 % (7,1 - 41,1 %) gekommen.
Im Jahr 2026 wurden bei 15.742 Einsätzen der Eventkategorie (Versorgungsstufe) Gelb, die früher regulär mit RTW und NEF beschickt worden wären, ausschließlich RTW-C alarmiert. Nur in 1.004 dieser Fälle, entsprechend 6,4 %, war anschließend die Nachalarmierung eines Notarztmittels erforderlich. Mit fortschreitendem Ausbau der RTW-C-Stützpunkte sowie der zunehmenden NKV-Qualifikation wird die Zahl der RTW-C-Einsätze ohne Notarztentsendung weiter steigen. Sowohl die primären Alarmierungen von Notarztmitteln als auch die erforderlichen Nachalarmierungen werden daher weiter zurückgehen.

Die Alarmierungshäufigkeit alleine zu betrachten, greift jedoch in einem verzahnten System zu kurz. Bei zeitkritischen Notfällen liegt der Fokus neben effektiven Ersthelfermaßnahmen (insbesondere durch Laien) vor allem auf der ersteintreffenden qualifizierten Ressource und nicht unbedingt beim Notarzt.

Es versteht sich von selbst, dass verlängerte Eintreffzeiten bei Reanimationen mit schlechteren Prognosen assoziiert sind, insbesondere bezüglich der Chance auf ein Überleben mit guter neurologischer Erholung. Grundsätzlich scheint die Anwesenheit von Notärzt:innen einen leichten Vorteil hinsichtlich des Outcomes (ROSC, Krankenhausaufnahme und -entlassung, neurologisches Outcome) zu bringen, auch wenn dies fallweise immer noch kontrovers diskutiert wird [Böttiger et al. 2016; von Vopelius-Feldt et al. 2020; Bujak et al. 2022; Freire-Tellado et al. 2022]. Die aktuelle Evidenz stützt, dass eine rasche Versorgung und die frühe Vervollständigung des Rettungsteams mit besseren Ergebnissen verbunden sind. Sie beantwortet aber nicht die engere Frage, ob ein Arzt, der um Minuten früher zu bereits qualifiziert laufenden erweiterten Wiederbelebungsmaßnahmen kommt,

für sich genommen die Überlebenschance erhöht. Eine Analyse aus dem Deutschen Reanimationsregister kam mittels binärer Regressionsanalysen zur Erkenntnis, dass zunehmende Eintreff- und Team-Eintreffzeiten mit guter neurologischer Erholung bei Entlassung negativ assoziiert sind (Team-Eintreffzeit ≥12min: OR=0,54, KI=0,39–0,75, p< 0,001; n= 45.873; 71 Referenzstandorte). Die Teameintreffzeit wurde in dieser Studie mit *effektiven ALS-Maßnahmen* gleichgesetzt (vs. etwa BLS-Maßnahmen durch das ersteintreffende Rettungsmittel). Der Zeitpunkt des Eintreffens des Notarztes selbst wurde hier nicht getrennt erfasst. [Fischer et al. 2025] Nach aktueller Datenlage ist dafür (adäquate Initiierung der ALS-Maßnahmen vorausgesetzt) kein nachweisbarer Unterschied im Outcome ausgewiesen.

6. Aktuelle Herausforderungen

6.1. Mangel an Notärzt:innen?

6.1.1. Grundlagen

Ein wesentlicher Anstoß zu den Überlegungen hinsichtlich einer Neuorientierung im Rettungswesen war neben steigenden Einsatzzahlen und der zunehmend in Frage zu stellenden Indikation für ihre Einsätze auch der befürchtete Mangel an Notärzt:innen. Dabei darf nicht nur die Zahl der Personen mit Notarztdiplom betrachtet werden. Entscheidend ist, ob genügend qualifizierte Ärzt:innen die nötigen Dienste tatsächlich übernehmen können bzw. wollen – an den richtigen Orten und zu den benötigten Zeiten. Zu unterscheiden sind ausgebildete Notärzt:innen, aktiv im Dienst Tätige und besetzte Dienststunden. Kliniktätigkeit, Arbeits- und Ruhezeitregelungen, Teilzeit, Alter und Fluktuation beeinflussen, wie viele Dienste realistisch abgedeckt werden können. Attraktivität der Tätigkeit, Einbindung in klinische Patient:innenversorgung und angemessene Abgeltung sind zentrale Rahmenbedingungen.

6.1.2. Regionale Unterschiede

Die Besetzung notärztlicher Dienste hängt neben Ausbildung, Attraktivität der (Einsatz-)Tätigkeit und Entlohnung auch von der regionalen Verfügbarkeit einer ausreichenden Zahl an Ärzt:innen ab, die für den Dienst in Frage kommen. Aufgrund der ihrem Fach immanenten fachlichen Expertise sind Anästhesist:innen besonders gefragt - und auch überwiegend an notärztlicher Tätigkeit interessiert. Da die Anästhesie und Intensivmedizin als zentraler Dienstleister in den Kliniken ebenfalls besonders gefordert ist, ergibt sich hier gelegentlich eine Konfliktsituation in der Bedarfsdeckung. Dies betrifft naturgemäß eher einwohnerschwache, ländliche Regionen. Ein aktuelles Beispiel ist Waidhofen/Ybbs, wo der Notarztdienst zuletzt im Rahmen des Klinikbetriebs nicht mehr aufrechterhalten werden konnte.

6.1.3. Erhebung in Niederösterreich

Erhebungen des Landes NÖ im Rahmen der FOCUS Studie haben einen aktuellen Bestand von etwa 200 Notärzt:innen an den aktuell noch 32 Stützpunkten in Niederösterreich ergeben. Legt man 21 Stützpunkte und einen rechnerischen Bedarf von 6 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) pro Stützpunkt zugrunde, ergäbe dies rechnerisch 126 VZÄ. Tatsächlich werden die klinikgebundenen wie auch die an den Rettungsdienststellen etablierten Systeme durch ein Mischsystem versorgt, sodass die 200 genannten Notärzt:innen nicht mit VZÄs gleichgesetzt werden können. Tatsächlich zeigen die österreichweiten Erhebungen der ÖGARI einen Bestand von rund 20 Notärzt:innen pro Stützpunkt. Interessant ist insbesondere der Ausbildungsbedarf, wenn man davon ausgeht, in Zukunft aufgrund der Stützpunktreduktion mit etwas weniger ärztlichem Personal auskommen zu können.
Aus den Untersuchungen der ÖGARI lässt sich auch ableiten, dass Notärzt:innen bei attraktiven Arbeitsbedingungen durchaus mehr als 15 Jahre im System aktiv bleiben. Bei einer angenommenen Bestandsnotwendigkeit von 315 Notärzt:innen (rd. 15 pro Stützpunkt) müssten unter diesen Bedingungen im Durchschnitt jährlich 21-28 Notärzt:innen neu ausgebildet werden und tatsächlich im System beginnen, um den Bestand zu halten. Zusätzliche Abgänge oder ein geplanter Ausbau würden den Bedarf erhöhen.

6.1.4. Ausbildung

Die Ausbildung von Notärzt:innen besteht wie erwähnt aus zwei wesentlichen Elementen. Der Grundkurs mit 80 Stunden kann an vielen Orten in Österreich absolviert werden; Niederösterreich bietet aktuell jährlich 80 Kursplätze an zwei Ausbildungszentren, Wiener Neustadt und St. Pölten, an. Die Kurskosten wurden bisher als Teil der Basisausbildung für Ärzt:innen der NÖ Landes- und Universitätskliniken übernommen. Die klinische Ausbildung ist aufgrund der im Rasterzeugnis definierten Fertigkeiten insbesondere an Schwerpunkt- und Zentralkliniken möglich; Häuser der Basisversorgung haben hier in einigen Bereichen (Neurologie, Kardiologie) und auf Grund der zur Verfügung stehenden Zahl der Ausbildungsplätze möglicherweise Schwierigkeiten.

Angesichts der Rotationsmöglichkeiten eines der größten Klinikbetreiber in Europa und den aktuell im Land angebotenen Plätzen in den Notarztgrundkursen erscheint die Ausbildung der benötigten Zahl an Notärzt:innen für Niederösterreich durchaus realisierbar - vorausgesetzt, die klinische Ausbildung (Erwerb der im Rasterzeugnis festgelegten Inhalte) wird, wie bereits erwähnt, entsprechend ermöglicht. Die neue Notarztausbildung selbst wird (einschließlich der Prüfung) im Übrigen von den angehenden Notärzt:innen positiv bewertet, wie eine rezent publizierte Erhebung der ÖGARI und der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) ergab. [Frank et al. 2026]

7. Bewertung der geplanten Veränderungen

7.1. Rettungsdienst

Relevant in der Versorgung (zeit-)kritisch kranker und verletzter Personen ist, wie schon mehrfach erwähnt, vor allem das Zeitintervall zwischen dem Eintritt des medizinischen Notfalls und dem ersten (qualifizierten) medizinischen Kontakt (in der wissenschaftlichen Fachliteratur als First Medical Contact - FMC) bezeichnet [Trentzsch et al. 2025].

Aufgrund der höheren Qualifikation der Einsatzteams in NÖ und der Verdichtung der RTW-C Standorte kann der FMC im neuen System in vielen Fällen verkürzt werden. Durch die flächendeckende Ausrollung von RTW-C Stützpunkten verändert sich schlussendlich die Ausrückeordnung für das gesamte Bundesland noch weiter. Es ist zu erwarten, dass dies perspektivisch die Zahl an Notarzt-Alarmierungen in Niederösterreich um weitere 25 % reduzieren wird.

Nimmt man die vom ÖRK empfohlenen 15 Minuten als Grundlage, so werden **94,2 % der Bevölkerung in Niederösterreich in dieser Zeitspanne von einem RTW-C** erreicht. Nimmt man die ersten 20 Minuten, so steigt der Bevölkerungsanteil auf 99,6 %.

Es sei darauf hingewiesen, dass diese Zahlen alleine den bodengebundenen Rettungsdienst beschreiben - die Flugrettung, die in der Regel innerhalb von 20 Minuten jeden Punkt in Niederösterreich erreicht, ist hier nicht eingerechnet.

Anfahrtszeiten der unterschiedlichen Notfallrettungsmittel nach Bevölkerungszahl

ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR NOTFALL- & KATASTROPHENMEDIZIN

NEF aktuell und Notfallrettungsmittel ab 01.04.2027 im Vergleich

NEF (ab 01.04.2027) bis 20 Minuten

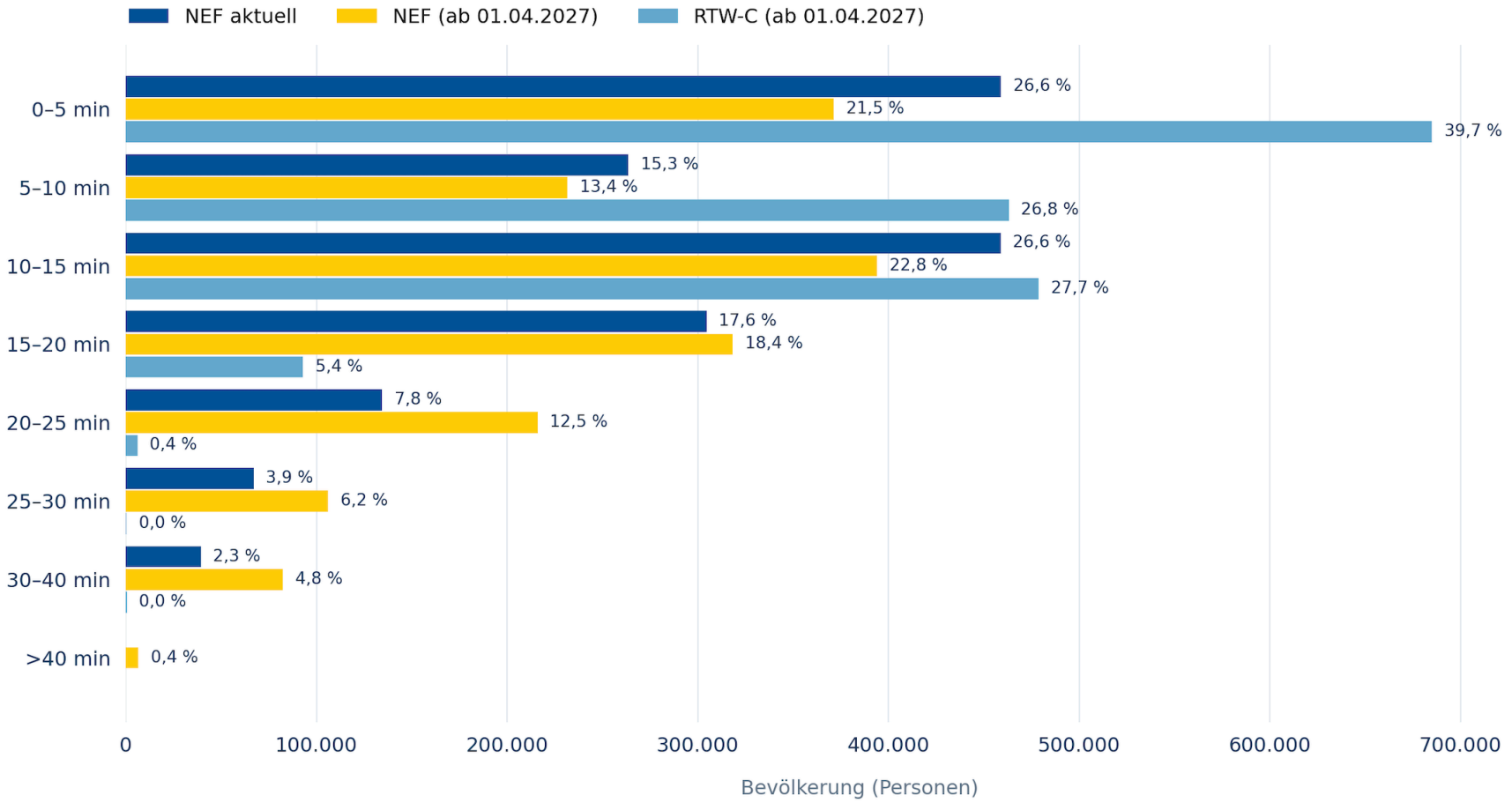
76,2 %

1.315.610 Menschen

RTW-C (ab 01.04.2027) bis 15 Minuten

94,2 %

1.627.020 Menschen



Balkenbeschriftung: Anteil an der Gesamtbevölkerung von 1.727.042 Menschen je Rettungsmittel.
Für NEF aktuell und RTW-C liegen bei „>40 min“ keine Daten vor. Balkenprozente auf eine Nachkommastelle gerundet.
Quelle: Daten Notruf NÖ

Abb. 4: Anfahrtszeiten der unterschiedlichen Notfallrettungsmittel nach Bevölkerungszahl, Daten: Notruf NÖ

7.2. Die zur Schließung vorgesehenen Stützpunkte in der Einzelbetrachtung

Den nachfolgenden Betrachtungen soll nochmals explizit vorausgeschickt werden, dass die **Reform der Rettungs- und Notarztversorgung in Niederösterreich keinen Ersatz für das bisherige Notarztsystem darstellen kann und soll**. Im Licht der geänderten Versorgungsrealität durch die geänderte Ausrückeordnung und die damit einhergehende Reduktion von Notarzteinsätzen ergibt sich mit der Reduktion der Zahl der Notarztstützpunkte auch eine Aufrechterhaltung einer adäquaten Einsatzfrequenz für die verbleibenden.

Erläuterungen zur nachfolgenden Einzelbetrachtung

Primäre Versorgungsregion: Sämtliche Rettungsmittel in Niederösterreich sind Teil eines überregionalen, standortübergreifenden Versorgungssystems – feste “Gemeindezuständigkeit” oder territoriale Zuordnung gibt es im Rettungsdienst nicht (mehr). Zum Einsatz kommt stets jenes Rettungsmittel, das aus einsatztaktischer Sicht die bestmögliche Gesamtversorgung sicherstellt – dies muss nicht zwangsläufig das geographisch nächstgelegene oder schnellst eintreffende Rettungsmittel sein. Zur Einzelbetrachtung eines jeden Notarzt-Stützpunktes soll hier jedoch eine “primäre Versorgungsregion” definiert werden. Als primäre Versorgungsregion werden jene Gemeinden zusammengefasst, in denen das jeweilige Notarztmittel die kürzeste Anfahrtszeit aufweist. Dies verfolgt den Zweck, die zu erwartenden Veränderungen nachvollziehbar darzustellen.

Einsätze vor Umstellung der Ausrückeordnung: Seit Oktober 2022 wurde die Ausrückeordnung sukzessive an neue Realitäten im Rettungs- und Notarztdienst in Niederösterreich angepasst. Damit ergeben sich (wie bereits ausführlich dargestellt) einsatztaktische Aufwertungen der RTW-C mit einer deutlichen Reduktion an notärztlichen Alarmierungen.

Aktuelle Einsatzzahl: Die tatsächliche Anzahl der Alarmierungen wird als Parameter der Leistungsfähigkeit eines Stützpunktes oder als alleiniger Beleg für die Notwendigkeit viel zitiert. Einsatzzahlen stellen jedoch nur einen Teilaspekt in der Betrachtung jedes einzelnen Stützpunktes dar, da sie keine Rückschlüsse auf die Notwendigkeit der primär notärztlichen Intervention an Patient:innen zulassen.

Einsätze durch RTW-C abzuarbeiten: Stellt den prozentualen Anteil jener Notarzteinsätze dar, die auf Grund vorgegebener Behandlungsalgorithmen a priori durch eine RTW-C Besatzung (NFS NKV) abgearbeitet werden können. In der finalen Ausrollung der RTW-C Standorte stellt die verbleibende Anzahl an Einsätzen die vermutlich real erforderlichen Notarzteinsätze der (errechneten) Versorgungsregion dar.

Anfahrtszeiten der RTW-C in der Versorgungsregion: Stellt die Anfahrtszeiten der RTW-C für die (errechnete) Versorgungsregion der zu schließenden NEF-Stützpunkte dar. Diese Darstellung bildet den “First Medical Contact” ab - eine zeitliche Zielgröße, die in der Behandlung kritisch kranker und verletzter Personen eine wesentliche Rolle spielt.

Verlängerung der Anfahrtszeit der substituierenden NEFs: Stellt die verlängerten Anfahrtszeiten der für diese (errechneten) Versorgungsregionen zukünftig zuständigen NEFs dar.

Anmerkung: **Auch in den folgenden Darstellungen bleibt die Mitversorgung durch die Flugrettung bewusst unberücksichtigt! Damit werden zukünftige Veränderungen deutlicher dargestellt.**

Stützpunkte in der Einzelbetrachtung

Standortübersicht | Einsatzentwicklung, Versorgung und Verfügbarkeit

ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR NOTFALL- & KATASTROPHENMEDIZIN

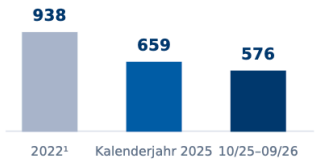
Aspang

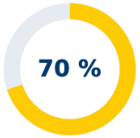
27.341 Einwohner:innen

Primäre Versorgungsregion

10,7 min Anfahrtszeit RTW-C in der Versorgungsregion

EINSATZENTWICKLUNG





Durch RTW-C übernehmbare Einsätze

-38,6 % 2022 zu 10/25–09/26²

154 h Fehlzeiten 01–09/2026

13,5 min	+10,9 min	24,4 min
Bisherige Anfahrtszeit in der Versorgungsregion	Verlängerung Anfahrtszeit substituierender NEFs	Künftige Anfahrtszeit in der Versorgungsregion

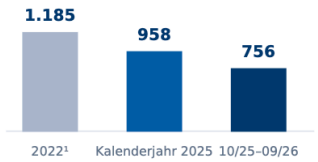
Groß Enzersdorf

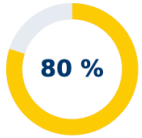
30.785 Einwohner:innen

Primäre Versorgungsregion

11,5 min Anfahrtszeit RTW-C in der Versorgungsregion

EINSATZENTWICKLUNG





Durch RTW-C übernehmbare Einsätze

-36,2 % 2022 zu 10/25–09/26²

268,75 h Fehlzeiten 01–09/2026

12,1 min	+7,4 min	19,5 min
Bisherige Anfahrtszeit in der Versorgungsregion	Verlängerung Anfahrtszeit substituierender NEFs	Künftige Anfahrtszeit in der Versorgungsregion

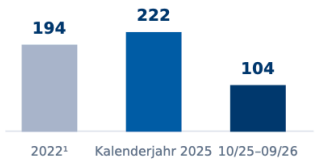
Groß Gerungs

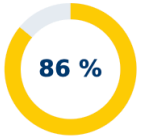
10.548 Einwohner:innen

Primäre Versorgungsregion

9,7 min Anfahrtszeit RTW-C in der Versorgungsregion

EINSATZENTWICKLUNG





Durch RTW-C übernehmbare Einsätze

-46,4 % 2022 zu 10/25–09/26²

46,75 h Fehlzeiten 01–09/2026

12,4 min	+18,9 min	31,3 min
Bisherige Anfahrtszeit in der Versorgungsregion	Verlängerung Anfahrtszeit substituierender NEFs	Künftige Anfahrtszeit in der Versorgungsregion

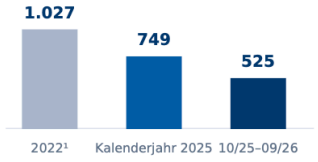
Hainburg

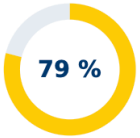
28.732 Einwohner:innen

Primäre Versorgungsregion

10,2 min Anfahrtszeit RTW-C in der Versorgungsregion

EINSATZENTWICKLUNG





Durch RTW-C übernehmbare Einsätze

-48,9 % 2022 zu 10/25–09/26²

144,75 h Fehlzeiten 01–09/2026

13,2 min	+17,6 min	30,8 min
Bisherige Anfahrtszeit in der Versorgungsregion	Verlängerung Anfahrtszeit substituierender NEFs	Künftige Anfahrtszeit in der Versorgungsregion

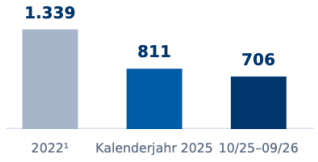
Klosterneuburg

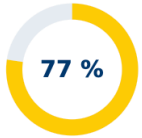
28.152 Einwohner:innen

Primäre Versorgungsregion

2,4 min Anfahrtszeit RTW-C in der Versorgungsregion

EINSATZENTWICKLUNG





Durch RTW-C übernehmbare Einsätze

-47,3 % 2022 zu 10/25–09/26²

165,75 h Fehlzeiten 01–09/2026

2,4 min	+17,6 min	20 min
Bisherige Anfahrtszeit in der Versorgungsregion	Verlängerung Anfahrtszeit substituierender NEFs	Künftige Anfahrtszeit in der Versorgungsregion

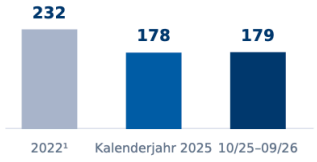
Pöggstall

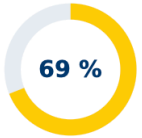
16.955 Einwohner:innen

Primäre Versorgungsregion

13,4 min Anfahrtszeit RTW-C in der Versorgungsregion

EINSATZENTWICKLUNG





Durch RTW-C übernehmbare Einsätze

-22,8 % 2022 zu 10/25–09/26²

161 h Fehlzeiten 01–09/2026

16,6 min	+15,1 min	31,7 min
Bisherige Anfahrtszeit in der Versorgungsregion	Verlängerung Anfahrtszeit substituierender NEFs	Künftige Anfahrtszeit in der Versorgungsregion

¹ Einsätze 2022 vor Umstellung der Ausrückeordnung. Aktueller Vergleichszeitraum: Oktober 2025 bis September 2026. Alle Einsatzalarmierungen exkl. Stornierungen.

² Reduktion von 2022 auf Oktober 2025 bis September 2026. Die Säulenhöhen sind nur innerhalb eines Standorts vergleichbar. Quelle: Daten Notruf NÖ

Alle Anfahrtszeiten im Median berechnet.

Abb. 5: Stützpunkte in der Einzelbetrachtung, 1/2, Daten: Notruf NÖ

Stützpunkte in der Einzelbetrachtung

Standortübersicht | Einsatzentwicklung, Versorgung und Verfügbarkeit

ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR NOTFALL- & KATASTROPHENMEDIZIN

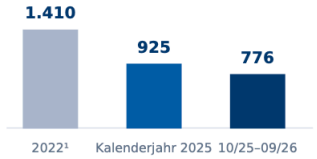
Purkersdorf

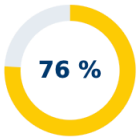
41.503 Einwohner:innen

Primäre Versorgungsregion

10,1 min Anfahrtszeit RTW-C in der Versorgungsregion

EINSATZENTWICKLUNG





Durch RTW-C übernehmbare Einsätze

-45,0 % 2022 zu 10/25–09/26²

203 h Fehlzeiten 01–09/2026

12,6 min	+9,6 min	22,2 min
Bisherige Anfahrtszeit in der Versorgungsregion	Verlängerung Anfahrtszeit substituierender NEFs	Künftige Anfahrtszeit in der Versorgungsregion

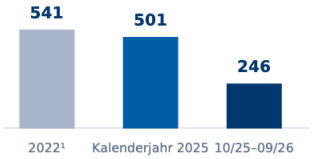
Raabs an der Thaya

7.944 Einwohner:innen

Primäre Versorgungsregion

18,5 min Anfahrtszeit RTW-C in der Versorgungsregion

EINSATZENTWICKLUNG





Durch RTW-C übernehmbare Einsätze

-54,5 % 2022 zu 10/25–09/26²

90,25 h Fehlzeiten 01–09/2026

16,4 min	+3,3 min	19,7 min
Bisherige Anfahrtszeit in der Versorgungsregion	Verlängerung Anfahrtszeit substituierender NEFs	Künftige Anfahrtszeit in der Versorgungsregion

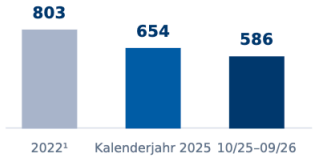
Retz

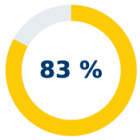
18.935 Einwohner:innen

Primäre Versorgungsregion

7,2 min Anfahrtszeit RTW-C in der Versorgungsregion

EINSATZENTWICKLUNG





Durch RTW-C übernehmbare Einsätze

-27,0 % 2022 zu 10/25–09/26²

6,75 h Fehlzeiten 01–09/2026

13,8 min	+9,9 min	23,7 min
Bisherige Anfahrtszeit in der Versorgungsregion	Verlängerung Anfahrtszeit substituierender NEFs	Künftige Anfahrtszeit in der Versorgungsregion

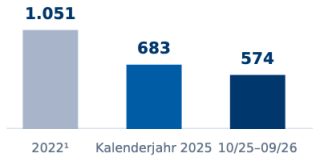
Waidhofen/Ybbs

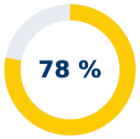
27.473 Einwohner:innen

Primäre Versorgungsregion

10,9 min Anfahrtszeit RTW-C in der Versorgungsregion

EINSATZENTWICKLUNG





Durch RTW-C übernehmbare Einsätze

-45,4 % 2022 zu 10/25–09/26²

262 h Fehlzeiten 01–09/2026

18,5 min	+11,4 min	29,9 min
Bisherige Anfahrtszeit in der Versorgungsregion	Verlängerung Anfahrtszeit substituierender NEFs	Künftige Anfahrtszeit in der Versorgungsregion

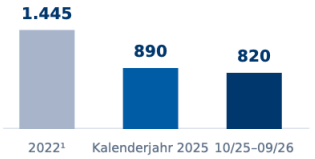
Ybbs-Persenbeug

27.640 Einwohner:innen

Primäre Versorgungsregion

9,3 min Anfahrtszeit RTW-C in der Versorgungsregion

EINSATZENTWICKLUNG





Durch RTW-C übernehmbare Einsätze

-43,3 % 2022 zu 10/25–09/26²

69 h Fehlzeiten 01–09/2026

14,2 min	+5,2 min	19,4 min
Bisherige Anfahrtszeit in der Versorgungsregion	Verlängerung Anfahrtszeit substituierender NEFs	Künftige Anfahrtszeit in der Versorgungsregion

¹ Einsätze 2022 vor Umstellung der Ausrückeordnung. Aktueller Vergleichszeitraum: Oktober 2025 bis September 2026. Alle Einsatzalarmierungen exkl. Stornierungen.

² Reduktion von 2022 auf Oktober 2025 bis September 2026. Die Säulenhöhen sind nur innerhalb eines Standorts vergleichbar. Quelle: Daten Notruf NÖ

Alle Anfahrtszeiten im Median berechnet.

Abb. 6: Stützpunkte in der Einzelbetrachtung, 2/2, Daten: Notruf NÖ

Die Anfahrtszeit der RTW-C in jenen Regionen, die bisher von einem NEF-Stützpunkt betreut wurden, liegt (über alle elf Standorte) im Median bei 10,2 Minuten (siehe Abbildung 5 und 6).

Wie in **Abbildung 7** dargestellt, liegt die mediane Anfahrtszeit eines RTW-C (über die politischen Bezirke betrachtet) bei **maximal 12,6 Minuten**. Im Median **über Niederösterreich berechnet liegt diese bei 7,6 Minuten**.

Den Berechnungen liegen Anfahrtszeiten zu Grund, die mit einem Routingserver ermittelt wurden. Zeitvorteile durch einsatzmäßiges Fahren des Rettungsmittels bleiben unberücksichtigt.

Bezirks-kürzel	Bezirk	Einwohner	Median AFZ (bei 32 NEF)	Median AFZ (bei 21 NEF)	Median AFZ RTW-C
AM	Amstetten (inkl. Waidhofen/Ybbs)	129.465	16,4	22,3	7,9
BN	Baden	150.216	11,8	11,8	7,9
BL	Bruck an der Leitha	110.038	11,7	13,3	7,1
GF	Gänserndorf	105.650	11,8	16,6	9,9
GD	Gmünd	34.310	11,5	11,5	7,6
HL	Hollabrunn	53.861	11,4	18,0	7,1
HO	Horn	29.021	12,1	12,1	2,4
KO	Korneuburg	94.113	12,3	12,3	4,8
KS	Krems (Stadt + Land)	81.896	10,7	10,7	5,2
LF	Lilienfeld	25.135	14,3	14,3	6,5
ME	Melk	79.351	12,4	17,6	8,2
MI	Mistelbach	80.728	19,0	19,0	6,9
MD	Mödling	121.525	9,8	9,8	7,2
NK	Neunkirchen	86.614	9,3	12,2	8,5
PL	St. Pölten (Stadt + Land)	194.522	11,5	13,3	3,0
SB	Scheibbs	41.976	13,2	13,2	7,5
TU	Tulln	109.764	8,6	14,5	4,0
WT	Waidhofen an der Thaya	25.350	8,9	11,9	12,6
WN	Wiener Neustadt (Stadt + Land)	131.245	10,3	10,3	7,7
ZT	Zwettl	42.734	13,1	17,8	9,1
	Total	**1.727.514**			

Abb. 7: Bezirksweite Darstellung der Verlängerung der medianen NEF-Anfahrtszeit durch die Standort-Reduktion sowie die mediane Anfahrtszeit eines RTW-C, Daten: Notruf NÖ

Die künftigen bodengebundenen Notarztstützpunkte in der Detailbetrachtung

Stützpunkt	Einwohner	Steigerung EWZ	Fläche [km²]	Steigerung Fläche	Einsätze (korrigiert)	Steigerung Einsätze
NEF Amstetten	130.151	+24%	1.087	+34%	1.545	+24%
NEF Baden	143.198	+2%	578	+9%	2.443	+2%
NEF Gänserndorf	93.813	+76%	969	+101%	2.718	+76%
NEF Gmünd	31.819	+4%	647	+4%	693	+4%
NEF Hollabrunn	51.558	+32%	962	+24%	1.251	+32%
NEF Horn	40.119	+32%	1.012	+60%	1.243	+32%
NEF Korneuburg	126.286	+29%	593	+15%	2.108	+29%
NEF Krems	97.101	+2%	1.013	+6%	1.817	+2%
NEF Lengbach	54.496	+52%	612	+25%	1.255	+52%
NEF Lilienfeld	31.115	0%	1.145	0%	743	0%
NEF Melk	78.047	+55%	972	+71%	1.336	+55%
NEF Mistelbach	77.491	0%	1.426	0%	1.836	0%
NEF Mödling	105.454	+1%	162	+5%	2.071	+1%
NEF Neunkirchen	99.169	+38%	1.261	+85%	2.451	+38%
NEF Scheibbs	55.148	+31%	1.371	+29%	911	+31%
NEF Schwechat	117.102	+19%	740	+41%	2.123	+19%
NEF St Pölten	105.609	0%	514	0%	1.973	0%
NEF Tulln	98.842	+23%	711	+11%	1.608	+23%
NEF Waidhofen/Thaya	36.391	+14%	905	+33%	767	+14%
NEF Wiener Neustadt	121.166	0%	757	0%	2.579	0%
NEF Zwettl	33.439	+71%	1.143	+79%	1.195	+71%
Total	**1.727.514**		**18.579**		**34.666**	

Abb. 8: Perspektivische Veränderungen an den verbleibenden 21 NEF-Stützpunkten, Daten: Notruf NÖ

Bei Betrachtung der Veränderungen für die verbleibenden NEF-Stützpunkte (siehe Abbildung 8) ergibt sich folgendes Bild:
Aufgrund der geographischen Zuteilung wird es - auch hier ohne Berücksichtigung der Flugrettung - an vier Stützpunkten zu einem deutlichen Anstieg der Einsatzzahlen kommen:

- NEF Gänserndorf + 76 % - prognostiziert 2.700 Alarmierungen / Jahr
- NEF Zwettl + 71 % - prognostiziert 1.200 Alarmierungen / Jahr
- NEF Melk + 55 % - prognostiziert 1.300 Alarmierungen / Jahr
- NEF Lengbach + 52 % - prognostiziert 1.250 Alarmierungen / Jahr

Diese Zahlen beruhen auf der aktuellen Einsatzhäufigkeit und werden sich durch die Entwicklung im RTW-C Segment und den Einsatz der Flugrettung vermutlich nach unten korrigieren.

Als Referenzwert zur Diskussion der tatsächlichen Auswirkung auf das System kann der aktuell einsatzstärkste NEF-Stützpunkt Wiener Neustadt herangezogen werden - zwischen 2023 und 2025 wurden hier im Mittel 2.600 Alarmierungen pro Jahr absolviert, davor über 3.000.

Künftig wird es **zwei Stützpunkte** geben, die **mehr als 2.500 Alarmierungen pro Jahr** aufweisen - Wiener Neustadt und Gänserndorf. Pro Tag ist hier mit rund 7,5 Alarmierungen zu rechnen - ein Wert, der in der täglichen Einsatzpraxis von Notarzteinsatzfahrzeugen in Ballungsräumen nicht unüblich ist.

Nach aktuellen Erhebungen der ÖGARI haben in Österreich rd. 22 % der Notarztstützpunkte zwischen 5 und 9 Einsätze pro 24h.

Nur **vier NEF-Stützpunkte** werden künftig **weniger als 1.000 Einsätze pro Jahr** aufweisen (Gmünd rd. 700, Lilienfeld rd. 750, Waidhofen/Thaya rd. 750, Scheibbs rd. 900).

Im Sinne der Aufrechterhaltung der notwendigen Einsatzroutine und der Durchführung notärztlicher Interventionen ist diese Entwicklung aus Sicht der ÖNK zu begrüßen.

7.3. Häufigkeit ausgewählter notärztlicher Maßnahmen

Die Abbildung 9 zeigt die dokumentierte Anzahl ausgewählter invasiver notärztlicher Maßnahmen im Zeitraum 03.11.2025 bis 02.11.2026.

Hier ist deutlich zu erkennen, dass Maßnahmen, die Notärzt:innen vorbehalten sind, im gesamten Bundesland nur sehr selten durchgeführt werden. An Standorten mit geringer Frequenz sind diese nur marginal erforderlich. Die geringe Durchführungshäufigkeit stellt besondere Anforderungen an den strukturierten Kompetenzerhalt. Nicht nur in den Kliniken, sondern auch im Notarztdienst gilt, „*Nur was man oft macht, macht man gut*". Zum Kompetenzerhalt gehören die regelmäßige Durchführung dieser Maßnahmen durch Notärzt;innen und die sichere Assistenz durch Notfallsanitäter:innen.

Interessant erscheint dieser Aspekt in der Detailbetrachtung invasiver Maßnahmen. Es zeigt sich, dass in rund 50 % aller Fälle, in denen die Notwendigkeit zur Anlage einer Thoraxdrainage bestand, zusätzlich zum Notarzteinsatzfahrzeug auch ein Notarzthubschrauber im Einsatz stand. Dies belegt, dass insbesondere in kritischen Fällen die Flugrettung vielfach additiv zum NEF im Einsatz steht. Dies zum einen oft aufgrund der Notwendigkeit, mehrere Patient:innen zu versorgen; nicht selten wird aber auch ein(e) der (meist erfahrenere(r)) Flugrettungsärzt:in für invasive Maßnahmen nachgefordert. Letztlich gilt es natürlich auch, Transportzeiten in Zentren der Maximalversorgung (Level 1 Traumazentren, Herzkatheter, Stroke Units) kurz zu halten.

Notärztliche Maßnahmen

ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR NOTFALL- & KATASTROPHENMEDIZIN

Zeitraum der Datenerhebung: 03.11.2025 bis 02.11.2026

Notarztstützpunkt	Alarme	Storno	Storno %	CPR*	Intubation	Koniotomie	i.o.	Thorax	Kardioversion	SM	Invasiv
Amstetten	1.360	197	14,5 %	54	34	0	6	0	1	1	**36**
Aspang	667	83	12,4 %	29	15	0	8	0	0	2	**23**
Baden	2.390	713	29,8 %	130	106	0	22	2	3	4	**111**
Gänserndorf	1.550	188	12,1 %	43	29	0	8	1	2	0	**33**
Gmünd	650	54	8,3 %	50	28	0	5	1	2	0	**31**
Groß Enzersdorf	996	201	20,2 %	34	21	0	7	1	0	1	**24**
Groß Gerungs	207	7	3,4 %	7	1	0	0	0	0	0	**1**
Hainburg	727	135	18,6 %	39	15	0	3	1	0	0	**18**
Hollabrunn	1.015	113	11,1 %	47	26	0	2	2	1	1	**29**
Horn	884	96	10,9 %	45	27	0	4	1	1	0	**28**
Klosterneuburg	847	93	11,0 %	35	28	1	7	0	1	1	**31**
Korneuburg	1.642	293	17,8 %	82	56	0	7	0	2	0	**59**
Krems	1.724	263	15,3 %	95	54	0	12	1	3	1	**62**
Lengbach	891	136	15,3 %	53	22	0	7	0	1	0	**25**
Lilienfeld	730	113	15,5 %	60	25	0	3	0	0	1	**28**
Melk	773	103	13,3 %	41	24	0	3	1	1	0	**25**
Mistelbach	1.812	380	21,0 %	99	67	0	13	3	2	0	**74**
Mödling	2.000	509	25,5 %	119	53	0	12	0	0	3	**60**
Neunkirchen	1.732	345	19,9 %	75	31	0	7	0	1	1	**32**
Pöggstall	179	6	3,4 %	10	4	0	0	0	0	0	**4**
Purkersdorf	852	60	7,0 %	37	20	0	9	0	0	1	**23**
Raabs/Thaya	394	9	2,3 %	1	0	0	0	0	0	0	**0**
Retz	671	51	7,6 %	24	8	0	5	0	0	0	**11**
Scheibbs	696	67	9,6 %	34	10	0	2	0	0	0	**11**
Schwechat	1.745	342	19,6 %	89	48	0	15	1	3	1	**58**
St. Pölten	1.902	271	14,2 %	108	60	0	13	1	3	0	**65**
Tulln	1.465	216	14,7 %	65	53	0	8	0	3	0	**54**
Waidhofen/Thaya	673	45	6,7 %	37	20	0	3	0	1	0	**22**
Waidhofen/Ybbs	705	100	14,2 %	26	16	0	1	0	0	0	**16**
Wiener Neustadt	2.429	686	28,2 %	127	79	0	22	2	5	2	**91**
Ybbs/Persenbeug	926	95	10,3 %	47	18	0	6	1	1	3	**24**
Zwettl	730	67	9,2 %	31	15	0	1	0	1	0	**16**

Quelle: Daten Notruf NÖ

CPR: kardiopulmonale Reanimation · i.o.: intraossärer Zugang · Thorax: Thoraxdrainage · SM: Schrittmacher

* Kennzeichnung aus der Quelldatei übernommen.

Invasiv: zumindest eine invasive Maßnahme am Patienten.

Abb. 9: Notärztlich durchgeführte invasive Maßnahmen an den Notarztstützpunkten, Daten: Notruf NÖ

7.4. Flugrettung

Die Flugrettung hat sich in den letzten Jahrzehnten zu einem integralen Bestandteil einer leistungsfähigen präklinischen Notfallmedizin entwickelt. Sie ist ein attraktives Arbeitsgebiet - die Ergebnisse der von der ÖGARI durchgeführten “Austrian Emergency Day” Untersuchungen zeigen, dass die Notärzt:innen zu 90 % Fachärzt:innen sind und im Mittel mehr als 12 Jahre Einsatzerfahrung haben. Durch die mittels Flugrettung erreichbaren Zeitvorteile im Heranbringen notärztlicher Hilfe wie auch im Erreichen spezialisierter Versorgungseinrichtungen (etwa Trauma- und Herzkatheterzentren) sowie die flächendeckende Ausrollung ist die Flugrettung immer als überregionale Ressource zu betrachten. Vor diesem Hintergrund erfolgt eine Alarmierung schon lange über Ländergrenzen hinweg.

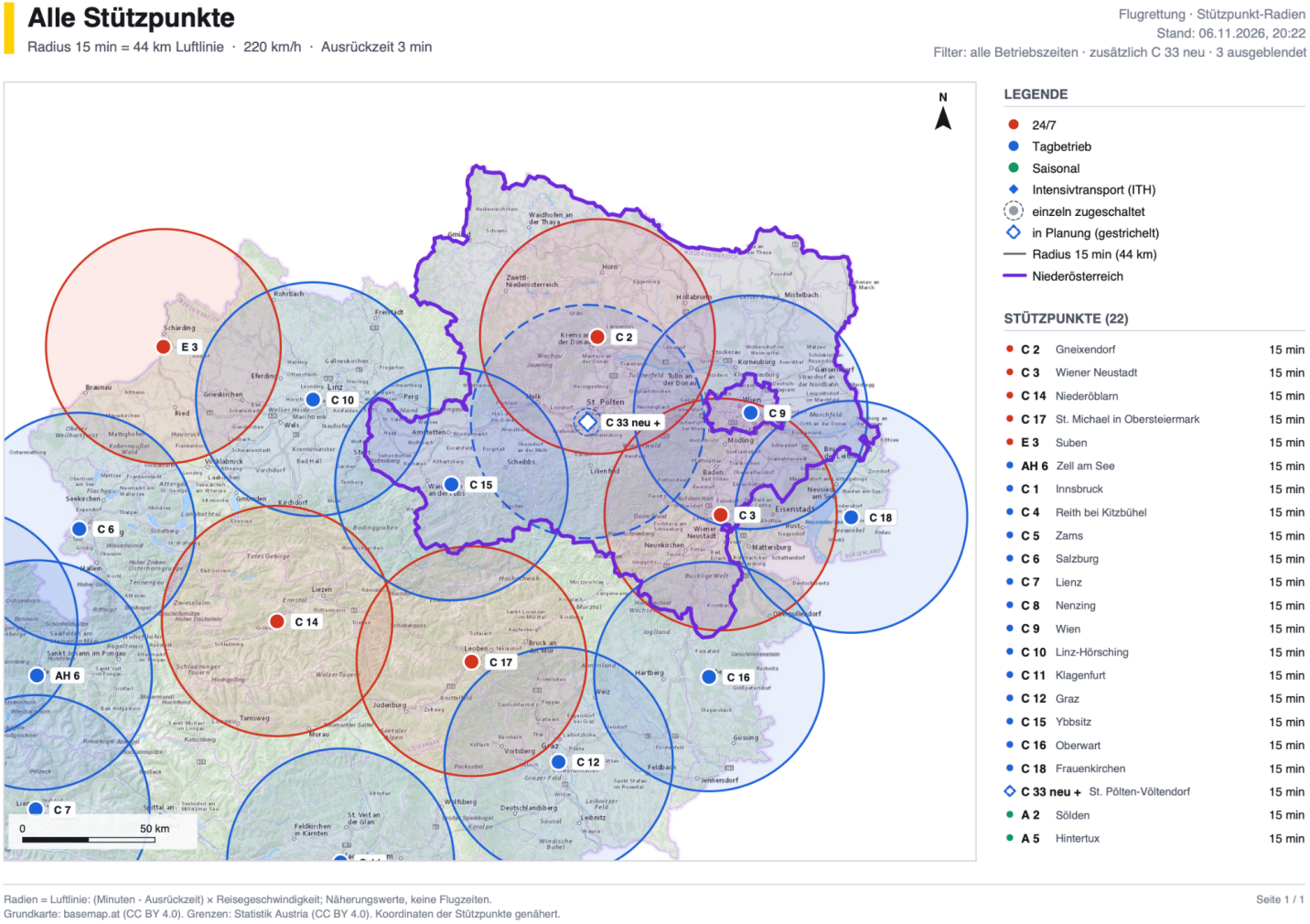


Abb. 10: Flugrettungsstützpunkte in Tagdienstbetrieb (Blau) sowie 24/7-Stützpunkte (Rot) im 15min. Einsatzradius, Quelle: ÖAMTC Christophorus Flugrettung

Tirol verfügt in der Wintersaison über eines der dichtesten Netze an Notarzthubschraubern weltweit, doch ist auch die hohe Versorgungsdichte im Osten Österreichs bemerkenswert.

Im Jahr 2025 wurden die niederösterreichischen Notarzthubschrauber Christophorus 2, Christophorus 3, Christophorus 15 zu insgesamt **3.787 Einsätzen alarmiert**.
Der in Wien stationierte Notarzthubschrauber Christophorus 9 absolviert aktuell etwa 80 % seiner Einsätze (2025: 1.449) in Niederösterreich.
Somit werden von diesen vier Standorten in Niederösterreich **pro Jahr rund 4.950 Notfalleinsätze abgedeckt.**

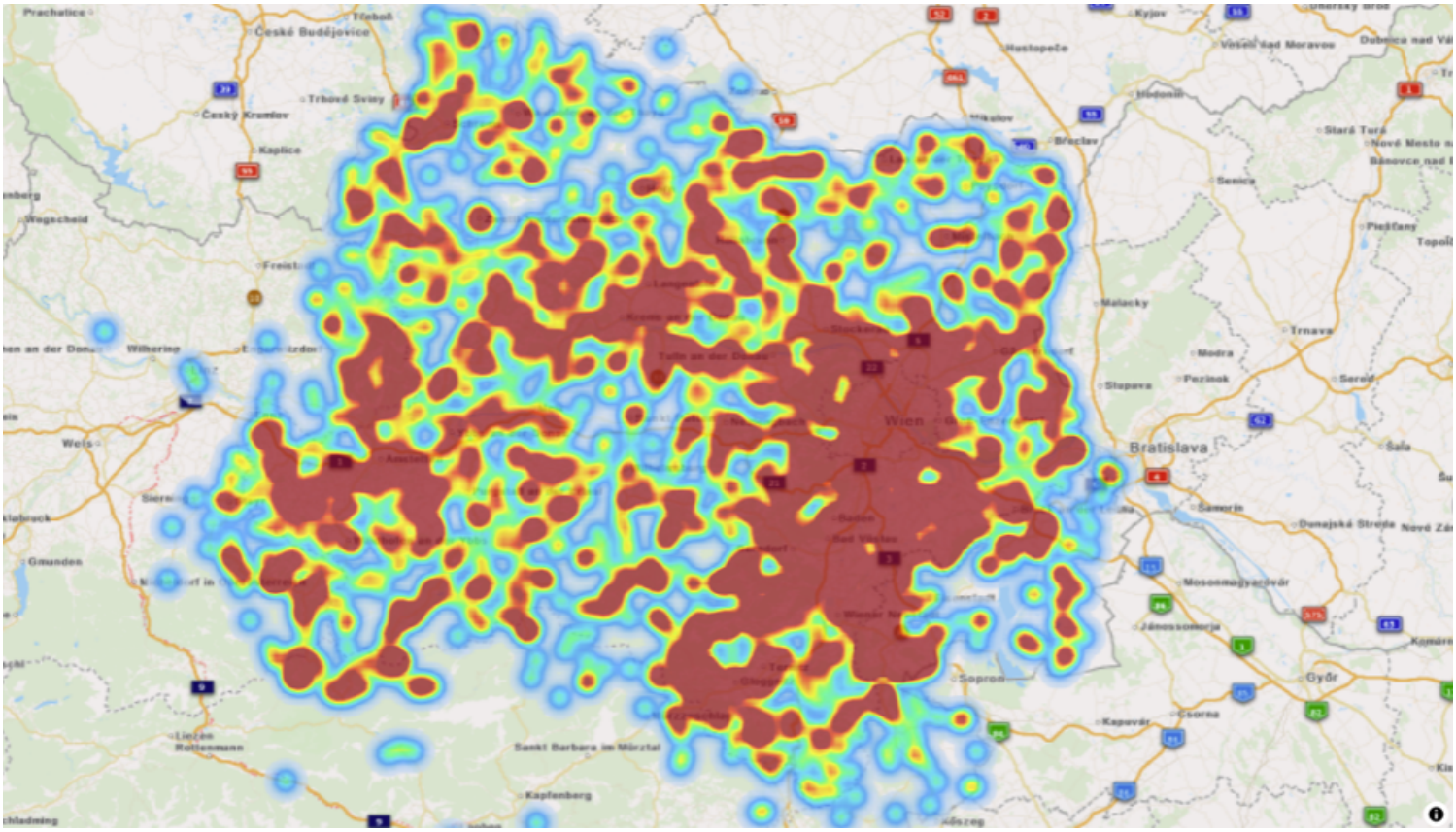


Abb. 11: Heatmap der Einsätze der ÖAMTC Notarzthubschrauber in NÖ, Quelle: Notruf NÖ

Neben den direkt in Niederösterreich und Wien stationierten Hubschraubern operieren auch die in Oberösterreich, der Steiermark und dem Burgenland stationierten sieben NAH im Bedarfsfall in Niederösterreich.

- **Christophorus 2 Krems - 24/7**
- **Christophorus 3 Wiener Neustadt 24/7 - *ab 01.04.2027***
- **Christophorus 15 Ybbsitz - bis ECET***
- **Christophorus 33 (ITH) Wiener Neustadt, perspektivisch Zentralraum St. Pölten,** verlängerter Dienst bis 21:00 Uhr

- Christophorus 9 Wien - verlängerter Dienst bis 20:00 Uhr
- Christophorus 10 Linz - bis ECET
- Christophorus 14 Niederöblarn - 24/7 - Möglichkeit Windenbergung
- Christophorus 99 Niederöblarn - saisonal betrieben (Sommer, Winter)
- Christophorus 16 Oberwart - verlängerter Dienst bis 20:00 Uhr
- Christophorus 17 St. Michael in der Obersteiermark - 24/7
- Christophorus 18 Frauenkirchen - bis ECET
- Martin 3 Scharnstein - bis ECET

** ECET (Englisch: End of Civil Evening Twilight) bezeichnet das Ende der bürgerlichen Abenddämmerung*

7.4.1. Limitierung durch Witterungsbedingungen

Analysiert man die Ausfallzeiten der in NÖ operierenden Notarzthubschrauber, so ergibt die Auswertung des Zeitraums 11/24 - 10/25 durch Notruf NÖ eine wetterbedingte **Abmeldung der Hubschrauber im Ausmaß von 3-5 % der Betriebszeiten**, je nach Standort - Christophorus 2: 5,2 % (24h-Betrieb!), Christophorus 3: 3,8 %, Christophorus 9: 2,8 %, Christophorus 15: 4,0 %.
Erweitert man diesen Zeitraum um den auffallend häufig durch Nebel beeinträchtigten Zeitabschnitt 11/25 bis 10/26, so ergibt der Mittelwert 8,0 % resp. 5,2, 4,5 und 5,9 % der Betriebszeit. Einsatzabbrüche wurden in diesem 2-Jahreszeitraum mit im Mittel 126 beziffert, entsprechend etwa 2,5% aller Einsätze an den vier Stützpunkten.
Selbstverständlich variieren diese wetterbedingten Einschränkungen je nach Jahreszeit, mit einem Maximum zwischen November und Jänner.

7.4.2. Nachteinsätze mittels Notarzthubschrauber

Die Nachtflugtauglichkeit eines Helikopters basiert auf einer **Night-VFR-operation (visual flight rules - Sichtflug)**, welche mit Unterstützung von NVG (night vision goggles - Restlichtverstärker) durchgeführt wird. Die ÖAMTC Christophorus Flugrettung führte diese Night-VFR Verfahren mit 01. Jänner 2017 erstmals in Österreich am Stützpunkt des Christophorus 2 in Gneixendorf im Regelbetrieb ein. Die Stützpunkte in St. Michael in der Obersteiermark, Niederöblarn und Suben folgten. Wie bereits erwähnt, wird auch Christophorus 3 mit April 2027 den 24/7 Betrieb aufnehmen. Notarzthubschrauber aller 24/7-Stützpunkte der ÖAMTC Christophorus Flugrettung kommen in (un-)regelmäßigen Abständen in

Niederösterreich zum Einsatz. Besondere Beachtung verdient hier der Hubschrauberstützpunkt **Christophorus 17** in St. Michael, der aufgrund seiner geographischen Nähe in den Nachtstunden der **ersteintreffende Notarzthubschrauber im südwestlichen Niederösterreich** (Inneres Ybbstal) ist. Im Jahr 2025 absolvierte ebendieser 33 Einsätze (mit Schwerpunkt in den Gemeinden Göstling/Ybbs, Hollenstein und Lunz/See).

Der Notarzthubschrauber Christophorus 2 deckt aktuell in den Nachtstunden das gesamte Bundesland ab. Ab April 2027 wird er speziell im südlichen Niederösterreich, aber auch darüber hinaus von Christophorus 3 aus Wiener Neustadt unterstützt. Der Projektfortschritt am Stützpunkt Christophorus 3 ist laut Bericht zur Projektumsetzung des ÖAMTC vom 15.09.2026 soweit gediehen, dass eine **Inbetriebnahme mit 01.04.2027** aus heutiger Sicht, unabhängig von noch erforderlichen baulichen Maßnahmen, **umgesetzt werden kann**. Dies wird die Einsatzfrequenz des bisher einzigen in NÖ stationierten 24/7-Hubschraubers reduzieren, sodass auch dessen Verfügbarkeit in den Nachtstunden steigen wird. Von 01.01.-30.09.2026 wurden durch Christophorus 2 insgesamt 324 Nachteinsätze absolviert (siehe Abbildung 12).

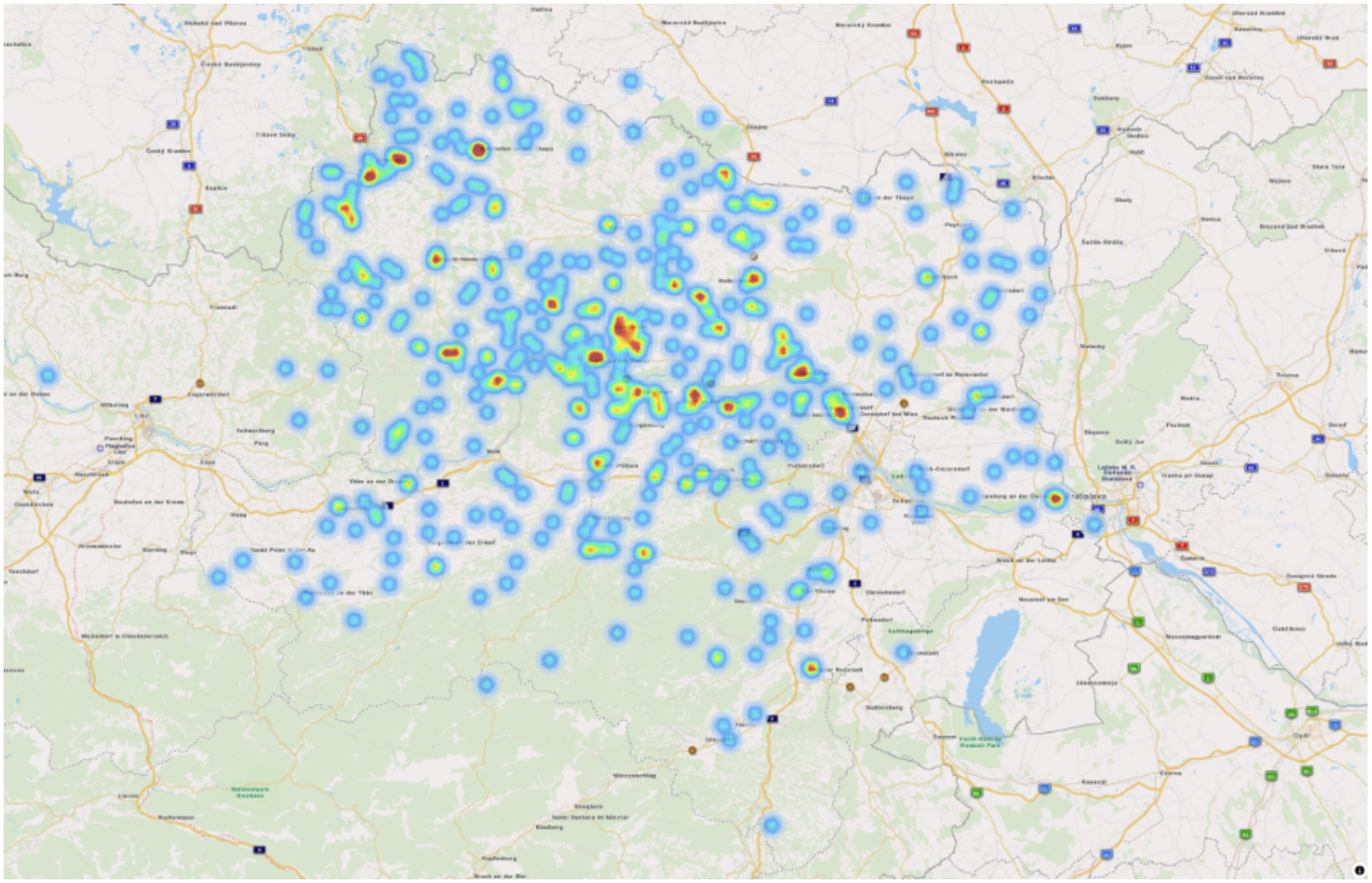


Abb. 12: Heatmap der Einsätze unter NVG-Einsatz (Nachteinsätze) von Christophorus 2 im Jahr 2026, Quelle: Notruf NÖ

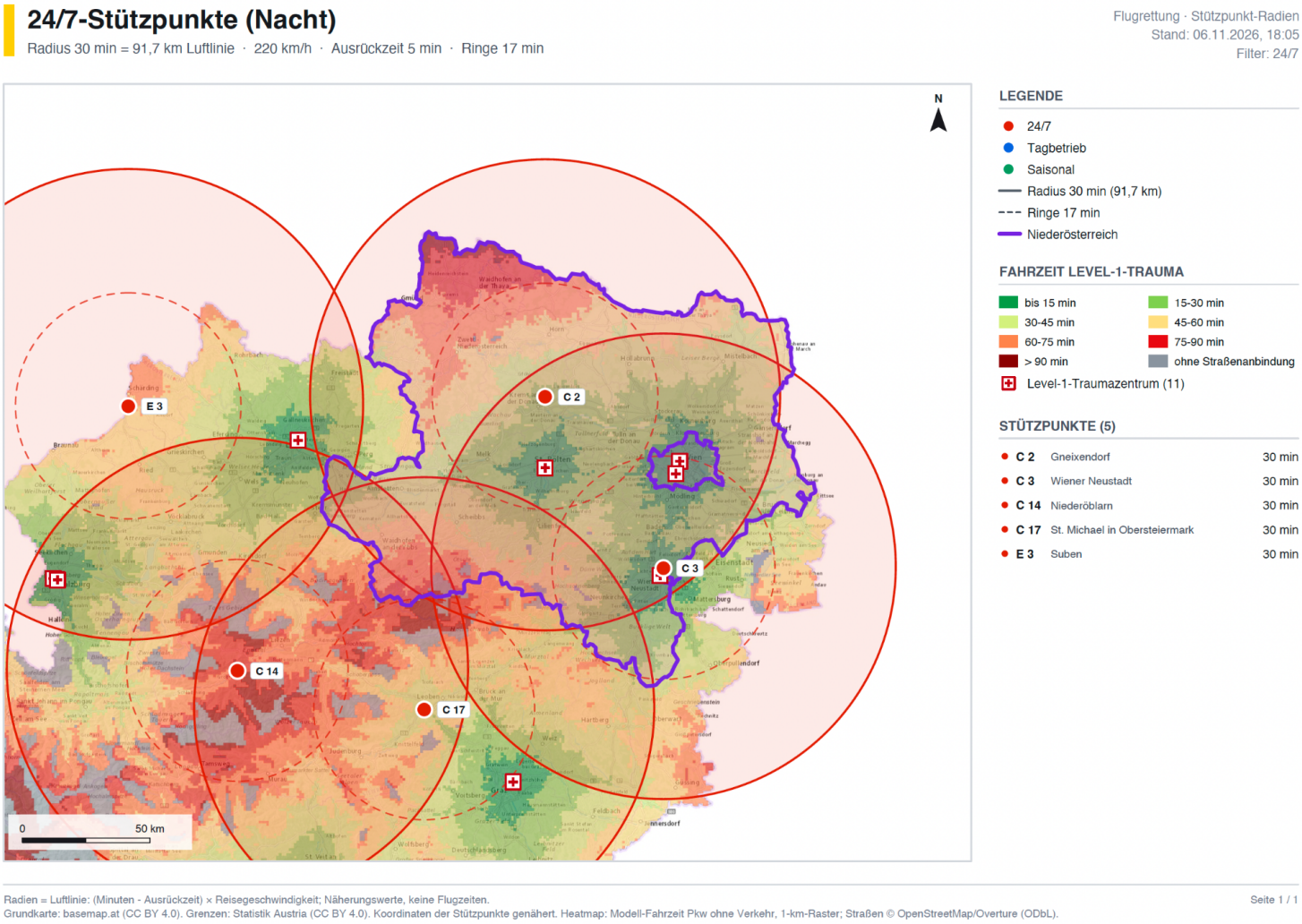


Abb. 13: Abdeckung durch Flugrettung - 24/7-Stützpunkte im 30 min. Einsatzradius (Christophorus 3 ab 01.04.2027), Quelle: ÖAMTC Christophorus Flugrettungsverein

Niederösterreich ist also auch in der Nacht weitgehend flächendeckend durch mehrere Notarzthubschrauber innerhalb eines Einsatzradius von 25 Flugminuten versorgt (siehe Abbildung 14). Damit kann auch bei Dunkelheit besser auf die abgestufte Versorgung Rücksicht genommen werden, da längere Transportdistanzen kein Hindernis darstellen. In der Abbildung sind auch die durchschnittlichen bodengebundenen Transportzeiten dargestellt - die genannten Level I Traumazentren verfügen in NÖ ja durchwegs auch über die anderen Diagnostik- bzw. Therapiemöglichkeiten, die für die überregionale Versorgung erforderlich sind (Herzkatheter, Stroke Versorgung, Neurochirurgie).

Die im Status der Planung befindliche Verlegung des Stützpunkts des Intensivtransporthubschraubers Christophorus 33 (ITH) aus Wiener Neustadt in den Zentralraum St. Pölten bietet künftig eine weitere notärztliche Ressource, welche zur Abdeckung von Einsatzspitzen auch für Primäreinsätze in diesem Großraum herangezogen werden kann.

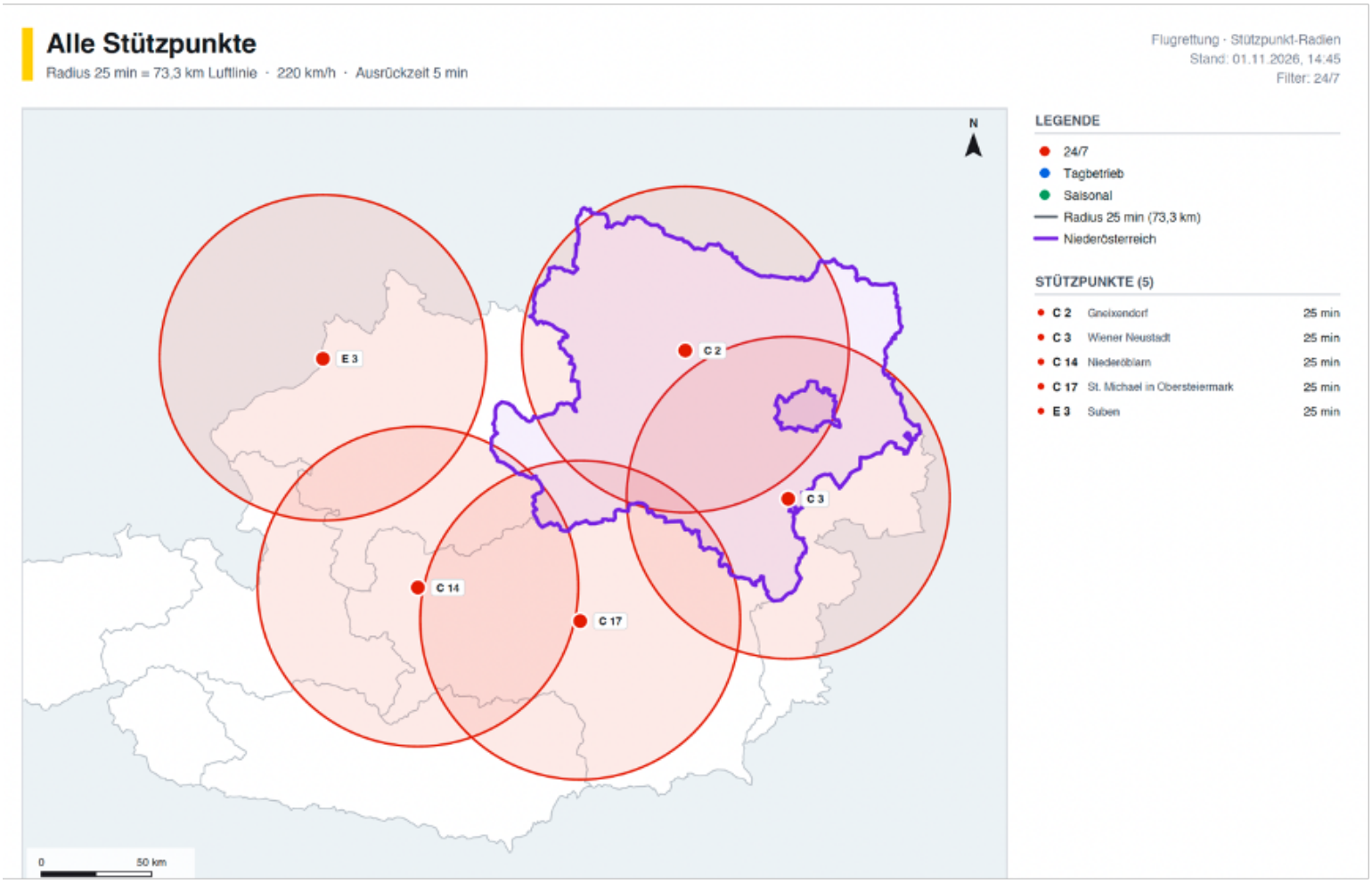


Abb. 14: Abdeckung durch Flugrettung - 24/7-Stützpunkte im 25 min. Einsatzradius (Christophorus 3 ab 01.04.2027), Quelle: ÖAMTC Christophorus Flugrettungsverein

Aus technischer Sicht sind im **Nachtflugbetrieb (Night-VFR) regulatorisch enge Grenzen** einzuhalten, was die horizontale und vertikale Sicht betrifft. Dies stellt auch den limitierenden Faktor der Einsatzfähigkeit dar. Mittlerweile gibt es jedoch für einige (neuralgische) Punkte in Österreich das sogenannte **Point-in-Space Anflugverfahren (PinS)**, um die Limitationen etwas zu reduzieren. Dabei kann mit Hubschraubern, die über einen Autopiloten verfügen, ein IFR-Anflugverfahren (Instrument Flight Rules, Instrumentenflug) durchgeführt werden**.** In den kommenden zwei Jahren sollen solche Anflugverfahren auch an **Kliniken der Maximalversorgung** verfügbar werden. Eine vollumfängliche Allwetter-Flugtauglichkeit scheint jedoch auch auf lange Sicht nicht möglich. So hat die Schweizer Rettungsflugwacht Rega ein Projekt, das ebendieses Ziel verfolgte, nach vielen Jahren intensiver Projektarbeit kürzlich wieder beendet. Ursächlich hierfür waren technische Probleme, insbesondere bei der Enteisung.

7.4.3. Hubschrauberlandeplätze

Grundsätzlich benötigt ein Notarzthubschrauber des in der ÖAMTC Christophorus Flugrettung verwendeten Musters Airbus H135 auf Grund seiner Flugeigenschaften einen hindernisfreien Raum von 25x25 m. Aktuell halten alle Kliniken in Niederösterreich, welche an einer **spezialisierten Notfall- und Akutversorgung** teilnehmen, einen Hubschrauberlandeplatz vor, der diese Kriterien erfüllt.
Kliniken der Grundversorgung, die aktuell über keinen eigenen Landeplatz verfügen (Gmünd, Klosterneuburg, Korneuburg, Lilienfeld, Mauer, Melk, Stockerau und Waidhofen/Thaya), werden schon heute in der Regel **nicht primär von der Flugrettung** angeflogen.

Patienten, die nach notärztlicher Erstversorgung durch einen Notarzt der Flugrettung in ein Haus der Grundversorgung transportiert werden können, werden in der Regel bodengebunden (meist ohne notärztliche Begleitung) transportiert. Somit ist ein kliniknaher Hubschrauberlandeplatz für diese Zutransferierungen nicht zwingend erforderlich.
Im Jahr 2025 erfolgte **eine** **Primärzutransferierung** mit einem NAH in das **LK Lilienfeld** - die weiteren Häuser der Grundversorgung ohne eigenen Landeplatz wurden primär nicht angeflogen.

Müssen Patienten auf Grund der Schwere der Erkrankung bzw. Verletzung nach primärer Stabilisierung aus einem Haus der Grundversorgung akut in ein Haus der Schwerpunkt- oder Maximalversorgung verlegt werden, so stehen schon heute in **allen Häusern der Grundversorgung definierte Landemöglichkeiten zur Verfügung**, die den genannten formalen Anforderungen entsprechen. Dies gilt naturgemäß auch für geplante Sekundärverlegungen. Die Patienten werden in diesen Fällen zu definierten, kliniknahen Landeplätzen (z. B. einem Sportplatz) transportiert und hier an die Flugrettung übergeben (bzw. von dieser im Klinikum abgeholt).
Bei einem Gesamtvolumen von **897 mit einem Notarzthubschrauber** durchgeführten **Sekundärverlegungen** im Jahr 2025 entfielen nur **46 (5,1 %)** auf ein **Haus der Grundversorgung ohne eigenen Hubschrauberlandeplatz**.

Ein **primärer Ausbau der Landeplätze** ist also im Zusammenhang mit den **geplanten NEF-Standortreduktionen nicht erforderlich**. Dies sollte langfristig im Sinne sicherheitstechnischer Überlegungen angedacht werden.

7.5. First Responder System

Das Rote Kreuz Niederösterreich und der Arbeiter-Samariter-Bund Niederösterreich betreiben seit vielen Jahren ein First Responder System (siehe oben). Im Jahr 2025 wurden 32.452 First Responder Einsätze disponiert, dies entspricht 11 % aller Rettungsdiensteinsätze - bei **8.168** dieser **Einsätze** erfolgte eine Zufahrt von zumindest einem First Responder (ca. 25 % Einsatzübernahmen). Betrachtet man ausschließlich lebensbedrohliche Einsätze (**ALS** Rot und höher), wurden 811 Alarmierungen mit 427 Zufahrten verzeichnet (ca. **53 % Einsatzübernahme**).

Mit der Neuverhandlung des NÖ Rettungsdienstvertrags wurde geregelt, dass die **Zahl an First Responder im System auf 1.500 Mitarbeiter:innen ausgebaut** wird. Durch eine detaillierte Vorgabe des Landes NÖ, wie viele First Responder pro Bezirk vorzuhalten sind, wird Flächendeckung erreicht und in zeitkritischen Einsatzsituationen die Zeit bis zum Eintreffen qualifizierter medizinischer Erster Hilfe weiter reduziert werden (siehe Abbildung 15). Diese **Vorgabe** richtet sich **nach einem Schlüssel von zu versorgender Fläche sowie zu versorgender Bevölkerung**. So haben Flächenbezirke mit prozentuell weniger Einwohnern eine höhere Anzahl an First Responder als urbane Bezirke.

Bezirks-kürzel	Bezirk	Einwohner	Fläche [km²]	Gewichteter Gesamtanteil	Anzahl FR
AM	Amstetten (inkl. Waidhofen/Ybbs)	129.465	1.301,59	6,55%	**98**
BN	Baden	150.216	777,65	5,57%	**84**
BL	Bruck an der Leitha	110.038	702,48	4,91%	**74**
GF	Gänserndorf	105.650	1.165,25	6,02%	**90**
GD	Gmünd	34.310	676,33	3,62%	**54**
HL	Hollabrunn	53.861	1.059,94	4,67%	**70**
HO	Horn	29.021	650,64	3,42%	**51**
KO	Korneuburg	94.113	647,72	4,38%	**66**
KS	Krems (Stadt + Land)	81.896	914,10	4,81%	**72**
LF	Lilienfeld	25.135	826,22	3,59%	**54**
ME	Melk	79.351	966,37	4,92%	**74**
MI	Mistelbach	80.728	1.374,36	6,03%	**90**
MD	Mödling	121.525	269,60	4,00%	**60**
NK	Neunkirchen	86.614	1.210,15	5,63%	**84**
PL	St. Pölten (Stadt + Land)	194.522	1.362,10	7,57%	**113**
SB	Scheibbs	41.976	879,27	4,22%	**63**
TU	Tulln	109.764	690,86	4,81%	**72**
WT	Waidhofen an der Thaya	25.350	675,31	3,93%	**59**
WN	Wiener Neustadt (Stadt + Land)	131.245	1.027,47	5,85%	**88**
ZT	Zwettl	42.734	1.401,33	5,52%	**83**
	Summe	**1.727.514**	**18.578,74**	**100,00%**	**1500**

Abb. 15: First Responder Vorhaltung über die 20 politischen Bezirke in Niederösterreich, Daten: Notruf NÖ

Eine Veränderung erfährt die Alarmierungslogik dieser Ressource mit Anfang des Jahres 2027. Künftig nimmt das System der Rettungsleitstelle auch auf die jeweilige **Qualifikation des First Responders** sowie die **Besetzung des nächsten verfügbaren Rettungsmittels** Rücksicht.
Wenn zum Beispiel als nächstgelegene rettungsdienstliche Ressource (mit der kürzesten Eintreffzeit) ein RTW mit zwei Rettungssanitätern für einen Einsatz disponiert wird, wird zusätzlich ein First Responder der Qualifikationsstufe NFS NKV zu diesem Einsatz alarmiert.

Wenn die nächstgelegene rettungsdienstliche Ressource ein RTW-C mit NFS NKV ist, wird der First Responder nicht automatisiert alarmiert, so sich kein zeitlicher Vorteil ergibt. Weiters erfolgt künftig eine **Alarmierung nicht ausschließlich wohnortgebunden**, sondern nach **aktueller Verortung des First Responders**. Somit wird der dem Notfallort am **nächsten verortete First Responder alarmiert**. Dies

war bisher nur im System der “Lebensretter App” des Österreichischen Roten Kreuzes möglich.

Durch die Einsatzorganisationen wurde eine an die Qualifikation des First Responders adaptierte Mindestausstattung definiert, welche die Vorhaltung einer dem Kompetenzniveau entsprechenden Ausrüstung vorsieht. Diese wird von der jeweiligen Rettungsorganisation zur Verfügung gestellt.

7.6. Niedergelassene Allgemeinmediziner:innen / Primärversorgungseinrichtungen

Wie erwähnt, waren niedergelassene Allgemeinmediziner:innen bis vor wenigen Jahren deutlich stärker in die wohnortnahe Notfall- und Akutversorgung der ihnen anvertrauten Patient:innen eingebunden. Dies war sowohl bei einfachen Gesundheitsproblemen als auch bei der notfallmäßigen Versorgung schwer erkrankter und verletzter Patient:innen vorteilhaft.
Standespolitische Interventionen, aber auch die sukzessive Ausdünnung des niedergelassenen Bereichs haben in den letzten Jahren dazu geführt, dass die Teilnahme an der Erstversorgung bis auf wenige Ausnahmen außerhalb der Ordinationszeiten de facto nicht mehr stattfindet. Die Weiterentwicklung von Ordinationsgemeinschaften und Primärversorgungs-Einrichtungen (PVE) sollte diesen Versorgungsbedarf berücksichtigen. Die betreffenden Einrichtungen sollten auch zur Durchführung von Hausbesuchen verpflichtet werden.

7.7. Gesundheitsökonomischer Aspekt

Angesichts begrenzter finanzieller und personeller Ressourcen ist es schließlich eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung, einen bedarfsgerechten, wirksamen und wirtschaftlich verantwortungsvollen Einsatz der verfügbaren Mittel sicherzustellen. Ziel muss sein, mit den vorhandenen Ressourcen den größtmöglichen gesundheitlichen Nutzen für die Bevölkerung zu erzielen, ohne dabei die individuelle Versorgungsqualität oder Patientensicherheit zu gefährden.

Dies erfordert ein abgestuftes, am tatsächlichen medizinischen Bedarf orientiertes Versorgungssystem, das sicherstellt, dass Patient:innen zum richtigen Zeitpunkt, am richtigen Ort und durch die jeweils bestgeeignete Versorgungsstruktur behandelt werden.

Nicht jede gesundheitliche Problematik erfordert den Einsatz hochspezialisierter Ressourcen. Umgekehrt muss bei zeitkritischen Erkrankungen und Notfällen jederzeit der rasche Zugang zu einer entsprechend qualifizierten Erstversorgung gewährleistet sein. Veränderungen im System wie die hier zur Diskussion stehenden sind daher nicht Ausdruck einer Einschränkung medizinischer Leistungen, sondern Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige, gerechte und langfristig finanzierbare Gesundheitsversorgung.

8. Allgemeine Bewertung und Empfehlungen zur Schließung von NEF-Stützpunkten und zur Verdichtung des Netzes der RTW-C Stützpunkte

8.1. Allgemeine Betrachtung

Jene elf NEF-Stützpunkte, die im Zuge der Reform des Rettungs- und Notarztwesens in Niederösterreich aufgelassen werden sollen, zeichnen sich dadurch aus, dass sie bisher einen Lückenschluss vorgenommen haben. In Zeiten, in denen der nicht-ärztliche Rettungsdienst weitgehend reine Transportfunktion innehatte, brauchte es in Niederösterreich eine entsprechende notärztliche Flächendeckung, um den Versorgungsgrad hoch zu halten. Mit Weiterentwicklung des Kompetenzniveaus im nicht-ärztlichen Rettungsdienst entfällt heute an den betreffenden NEF-Stützpunkten ein hoher Anteil der Einsätze, den qualifizierte Sanitäter:innen übernehmen können.

Insbesondere die **geringe Zahl erforderlicher notärztlicher Interventionen vor Ort** lässt die geplante Reform als **sinnvoll erscheinen**, da die verbleibenden Notarztstützpunkte durch eine kompensatorisch höhere Frequenz an indizierten Einsätzen eine entsprechende Routine aufrechterhalten können.
Mit dem über **weite Strecken bereits ausgerollten System der RTW-C** schafft NÖ eine **flächendeckende, qualifizierte Erstversorgung mit kurzen Eintreffzeiten**. Das weiterhin dichte **Netz an Notarztstützpunkten** weist eine **Verlängerung der notärztlichen Anfahrtszeiten auf, die im Median über Niederösterreich unter 10 Minuten liegt**. Niederösterreich liegt auch mit der Neuaufstellung mit 1,2 NEF/100.000 EW etwa im Österreichschnitt, was die bodengebundenen Notarztmittel betrifft. So verfügt Wien über 0,4, Salzburg 1,2, Oberösterreich 1,3, Kärnten 1,6, Burgenland, Steiermark und Vorarlberg 1,7 und Tirol 1,8 NEF/100.000 EW (hier sind allerdings die EW-Gleichwerte aufgrund der unterschiedlichen Gästezahlen in den Tourismusländern nicht berücksichtigt). Vergleicht man die Zahlen der Rettungsdienststellen (RD), liegt NÖ mit 8,9/100.000 EW deutlich vorne: Wien weist 1,5, Salzburg 4,9, Oberösterreich 6,3, Kärnten 4,4, Burgenland 6,3, Steiermark 7,4, Vorarlberg 3,2 und Tirol 6,7 RDS/100.000 EW auf.

8.2. Auswirkung auf die Versorgung der Bevölkerung

Durch die **strategische Positionierung der RTW-C Stützpunkte** wird, wie bereits ausgeführt, im gesamten Bundesland der **qualifizierte First Medical Contact für 94 % der Bevölkerung innerhalb von 15 Minuten erreicht.**

Auch künftig werden mehr als **75 % der Bevölkerung binnen 20 min.** und knapp **95 % der Bevölkerung binnen 30 min.** eine bodengebundene notärztliche Versorgung erfahren (siehe Abbildung 4). Die praktischen Auswirkungen sind aus Sicht der ÖNK als noch geringer einzustufen, da in dieser **Berechnung die Flugrettung keine Berücksichtigung findet** - sie stellt somit eigentlich ein **"Worst-Case-Szenario"** dar.

Mit der Reduktion der Notarztstützpunkte kommt es also selbstredend zu einem verlängerten Zeitintervall bis zum Eintreffen des ersten bodengebundenen Notarztrettungsmittels. Aus Sicht der ÖNK kommt es

jedoch insbesondere durch den kürzeren **First Medical Contact durch den RTW-C zu keiner Verschlechterung der Notfallversorgung in Niederösterreich**, sondern in manchen Regionen sogar zu einer schnelleren qualifizierten Hilfe als bisher. Auch aktuell gibt es Ortschaften, in denen mit einer Eintreffzeit des nächstgelegenen Notarzteinsatzmittels von mehr als 20 Minuten zu rechnen ist. Dieser Umstand ist schlussendlich der Topographie Niederösterreichs geschuldet. Schon heute werden aber Regionen, welche notärztlich bodengebunden nur mit einem längeren Delay erreicht werden können, routinemäßig primär durch die Flugrettung bedient. Deren Ausfallzeiten sind über das Gesamtjahr so gering, dass auch entlegene Regionen innerhalb einer als adäquat zu betrachtenden Eintreffzeit erreicht werden.

8.3. Schrittweise Umstellung

Die Umsetzung des geplanten Reformschritts ist für alle elf Stützpunkte mit 01. April 2027 vorgesehen. Dies wurde am 20. August 2025 in einer Pressekonferenz von Regierungsvertretern der Sozialdemokratischen Partei, der Volkspartei und der Freiheitlichen Partei Niederösterreich öffentlich bekannt gegeben. Bereits seit 2021 arbeiten die Rettungsorganisationen an der Umsetzung des Projekts “Rettungslandschaft 2030” mit der Implementierung der RTW-C. Seit der Bekanntgabe des Umstellungsdatums im August 2025 wurden die Vorarbeiten für die Umstellung noch intensiviert, sodass die **Rettungsorganisationen die Erfüllung ihrer vertraglichen Verpflichtung zugesichert haben**.

Von Seiten der Auftraggeber dieser Stellungnahme wurde angefragt, ob eine schrittweise Ausrollung sinnvoll erscheint. Mit dem heutigen Umsetzungsstand der Maßnahmen wäre eine zeitnahe Umsetzung der Reform an den Stützpunkten Ybbs-Persenbeug und Groß Gerungs bereits jetzt möglich. Der Anteil der mit NFS NKV besetzten Vorhaltezeit beträgt in Groß Gerungs 89 % und in Ybbs/Donau 78 %.

Für den Fall einer Vorverlegung des geplanten Umstellungsdatums ist für die weiteren 9 Stützpunkte von Seiten des Amtes der Niederösterreichischen Landesregierung, Abteilung GS4, ein Monitoring der RTW-C Besetzung notwendig.

Unter der Voraussetzung einer entsprechenden Besetzung der RTW-C ist die Umsetzung an allen elf Stützpunkten bis zum 01. April 2027 aus Sicht der Fachgesellschaft möglich.

8.4. Ausbildung

Die Sicherstellung eines ausreichenden Kompetenzerwerbs, aber auch der Aufrechterhaltung der Fähigkeit zum Umsetzen essentieller, zum Teil invasiver Maßnahmen verlangt nach einem strukturierten Aus- und Fortbildungskonzept. Dies betrifft

- **Notärzt:innen:** hier ist sicherzustellen, dass angehenden Notärzt:innen neben einem adäquaten Kursangebot (aktuell mit 80 Plätzen ausreichend) auch die Möglichkeit geboten wird, die im Rasterzeugnis geforderten Fertigkeiten im Rahmen ihrer Basis- bzw. Sonderfachausbildung zu erwerben. Fertig ausgebildete Notärzt:innen sollten überwiegend im Bereich der Anästhesie und Intensivmedizin tätig sein. Hier erhöht ein strukturiertes Notarztprogramm die Attraktivität des Fachs, was auch für die Verfügbarkeit anästhesiologischer Fachärzt:innen langfristig günstig erscheint. Zudem wird die klinische Akutkompetenz verbessert und die Rückkopplung zwischen

präklinischer Versorgung, Schockraum, Operationsbereich und Intensivstation gestärkt. Der Erhalt erworbener Kompetenzen kann so nachhaltig sichergestellt werden.

- **Notfallsanitäter:innen:** Das sichere Anlegen eines venösen Zugangs, auch in kritischen Situationen, stellt die Basis für eine adäquate Versorgung von Notfallpatient:innen dar. Diese Fähigkeit ist nicht trivial, sondern muss am Manikin in ihren Grundlagen erworben und unbedingt auch an Patient:innen ausreichend trainiert werden. Dies gilt sowohl für die Ausbildung zum NFS NKV als im weiteren Verlauf der Tätigkeit, da die Maßnahme präklinisch (insbesondere von ehrenamtlichen NFS) nur relativ selten zur Anwendung kommen wird. Das Aufrechterhalten der Kompetenz zum sicheren Legen eines venösen Zugangs verlangt daher wiederkehrendes Training. Idealerweise ermöglicht man NFS daher die Mitarbeit in Ambulanzen oder Notaufnahmen, da hier eine hohe Frequenz der notwendigen Maßnahmen (klinische [Kreislauf-] Beurteilung, Anfertigen eines EKGs, Blutabnahme) vorliegt. Die Verantwortlichkeit für die Umsetzung und Koordination eines derartigen Aus- und Fortbildungskonzepts liegt im Bereich der Pflegedirektionen. **Dies ist durch die LGA sicherzustellen.**
  Nicht erforderlich erscheint demgegenüber die Intensivierung der Ausbildung der Stufe “NKI”: bereits auf der Stufe RS und natürlich auch für NFS NKV ist die Anwendung extraglottischer Atemwegssicherungen (Larynxmaske, LMA) in den Kompetenzen festgeschrieben. Diese Maßnahme lässt sich nicht nur leichter erlernen als die endotracheale Intubation (ETI), sondern wird auch in den Leitlinien des European Resuscitation Councils für nicht in der ETI Erfahrene explizit empfohlen. Der Terminus "Erfahrung in der ETI” wird hier mit einer 95 %igen Erfolgsrate beim 2.Versuch einer ETI definiert. Dieses Erfahrungsniveau erfordert nach aktueller Literatur die Durchführung von etwa 100 ETI in der Ausbildungsphase und zumindest 20 in der jährlichen Anwendung zum Kompetenzerhalt. Dies ist für Sanitäter:innen - gleich welcher Ausbildungsstufe - nach den aktuellen gesetzlichen Grundlagen nicht erreichbar. Zudem ist die ETI präklinisch so selten notwendig (bzw. in der Frühphase einer Reanimation durch eine LMA substituierbar), dass sie Notärzt:innen vorbehalten bleiben kann. Aus diesem Grunde hat sich auch der Fachbeirat Anästhesie, Notfall- und Intensivmedizin NÖ bereits vor Jahren gegen ein Ausbildungsprogramm NKI in den NÖ Landes- und Universitätskliniken ausgesprochen.

Für die klinischen Anteile sowohl der Notarzt- als auch der NFS-Ausbildung ist in Niederösterreich die Landesgesundheitsagentur verantwortlich.

Für das nachhaltige Funktionieren der geplanten Systemänderung ist somit ein entsprechendes, möglichst auch **verschriftlichtes Ausbildungskonzept** unverzichtbar.

8.5. Region Waidhofen/Ybbs - Inneres Ybbstal

Die in den letzten Monaten intensiv diskutierte Region um Waidhofen/Ybbs und das Versorgungsgebiet des Inneren Ybbstals werden mit 01. April 2027, nach offizieller Information im Rahmen einer Pressekonferenz des Landes Oberösterreich am 06. November 2026, künftig durch einen NEF-Stützpunkt in Weyer (Oberösterreich) mitversorgt.

Das NEF Waidhofen/Ybbs ist angesichts der bereits **aktuell geringen** und auch in weiterer Folge zu prognostizierenden rückläufigen **Alarmierungszahlen als Niedrigfrequenz-Stützpunkt** zu sehen. Zwischen 2022 und dem Betrachtungszeitraum 10/2025-09/2026 kam es zu einer **Reduktion der Alarmierungen** um **45,4 %**. In 78 % aller verbleibenden Fälle kann zudem, basierend auf den in den Einsatzberichten der Notärzt:innen dokumentierten Maßnahmen, ein RTW-C die Einsätze übernehmen.

Die bisherige mediane Anfahrtszeit im Versorgungsgebiet des NEF lag bei 18,5 min und steigt durch die Abdeckung der umliegenden Stützpunkte Amstetten und Scheibbs nunmehr um 11 min - diese **Anfahrtszeiten decken sich mit anderen Regionen in Niederösterreich**, weshalb die Stationierung eines NEF an diesem Standort zu Recht infrage gestellt werden kann.

Ein **Sonderstatus kommt dem NEF Waidhofen/Ybbs** bisher insofern zu, als es über die **Bundeslandgrenzen hinaus agiert** und Regionen der Obersteiermark sowie das südöstliche Oberösterreich mitbetreut.
In den letzten 12 Monaten erfolgten 108 Alarmierungen nach Oberösterreich und 21 Alarmierungen in die Steiermark. Somit wurde das NEF Waidhofen/Ybbs in rund **20 % aller Einsätze** in das benachbarte Bundesland alarmiert. Um in dieser flächenmäßig großen, jedoch dünn besiedelten Versorgungsregion die Anfahrtszeiten eines bodengebundenen Notarztmittels zu reduzieren, wird 2027 ein Stützpunkt in Weyer installiert. Die Anfahrtszeit nach Hollenstein an der Ybbs wird sich dadurch auf 16,4 min reduzieren. Die weiteren Ortschaften des bisherigen Versorgungsgebiets des NEF Waidhofen/Ybbs werden im Median in 23 min erreichbar sein.

8.6. Regionen Südliches Waldviertel, Region Groß Gerungs, Region Raabs/Thaya, Region Retz

In der Region des südlichen Waldviertels werden künftig nachts vom substituierenden NEF Melk sieben Gemeinden und rd. 10.460 Menschen versorgt. Dies bedeutet dort ein späteres Eintreffen des Notarztes im Median um 12,9 Minuten. Der FMC wird allerdings durch die RTW-C in Pöggstall, Martinsberg, Pöchlarn, Ybbs auf gleichem oder besserem Niveau als bisher sichergestellt.
In der Versorgungsregion des NEF Groß Gerungs sind rund 10.500 Menschen versorgt. Die substituierenden NEF aus Zwettl und Gmünd werden im Median 18,9 Minuten länger bis zum Eintreffen benötigen. Im letzten Jahr wurde das NEF allerdings nur zu 104 Einsätzen alarmiert - davon wäre ein hoher Anteil (85,9 %) durch RTW-C abzuarbeiten gewesen.

Gleiches gilt für den Bereich Raabs/Thaya und Retz. Neben den bisher schon niedrigen Einsatzzahlen (aktuell zuletzt 246 bzw. 586 pro Jahr) wäre auch hier ein hoher Anteil davon sanitätsdienstlich zu erledigen gewesen (96,3 % bzw. 82,9 %). Die substituierenden NEFs werden im Median um 9,9 Minuten länger in die bisherige Versorgungsregion des NEF Retz benötigen. Für die Versorgungsregion des NEF

Raabs sind es 3,3 min. Eine Verlegung des Standorts Hollabrunn in Richtung Norden könnte eine Reduktion der Eintreffzeiten bedeuten. Hinsichtlich der Zahl der zu versorgenden Bevölkerung müsste eine geplante Veränderung allerdings überprüft werden. Insgesamt wäre dies ggf. nach juristischer Klärung der in Punkt 8.8. diskutierten Standortvorgaben und unter Berücksichtigung der Erfahrungen aus dem Monitoring (siehe Punkt 8.14.) zu diskutieren.

8.7. Ballungsraum Wiener Umland + Region Ost (Hainburg)

Etwa 129.000 Menschen leben im Versorgungsgebiet der von der Schließung betroffenen Stützpunkte Hainburg, Groß Enzersdorf, Klosterneuburg und Purkersdorf. Die aufgrund von Personalmangel entstandenen Ausfallzeiten dieser Stützpunkte in den letzten Jahren belegen schon heute, dass eine **fehlende Verfügbarkeit dieser notärztlichen Ressourcen zu keiner Schieflage in der Akutversorgung führt**. Zudem kann gezeigt werden, dass an allen Standorten die geleisteten Einsätze zu **mehr als 75 % mit den Kompetenzen der RTW-C Mannschaft** abgedeckt sind. Zwischen den **Bundesländern Niederösterreich und Wien** ist zudem **vereinbart**, eine wechselseitige, **bundesländerübergreifende Unterstützung im Rettungsdienst zu ermöglichen** und weiterzuentwickeln, sofern dies aus **einsatztaktischen, zeitkritischen oder kapazitativen Gründen erforderlich** ist. Auch die Heatmap der Einsätze der ÖAMTC Christophorus Notarzthubschrauber (siehe Abbildung 11) zeigt, dass der **Ballungsraum Wien** auch in seinen Randbereichen (Marchfeld bis Hainburg) **notärztlich adäquat abgedeckt** ist.

Die **medianen Anfahrtszeiten der RTW-C** in diesen Versorgungsregionen liegen **zwischen 2,4 min.** (Klosterneuburg) **und 11,5 min.** (Groß Enzersdorf). Somit ist auch künftig nicht davon auszugehen, dass diese Regionen notfallmedizinisch unterversorgt sind.

Der NEF Standort Lengbach ist geographisch nicht optimal gelegen – eine Positionierung im Bereich Pressbaum wäre für die Abdeckung des Einsatzgebietes günstiger. Auch hier ist ggf. nach den Ergebnissen des Monitorings eine entsprechende Veränderung zu diskutieren.

In der Region Ost wurde die Stationierung des NEF im Rahmen des Audits vom Mai 2025 in Fischamend auf Grund einsatztaktischer Vorteile ins Spiel gebracht. Da hier entsprechende Infrastruktur fehlt, wurde davon Abstand genommen. Auch diese Möglichkeit sollte im Rahmen des zu etablierenden Monitorings weiterhin im Auge behalten werden.

Bereits seit einigen Jahren gibt es eine grenzübergreifende notfallmedizinische Zusammenarbeit zwischen Tschechien und Niederösterreich, die in BGBl. III Nr. 213/2016 kundgemacht wurde. Diese stellt insbesondere für grenznahe Orte und außergewöhnliche Lagen eine wertvolle Unterstützung dar. In den Vereinbarungen, die auch die gegenseitige Anerkennung der Qualifikationen beinhalten, sind sowohl zeitkritische Einsätze als auch bestimmte Transporte über die Grenze vorgesehen. Eine ähnliche Kooperation wurde in Form eines Rahmenvertrags für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Rettungsdienst mit der Slowakei geschlossen und ist seit 13. September 2025 in Kraft (BGBl. III Nr. 135/2025). Sie gilt auf österreichischer Seite für Niederösterreich, Wien und das Burgenland sowie auf slowakischer Seite für die Regionen Bratislava und Trnava.

8.8. Verschiebung von Stützpunkten aus dem unmittelbaren Krankenhausbereich

Dringend zu fordern ist eine **Evaluierung der rechtlichen Interpretation** der in §40 Abs. 5 angeführten Regelung "*Eine Turnusärztin/Ein Turnusarzt gemäß Abs. 3 Z 1 ist berechtigt, an Einsätzen im Rahmen krankenanstaltenangebundener organisierter Notarztdienste auch ohne Anleitung und Aufsicht einer Notärztin/eines Notarztes teilzunehmen*". Die Österreichische Ärztekammer konkretisierte den Begriff "krankenanstaltengebunden" in ihren FAQ 2.7 wie folgt:
"*Der Notarztstützpunkt muss organisatorisch und örtlich an eine bestimmte Organisationseinheit der Krankenanstalt angebunden sein; als Beispiel nennt sie einen Stützpunkt am Spitalsgelände"*.
Dies ist allerdings eine Auslegung der Ärztekammer, keine Legaldefinition im Gesetzestext.
Aus Sicht der ÖNK intendiert der Gesetzgeber mit dieser Formulierung die fachliche und organisatorische Aufsicht, keine unmittelbare Draufsicht. Die Tätigkeit der zu supervidierenden Notärzt:innen selbst findet schließlich nicht in unmittelbarer Nähe des Krankenhauses, sondern an verschiedenen, entfernten Notfallorten statt. Der Leitung der Organisationseinheit der Krankenanstalt, an die der organisierte Notarztdienst angebunden ist, ist somit eine direkte Draufsicht auf die präklinische Tätigkeit der Notärzt:innen naturgemäß nicht möglich. "Krankenanstaltengebunden" meint daher nicht zwangsläufig eine unmittelbar räumliche Verortung des NEF beim Krankenhaus. Die fachliche Aufsicht aus Einsatz- und klinischer Dokumentation kann auch bei dislozierter Verortung des Stützpunkts gewährleistet werden. Dies wäre für die zu erreichende Flächendeckung der notärztlichen Versorgung in manchen Regionen – auch außerhalb von Niederösterreich - ggf. von Vorteil. **Hier wird** - gerade für das Flächenbundesland Niederösterreich - **eine juristische Klärung empfohlen, da dies für die endgültige Positionierung einzelner Stützpunkte (Melk, Hollabrunn) durchaus von Relevanz sein könnte**.

8.9. Acute Community Nurse

Die Tätigkeit der ACN bedeutet einen wertvollen Entlastungseffekt für den niedrig-priorisierten Rettungs- und Krankentransport, welcher wiederum die Bindungszeiten verkürzt und damit die Verfügbarkeit rettungsdienstlicher Kapazitäten verbessert. Mit einem Ausbau der Vorhaltung werden ACN nicht zu den systemrelevanten notfallmedizinischen Ressourcen gezählt. Wie der Geschäftsbericht 2025 des NÖGUS ausführt, soll der **Haupteinsatzbereich der ACN im pflegerischen Bereich** liegen. Der Schwerpunkt liegt hier auf der **Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte** durch die mobile pflegerische Versorgung. Die Ausschreibung der künftig 10 ACN-Stützpunkte ist darauf ausgerichtet; jedoch soll die Doppelqualifikation weiter erhalten bleiben - DGKP + NFS. Damit können ACN auch in Zukunft wie andere First Responder alarmiert werden, wenn sie bei zeitkritischen Notfällen früher als andere qualifizierte Rettungsmittel eintreffen können**.** Als **unverzichtbarer Bestandteil des Rettungs- und Notarztdienstes wird die ACN seitens der ÖNK nicht gesehen, die Erweiterung der Standorte ist daher für den Starttermin der Reform nicht von Bedeutung.**

8.10. Ausbau der Nachtflug- und Schlechtwettertauglichkeit der Flugrettung

Für die aktuelle Neuausrichtung des Rettungs- und Notarztdienstes hat die **Möglichkeit von PinS Anflugverfahren** wenig praktische Bedeutung, da die Adaptierung am System und die damit verbundene

Sicherstellung der Versorgungssicherheit **nicht auf der Notwendigkeit einer durchgängigen Nachtflugtauglichkeit** basiert. Durch die gegebenen Wegstrecken aus der Peripherie in Kliniken der Maximalversorgung innerhalb Niederösterreichs können auch bei bodengebundenen Transporten angemessene Transportzeiten erreicht werden. In der **Matrix zur abgestuften Erst-, Akut- und Notfallversorgung im Gesundheitsplan NÖ 2040+** sind die Aufgaben der unterschiedlichen Bereiche definiert. Demnach muss in innerklinischen Notfalleinrichtungen, etwa in einer zentralen Notfallambulanz, Notaufnahme oder ZAE eine innerklinische Erstdiagnostik und Initialtherapie akuter und notfallmedizinischer Zustandsbilder, eine intensivmedizinische Erstbehandlung zur Stabilisierung lebensbedrohlicher Zustände, Überwachung sowie Indikationsstellung und Koordination der weiterführenden fachspezifischen ambulanten oder stationären Behandlung möglich sein. Die hier vorgenommene Behandlung umfasst dringliche bis lebensbedrohliche Zustandsbilder, sowohl akute Erkrankungen als auch andere Notfälle. Perspektivisch ist es wünschenswert, dass jedes Klinikum über einen kliniknahen Landeplatz verfügt, wie dies auch für die geplante Gesundheitsklinik in Gmünd vorgesehen und sinnvoll ist. Die Etablierung der Möglichkeit von PinS-Anflugverfahren, insbesondere für Kliniken der Maximalversorgung (Wiener Neustadt, St. Pölten), wird von Seiten der ÖAMTC Christophorus Flugrettung für das Jahr 2027 in Aussicht gestellt.
Für die Umsetzung der geplanten Reform ist die **Vorhaltung eines eigenen Landeplatzes** an Kliniken der Grundversorgung **keine Grundvoraussetzung.**

8.11. Diplomierte Notfallsanitäter:innen (DNFS)

In der aktuellen Diskussion um die Erstbehandlung kritisch kranker / verletzter Patient:innen durch Notfallsanitäter:innen spielt die notwendige Reform des Bundesgesetzes mit einer deutlich **erweiterten Ausbildung (Diplomierte Notfallsanitäter:in)** spielt diese notwendige Reform des Bundesgesetzes aus Sicht der Autoren nur eine **untergeordnete Rolle**, da die ersten **Schritte in der Therapie kritisch Kranker und verletzter Personen,** wie bereits ausgeführt, die Einleitung von Basismaßnahmen (Freimachen von Atemwegen, Einleitung von Wiederbelebungsmaßnahmen, Etablierung von Gefäßzugängen, Monitoring) umfassen.
Ebendiese Maßnahmen liegen bereits heute im **ureigensten Kompetenzbereich von NFS NKV** und bedürfen keiner weiteren gesetzlichen Normierung. Zu den wichtigsten Maßnahmen der Herz-Lungen-Wiederbelebung zählen eine effiziente Herzdruckmassage, die Beatmung und die Defibrillation. Diese Maßnahmen müssen von jedem Sanitäter regelmäßig rezertifiziert werden. Dennoch wird eine Reform des SanG in dieser Hinsicht von Seiten der ÖNK als dringlich beurteilt, wie es ja auch im aktuellen Regierungsprogramm 2025 der Bundesregierung vorgesehen ist.

8.12. First Responder

Der **nominelle, bedarfsorientierte Ausbau des First Responder Systems** sowie die differenzierte Alarmierung ebendieser stellen einen **wichtigen Schritt in dieser Reform** dar.

Gefordert werden kann die noch nicht umgesetzte **Implementierung der First Responder Ausstattung in der Niederösterreichischen Mindestausstattungsverordnung,** sodass nachvollziehbare Vorgaben für die Einsatzorganisationen vorliegen. Eine diesbezügliche Kostenübernahme seitens des Landes ist ja schon im neuen Rettungsdienstvertrag vorgesehen.

8.13. Allgemeinmediziner / PVE

Die Fachgesellschaft tritt für eine **verstärkte Einbindung des niedergelassenen Bereichs in die Erstversorgung außerhalb der Kernarbeitszeiten** ein. Dies würde einerseits den Rettungs- und Notarztdienst entlasten, Eintreffzeiten in kritischen Fällen verkürzen und kostenintensive Hospitalisierungen vermeiden. Dies betrifft insbesondere auch die bereits bestehenden und geplanten Primärversorgungszentren. Hier sollte im Rahmen der Bewilligungsverfahren eine Verpflichtung zur Durchführung von Visiten angedacht werden.

8.14. Kurzfristig notwendige Begleitmaßnahmen im Rahmen der Umsetzung

Zur Kontrolle des Umsetzungsgrads und der Wirksamkeit der Maßnahmen wird von Seiten der Fachgesellschaft ein strukturiertes **Reporting durch die Einsatzorganisationen sowie durch Notruf NÖ** empfohlen. Die Auswirkungen der anstehenden Veränderungen müssen engmaschig monitiert werden, um ggf. in einzelnen Bereichen durch geeignete Maßnahmen nachzuschärfen. Dies könnte beispielsweise die unter Punkt 8.8. diskutierte Neupositionierung eines Stützpunkts betreffen. Der dazu eingerichtete Qualitätsbeirat soll diese Aufgabe zunächst übernehmen.

8.15. Implementierung eines übergeordneten Reportings und Qualitätsmanagements

Die **Einrichtung eines organisationsunabhängigen Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) in NÖ** wird dringend empfohlen, etwa in Analogie zur Struktur, die im Land Tirol bereits seit Jahren etabliert ist. Damit könnten die medizinische Gesamtversorgung sowie das Qualitätsmanagement im gesamten präklinischen Rettungs- und Notarztwesen des Bundeslandes nachhaltig fachlich überwacht und gesichert werden. Ein ÄLRD wirkt als Berater des Landes an der Steuerung und kontinuierlichen Verbesserung der Behandlungsstandards im Rettungswesen mit. Ihm obliegt die Pflege der Kommunikation und Zusammenarbeit aller Prozesspartner (Rettungsorganisationen, Notruf NÖ, Notärzte und Landesgesundheitsagentur) im Notfallwesen. Er ist für die Festlegung und Kontrolle einheitlicher medizinischer Richtlinien und Abläufe für das Personal im Einsatzfall zuständig.

Abschließende Beantwortung der durch die Abteilung GS4 des Landes NÖ gestellten Fragen

1. Ist bei einer Schließung der konkreten 11 Notarztstützpunkte der Schutzzweck des § 4 RDG, nämlich die Sicherstellung einer funktionierenden überregionalen Rettungs- und Notarztversorgung gefährdet?

Die Autoren und Fachgutachter der ÖNK kommen in der Bewertung der ihnen vorliegenden Unterlagen zum Schluss, dass mit der geplanten Schließung der elf Notarztstützpunkte und der Ausrollung von 87 RTW-C Stützpunkten der Schutzzweck des § 4 RDG, nämlich die Sicherstellung einer funktionierenden überregionalen Rettungs- und Notarztversorgung, nicht gefährdet ist.

2. Kommt es dadurch zu einer Verschlechterung der bestehenden Versorgung der niederösterreichischen Bevölkerung in Bezug auf die Notfallrettung?

Was im Jahr 2021 mit der Ausrollung der RTW-C Stützpunkte gemäß dem Plan zur "Rettungslandschaft 2030" begonnen und ab 2022 mit den Änderungen der Alarm- und Ausrückeordnung fortgeführt wurde, soll aktuell in einem Prozess der Reformierung des Rettungs- und Notarztwesens weiterentwickelt werden. Mit der Höherqualifikation der nicht-ärztlichen Rettungsmittel war ein deutlicher Rückgang der Notarzteinsätze verbunden, unterstützt durch Maßnahmen der Leitstelle sowie die Einführung des telenotärztlichen Dienstes. Dieser Trend wird sich mit der Stationierung weiterer RTW-C vermutlich fortsetzen. Dies führte wohl zu einer Veränderung, jedoch zu keiner Verschlechterung der Versorgung der niederösterreichischen Bevölkerung. Dies ist auch zukünftig nicht zu erwarten.

3. Führen die in diesem Zusammenhang vorgesehenen Ersatzmaßnahmen, wie insbesondere die Inbetriebnahme von 87 RTW-C Stützpunkten, davon 27 RTW-C Stützpunkte ab 01.04.2027 mit NKV-Kompetenz, die Inbetriebnahme eines weiteren 24/7 Notarzthubschraubers in Wiener Neustadt ab 01.04.2027 sowie der Ausbau des First Responder Systems, dazu, dass die für die jeweilige Versorgungsregion erforderliche notfallrettungsdienstliche Versorgung weiterhin im Sinne des § 4 RDG sichergestellt ist?

Bereits heute zeigen die Fehlzeiten an den NEF-Stützpunkten im gesamten Bundesland, dass die Komplementärsysteme wirkungsvoll agieren und vorübergehende Ausfälle kompensiert werden. Der Umsetzungsgrad der RTW-C Inbetriebnahme übersteigt laut vorliegenden Daten aktuell den vertraglich vorgesehenen Rahmen und wird bis 01.04.2027 mit Nachdruck weiterverfolgt. Dies haben auch die Rettungsorganisationen wiederholt bestätigt. Ein weiterer 24/7 Notarzthubschrauber sowie ein erweitertes, in der Alarmierung zielgerichtetes First Responder System unterstützen die laufende Reform der notfallmedizinischen Versorgung in Niederösterreich.
Aus Sicht der Autoren und Fachgutachter der ÖNK wird aufgrund des aktuell bereits erreichten und zeitnah zu erwartenden weiteren Umsetzungsgrads der RTW-C Inbetriebnahme, unter Berücksichtigung einer verlässlichen Besetzung, der erforderlichen Qualifikation und eines engmaschigen Monitorings, die notfallmedizinische Versorgung weiterhin auf einem hohen Niveau sichergestellt.

4. Inwieweit sind neben den bereits vorgesehenen Maßnahmen weitere, insbesondere im Gesundheitspakt bzw. Gesundheitsplan 2040+ vorgesehene oder sich aus Ihrer gutachterlichen Beurteilung ergebende Maßnahmen erforderlich, um die Umsetzung der angepassten notärztlichen Versorgungsstruktur mit 01. April 2027 aus medizinischer und versorgungsfachlicher Sicht verantworten zu können, oder können diese im Rahmen einer begleitenden Evaluierung durch den Qualitätsbeirat Notarztversorgung Niederösterreich schrittweise geprüft, konkretisiert und gegebenenfalls umgesetzt werden?

- **Angehenden Notärzt:innen muss neben dem als adäquat zu bezeichnenden Kursangebot auch die Möglichkeit geboten werden, die im Rasterzeugnis geforderten Fertigkeiten im Rahmen ihrer Basis- bzw. Sonderfachausbildung zu erwerben. Ebenso ist der Erwerb und die Aufrechterhaltung der Fertigkeit „Legen eines sicheren Venenzugangs“ für Notfallsanitäter:innen zu gewährleisten. Für beide Bereiche braucht es verpflichtend umzusetzende Konzepte, die seitens der LGA mit den Standortkliniken und, soweit es Notfallsanitäter:innen betrifft, mit den Rettungsorganisationen zu vereinbaren und umzusetzen sind.**

- **Ein die notfallmedizinische Strukturreform begleitender Qualitätsbeirat soll, auf Grundlage der strukturierten Berichte der Einsatzorganisationen sowie von Notruf NÖ die Entwicklung begleiten und analysieren. Auffälligkeiten sind umgehend mit den genannten Organisationen sowie der Abteilung GS4 zu besprechen; ein allfälliger Adaptierungsbedarf ist umzusetzen.**

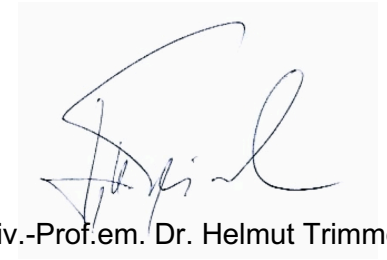
- **Ziel jeder Standortplanung ist es, möglichst viele Menschen in möglichst kurzer Zeit zu erreichen (siehe Hilfsfrist ÖRK). Bei jeder Standortwahl ist daher zu berücksichtigen, wie hoch das Einsatzaufkommen an einzelnen Orten ist und wie sich die Bevölkerung auf die Region verteilt. Erst mit diesen Informationen lässt sich beurteilen, wie viele Menschen von einem neuen Standort aus schneller erreicht werden können und für wie viele sich Anfahrtszeiten verlängern. Entsprechende Berechnungen sollen im Zuge der begleitenden Evaluierungen anhand von rezenten Einsatzzahlen nach der Systemreform erfolgen.**
  Sollten sich z. B. aufgrund der Einsatzentwicklung örtliche Verschiebungen von NEF-Standorten als günstiger erweisen, so ist dies entsprechend zu berichten und ggf. umzusetzen. Dies könnte unter Umständen die im Folgenden genannten Versorgungsregionen betreffen.
  - **Melk → Pöchlarn**
  - **Schwechat → Fischamend**
  - **Lengbach → Pressbaum**
  - **Hollabrunn → Haugsdorf**

- **In diesem Zusammenhang ist auch eine rechtliche Klärung der Frage angezeigt, was „im Rahmen krankenanstaltenangebundener organisierter Notarztdienste“ tatsächlich bedeutet. Wie ausgeführt, ist dies aus Sicht der ÖNK seitens des Gesetzgebers wohl nicht geographisch intendiert, sondern in Bezug auf die fachliche Verantwortung und Qualitätssicherung durch den Leiter der jeweiligen Organisationseinheit bzw. dessen Vertreter, jeweils mit Notarztqualifikation, zu verstehen.**

Erstellt durch:



Dir. Prim. Dr. Alexander Egger, MSc EDAIC



Prim.Univ.-Prof.em. Dr. Helmut Trimmel, MSc

Fachlich-inhaltliche Prüfung und Freigabe der ÖNK:

Dr. Mario Krammel
Chefarzt der Berufsrettung Wien
Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin

PD Dr. Martin Dünser, EDAIC
Leiter der Sektion Notfallmedizin der ÖGARI
Leitender Oberarzt Klinische Forschung, Kepler Universitätsklinikum
Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin

Prof. Dr. Adolf Schinnerl
em. Ärztlicher Leiter Rettungsdienst Tirol
Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin

Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Schreiber
Chefarzt des Österr. Roten Kreuzes
Oberarzt an der Universitätsklinik für Notfallmedizin, AKH Wien
Facharzt für Innere Medizin, Zusatzfach Intensivmedizin

Priv.-Doz. Dr. Raphael van Tulder
Leiter der Notaufnahme am UK Krems
Facharzt für Innere Medizin, Zusatzfächer Intensivmedizin und Kardiologie

Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Voelckel, MSc EDAIC
Ärztlicher Leiter ÖAMTC Flugrettung
em. Ärztl. Direktor sowie Vorstand der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin
am Unfallkrankenhaus Salzburg
Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin

Juristische Begleitung:

Dr. Michael Halmich LL.M.
Vorsitzender der Öst. Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin (ÖGERN)
Jurist

9. Literaturquellen

Willschke, H., Trimmel, H. Anästhesieabteilungen als Rückgrat der notärztlichen Ausbildung. Anästhesie Nachr (2026). https://doi.org/10.1007/s44179-026-00389-4

Koch, S., Junkersdorf, P. & Dahlmann, P. Zur Durchführung von heilkundlichen Maßnahmen durch Notärzt:innen im Handlungsfeld der außerklinischen Akut- und Notfallversorgung – eine Sekundäranalyse auf Grundlage retrospektiver Untersuchungen von Einsatzprotokollen aus 8 Regionen in Deutschland. HBScience (2026). https://doi.org/10.1007/s16024-026-00453-8

Breuer, F., & Dahmen, J. (2023). Fehleinsätze im Rettungsdienst – Notwendigkeit einer einheitlichen Begriffsdefinition und Abgrenzung zu Bagatelleinsätzen. Notfall- und Rettungsmedizin. https://doi.org/10.1007/s10049-023-01166-5

Bräu K, Welte F, Beywinkler C, Fohringer C, Dünser MW, Willschke H, Trimmel H. Overtriage of a physician-staffed prehospital emergency resource in Austria : An exploratory retrospective analysis. Wien Klin Wochenschr. 2026 Oct 15. English. https://doi.org/10.1007/s00508-026-02846-1

Trimmel H, Erblich R, Anzur C, Dressler-Stross S, Voelckel W, Krammel M, Krösbacher A, Schreiner B, Fohringer C, Gschanes M, Prause G, Dünser MW. Emergency physician attended calls that could have been covered by advanced emergency medical technicians in Austria : Results of the Austrian Emergency Day 2025 audit. Wien Klin Wochenschr. 2026 Sep;138(17-18):558-567. https://doi.org/10.1007/s00508-026-02722-y

Erblich R, Dünser MW, Anzur C, Dressler-Stross S, Voelckel W, Krammel M, Schinnerl A, Schreiner B, Trimmel H. Differences in call profiles, interventions and physician staffing between ground and helicopter emergency medical services in Austria : A sub-analysis of the Austrian Emergency Day 2024 audit. Wien Klin Wochenschr. 2026 Jul;138(13-14):403-409. https://doi.org/10.1007/s00508-025-02684-7

Trimmel H, Anzur C, Dressler-Stross S, Erblich R, Voelckel WG, Dünser M. Austrian Emergency Day: a single-day audit of the call profiles of physician-staffed prehospital emergency medical services in Austria. Emerg Med J. 2025 Oct 20;42(11):744-746. https://doi.org/10.1136/emermed-2025-214968

Schröder H, Carduck T, Sommer A, Beckers SK. S2e-Leitlinie: Telemedizin in der prähospitalen Notfallmedizin. Anästhesiologie & Intensivmedizin. 2025. https://doi.org/10.19224/ai2025.LL016

Rentschler V, Lienert F, Stich H. Das Telenotarzt-System als Instrument der präklinischen Notfallversorgung: eine aktuelle Bestandsaufnahme zur Versorgungsqualität anhand ausgewählter Merkmale. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2024;185:64–71. https://doi.org/10.1016/j.zefq.2023.10.009

Kowark A et al. Telemedical support for prehospital emergency medical service in severe emergencies: an open-label randomised non-inferiority clinical trial. Critical Care. 2023;27:256. https://doi.org/10.1186/s13054-023-04545-z

Schröder H, Beckers SK, Borgs C et al. Long-term effects of a prehospital telemedicine system on structural and process quality indicators of an emergency medical service. Scientific Reports. 2024;14:310. https://doi.org/10.1038/s41598-023-50924-5

Baubin M, Eisenburger P, Fohringer C, et al. Indikation zum Notarzteinsatz. Ein Positionspapier der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI, Sektion Notfallmedizin), im Konsens mit Expert*innen von Notfall- und Rettungsorganisationen, Leitstellen sowie der Patienten- und Pflegeanwaltschaften. Anästh Nachr. 2022;4(Suppl 1):1–11. Internet: https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/oegari-positionspapier_notarzteinsatz_26-08-2022-fin-frei_1.pdf

Uhl, J., Kordina, N., Holzhacker, C. et al. Zielgerichtete Alarmierung von Notarztsystemen. Anästhesie Nachr 7, 88–93 (2025). https://doi.org/10.1007/s44179-025-00297-z

Seeger I et al. Gemeindenotfallsanitäter als innovatives Einsatzmittel in der Notfallversorgung – erste Ergebnisse einer Beobachtungsstudie. Notfall + Rettungsmedizin. 2021;24:194–202. https://doi.org/10.1007/s10049-020-00715-6

Trentzsch, H., Fischer, M., Marung, H. et al. Eckpunktepapier 2025 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik. Notfall Rettungsmed 28, 494–512 (2025). https://doi.org/10.1007/s10049-025-01612-6

Meixner, Reinhard; Gessl, Martin (2024): Evaluierung des Sanitätergesetzes (SanG). Gesundheit Österreich, Wien. (Internet, Zugriff am 25.10.2026) https://jasmin.goeg.at/id/eprint/3681/1/Eval_Sanit%C3%A4tergesetz_bf.pdf

Halmich M. Präklinische Patientenversorgung - Kompetenzfragen. Recht der Medizin 2012; 4:124-128. Internet: https://www.oegern.at/wp/wp-content/uploads/Kompetenzfragen-der-pr%C3%A4klinischen-Patientenversorgung.pdf

Widgren BR, Jourak M. Medical Emergency Triage and Treatment System (METTS): a new protocol in primary triage and secondary priority decision in emergency medicine. J Emerg Med. 2011 Jun;40(6):623-8. https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2008.04.003

Bundesverband Rettungsdienst – BVRD.at (2024): Zukunft Rettungsdienst. Quo vadis, Berufsbild? Positionspapier. Version 2.2. Linz. Internet: https://www.bvrd.at/wp-content/uploads/2024/05/Positionspapier_Zukunft_Rettungsdienst_2024_V2.2.pdf

Böttiger BW, Bernhard M, Knapp J, Nagele P. Influence of EMS-physician presence on survival after out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation: systematic review and meta-analysis. Crit Care. 2016 Jan 9;20:4. https://doi.org/10.1186/s13054-015-1156-6

von Vopelius-Feldt J, Morris RW, Benger J. The effect of prehospital critical care on survival following out-of-hospital cardiac arrest: A prospective observational study (UK). Resuscitation. 2020 Jan 1;146:178-187. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.08.008

Bujak K, Nadolny K, Trzeciak P, Gałązkowski R, Ładny JR, Gąsior M. Does the presence of physician-staffed emergency medical services improve the prognosis in out-of-hospital cardiac arrest? A propensity score matching analysis. Kardiol Pol. 2022;80(6):685-692. https://doi.org/10.33963/KP.a2022.0109

Freire-Tellado, M.; Navarro-Patón, R.; Mateos-Lorenzo, J.; Pérez-López, G.; Pavón-Prieto, M.d.P.; Mecías-Calvo, M. Influence of the Type of Physician on Survival from Emergency-Medical-Service-Witnessed Cardiac Arrest: An Observational Study. *Healthcare* 2022, *10*, 1841. https://doi.org/10.3390/healthcare10101841

Fischer, M., Harding, U., Genzwürker, H. et al. Eintreffzeiten des Rettungsdienstes bei außerklinischem Herz-Kreislauf-Stillstand – überlebensrelevante Unterschiede zwischen den Bundesländern in Deutschland. Anaesthesiologie 74, 634–645 (2025).https://doi.org/10.1007/s00101-025-01592-9

Frank, G., Ziegler, B., von Langen, D. et al. Ergebnisse einer Fragebogen-basierten Evaluation der neuen Notarztausbildung in Österreich. Anästhesie Nachr (2026). https://doi.org/10.1007/s44179-026-00387-6

9.1. Datenquelle

Die Daten wurden zur Verfügung gestellt von:

- Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, Abteilung Gesundheitsrecht (GS4)
- Notruf Niederösterreich GmbH
- Rotes Kreuz, Landesverband Niederösterreich
- ÖAMTC Christophorus Flugrettungsverein

Informationen wurden auch durch persönliche Gespräche mit dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst des RK NÖ, Dr. Berndt Schreiner, sowie dem Landesrettungskommandanten Wolfgang Frühwirt eingeholt.

9.2. Anhang: Arzneimittelliste 1 und 2

Arzneimittelliste 1

Acetylsalicylsäure
Adrenalin (Epinephrin)
Diazepam
Fenoterolhydrobromid & Ipratropiumbromid (Kombinationspräparat Berodualin)
Methoxyfluran
Midazolam
Naloxon
Paracetamol
Prednisolon
Salbutamol
Salbutamol & Ipratropiumbromid (Kombinationspräparat Combivent)

Arzneimittelliste 2

Acetylsalicylsäure
Adrenalin (Epinephrin)
Amiodaron
Dimetinden
Diphenhydramin
Esketamin
Flumazenil
Glucose
kristalloide Infusionslösung
Lorazepam
Metamizol
Midazolam
Naloxon
Ondansetron
Prednisolon
Tranexamsäure
Urapidil