

An das  
Amt der Steiermärkischen  
Landesregierung  
8011 Graz-Burg  
Übermittelt per Mail an: [lad@stmk.gv.at](mailto:lad@stmk.gv.at)

Datum: 21.9.2015  
ZVR: 920640321  
Vereinsitz: Wien  
Vorsitzender: Dr. Michael Halmich, PLL.M.  
per Adresse: 1060 Wien, Aegidigasse 7-11/2/43  
Mail: [vorstand@oegern.at](mailto:vorstand@oegern.at)  
Internet: [www.oegern.at](http://www.oegern.at)  
IBAN: AT38 3400 0000 0166 5850  
BIC: RZOOAT2L

## Stellungnahme zur Begutachtung des Stmk. Rettungsdienstgesetz (StRDG) 2015

Sehr geehrte Damen und Herren!

Bezugnehmend auf den vorliegenden Entwurf zur Novellierung des Stmk. Rettungsdienstgesetzes durch das StRDG 2015 nehmen wir als Österreichische Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin (ÖGERN) zu ausgewählten Passagen wie folgt Stellung:

### Ad 1: Recht der Gemeinde auf Selbstverwaltung im Bereich des örtlichen Rettungswesens nach Art 118 Abs 3 Z 7 B-VG

Nach der österr Bundesverfassung fällt das Rettungswesen in die Gesetzgebungskompetenz der Länder (Art 10 Abs 1 Z 12 iVm Art 15 B-VG). Die Besorgungspflichten werden auf Gemeinden und Länder aufgeteilt. Dementsprechend sind für die Besorgung des örtlichen Rettungswesens die **Gemeinden im eigenen Wirkungsbereich** (Art 118 Abs 3 Z 7 B-VG) und für die Besorgung des überörtlichen Rettungswesens (insb des boden- und luftgebundenen Notarztdienstes) die Länder zuständig. Im Wesentlichen umfasst die „Besorgungskompetenz“ die Entscheidung hierüber, ob ein gemeinde- bzw landeseigener Rettungsdienst betrieben, oder dieser an anerkannte Organisationen übertragen wird. Das Recht der Gemeinde auf Selbstverwaltung in ihren Belangen ist ein verfassungsgesetzlich gewährleistetes Recht („Grundrecht“).

Die im StRDG 2015 vorgesehene alleinige Landeskompentenz zur Wahrnehmung der Aufgaben des Rettungswesens verstößt gegen bundesverfassungsrechtliche Vorgaben, zumal die Gemeinden um jede Art der Mitwirkung und Entscheidung im Hinblick auf Selbstbesorgung vs. Fremdvergabe sowie der inhaltlichen Ausgestaltung der „Rettungsdienstverträge“ gebracht werden und somit keinerlei Gebrauch von ihrem Recht auf Selbstverwaltung machen können. Die **Kompetenzen der Gemeinden** sollen sich künftighin lediglich auf Zahlungsverpflichtungen (§ 9) sowie dem Recht auf Beantragung eines Aufsichtsverfahrens (§ 10 Abs 4) beschränken.

Um den verfassungsrechtlichen Vorgaben zu entsprechen, wäre in diesem Zusammenhang eine Mitwirkungs- bzw. Entscheidungsbefugnis der Gemeinden für den örtlichen Rettungsdienst im StRDG 2015 einzuplanen.

## **Ad 2: Abgrenzung Notarzt-, Rettungs- und Sanitätseinsatz (§ 2)**

Die gewählte **Dreiteilung** von Notarzt-, Rettungs- und Sanitätseinsatz ist aufgrund der nach den Erläuterungen explizit ausgegrenzten Beförderung von Personen, die am Transport keine Betreuung benötigen oder nicht durch zwei Sanitäter mittels Tragsessel oder Krankentrage zum oder vom Rettungsdienstfahrzeug getragen werden müssen, nachvollziehbar.

Die Begriffe „Notarzteinsatz“, „Rettungseinsatz“ und „Sanitätseinsatz“ bedürfen jedoch aufgrund der engen Verschränkung mit dem Sanitätergesetz (SanG) und der dortigen Definition eines **Notfallpatienten (§ 10 Abs 2 SanG)** einer Adaptierung, die unseres Erachtens wie folgt sinnvoll erscheint:

### **I) Notarzteinsätze (Neuerungen unterstrichen):**

- a) die medizinische Erstversorgung von Notfallpatienten, das sind Verletzte, Kranke oder sonst Hilfsbedürftige, bei denen im Rahmen einer akuten Erkrankung, einer Vergiftung oder eines Traumas eine lebensbedrohliche Störung einer vitalen Funktion eingetreten ist, eintreten droht oder nicht sicher auszuschließen ist, die eine unverzügliche Betreuung durch einen Notarzt und zumindest einen Notfallsanitäter nach § 10 SanG benötigen,
- b) lt. Entwurf ohne Änderungsvorschlag.
- c) lt. Entwurf ohne Änderungsvorschlag.

### **II) Rettungseinsätze (Neuerungen unterstrichen):**

- a) die sanitätsdienstliche Erstversorgung von Notfallpatienten, das sind Verletzte, Kranke oder sonst Hilfsbedürftige, bei denen im Rahmen einer akuten Erkrankung, einer Vergiftung oder eines Traumas eine lebensbedrohliche Störung einer vitalen Funktion eintreten droht oder nicht sicher auszuschließen ist, die aber keine unverzügliche notärztliche Betreuung benötigen oder eine solche trotz Indikation nicht zur Verfügung steht, durch zumindest einen Notfallsanitäter nach § 10 SanG (bevorzugt mit allgemeinen und besonderen Notfallkompetenzen nach §§ 11 ff SanG) und einen Rettungssanitäter nach § 9 SanG,
- b) lt. Entwurf ohne Änderungsvorschlag.
- c) lt. Entwurf ohne Änderungsvorschlag.

### **III) Sanitätseinsätze (Neuerungen unterstrichen):**

- a) die sanitätsdienstliche Erstversorgung, Betreuung und den Transport von Kranken, Verletzten und anderen hilfsbedürftigen Personen, bei denen die Möglichkeit gesundheitlicher Schäden besteht, jedoch keine lebensbedrohliche Störung einer vitalen Funktion eingetreten ist, eintreten droht oder nicht sicher auszuschließen ist, oder wenn ein Notfallsanitäter oder Notarzt trotz Indikation nicht zur Verfügung steht, durch zumindest zwei Rettungssanitäter nach § 9 SanG,
- b) die sanitätsdienstliche Betreuung und den Transport von Kranken, Verletzten und anderen hilfsbedürftigen Personen zur medizinischen Versorgung in ein Krankenhaus und nach erfolgter Behandlung zurück an den Wohnort durch zumindest zwei Rettungssanitäter nach § 9 SanG,

- c) die sanitätsdienstliche Betreuung und den Transport von gefährlichen Kranken, Verletzten und anderen hilfsbedürftigen Personen zur medizinischen Versorgung in ein Krankenhaus und nach erfolgter Behandlung zurück an den Wohnort durch zumindest einen Rettungssanitäter nach § 9 SanG.

Begründung zu Punkt I (Notarzteinsatz):

Unseres Erachtens sollte der Begriff des Notfallpatienten (§ 10 Abs 2 SanG) im StRDG 2015 als Abgrenzungskriterium herangezogen werden, zumal es sich um einen bereits vorhandenen Rechtsbegriff handelt, welcher die Sachlage ausreichend abdeckt. Eine Neudefinition sollte daher unterbleiben.

Durch den Passus „*die medizinische Erstversorgung von Notfallpatienten, ..., die eine unverzügliche Betreuung durch einen Notarzt ... benötigen*“ kann künftig der ärztlich Verantwortliche der Organisation im Zusammenwirken mit den Leitstellen definieren, welche Einsätze als notarztpflichtig anzusehen sind, ohne dass es hierfür einer Gesetzesänderung bedarf. Jedenfalls als notarztpflichtig anzusehen sind unseres Erachtens solche Patienten, bei denen eine lebensbedrohliche Störung einer vitalen Funktion bereits eingetreten ist (folgt aus Abgrenzung der Definition von Notarzt- und Rettungseinsatz).

Begründung zu Punkt II (Rettungseinsatz):

Das aktuell in Geltung befindliche SanG sieht **zwei Qualifikationsstufen** (Rettungssanitäter, Notfallsanitäter) vor, mit denen unterschiedliche Kompetenzen verbunden sind. **Rettungssanitäter** sind nach § 9 SanG nämlich für die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung kranker, verletzter und sonstiger hilfsbedürftiger Personen, die medizinisch indizierter Hilfe bedürfen, sowie für lebensrettende Sofortmaßnahmen einzusetzen; nicht hingegen für die planmäßige und alleinige Versorgung von Notfallpatienten. Im Gegensatz dazu ist durch die Schaffung des **Notfallsanitäters** einerseits dem (Not)Arzt am Einsatzort ein professioneller Assistent zur Seite gestellt, andererseits der Notfallsanitäter bis zum Eintreffen (not)ärztlicher Hilfe berechtigt, qualifiziertere Erstmaßnahmen als Rettungssanitäter einzuleiten (§ 10 SanG iVm ErläutRV 872 BlgNR 21. GP 42); dies eigenverantwortlich und daher auch planmäßig bei Notfallpatienten. Durch die Ausübung der **Notfallkompetenzen** nach §§ 11, 12 SanG ist der entsprechend ausgebildete Notfallsanitäter darüber hinaus berechtigt, das „(not)arztfreie Intervall“ noch qualifizierter zu überbrücken, und zwar in Form von selbstständiger Verabreichung von (Notfall)Medikamenten, Punktieren peripherer Venen und Infundierung kristalloider Lösungen sowie – nach organisationsinterner Freigabe – Durchführung eines erweiterten Atemwegsmanagements.

Aufgrund der Kompetenztrennung zwischen Berufsrecht (Bundeskompetenz) und Organisationsrecht (Landeskompetenz) besteht daher nur für den Landesgesetzgeber die Möglichkeit, den **differenzierten Einsatz von Sanitätern** entsprechend dem Telos des SanG festzusetzen. Im Unterlassungsfall steht es den Rettungsorganisationen – so wie bisher – frei, die Besetzung der Rettungsmittel im Zuge ihres „Rettungsdienstkonzeptes“ eigenständig festzulegen. Diese Vorgehensweise führt bislang dazu, dass in Österreich fast ausschließlich Rettungssanitäter auf nicht-arztbesetzten Rettungsfahrzeugen eingesetzt werden, wobei es bei zunehmender Notarztknappheit dazu kommt, dass diese dann regelmäßig Notfallpatienten alleine versorgen. Um das in den Erläuterungen zum StRDG 2015 erwähnte hohe Niveau des stmk. Rettungswesens auch künftig aufrechterhalten zu können, erscheint eine gesetzliche Verankerung eines entsprechend differenzierten Einsatzes von Rettungs- und Notfallsanitätern **im Landes-Rettungsdienstgesetz** unumgänglich. Für die Ausbildung ausreichender Notfallsanitäter sind entsprechende Übergangsfristen festzulegen.

Darüber hinaus erscheint sowohl für die Fälle künftiger Notarztknappheit als auch für die Bewältigung von Großschadensereignissen der Passus „... oder eine solche trotz Indikation nicht zur Verfügung steht ...“ zur Rechtsklarheit sinnvoll.

#### Begründung zu Punkt III (Sanitätseinsatz):

Zur Klarstellung, dass Rettungssanitäter (§ 9 SanG) auch künftig in der Primärrettung eingesetzt werden können, diese jedoch nicht planmäßig für die Versorgung von Notfallpatienten zuständig sein dürfen, erscheint uns eine Aufgliederung des Sanitätseinsatzes sinnvoll. Darüber hinaus ist es unseres Erachtens notwendig, auch Sanitätseinsätze von „gefährlichen Patienten“, welche lediglich durch einen Sanitäter bewältigt werden, wie zB Fahrten von und zur **Dialysebehandlung**, ebenso von der Begriffsbestimmung zu umfassen. Dies deshalb, weil es beim Transport von Dialysepatienten neben Kreislaufproblemen auch zu sogenannten „Shuntblutungen“ kommen kann, die eine entsprechend qualifizierte Versorgung durch Sanitäter (zumindest durch einen Rettungssanitäter) erfordern.

#### **Ad 3: Hilfsfrist (§ 2 Z 5; § 4 Abs 4 Z 8; § 5 Z 4)**

Aus Qualitätssicherungsgründen und zur Erreichung eines einheitlichen Niveaus in der stmk. Rettungsdienstlandschaft erscheint es unseres Erachtens sinnvoll, die in den Erläuterungen zum StRDG 2015 angegebene **15-minütige Hilfsfrist gesetzlich** (zB im § 2 Z 5 oder im § 4 Abs 4 Z 8), zumindest jedoch im Verordnungsweg (§ 13) festzulegen, und diese nicht einer (freien) vertraglichen Vereinbarung zugänglich zu machen.

#### **Ad 4: Einführen einer einheitlichen Dokumentation zur Datengenerierung (§ 4 Abs 4)**

Um die im Rettungsdienst erbrachten Leistungen im Sinne einer Qualitätssicherung sorgfältig evaluieren zu können, bedarf es einer einheitlichen Dokumentation, um die entsprechenden Daten generieren zu können. Aktuell gibt es in Österreich große Unterschiede in der rettungsdienstlichen Dokumentation; von handschriftlicher bis zu elektronisch erfasster ist die Bandbreite groß. Im Zuge einer Erweiterung des § 4 Abs 4 wäre es zu befürworten, eine verpflichtend einzuführende **elektronische Dokumentation** festzusetzen.

#### **Ad 5: Qualifikation des ärztlichen Leiters für medizinische Belange (§ 4 Abs 4 Z 5)**

Nach § 23 SanG dürfen Sanitäter nur in Einrichtungen tätig werden, in denen eine Aufsicht durch einen Notarzt oder einen sonstigen fachlich geeigneten Arzt mit mindestens jeweils fünfjähriger einschlägiger Berufserfahrung gewährleistet ist.

Diese Formulierung sollte so auch als Qualifikationserfordernis des ärztlichen Leiters für die medizinischen Belange des Rettungsdienstes im § 4 Abs 4 Z 5 festgelegt werden.

#### **Ad 6: Regelung des Ersatzes von Schäden bei Duldung (§ 11)**

Erwachsen einem gem § 11 Verpflichteten durch einen ordnungsgemäß durchgeführten Rettungseinsatz Schäden, so sieht das StRDG 2015 keine Regelung bzgl einer **Schadloshaltung** vor. Unseres Erachtens sollte § 11 um eine solche ergänzt werden. Als Vorbild könnte zB § 7 Kärntner Rettungsdienst-Förderungsgesetz (K-RFG) dienen.

**Literaturhinweise:**

ÖGERN (Hrsg), System- und Haftungsfragen in der Notfallmedizin (2015) mit Beiträgen von:

- *Halmich*, Rechtliche Überlegungen zur Systemoptimierung im österreichischen Rettungsdienst, 31-44
- *Hellwagner*, Rettungseinsatz versus Notarzteeinsatz in Österreich – ein Abgrenzungsversuch, 45-58

Die Stellungnahme wurde unter Einbeziehung des gesamten ÖGERN-Vorstands- und Mitgliederkreises erstellt.

Für ÖGERN zeichnet

*Dr.iur. Michael Halmich, PLL.M.*  
(ÖGERN-Vorsitz)