

Expertenkommission Notfallmanagement und Kommunikation

Bericht

Ausgangslage

Am 3. November 2025 erteilte das für Gesundheit zuständige Mitglied der Oö. Landesregierung, LHStv Mag. Christine Haberland, den Auftrag zur Untersuchung und Bewertung von Abläufen bei der Behandlung von medizinischen Notfällen insbesondere unter dem Aspekt des Zusammenwirkens von Kliniken verschiedener Ebenen (siehe Ausfertigung vom 17. November 2025; Anlage).

Ausgangslage ist der Fall einer Patientin, bei der eine lebensbedrohliche Typ-A-Aortendissektion im KH Rohrbach diagnostiziert wurde. Es gelang idF nicht, die Patientin in ein Zentrums Krankenhaus zu verlegen und zu operieren, bevor diese nach rascher Verschlechterung ihres Zustandes im KH Rohrbach verstarb. Behandlungskapazitäten waren - laut medialer Berichterstattung - in mehreren angefragten KH nicht verfügbar, bzw. wurde ein aufnahmebereites Zentrum erst zu einem Zeitpunkt gefunden, als die Patientin bereits unter Reanimation war und kurze Zeit später verstarb.

Auf Basis der Ergebnisse und Einschätzungen der Kommission sollen die Voraussetzungen für eine optimale Kommunikation zwischen Krankenanstalten sowie die bestmögliche Behandlung von medizinischen Notfällen gegebenenfalls verbessert werden.

Struktur der Kommission

Die Expertenkommission wurde wie folgt konstituiert:

Auftraggeberin: LHStv. Mag Christine Haberland

Leitung: Friedrich Pammer

Mitglieder

- Dr. Brigitte Ettl: Präsidentin der Plattform für Patientensicherheit und ehemalige Ärztliche Direktorin des KH Hietzing
- Dr. Friedrich Herbst: Univ.-Prof. für Chirurgie an der Sigmund Freud Privatuniversität
- Mag. Jakob Hochgerner: Leiter der Direktion Gesundheit und Soziales beim Amt der Oö. Landesregierung, unter Beiziehung von Dr. Michael Lehner, Leiter der Sanitären Aufsicht in der Abt. Gesundheit beim Amt der Oö. Landesregierung
- Dr. Tilman Königswieser, MPH: Stellv.Vorsitzender des OÖ Landessanitätsrats, Ärztlicher Direktor des Salzkammergutklinikums

- Dr. Stefan Schaller: Univ.-Prof. für Anästhesie und Intensivmedizin, Leiter der Klinischen Abteilung für Allgemeine Anästhesie und Intensivmedizin an der MedUni Wien
- Dr. Daniel Zimpfer, MBA: Univ.-Prof. für Herzchirurgie
Leiter der Universitätsklinik für Herz- und Thorakale Aorten Chirurgie an der MedUni Wien

Für Auskünfte standen zur Verfügung:

- Mag. Carmen Breitwieser, Geschäftsführerin des Klinikums Wels-Grieskirchen
- Doz.Dr. Rainer Gattringer, Ärztlicher Leiter des Klinikums Wels-Grieskirchen
- Dr. Christian Dopler, Leiter der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin im Salzkammergutklinikum
- Dr. Kostja Steiner, Ärztlicher Direktor des Klinikums Rohrbach

An Unterlagen standen der Expertenkommission zur Verfügung:

- KUK – Herzchirurgische Ergebnisqualität im Zeitraum 2021-2023, Gesundheit Österreich GmbH (Zentrum 3-Wels, Zentrum 4 Linz, Gemeinsame Werte für OÖ Referenzzentrum)
- Sanitäre Aufsicht – Bericht vom 12.11.25
- KUK/OÖG/Rohrbach – Stellungnahme zum Krankheitsverlauf der Patientin
- KUK – Stellungnahme zu ergänzenden Fragen vom 7.11.25
- Prof Dr. Zierer – Stellungnahme vom 7.11.25
- Klinikum Rohrbach – CT-Bildgebung
- Klinikum Wels-Grieskirchen – Stellungnahme vom 3.11.25
- Klinikum Wels-Grieskirchen – Stellungnahme zur Belegung der Intensivbetten
- KH Barmherzige Brüder Linz – Stellungnahme vom 29.10.25
- Rettungsleitzentrale NAH – Einsatzbericht 31600 vom 14.10.25
- Rettungsleitzentrale – Ergänzung zum Einsatzbericht 31600 vom 13.11.25

Ablauf

Die Expertenkommission in voller Zusammensetzung tagte:

am **28.November 2025** sowie

am **19. Dezember 2025** (verhindert Prof. Dr. Schaller sowie Prof Dr. Zimpfer)

Zur Vorbereitung der Arbeit der Expertenkommission sowie für die Einholung ergänzender Unterlagen und Auskünfte wurde der Vorsitzende von der Abteilung Gesundheit (Hochgerner, Lehner), sowie Dr. Königswieser unterstützt.

Ergebnis

A) Krankheitsverlauf

Im Anlassfall zeigt sich folgender Verlauf der Geschehnisse am 14.10.2025

- 18.48 Aufnahme der Patientin
[REDACTED]
- 21.15 Kontaktaufnahme Herzchirurgische Zentren (KUK, Wels, Passau)
- 21.55 Info an RK-Leitstelle wg. Transport
- 22.09 [REDACTED]
2. Kontaktaufnahme Herzchirurgische Zentren (KUK, Wels, SALK, Graz, St. Pölten
AKH Wien)
[REDACTED]
- 22.45 Angebot Übernahme durch SALK (im Falle der Transportfähigkeit)
- 22.50 Info an RK-Leitstelle wg. Transport KHRO-SALK
- 22.58 und 23.07 Absage Heli-Transporte wg. Flugbedingungen
- 23.18 Versterben der Patientin

B) Bewertung der Vorgangsweise im Klinikum Rohrbach

Die ärztlichen Mitglieder der Kommission kommen nach Überprüfung der vorliegenden Akten zur Erkenntnis, dass das Vorgehen am Klinikum Rohrbach medizinisch korrekt war. Die Zeit von Erstkontakt bis zur Diagnosestellung ist als kurz zu bewerten. Die gesetzten Schritte am Klinikum waren korrekt.

C) Bewertung der Entscheidungen der Herzchirurgischen Zentren

C1) Kepler Universitätsklinikum

Das Verhalten des Kepler Universitätsklinikums, die Patientin als primäres Ansprechzentrum nicht zu übernehmen, ist nachvollziehbar. Eine unmittelbare operative Versorgung war nicht möglich, da die beiden zur Verfügung stehenden OP Teams mit der Versorgung zweier Notfälle zu lange gebunden gewesen waren. Hervorzuheben ist, dass die KUK auch außerhalb der Kernarbeitszeit zwei Teams in Einsatzbereitschaft hat.

C2) Klinikum Wels-Grieskirchen

Die Nichtzusage zur Versorgung im Klinikum Wels-Grieskirchen aufgrund nicht freier Intensivkapazitäten wurde hinterfragt.

Begründet wurde sie unter anderem wie folgt: In der Anästhesie stehen derzeit 16 ICU-Betten und in der Inneren Medizin 9 ICU Betten zur Verfügung. Von gewachsener Historie her (mit früher zwei organisatorisch unabhängigen Abteilungen „Herzanästhesie“ und „Allgemeinanästhesie“) werden im Klinikum Wels 7 der 16 AN-ICU Betten als „Herzchirurgische Intensivbetten“, die auch räumlich getrennt von den restlichen ICU-Betten im Klinikum verortet sind, geführt. Diese werden von spezialisierten AnästhesistInnen und Anästhesiepflegepersonal personell betreut, es steht ein eigenes anästhesiologisches Dienstrad nur für die herzchirurgischen Intensivbetten bzw. den herzchirurgischen OP zur Verfügung. Begründet wurde dies mit dem erforderlichen spezialisierten Wissen für die Betreuung herzchirurgischer Intensivbetten. Damit konnte eine optimale intensivmedizinische Betreuung der Patientin aus Sicht des Klinikums Wels nicht sichergestellt werden und man ging davon aus, dass jedenfalls die Möglichkeit besserer Kapazitäten in in Frage kommenden Zentren zu prüfen wäre.

Die akute Typ A – Aortendissektion ist eine möglichst frühzeitig in vitaler Indikation herzchirurgisch zu versorgende perakute Erkrankung.

Nach Einschätzung der Mitglieder der Kommission sind bei verfügbarem Herzchirurgenteam alle im Klinikum zur Verfügung stehenden Intensivressourcen und mögliche interne oder auch externe Transferierungen zu berücksichtigen.

Zu Bedenken ist in diesem Zusammenhang, dass die Vorbereitungen und Operation einer derartigen Pathologie durchschnittlich mindestens sieben Stunden in Anspruch nehmen, in diesem Zeitfenster gibt es Handlungsspielraum, bei zum Zeitpunkt der Zusage tatsächlicher Vollbelegung aller im Klinikum zur Verfügung stehenden Intensivbetten ein solches freizumachen (s.o.) oder im absoluten Notfall auch den Patienten direkt im OP (vorübergehend) intensivmedizinisch zu betreuen.

Ein Festhalten an einer strikten organisatorisch/personellen Trennung von Intensivbereichen in Notfallsituationen ist aus o.g. Gründen nicht sinnvoll, insbesondere im Kontext mit den im RSG OÖ 2025 genannten Bestimmungen (Pkt 2.6.4.) und dem ÖSG 2023 (Pkt 3.2.3.1 und 3.2.3.2) in Zusammenhang mit einem akut lebensbedrohlichen Krankheitsbild wie der Typ A-Aortendissektion und es sollten konsequente Schritte zur Zusammenführung der Teams gesetzt werden.

Eine adäquate Schulung der ärztlichen und pflegfachlichen Mitarbeiter aller Intensivseinheiten des Klinikum Wels-Grieskirchen in den speziellen Anforderungen der Herzchirurgie zur Erhöhung der Flexibilität und Notfallresilienz ist sicherzustellen.

Empfehlung: Überarbeitung der Standards für das ICU-Management im Klinikum Wels-Grieskirchen

C3) Klinikum Passau

Der diensthabende Herzchirurg teilte nach Rücksprache und in Abstimmung mit dem Chefarzt des Klinikums mit, dass eine Übernahme der Patientin nicht möglich war. Dies wird nach Auskunft des Direktors des Klinikums Rohrbach Dr. Steiner in der Praxis der Zusammenarbeit mit Krankenhäusern in Deutschland üblicherweise nicht hinterfragt. Die Zusammenarbeit ist grundsätzlich hervorragend.

Die Absage wurde daher zur Kenntnis genommen.

C4) Erhöhung der Zahl der Herzchirurgischen Zentren

Die Therapie einer Erkrankung wie im vorliegenden Fall erfolgt in Österreich an neun Standorten. Zwei dieser Standorte befinden sich in Oberösterreich in Linz und in Wels.

Die anwesenden Expertinnen und Experten halten fest, dass eine Vermehrung dieser Zentren medizinisch nicht vernünftig ist. Um eine gute Versorgungsqualität an den Zentren zu ermöglichen, ist eine gewisse Fallzahl erforderlich.

D) Bewertung der Kommunikation

Grundsätzlich sollten bei gegebener Indikation und freien chirurgischen Ressourcen PatientInnen in vergleichbaren Situationen rasch in den in Frage kommenden Zentren übernommen werden. Bei besonders angespannter intensivmedizinischer Ressourcensituation ist die Prüfung besserer Optionen mit vertretbarer Erreichbarkeit verständlich, da natürlich auch die Auswirkungen auf alle betroffenen PatientInnen im jeweiligen Zentrum erwogen werden muss, jedoch ist dafür ein rascher und klarer Prozess erforderlich und die kompromisslose Zusage der Übernahme, sofern diese Prüfung nicht sehr rasch zu einer eindeutig besseren Option führt.

Die Vorgehensweise in der Kommunikation zwischen den Häusern in Oberösterreich und Österreich bei der Überstellung von kritisch erkrankten Patientinnen und Patienten mit Versorgungsnotwendigkeit an ein Tertiärzentrum wird daher kritisch hinterfragt.

D1) Regelungen des RSG

Laut Regelung des RSG 2025 (Pkt 2.6.4 – abgestufte Versorgung) haben die Krankenhaus-träger dafür zu sorgen, dass Referenzzentren mit Akutversorgung gemäß Planungsmatrix (siehe Abschnitt 6.4 des RSG) nach entsprechender Vorinformation rund um die Uhr Patientinnen und Patienten mit Bedarf an Zentrumsmedizin verpflichtend übernehmen. Ist eine Übernahme insbesondere aus Kapazitätsgründen nicht möglich, so hat das verantwortliche und kontaktierte Zentrum für die weitere Versorgung der zu verlegenden Person zu sorgen und trägt die Verantwortung für das Organisieren einer vergleichbaren, geeigneten Versorgungsstruktur.

Laut Stellungnahmen der Krankenhausträger ist diese Regelung bekannt, wird aber nicht gelebt. Die Verantwortung für die Organisation der Übernahme/Übergabe von PatientInnen verbleibt – wie im vorliegenden Fall – bei den Einrichtungen der Basisversorgung.

Festgehalten wird, dass Versorgungsnotwendigkeiten an einem Tertiärzentrum insbesondere bei folgenden Erkrankungen bestehen:

- Neonatologische Versorgungsnotwendigkeit
- Versorgung intensivpflichtiger Säuglinge und Kleinkinder
- Myokardinfarkt mit Interventionsnotwendigkeit
- Cerebraler Insult mit neuroradiologischer Interventionsnotwendigkeit
- Intrakranielle Blutung mit neurochirurgischer Interventionsnotwendigkeit
- Erkrankungen mit akuter herzchirurgischer Versorgungsnotwendigkeit
- bestimmte Erkrankungen mit komplexer gefäßchirurgischer Versorgungsnotwendigkeit

D2) Standardisierte Kommunikations- und Übernahmeprozesse

Der Ablauf der Information im vorliegenden Fall zeigt, dass offensichtlich Missverständnisse vorlagen. So erfolgte die Empfehlung, die Salzburger Landeskliniken zu kontaktieren, erst bei der zweiten Kontaktaufnahme mit dem Klinikum Wels-Grieskirchen, d.h mit rund 50-minütiger Verzögerung, da man im Klinikum Wels davon ausging, dass Salzburg ohnedies angefragt werde.

Laut RSG haben die Krankenhausträger, damit die Übernahmen reibungslos ablaufen, für die Erstellung strukturierter ÜbernahmeprozEDUREN als standortübergreifende SOP zu sorgen. In denen sind Art und Inhalt der notwendigen Vorinformation und das Ablaufprozedere zwischen den Versorgern schriftlich abzustimmen.

Mit 19.11.2025 haben die Ärztlichen Direktoren der OÖG betreffend die Regelungen des RSG eine Stellungnahme abgegeben. Darin schlagen sie für (definierte) akute und perakute Versorgungsfälle verbindliche Regelungen, Verantwortlichkeiten der verlegenden Häuser sowie der Referenzzentren und verpflichtende Kommunikationsregeln vor. Dabei soll ein partnerschaftliches Zusammenwirken der Krankenhäuser sichergestellt sein.

Die Expertenkommission bewertet dies als einen geeigneten Schritt, die Kommunikations- und Übernahmeprozesse zu verbessern und die Zielsetzungen des RSG für alle Beteiligten machbar umzusetzen.

Hingewiesen wird darauf, dass verbindliche SOP auch trägerübergreifend festgelegt werden müssen.

In den SOP sollte auch festgelegt sein, dass im jeweiligen Anlassfall eine schriftliche Therapiezielentscheidung, abgestimmt zwischen verlegendem Haus und Referenzzentrum, vorliegt.

Empfehlung: **Ausarbeitung verbindlicher schriftlicher SOP für standort- und trägerübergreifende Versorgung in OÖ und überregional, dies unter Berücksichtigung der organisatorischen und kapazitiven Möglichkeiten in den Tertiärzentren**

D3) Zentrale Bettenkoordination und Datenaustausch

Eine zentrale Bettenkoordination über ein zentral verwendetes Dashboard wird als nicht sinnvoll bewertet. Der Austausch hat über die direkte Kommunikation zwischen verantwortlichen Abteilungen und von Arzt zu Arzt zu erfolgen.

Kurzfristige Änderungen von Kapazitäten sowie aktuelle Entscheidungen zur Versorgung von Patientinnen und Patienten sind im Akutfall möglich bzw. geboten und daher zentral nicht abbildbar.

Ergänzend zu den dabei gegebenen (mündlichen) Informationen über die maßgeblichen medizinischen Fakten, ist aber die Weiterentwicklung der technischen Wege zum Austausch von Befunden und den Ergebnissen bildgebender Diagnosen erforderlich. Dies erfolgt derzeit über Messenger-Dienste.

Inwieweit dabei bestehende Plattformen genutzt und/oder Daten-Schnittstellen standardisiert werden können, wäre dabei zu prüfen.

Empfehlung: **Sicherstellung technischer Lösungen für einen sicheren zeitgemäßen Datenaustausch von Befunden und Bildern zwischen den Krankenanstalten**

E) Bewertung der Transportmöglichkeiten

Laut Stellungnahmen der RK-Leitstelle sowie ergänzender Informationen war der Anflug des NAH C14 aus Niederöblarn nach Rohrbach aufgrund der lokalen Wetterbedingungen in der Steiermark nicht möglich.

Die Anfrage an der Leitstelle Niederösterreich um 23.07 Uhr, ob der NAH C2 eine Verlegung aus dem KH Rohrbach in das LKH Salzburg übernehmen kann, wurde „wettertechnisch“ abgelehnt.

Konkret wäre ein Anflug von C2 aus Krems (NÖ) nach Rohrbach evtl. möglich gewesen, der Transport von Rohrbach nach Salzburg war aber aufgrund der Wetterbedingungen in OÖ bzw. im Anflug nach Salzburg nicht möglich.

Laut ergänzender Auskünfte der diensthabenden Piloten wären auch bereits um 21.15 Uhr Flüge von NAH C14 und von NAH C2 wetterbedingt nicht möglich gewesen.

Damit bestand keine Möglichkeit, die Patientin mittels Hubschrauber in das verfügbare Herzchirurgische Zentrum nach Salzburg zu transportieren.

Nach Einschätzung der Expertenkommission wäre auch die alternative Verlegung durch ein NEF im Fall, dass eine Übernahme der Patientin durch das Klinikum Wels-Grieskirchen

zugesagt worden wäre, wegen der erforderlichen Zeitdauer und dem Verlauf der Erkrankung nicht erfolgreich gewesen.

Empfehlung: Überprüfen, inwieweit die NAH-Transportbedingungen durch Stationierung eines nachflugtauglichen NAH an einem Standort in OÖ verbessert werden können.

F) Bewertung der Überlebenschancen der Patientin

Die ärztlichen Mitglieder der Kommission stellen fest, dass der fulminante Verlauf der prinzipiell lebensbedrohlichen Erkrankung ein Überleben der Patientin unmöglich gemacht hat. Die Zeit von Diagnosestellung bis zur Notwendigkeit der Reanimation war so kurz, dass keine Verlegung an ein Zentrum rechtzeitig erfolgen hätte können.

G) Zusammenfassung der Feststellungen und Empfehlungen der Expertenkommission

1. Unbeachtlich der aufgezeigten Notwendigkeit der Verbesserung des Notfallmanagements und begleitender Faktoren hat im konkreten Fall im Krankenhaus Rohrbach die lebensbedrohliche Erkrankung und deren fulminanter Verlauf ein Überleben der Patientin unmöglich gemacht.
2. Überarbeitung der Standards für das ICU-Management im Klinikum Wels-Grieskirchen
3. Ausarbeitung verbindlicher schriftlicher SOP für standort- und trägerübergreifende Versorgung in OÖ und überregional, dies unter Berücksichtigung der organisatorischen und kapazitiven Möglichkeiten in den Tertiärzentren
4. Sicherstellung technischer Lösungen für einen zeitgemäßen und sicheren Austausch von Befunden und Bildern zwischen den Krankenanstalten
5. Überprüfen, inwieweit die NAH-Transportbedingungen durch Stationierung eines nachflugtauglichen NAH an einem Standort in OÖ verbessert werden können.

Wien, 20. Jänner 2026

für die Kommission

Anhang

Projektauftrag „Expertenkommission Klinisches Notfallmanagement und Kommunikation“

17.11.2025

I. Ausgangslage

Ausgangslage ist der Fall einer Patientin, bei der eine lebensbedrohliche Aortadissection im KH Rohrbach diagnostiziert wurde. Es gelang idF nicht, die Patientin in ein Zentrums Krankenhaus zu verlegen und zu operieren, bevor diese nach rascher Verschlechterung des Verlaufs im KH Rohrbach verstarb. Behandlungskapazitäten waren - laut medialer Berichterstattung - in mehreren angefragten KH nicht verfügbar, bzw. wurde ein aufnahmebereites Zentrum erst zu einem Zeitpunkt gefunden, als die Patientin bereits unter Reanimation war und kurze Zeit später verstarb.

II. Projektauftrag

Die Expertenkommission hat zu überprüfen und zu beurteilen, ob in den Abläufen der medizinischen Behandlung der Patientin sowie im Zusammenwirken aller betroffenen medizinischen Einrichtungen Schwächen festzustellen sind.

Dazu sind Verbesserungsvorschläge vorzulegen.

Folgende Zielsetzungen werden damit verfolgt:

- Analyse der konkreten Fallsituation auf Basis der vorgelegten Dokumente der beteiligten Organisationen sowie der Beurteilung und Schlussfolgerungen der Sanitären Aufsicht.
- Darlegung des Soll-Prozesses der Behandlung medizinischer Notfälle unter besonderer Berücksichtigung von Krankheitsfällen, deren Behandlung Referenzzentren vorbehalten ist.
- Analyse der Schnittstellen und Kommunikationswege zwischen den Gesundheitsdienstleistern unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen von medizinischen Notfällen, die vernetztes Handeln der Organisationen erfordern.
- Berücksichtigung der Erfordernisse eines medizinischen Versorgungssystems über Versorgungsregionen hinaus; d.h im Bundesland OÖ sowie bundesweit.

Teil des Auftrags ist ein zu erstellender Kommissionsbericht. Dieser soll die Analyse sowie Empfehlungen und Maßnahmen zu beinhalten.

III. Expertenkommission

- Auftraggeberin: LH-Stv. Mag. Christine Haberland
- Leitung: Friedrich Pammer
- Mitglieder

- **Dr. Brigitte Ettl:** Präsidentin der Plattform für Patientensicherheit und ehem. Ärztliche Direktorin des KH Hietzing
- **Dr. Friedrich Herbst:** Univ.-Prof. für Chirurgie an der Sigmund Freud Privatuniversität
- **Mag. Jakob Hochgerner:** Leiter der Direktion Gesundheit und Soziales beim Amt der Oö. Landesregierung, unter Beiziehung von **Dr. Michael Lehner**, Leiter der Sanitären Aufsicht in der Abt. Gesundheit Amt Oö LReg
- **Dr. Tilman Königwieser, MPH:** Stellv.Vorsitz. des OÖ Landessanitätsrats, Ärztlicher Direktor des Salzkammergutklinikums
- **Dr. Stefan Schaller:** Univ.-Prof. für Anästhesie und Intensivmedizin, Leiter der Klinischen Abteilung für Allgemeine Anästhesie und Intensivmedizin an der MedUni Wien
- **Dr. Daniel Zimpfer, MBA:** Univ.Prof. für Herzchirurgie, Leiter der Universitätsklinik für Herz- und Thorakale Aortenchirurgie an der MedUni Wien

Unter Beiziehung von Experten für fall- oder organisationsspezifische Fachfragen

IV. Zeitplan und Struktur

- Gewinnung der Kommissionsmitglieder bis Mitte November
- Tagungen der Expertenkommission ab Mitte November 2025
- Ergebnisbericht der Kommission voraussichtlich Anfang 2026

LH-Stv. Mag. Christine Haberlandner