

Zeitschrift für

VERKEHRS-**ZVR** RECHT

Sonderheft

Redaktion Karl-Heinz Danzl, Christian Huber,
Georg Kathrein, Gerhard Pürstl

Dezember 2015

12a

417 – 508

ZVR-Verkehrsrechtstag 2015

Themen

Straßenverkehrsrecht

**Verkehrsunfall von A bis Z:
Versicherungsrecht**

**Autofahren der Zukunft:
IVS, Fahrerassistenzsysteme und
automatisiertes Fahren**

Rettungswesen & Medizinrecht



Rettungswesen und Berufsrecht

Eine Analyse 2015

Aktuelle Entwicklungen im österr Rettungswesen erfordern neben einer Evaluierung der Berufs- und Tätigkeitsbilder von Sanitätern und Notärzten auch ein Neudenken rettungsdienstlicher Strukturen. Der Beitrag beleuchtet die jahrzehntelang geltenden Berufsvorschriften anhand heutiger Rollenbilder, diskutiert aktuelle Problemfelder, wie etwa Arbeitszeitgrenzen für Notärzte und Haftungsfragen, und stellt mögliche Zukunftsszenarien vor.

Von Michael Halmich

Inhaltsübersicht:

- A. Rettungswesen in Österreich
 - 1. Historie
 - 2. Gesetzliche Entwicklungen
 - 3. Systementwicklung anhand der Patientenversorgung
- B. Details zum eingesetzten Personal
 - 1. Notarzt
 - 2. Sanitäter
 - 3. Überlegungen zur Optimierung
- C. Arbeitszeitgrenzen
 - 1. Geltung KA-AZG für Notärzte?
 - 2. Sonstige Arbeitszeitgrenzen
- D. Haftungsfragen
 - 1. Allgemeine Haftung nach ABGB
 - 2. Mitarbeiterregress
- E. Conclusio

A. Rettungswesen in Österreich

1. Historie

Bereits Josef II. erkannte die Wichtigkeit rettungsdienstlicher Leistungen und implementierte im 18. Jhd ein rudimentäres Rettungswesen. Erst der **Brand des Ringtheaters** in Wien 1881, der aufgrund unzureichender Rettungskräfte etwa 400 Menschen das Leben kostete, machte offenkundig, dass Handlungsbedarf für ein professionelleres Rettungssystem bestand. Neben der Gründung der „Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft“ konnte durch die Zusage staatlicher Finanzierungsleistungen die flächendeckende Ausgestaltung rettungsdienstlicher Strukturen vorangetrieben werden.

War bis zum Ersten Weltkrieg das Rettungswesen eng an die Feuerwehrstrukturen angelegt, so setzten sich nach dem Zweiten Weltkrieg eigene Strukturen innerhalb bestehender bzw neugegründeter **Non-Profit-Organisationen**¹⁾ durch, welche die Aufgaben von den zuständigen Gemeinden und Ländern übernahmen. Einzig in Wien etablierte sich ein gemeindeeigener Rettungsdienst in Form der Berufsrettung Wien.²⁾ Trotz der ehrenamtlichen Betätigung Grazer Medizinstudenten in der präklinischen Patientenversorgung ab 1890³⁾ wurden präklinische Notärzte erst ab 1974 im organisierten Notarzdienst in Österreich eingesetzt. Mit 1983 begann die österreichweite Stationierung von Notarzhubschraubern.⁴⁾

2. Gesetzliche Entwicklungen

Bereits 1870 gab es erstmals Vorschriften zur Organisation eines Rettungswesens.⁵⁾ In weiterer Folge wurde durch die Kompetenzverteilung in der Österr Bundesverfassung von 1925⁶⁾ ein Tatbestand „Gesundheitswesen“⁷⁾ eingeführt, welcher das „Rettungswesen“ von seinem Regelungsinhalt ausklammerte. Aufgrund der dadurch klargestellten Gesetzgebungskompetenz der Länder wurden in den neun österr Bundesländern Schritt für Schritt **Landesrettungsdienstgesetze**⁸⁾ erlassen, in welchen Rahmenbedingungen zur Struktur, zur Organisation und zur Finanzierung zu finden sind.

Die **Besorgungspflichten** werden auf Gemeinden und Länder aufgeteilt. Die Gemeinden zeichnen im eigenen Wirkungsbereich⁹⁾ für den örtlichen Rettungsdienst verantwortlich, die Länder für den überörtlichen Rettungsdienst. Die Gebietskörperschaften haben dabei die Möglichkeit, die Aufgaben entweder selber zu besorgen¹⁰⁾ oder geeignete private Organisationen¹¹⁾ damit zu beauftragen. Bei Letzterer gelten – bei Über-

ZVR 2015/246

§ 40 ÄrzteG 1998;
§§ 8 ff SanG;
Landes-
Rettungsdienst-
gesetze;
KA-AZG;
DHG

Sanitäter- und
Notarzt-
kompetenzen;

Arbeitszeit-
grenzen für
Notärzte;

Haftung;

Mitarbeiter-
regress

1) Österr Rotes Kreuz (ab 1866), Arbeiter-Samariter-Bund (ab 1932), Johanniter-Unfall-Hilfe (ab 1974), Malteser Hospitaldienst Austria (ab 1956).

2) Aufbau der Strukturen in der Rettungs- und Krankenbeförderung ab 1940.

3) Daraus entwickelte sich das bis heute bestehende Medizinercorps.

4) 1983: ÖAMTC-„Christophorus“-Stützpunkte in Innsbruck und Krams; Rettungshubschrauber „Martin“ des Innenministeriums in Salzburg.

5) Gesetz betr die Organisation des öffentlichen Sanitätsdienstes, RGBI 1870/68; va § 3.

6) BGBI 1930/1.

7) Art 10 Abs 1 Z 12 B-VG idGF.

8) Burgenländisches Rettungsgesetz 1995 LGBl 1996/30 idF LGBl 2015/38; Kärntner Rettungsdienst-Förderungsgesetz LGBl 1992/96 idF LGBl 2015/5; NÖ Rettungsdienstgesetz LGBl 1974/147 idF LGBl 2002/104; Oö Rettungsgesetz 1988 LGBl 1988/27 idF LGBl 2013/90; Salzburger Rettungsgesetz LGBl 1981/78 idF LGBl 2013/107; Steiermärkisches Rettungsdienstgesetz LGBl 1990/20 idF LGBl 2013/87 (Novelle 2015 zum Publikationszeitpunkt in Begutachtung); Tiroler Rettungsdienstgesetz 2009 LGBl 2009/69 idF LGBl 2013/130; (Vorarlberger) Rettungsgesetz LGBl 1979/46 idF LGBl 2013/44; Wiener Rettungs- und Krankentransportgesetz LGBl 2004/39 idF 2010/56.

9) Art 118 Abs 2 iVm Abs 3 Z 7 B-VG.

10) ZB Wiener Berufsrettung, Magistratsabteilung 70.

11) Hierfür ist eine Anerkennung als Rettungsorganisation durch die jeweilige Landesregierung Voraussetzung; in Österreich sind ua folgende Anbieter tätig: Arbeiter-Samariter-Bund, Grünes Kreuz, Johanniter-Unfall-Hilfe, Malteser Hospitaldienst Austria, Österr Rotes Kreuz.

schreitung der Wertgrenzen – die Regelungen über die **öff Ausschreibung**,¹²⁾ wobei aufgrund der vom Europäischen Parlament 2014 beschlossenen Vergabe- und Konzessions-RL¹³⁾ ein Gemeinnützigkeitsvorbehalt beschlossen wurde. Dieser sieht eine Bereichsausnahme für Notfalldienste vor. Demnach könnte auf eine europaweite Ausschreibung verzichtet werden, da Notfalldienste als gemeinnützige Tätigkeiten keine wettbewerbliche, marktfähige Dienstleistung darstellen. Ob auch das Krankentransportwesen, welches isoliert betrachtet durchaus nach marktwirtschaftlichen Regeln funktioniert, unter den Gemeinnützigkeitsvorbehalt fallen soll, überlässt die RL den Entscheidungsträgern auf nationaler Ebene. Eine Umsetzung der RL in innerstaatliches Recht steht aktuell noch aus, hat jedoch bis April 2016 zu erfolgen.

Maßgebliche Größe für die Infrastruktur des Rettungswesens ist die **Hilfsfrist**. Darunter versteht man die Zeit zwischen Eingehen einer Notrufmeldung in der Leitstelle und Eintreffen des Rettungsmittels am Ort des Geschehens. Im Gegensatz zu einigen unserer Nachbarländer ist in Österreich die Hilfsfrist in den Landesrettungsdienstgesetzen nicht geregelt,¹⁴⁾ wobei unter den Verantwortlichen Einigkeit hierüber besteht, dass ein Eintreffen am Notfallort in ganz Österreich innerhalb der internationalen Hilfsfrist von 15 Minuten anzustreben ist.¹⁵⁾

Für die Erlassung von **Berufsvorschriften** ist der Bund in Gesetzgebung und Vollziehung zuständig. Die erste Vorschrift im Bereich des Rettungswesens erging für Sanitätshelfern nach dem BG über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste (MTF-SHD-G).¹⁶⁾ Es regelte lediglich die Berufsausübung, nicht hingegen die ehrenamtliche Tätigkeit bzw den (ab 1975 implementierten) Zivildienst. 1987 folgte die erste Ausbildungsregelung für **Notärzte** im ÄrzteG 1984, die eine Tätigkeit im organisierten Notarztdienst auszuüben beabsichtigten.¹⁷⁾ 2002 wurde schließlich das Berufs- und Tätigkeitsfeld für **Sanitäter** neu auf die Beine gestellt und modernen berufsrechtlichen Vorschriften der nichtärztlichen Gesundheitsberufe angepasst. Als Vorbild fungierte das 1997 umfassend novellierte Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG).

3. Systementwicklung anhand der Patientenversorgung

War das Rettungswesen nach dem Zweiten Weltkrieg vom Leitspruch „**load and go**“ geprägt, bei dem minimalste medizinische Maßnahmen am Einsatzort gesetzt wurden und es einziges Ziel war, den Patienten schnellstmöglich in eine geeignete Versorgungseinheit zu bringen, verlagerte es sich durch den Einsatz präklinisch tätiger Notärzte ab 1974 und Implementierung wissenschaftlicher Ansätze, dass umfassende notfallmedizinische Maßnahmen – wenn möglich – bereits am Einsatzort zu tätigen sind, zum Slogan „**stay and play**“. Dabei wurden sämtliche Diagnose- und Therapiemöglichkeiten bereits am Einsatzort eingeleitet bzw ausgeschöpft und der Transport erst angetreten, wenn der Zustand des Patienten stabil genug war. Diese oftmals langen Aufenthaltszeiten am Einsatzort waren im Hin-

blick auf das Patientenoutcome nicht förderlich und einer Kritik ausgesetzt, sodass die heutige moderne Rettungs- und Notfallmedizin vom Leitgedanken „**treat and run**“ geprägt ist. Hierbei werden lediglich solche Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten eingeleitet, die für die Versorgung des Notfallpatienten unmittelbar unerlässlich sind, ohne jedoch wertvolle Zeit zu verlieren („goldene Stunde“ der Traumatologie, Einhalten des Lysefensters in der Schlaganfallbehandlung).¹⁸⁾

B. Details zum eingesetzten Personal

1. Notarzt

Berufsrechtlich betrachtet haben Ärzte, die zur selbstständigen Berufsausübung berechtigt sind¹⁹⁾ und eine Tätigkeit im organisierten Notarztdienst anstreben, nach § 40 ÄrzteG 1998 einen **Lehrgang** im Mindestausmaß von 60 Stunden zu absolvieren, welcher mit einer theoretischen und praktischen Prüfung abschließt. In weiterer Folge kann die Tätigkeit aufgenommen werden und sind verpflichtend alle zwei Jahre Fortbildungskurse (zweitägig) nachzuweisen, ansonsten es zum Verlust der Tätigkeitsberechtigung als Notarzt kommt.²⁰⁾ Für die Ausübung leitender Funktionen im Rahmen organisierter Rettungsdienste ist aufbauend ein Lehrgang zum „Leitenden Notarzt“ zu absolvieren.²¹⁾

Ein Blick in die Praxis verrät, dass das aktuelle Betätigungsfeld präklinisch tätiger Notärzte zunehmend unattraktiver wird, sodass Stützpunkte bereits **Rekrutierungsprobleme** verzeichnen. Dem einerseits ständig steigenden Wissens- und Qualifikationsanstieg, welchem nur mit laufender Fortbildung und innerklinischer Anbindung entgegengetreten werden kann, steht andererseits eine hohe Einsatzfrequenz bei tatsächlich niedriger Indikationsrate gegenüber. Nach einer 2014 veröffentlichten Publikation von *Prause/Kainz* ist lediglich jeder neunte Notarzteinsatz in Österreich tatsächlich indiziert, sodass der Notarzt als „Arzt für alle Fälle“ systemmissbraucht wird und als Lückenbüßer für fehlende extramurale Strukturen dient.²²⁾ Prallen die dadurch bedingte (hohe) Frustration im notärztlichen Tätigkeitsfeld mit Arbeitszeitgrenzen nach dem KA-AZG für parallel in Krankenanstalten tätige Ärzte zusammen, so erleichtert es die Entscheidung des Not-

12) Bundesvergabegesetz 2006 BGBl I 2006/17 idF BGBl I 2013/128 inkl der dazugehörigen Landesvorschriften.

13) RL über die Vergabe öffentlicher Aufträge, RL 2014/24/EU; RL über die Konzessionsvergabe, RL 2014/23/EU; Inkrafttreten: 17. 4. 2014, Zwei-Jahres-Umsetzungsfrist in innerstaatliches Recht.

14) Ausnahme § 5 Abs 9 der V der Burgenländischen LReg v 3. 7. 2007, mit der Richtlinien für den Rettungs- und Notarztdienst erlassen werden (LGBl 2007/44).

15) *Halmich*, Recht für Sanitäter und Notärzte (2012) 106; so auch Erläut zum Entwurf des Stmk Rettungsdienstgesetzes 2015.

16) BGBl 1961/102. Außerkrafttreten durch Implementierung des SanG im Jahr 2002 (BGBl I 2002/30).

17) § 15 a ÄrzteG 1984, BGBl 1987/314. Novellierung mit kaum inhaltlicher Änderung und Neupositionierung in § 40 ÄrzteG 1998, zuletzt geändert durch BGBl I 2003/140.

18) *Halmich*, Recht für Sanitäter und Notärzte (2012) 119.

19) Das sind nach § 3 Abs 1 ÄrzteG 1998 Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte jeglicher Fachrichtung und approbierte Ärzte.

20) § 40 Abs 3 ÄrzteG 1998.

21) § 40 Abs 4 ÄrzteG 1998.

22) *Prause/Kainz*, Notarzt – ein Arzt für alle Fälle? ÖAZ 13/14.

arztes, künftig der Krankenanstaltentätigkeit bzw der Freizeit und nicht dem Notarztwesen den Vorrang einzuräumen.

Die an dieser Stelle auftauchende Frage, ob es sich in Österreich überhaupt lohnt, darum zu kämpfen, **Notärzte weiterhin im präklinischen System** zu halten, ist eindeutig zu bejahen. Denn scheidet man in einer Vergleichsanalyse die Einsätze aus, die bei kritischer Betrachtung nicht unbedingt als notarzpflichtig gesehen werden, dann zeigt sich, dass bei kritischen Notfällen die Behandlung durch einen qualifizierten Notarzt vor Ort das Patientenoutcome um das bis zu Vierfache verbessern kann. Studien belegen also, dass eine frühzeitige notärztliche Intervention bereits am Einsatzort die Überlebenschancen gewisser Notfallpatienten deutlich verbessert.²³⁾

2. Sanitäter

Das 2002 implementierte SanG wurde mit dem Ziel erlassen, einen modernen Rechtsrahmen für diese nicht-ärztliche Berufs- und Tätigkeitsgruppe innerhalb des Rettungswesens zu kreieren. Es wurden zwei Qualifikationsstufen geschaffen: Der **Rettungssanitäter (RS)** erhielt durch seine 260-Stunden-Ausbildung die Kompetenz zur Durchführung von (qualifizierten) Krankentransporten und Einsätzen milderer Dringlichkeit.²⁴⁾ Der **Notfallsanitäter (NFS)**, welcher aufbauend auf den RS 480 Stunden an Ausbildung zu absolvieren hat, ist einerseits ein qualifizierter Assistent des Notarztes, andererseits bis zur (not)ärztlichen Patientenübernahme berechtigt, eigenverantwortlich Notfallpatienten zu versorgen und zu transportieren. Weiters hat er die Kompetenz, Medikamente zu verabreichen, die der zuständige Arzt der Organisation zuvor schriftlich zur Anwendung für Notfallsanitäter freigegeben hat (Arzneimittelliste 1).²⁵⁾

Um in Notsituationen, ggf auch in Abwesenheit eines (Not)Arztes, als Notfallsanitäter eine qualifizierte Patientenversorgung durchführen zu können, eröffnet das SanG die Möglichkeit, **Notfallkompetenzen** zu erwerben. Die allg Notfallkompetenzen unterteilen sich einerseits in eine erweiterte Medikamentenapplikation (Arzneimittelliste 2)²⁶⁾ und andererseits in die Kompetenz zum Punktieren peripherer Venen samt Einleitung einer Infusionstherapie mittels kristalloider Lösungen.²⁷⁾ Die besondere Notfallkompetenz umfasst insb die endotracheale Intubation ohne Prämedikation. Sie bedarf jedoch einer schriftlichen Freigabe durch den zuständigen Arzt der jeweiligen Organisation. In weiterer Folge hat der Gesundheitsminister entsprechend dem Stand der medizinischen Wissenschaften die Möglichkeit, weitere Notfallkompetenzen im Verordnungsweg zu erlassen,²⁸⁾ wobei bis dato keine Verordnung erlassen wurde.

Blickt man 2015 in die Praxis, so stellt man fest, dass die 2002 angedachte laufende Weiterentwicklung des Berufs- bzw Tätigkeitsfelds von Sanitätern durch die Rettungsorganisationen kaum vorangetrieben wurde. Die Gründe hierfür sind einerseits, dass es in Österreich **keinen differenzierten Einsatz von Sanitätern** der unterschiedlichen Qualifikationsstufen gibt, zumal die Landesgesetzgeber in den Rettungsdienstgesetzen

keine Mindestanforderungen für die Besetzung der unterschiedlichen Rettungsmittel vorgeben und die Rettungsorganisationen – wohl vordergründig nach finanziellen Aspekten – flächendeckend Rettungssanitäter auf nichtarztbesetzten Fahrzeugen einsetzen. Aufgrund dieses Systems haben Rettungssanitäter oftmals eine extensive Notarztbeziehung veranlasst,²⁹⁾ die auf ihre knappe Ausbildung und ihre fehlende Erfahrung im Umgang mit Notfallpatienten zurückzuführen ist. Andererseits ist der Stillstand des Berufs- und Tätigkeitsfelds auch auf die Beschränkungen in der Ausübung der Notfallkompetenzen zurückzuführen.³⁰⁾

3. Überlegungen zur Optimierung

Aufgrund der engen Verzahnung von Berufsrecht (Bundeskompetenz) und Organisationsrecht (Landeskompetenz) können Überlegungen zur Optimierung nur übergreifend angestellt werden.

Im Hinblick auf **organisationsrechtliche Regelungen** ist primär der politische Wille zu eruieren, welche Rolle das Rettungswesen im Gesamt-Gesundheitssystem künftig einnehmen soll. Soll es – so wie heute – im Krankentransport und Rettungs- bzw Notardienst tätig sein und somit als „präklinischer Patienten-Erstversorger“ und „Krankenhauszubringer“ fungieren, oder soll es eine tragende Rolle in der Primärversorgung dahingehend einnehmen, dass für den Anrufenden dann vor Ort die optimalste Weiterversorgung organisiert wird, wie zB: Behandlung vor Ort und Belassung, Nachfordern eines Hausarztes, Einbezug der Hauskrankenpflege, Alarmierung des Notarztes, Verweisung zum Facharzt, Transport dorthin oder in eine Ambulanz bzw in ein Krankenhaus, aber auch zu psychosozialen Betreuungseinrichtungen und ggf in Not schlafstellen für Obdachlose.³¹⁾ Diese moderne Auffassung des Rettungswesens würde zur deutlichen Entlastung der Spitalsambulanzen führen und dem Ziel der

23) *Hellwagner*, Rettungseinsatz versus Notarzteinsatz in Österreich – ein Abgrenzungsversuch, in *ÖGERN* (Hrsg), System- und Haftungsfragen in der Notfallmedizin (2015) 45 (47).

24) Zuständig ua für die selbständige und eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung kranker, verletzter und sonstiger hilfsbedürftiger Personen, die medizinisch indizierter Betreuung bedürfen, vor und während des Transports; nicht hingegen für die eigenverantwortliche und daher planmäßige Versorgung von Notfallpatienten. Vgl §§ 8, 9 SanG.

25) Konkreter Tätigkeitsbereich vgl §§ 8, 10 SanG.

26) Laut den in Österreich aktuell freigegebenen Arzneimittellisten finden sich in der „Liste 2“ ua Medikamente zur Akutbehandlung von Hypoglycämien, Krampfgeschichten, drohenden Schockzuständen, Anaphylaxien, Hypovolämien, Bronchospasmen, Koronarsyndromen, Hypertensionen und Atem-Kreislaufstillständen.

27) Getrennte, aber aufbauende Ausbildung in den allg Notfallkompetenzen: NKA = Notfallkompetenz Arzneimittellehre; NKV = Notfallkompetenz Venenzugang und Infusion.

28) § 13 SanG.

29) Dies bestätigt auch die oben angeführte Statistik, die besagt, dass in Österreich lediglich jeder neunte Notarzteinsatz tatsächlich indiziert ist.

30) In einigen Rettungsorganisationen ist die Ausübung sowohl der allg (= mE rechtswidrig) als auch der besonderen Notfallkompetenz untersagt, sind die Rettungsmittel mit unzureichendem Material ausgestattet oder finden Beschränkungen durch eine unzureichende Ausgestaltung der Arzneimittellisten (durch die ärztlich Verantwortlichen) statt.

31) Vgl *Redelsteiner*, Von der „Rettung“ zum mobilen präklinischen Dienst. Der Rettungsdienst auf dem Weg zu einem Paradigmen- und Strategiewechsel? *ÖZPR* 2014/112, 165.

Gesundheitsreform 2013, dem Ausbau der Primärversorgung, dienen.

Konkrete Projekte im Zuge der Gesundheitsreform 2013, welche auch Auswirkungen auf das Rettungswesen zeigen werden, starten bereits. So wurde bei den heurigen Alpbacher Gesundheitsgesprächen das telefon- und webbasierte Erstkontakt- und Beratungsservice („TEWEB“) vorgestellt, welches ab 2016 im Pilotprojekt in den Bundesländern Wien, Niederösterreich und Vorarlberg getestet wird und nach einer Evaluierungsphase 2019 österreichweit umgesetzt werden soll. Im Zuge dieses „TEWEB“-Service wird die Bevölkerung künftig bei medizinischen Problemen von geschultem Personal in Triageentscheidungen beraten, der weitere Behandlungspfad erörtert oder eine Anleitung zur Selbstbehandlung gegeben; weiters können Medikamenten-Interaktionen besprochen oder reise-medizinische Informationen eingeholt werden. Durch Vernetzung mit den Rettungsleitstellen ist zu erwarten, dass rettungsdienstliche Leistungen zielgerichtet eingesetzt und dadurch auch Spitalsambulanzen entlastet werden können.

Im Hinblick auf das **eingesetzte Personal** sind die Rollenbilder anhand des künftigen Systems zu definieren. Jedenfalls klar ist, dass aufgrund der weiterhin zu erwartenden Notarztknappheit diese Ressource künftig „indikationsgerechter“ einzusetzen ist, wodurch es zwangsläufig zur Erweiterung des Einsatzspektrums von Sanitätern kommen wird.³²⁾ Mit der aktuell bevorstehenden Novellierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) wird beabsichtigt, den Kompetenzkatalog des Diplom-Pflegepersonals um Tätigkeiten, die in der Vergangenheit typische „Turnusarzt-Tätigkeiten“ waren, nach entsprechend ärztlicher Anordnung zu erweitern. Dadurch wird einer möglichen Novellierung des SanG der Boden bereitet, wobei beim aktuell in Geltung befindlichen SanG mit kleineren Adaptierungen das Auslangen gefunden werden kann, da es inhaltlich bereits ausreichende Möglichkeiten vorsieht, ein modernes Berufs- und Tätigkeitsbild zu kreieren (zB Notfallkompetenz-Verordnungsermächtigung des Gesundheitsministers nach § 13 SanG; Ausbau der Arzneimittellisten durch die ärztlich Verantwortlichen der Organisation ohne Gesetzesänderung). Letztlich gilt der Appell den Rettungsorganisationen, die es „ihren Sanitätern“ erlauben sollen, von bereits erworbenen Kompetenzen maximalst Gebrauch machen zu dürfen.³³⁾

Auch die **Notarztbestimmung** (§ 40 ÄrzteG 1998) benötigt eine Evaluierung. Bemühungen diverser Fachgesellschaften³⁴⁾ und Experten der Wissenschaft und Lehre,³⁵⁾ zuletzt der Ärztekammer, eine Reform der Notarztausbildung in Gang zu setzen, haben bisher nicht gefruchtet. Argumentiert wird, dass der Wissens- und Qualifikationsanstieg es aber erfordert, neben dem „Recht zur selbstständigen Berufsausübung“ und dem Notarztlehrgang als Basis der Notarztausbildung weitere Anforderungen vorzugeben, wie etwa eine vertiefende Ausbildung mit praktischen Trainings (abzuarbeitender „medical skills“-Katalog), Mindest-Fallzahlen in der Durchführung notfallmedizinischer Maßnahmen, Sammeln von Einsatzerfahrung durch Begleitung eines erfahrenen Kollegen sowie eine Bin-

dung notärztlicher Tätigkeiten an (Fach)Ärzte mit regelmäßiger notfallmedizinischer Anbindung (zB in künftig auszubauenden interdisziplinären Notaufnahmen).

Zu guter Letzt bedarf es im **Organisationsrecht** einer Vereinheitlichung. Zu diskutieren ist, ob das Rettungswesen zu einer Materie mutiert ist, welche eine bundesweit einheitliche Regelung erfahren sollte, was eine Änderung der Kompetenzverteilung in der Bundesverfassung bedeuten würde. Im Verneinungsfall wäre eine Art-15 a-B-VG-Vereinbarung anzudenken, welche im Gesundheitswesen keine Seltenheit darstellt. In einer solchen Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern sollte das Angebot rettungsdienstlicher Leistungen vereinheitlicht, Rettungsmittel samt dem dazugehörigen Personal definiert, ein ärztlich Verantwortlicher je Bundesland bestellt sowie ein einheitliches Dokumentations- und Qualitätsmanagementsystem eingeführt werden.

C. Arbeitszeitgrenzen

1. Geltung KA-AZG für Notärzte?

Grundsätzlich werden Notärzte in Österreich entweder im Zuge eines (echten) Dienstverhältnisses oder eines freien Dienstvertrags tätig. Das KA-AZG und die darin enthaltenen Arbeitszeitgrenzen entfalten nur dann für den Notarzt eine Wirkung, wenn die Tätigkeit im Zuge eines (echten) **Dienstverhältnisses zur Krankenanstalt** (§ 1 Abs 1 KA-AZG) ausgeübt wird. Die Abgrenzung notärztlicher Tätigkeiten zwischen den eingangs erwähnten Vertragstypen bereitet in der Praxis Probleme, die auch zur präklinischen Notarztverknappung beitragen.

Wesentliches Abgrenzungskriterium ist neben dem Vertragspartner des Notarztes die **persönliche Abhängigkeit**. Je ausgeprägter die Weisungsbindung im Hinblick auf die Arbeitsart und Arbeitsabfolge (Dienstplaneinteilung, Vertretung, Angabe von Entschuldigungsgründen bei Verhinderung etc) ist, desto eher ist von einem (echten) Dienstverhältnis auszugehen; je „freier“ der Notarzt hier agieren kann, desto eher spricht es für die Annahme eines freien Dienstvertrags.

Eine sorgfältige Vertragsgestaltung – anlehnd an die OGH-Judikatur³⁶⁾ – kann Unklarheiten von Beginn an beseitigen. Im Fall der Beabsichtigung eines freien Dienstverhältnisses, bei welchem ua die Arbeitszeitgrenzen des KA-AZG nicht zur Geltung gelangen, sollte als Vertragspartner jedenfalls die **Rettungsorganisation** und nicht der Krankenanstaltenträger fungieren.

32) Zum indikationsgerechten Einsatz von Notärzten vgl. *Hellwagner in ÖGERN* (2015) 45 ff.

33) Zum konkreten Reformbedarf im SanG vgl. *Halmich*, Rechtliche Überlegungen zur Systemoptimierung im österreichischen Rettungsdienst, in *ÖGERN* (2015) 31 (41).

34) *Trimmel/Baubin* für *ÖGARI*, Die Zukunft der Notarztausbildung in Österreich – ein Reformvorschlag, AIC-News Nr 59/Mai 2009; weiters auch ÖNK, AAEM, AGN ÖGERN.

35) *Prause/Kainz*, ÖÄZ 13/14.

36) OGH 28. 8. 1991, 9 Oba 99/91; 29. 9. 2014, 8 Oba 58/14 h.

2. Sonstige Arbeitszeitgrenzen

Für angestellte Sanitäter bzw Zivildienstleistende gelten die entsprechenden Schutzvorschriften bzgl Arbeitszeiten, -ruhe und -pausen.³⁷⁾ Sowohl für ehrenamtlich tätige Sanitäter als auch für Notärzte mit freiem Dienstvertrag gibt es keine gesetzlichen Vorgaben. Dennoch sind Grenzen zu ziehen, welche sich an der **Diensttauglichkeit** orientieren. Diese liegt vor, wenn die tätigkeitsrelevanten Anforderungen an die jeweilige Berufsgruppe fachgerecht erbracht werden können. Die Grenze der Dienste pro Woche bzw der Ruhepausen und -zeiten wird dann so zu bestimmen sein, dass die Fähigkeit, Dienst am Mitmenschen ohne Gefahr für andere und/oder sich selbst auszulösen, vorhanden ist.³⁸⁾ Unter diesem Gesichtspunkt wird die maximale durchgängige Dienstzeit mE mit 24 Stunden begrenzt sein. Wie häufig nun Dienste pro Woche geleistet werden können, hängt auch von der sonstigen beruflichen Tätigkeit und der dortigen Auslastung ab. Zum Patienten- und Mitarbeiterschutz ist eine Regelung durch eine interne Organisationsvorschrift ratsam.

D. Haftungsfragen

1. Allgemeine Haftung nach ABGB

Im Hinblick auf die Schadloshaltung von Patienten, denen durch die Inanspruchnahme rettungs- bzw notarztdienstlicher Leistungen ein Schaden entstanden ist, gelten die allg Haftungsregelungen nach ABGB. Das Rechtsverhältnis zwischen Patienten und Rettungsorganisation stützt sich entweder auf einen Behandlungs- und Beförderungsvertrag oder auf die Geschäftsführung ohne Auftrag im Notfall nach § 1036 ABGB. Im Rettungswesen greifen idR auch die Regelungen bzgl einer außergerichtlichen Streitbeilegung.³⁹⁾

2. Mitarbeiterregress

Schädigt ein Mitarbeiter im Zuge seiner Dienstertfüllung die Organisation, für die er tätig ist, so gelten nach

dem Dienstnehmerhaftpflichtgesetz (DHG) **eingeschränkte Regressmöglichkeiten**: Für entschuld bare Fehlleistungen haftet der Mitarbeiter überhaupt nicht. Bei einem Versehen (= Fahrlässigkeit) kann das Gericht den Ersatz mäßigen, bei „einem minderen Grad des Versehens“ (= leichte Fahrlässigkeit) sogar ganz erlassen.⁴⁰⁾

Das DHG gilt kraft gesetzlicher Klarstellung für alle angestellten Sanitäter und Notärzte⁴¹⁾ sowie für Zivildienstleistende.⁴²⁾ Ehrenamtlich tätige Sanitäter sind als „**arbeitnehmerähnliche Personen**“ iSd § 1 Abs 1 DHG anzusehen, zumal sie „im Auftrag“ der Rettungsorganisationen tätig werden und als „wirtschaftlich unselbstständig“ gelten, zumal letzterer Begriff auf ein Unternehmerrisiko abstellt, welches von ehrenamtlichen Sanitätern keinesfalls übernommen wird.⁴³⁾

E. Conclusio

Das Rettungswesen befindet sich im Wandel. Änderungen im Berufsrecht, die aufgrund anders werdender Umstände nötig werden, bedürfen ebenso einer Evaluierung und ggf Anpassung im Organisationsrecht, um auch künftig eine Patientenversorgung in einem qualitativ hochwertigen Gesamtsystem anbieten zu können.

37) AZG, ARG, § 23 ZDG iVm Dienstzeit-Verordnung für Zivildienstleistende, BGBl 1988/678.

38) *Halmich*, Recht für Sanitäter und Notärzte (2012) 99.

39) Im Detail vgl *Halmich/Pilz*, Haftungsfragen in der Notfallmedizin – gerichtliche vs außergerichtliche Streitbeilegung bei Behandlungszwischenfällen, in *ÖGERN* (2015) 99.

40) § 2 Abs 1 DHG. Bei der Entscheidung über die Ersatzpflicht sind nach § 2 Abs 2 DHG insb das Ausmaß der Verantwortung, die Entlohnung, der Grad der Ausbildung sowie die Arbeitsbedingungen relevant.

41) Dienstnehmer mit privatrechtlichem Dienstverhältnis nach § 1 Abs 1 DHG.

42) § 24 Abs 1 ZDG.

43) So auch *Aigner*, Zur Haftung von Notarzt und Sanitäter, RdM 2002/24, der von einer – mE nicht notwendigen – analogen Anwendung des DHG auf Ehrenamtliche ausgeht.

→ In Kürze

Neben aktuellen Entwicklungen im österr Rettungswesen, die eine Evaluierung der Berufs- und Tätigkeitsbilder von Sanitätern und Notärzten sowie der rettungsdienstlichen Strukturen erfordern, beleuchtet der Beitrag Arbeitszeitgrenzen für Notärzte und Fragen des Mitarbeiterregresses nach dem DHG.

→ Zum Thema

Über den Autor:

Dr. Michael Halmich, PLL. M. ist Jurist im Schwerpunkt Medizinrecht, ehrenamtlicher Sanitäter/Ausbildner im Österr Roten Kreuz und Vorsitzender der Österr Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin (ÖGERN). E-Mail: medrecht@halmich.at, Internet: www.halmich.at/www.oegern.at

Vom selben Autor erschienen:

Halmich, Recht für Sanitäter und Notärzte. Die Praxis der präklinischen Notfallversorgung (2012); *Halmich*, Feuerwehr – Polizei – Rettung. Einsatzfahren rechtlich betrachtet, ZVR 2013/71.

Literatur:

Prause/Kainz, Notarzt – ein Arzt für alle Fälle? ÖAZ 13/14; *Hellwagner*, Rettungseinsatz versus Notarzteeinsatz in Österreich – ein Abgrenzungsversuch, in *ÖGERN* (Hrsg), System- und Haftungsfragen in der Notfallmedizin (2015) 45; *Redelsteiner*, Von der „Rettung“ zum mobilen präklinischen Dienst. Der Rettungsdienst auf dem Weg zu einem Paradigmen- und Strategiewechsel? ÖZPR 2014/112, 165; *Halmich*, Rechtliche Überlegungen zur Systemoptimierung im österreichischen Rettungsdienst, in *ÖGERN* (Hrsg), System- und Haftungsfragen in der Notfallmedizin (2015) 31; *Trimmel/Baubin* für ÖGARI, Die Zukunft der Notarztausbildung in Österreich – ein Reformvorschlag, AIC-News Nr 59/Mai 2009; *Halmich/Pilz*, Haftungsfragen in der Notfallmedizin – gerichtliche vs außergerichtliche Streitbeilegung bei Behandlungszwischenfällen, in *ÖGERN* (2015) 99; *Aigner*, Zur Haftung von Notarzt und Sanitäter, RdM 2002/24.

