



Dr. Maximilian Burkowski

ist Rechtsanwaltsanwärter in Linz, ehrenamtlicher Lehr- und Notfallsanitäter sowie Funktionär der sterreichischen Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin (GERN).



Dr. Michael Halmich LL.M.

ist Jurist im Schwerpunkt Gesundheits- und Sozialwesen, ehem. (Lehr-) Sanitäter und Vorsitzender der sterreichischen Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin (GERN).

Medizinstudenten im Rettungsdienst? Ein juristischer ublick am Beispiel der „Grazer Rettungsmediziner“¹

- ⋮ Das sterreichische Rettungswesen ist ein notarzt- und sanitaterbasiertes System. Sowohl die Ausbildung
- ⋮ als auch die Kompetenzen der Sanitäter und Notärzte ergeben sich aus den einschlägigen berufsrechtlichen
- ⋮ Vorschriften. In Graz gibt es jedoch eine weitere Personengruppe, die in der präklinischen Versorgung von
- ⋮ Notfallpatienten seit langer Zeit aktiv ist: Die Grazer Rettungsmediziner (auch „Mediziner corps“ genannt).
- ⋮ Das Mediziner corps ist eine im Jahr 1890 gegründete Vereinigung von ehrenamtlich tätigen Medizinstuden-
- ⋮ ten, promovierten Ärzten, Allgemeinmediziner und Fachärzten an der Bezirksstelle Graz-Stadt des ster-
- ⋮ reichischen Roten Kreuzes, Landesverband Steiermark.² Gerade der Einsatz von Medizinstudenten in der
- ⋮ präklinischen Patientenversorgung wirft verschiedene Fragen auf: Werden Sie als Sanitäter oder (angehende)
- ⋮ Ärzte tätig? Welche Kompetenzen kommen ihnen dabei zu? Gibt es andere Überlegungen bei der Beiziehung
- ⋮ von Notärzten und welcher Maßstab gilt im Haftungsrecht?

1. Grazer Rettungsmediziner: Sanitäter oder (angehende) Ärzte?

Im sterreichischen Rettungswesen kommen Sanitäter und Notärzte zum Einsatz. Rechtliche Grundlage für die Ausübung der Tätigkeit und des Berufs als Sanitäter ist das Sanitatergesetz (SanG) aus dem Jahr 2002. Speziell für Notärzte gelten einzelne Bestimmungen des rztegesetzes 1998 (va § 40).

Approbierte Ärzte, Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte, können dann eine ärztliche Tätigkeit im Rahmen eines organisierten Notarztendienstes ausüben, wenn sie einen Notarzt-Lehrgang im Gesamtausmaß von zumindest 60 Stunden erfolgreich absolviert haben und mindestens alle zwei Jahre eine zweitägige theoretische und praktische Fortbildungsveranstaltung (sog. „Notarzt-Refresher“) besuchen.

Aus der Gruppe der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe können nur Sanitäter eigenverantwortlich im (präklinischen) Rettungs- und Notarztdienst zum Einsatz kommen. Angehörige anderer nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe müssen daher immer auch über eine Ausbildung als Sanitäter verfügen, wenn sie im Ret-

tungs- oder Notarztendienst tätig sein wollen. Insbesondere scheidet auch ein eigenverantwortliches Tätigwerden von Medizinstudenten im Rettungsdienst aufgrund des § 49 Abs 4 f ÄrzteG („Medizinstudenten-Bestimmung im ÄrzteG“) aus, da diese Bestimmung nur zur unselbständigen Ausübung unter Anleitung und Aufsicht der ausbildenden Ärzte berechtigt.

Der Sanitätsdienst iSd SanG umfasst den Tätigkeitsbereich des Rettungs- und des Notfallsanitäters entsprechend die eigenverantwortliche Anwendung von Maßnahmen der qualifizierten Ersten Hilfe, Sanitatshilfe und Rettungstechnik, einschließlich diagnostischer und therapeutischer Verrichtungen (§ 8 SanG). Das Gesetz differenziert bezüglich des Umfangs der Kompetenzen zwischen Rettungs- und Notfallsanitätern. Notfallsanitäter können aufbauend die allgemeinen Notfallkompetenzen „Arzneimittelkunde“ und „Venenzugang und Infusion“ sowie die besondere Notfallkompetenz „Beatmung und Intubation“ erwerben.

Festzuhalten ist daher zunächst, dass Personen, die über keine Tatigkeitsberechtigung als Notarzt verfügen, nur als Sanitäter (unterschiedlicher Qualifikationsstufen) im organisierten Rettungs- und Notarztdienst zum

1 Wesentliche Teile dieses Beitrags basieren auf einer juristischen Stellungnahme, welche für das Rektorat der Medizinischen Universität Graz erstellt wurde.

2 Vgl Poguntke, Keine Zukunft für den „Jumbo“, Rettungsdienst 10/2017, 54; siehe auch de.wikipedia.org/wiki/Mediziner_corps (zuletzt abgerufen am 22.1.2018).

Einsatz kommen dürfen. Für diese Personen gelten sämtliche Vorgaben des SanG.

Auch Ärzte, die sich noch in Ausbildung befinden und noch kein Recht zur selbstständigen Berufsausübung erlangt haben (Turnusärzte), sind im Zuge der Erbringung rettungsdienstlicher Leistungen grundsätzlich auf den Kompetenzrahmen des SanG beschränkt.³

Aus dem Ausbildungscurriculum der „Grazer Rettungsmediziner“ ergibt sich, dass eine Ausbildung zum Rettungs- und Notfallsanitäter absolviert wird und eine Anrechnung bezüglich der allgemeinen und der besonderen Notfallkompetenzen aufgrund von im Rahmen des Medizinstudiums absolvierter Module erfolgt. Darüber hinaus absolvieren die „Grazer Rettungsmediziner“ relevante Ausbildungen im Rahmen des Medizinstudiums im Umfang von 605 Stunden sowie Medizinercorps-spezifische Ausbildungen und Schulungen im Umfang von 922 Stunden.

In rechtlicher Hinsicht ist festzuhalten, dass „Grazer Rettungsmediziner“ aufgrund ihrer derzeitigen Ausbildung als „Notfallsanitäter mit besonderer Notfallkompetenz Beatmung und Intubation (NKI)“ zu qualifizieren sind. Dies entspricht der höchsten Ausbildung entsprechend dem SanG.

2. Maximale Kompetenzen der „Grazer Rettungsmediziner“ bei der präklinischen Notfallversorgung

§§ 8 ff SanG regeln die unterschiedlich weitreichenden Kompetenzen von Rettungs- und Notfallsanitätern (mit/ohne Notfallkompetenzen) im Detail. Eine Auslegung der Kompetenzen von Sanitätern der unterschiedlichen Qualifikationsstufen kann dabei nur in Zusammenschau mit den jeweils anderen Kompetenzbestimmungen erfolgen. Darüber hinaus ist zu beachten, dass sich Inhalt und Umfang der Kompetenzen maßgeblich aus den Ausbildungsvorschriften, die in den §§ 32 ff SanG sowie der San-AV geregelt sind, ergeben.⁴

Der Kompetenzrahmen, den das SanG vorgibt, definiert für jeden Sanitäter – je nach Qualifikationsstufe – das „maximale Dürfen“. Eine „Überschreitung des Kompetenzrahmens“ stellt eine Verwaltungsübertretung nach dem SanG dar, kann darüber hinaus aber auch zivilrechtlich (schadenersatzrechtlich) haftungsbegründend sein bzw unter Umständen auch strafrechtlich relevant werden.

2.1. Rettungssanitäter

Der Kompetenzrahmen des Rettungssanitäters umfasst insbesondere die selbständige und eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung kranker, verletzter und sonstiger hilfsbedürftiger Personen, die medizinisch indizierter Hilfe bedürfen sowie die Hilfestellungen bei auftretenden Akutsituationen und die Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen (Details ergeben sich aus § 9 SanG).

2.2. Notfallsanitäter

Die Kernkompetenzen des Notfallsanitäters sind nach § 10 SanG zusätzlich zum Tätigkeitsbereich des Rettungssanitäters einerseits die „*Unterstützung des Arztes bei allen notfall- und katastrophenmedizinischen Maßnahmen einschließlich der Betreuung und des sanitätsdienstlichen Transports von Notfallpatienten*“, und andererseits die Verabreichung der organisationsintern freigegebenen Arzneimittel (Arzneimittelliste 1).

Der Begriff des Notfallpatienten umfasst Patienten, 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 (§ 10 Abs 2 SanG).

Die „Mehrkompetenz“ des Notfallsanitäters ist aber nicht nur auf die (Not-) Arztunterstützung sowie die Verabreichung gewisser Arzneimittel (Liste 1) beschränkt. Aus den parlamentarischen Materialien, den Ausbildungsinhalten und einer systematischen Interpretation des SanG ergibt sich, dass Notfallsanitätern im Wesentlichen folgende Aufgaben/Einsatzbereiche zukommen:

- professionelle Assistenz des (Not-) Arztes;
- Durchführung qualifizierter Erstmaßnahmen, dies aufgrund der erweiterten theoretischen und praktischen Ausbildung auch planmäßig bei Notfallpatienten;
- (eigenverantwortliche) Durchführung des sanitätsdienstlichen Transportes von Notfallpatienten;
- Teamleiter-Rolle im qualifizierten Rettungsdienst.⁵

Im qualifizierten Rettungsdienst kommt den Arzneimittellisten 1 (für alle Notfallsanitäter) und 2 (für Notfallsanitäter mit Notfallkompetenzen) wesentliche Bedeutung zu, da der Umfang dieser Arzneimittellisten

3 Zur (umfassenden) Erste-Hilfe-Leistungspflicht von Turnusärzten im Falle drohender Lebensgefahr (§ 48 ÄrzteG) siehe *Hellwagner/Hellwagner*, Turnusärzte im Rettungsdienst, eine rechtliche Zwickmühle? RdM 2000, 163; weiters *Burkowski/Halmich*, SanG (2016) § 1 Rz 7.

4 Vgl *Burkowski/Halmich*, SanG (2016) § 8 Rz 4.

5 Vgl *Burkowski/Halmich/Hellwagner/Koppensteiner*, Organisationsrecht und Berufsrecht im Spannungsfeld, RdM 2016/86, 141 f.

die Therapiemöglichkeiten des Sanitäters maßgeblich beeinflussen.

2.3. Arzneimittelliste 1

Im Hinblick auf die Arzneimittelliste 1 gilt: Der für die ärztliche Versorgung zuständige Vertreter der jeweiligen Einrichtung gemäß § 23 Abs 1 SanG (= „Chefarzt“ einer Rettungsorganisation) hat die für das Betätigungsfeld des Notfallsanitäters erforderlichen Arzneimittel schriftlich zur Anwendung freizugeben (§ 10 Abs 1 Z 3 SanG). Vom „Chefarzt“ sind die genauen Voraussetzungen für die Anwendung des Arzneimittels festzulegen. Dies geschieht in der Praxis durch Algorithmen, die Details zur Indikation/Kontraindikation, Dosierung, Art und Darreichungsform beinhalten.⁶

Bei der Auswahl der Medikamente besteht kein „freies Ermessen“, sondern muss sich der „Chefarzt“ am aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung orientieren. Im Hinblick auf die Eignung ist vom ärztlich Verantwortlichen auch darauf zu achten, ob Notfallsanitäter die Komplikationen, die typischerweise mit der Verabreichung derartiger Arzneimittel verbunden sind (zB Atemdepression, Vigilanzbeeinträchtigung, Übelkeit), im Rahmen ihrer Kompetenzen auch beherrschen können. Dementsprechend kann der ärztliche Leiter die Verabreichung gewisser Arzneimittel – durch die Festlegung entsprechender Voraussetzungen – von zusätzlichen Ausbildungen (zB Absolvierung bestimmter Module des Medizinstudiums) und Schulungen abhängig machen.⁷

Im Rahmen der Arzneimittelliste 1 ist – anders als bei der Arzneimittelliste 2 – eine Beschränkung auf reine Notfallmedikamente zur unmittelbaren Abwehr von Gefahren für das Leben oder die Gesundheit von Notfallpatienten nicht Voraussetzung.⁸ In die Liste 1 können demnach auch Medikamente aufgenommen werden, die zB bei Ambulanzdiensten oder im rettungsdienstlichen Großschadens- und Katastrophenfall zur Anwendung gelangen und keine „typischen Notfallmedikamente“ darstellen.

Allerdings ergeben sich für Notfallsanitäter ohne Notfallkompetenzen Grenzen bezüglich der Applikationsformen. Nach einer aktuellen ÖGERN-Stellungnahme sind diese Notfallsanitäter befugt, Arzneimittel

oral, transdermal (Haut/Schleimhaut), rektal oder inhalativ zu verabreichen. Darüber hinausgehende (invasive) Applikationsformen sind Notfallsanitätern mit Notfallkompetenzen und Notärzten vorbehalten.⁹

Die Verabreichung der Arzneimittel der Liste 1 erfolgt durch den Notfallsanitäter eigenverantwortlich. Er benötigt weder eine konkrete Anordnung von noch eine Aufsicht durch einen (Not-) Arzt. Auch ist bei Anwendung eines Arzneimittels der Liste 1 am präklinischen Einsatzort nicht zwingend ein Notarzt zu verständigen, sondern ist dieser – nach eigenverantwortlicher Einschätzung durch den Notfallsanitäter – nur *nötigenfalls anzufordern* (§ 4 SanG). Zudem muss keine Notfallsituation vorliegen, sondern ist es ausreichend, wenn beim Patienten die Symptome vorliegen, dessen Behandlung der „Chefarzt“ im Rahmen der Algorithmen zur Arzneimittelliste 1 freigegeben hat.

2.4. Allgemeine Notfallkompetenzen (Venenzugang/Infusion, Arzneimittelliste 2)

Notfallsanitäter, welche die Berechtigung zur Durchführung der allgemeinen Notfallkompetenzen erlangt haben, sind – zusätzlich zu den bereits dargestellten Kompetenzen – berechtigt, folgende Maßnahmen eigenverantwortlich durchzuführen:

- Anwendung der „speziellen“ Arzneimittel der Liste 2 (Notfallkompetenz Arzneimittellehre);
- Periphere Venen zu punktieren und kristalloide Lösungen zu infundieren (Notfallkompetenz Venenzugang und Infusion).

Aufgrund ausdrücklicher gesetzlicher Vorgaben sind diese Kompetenzen jedoch nur im Rahmen *von Maßnahmen zur unmittelbaren Abwehr von Gefahren für das Leben oder die Gesundheit eines Notfallpatienten einzusetzen, soweit das gleiche Ziel durch weniger eingreifende Maßnahmen nicht erreicht werden kann* (§ 11 Abs 1 SanG).

Im Hinblick auf die Arzneimittelliste 2 gilt: Der mögliche Katalog der Arzneimittel der Liste 2 geht über jenen der Liste 1 hinaus. Im Hinblick auf die Medikamente, welche im Rahmen der Liste 2 freigegeben werden, ist die spezielle Indikation (unmittelbare Abwehr von Gesundheits-/Lebensgefahr eines Notfallpatienten) zu beachten. Ein weiteres Abgrenzungskrite-

6 *Halmich*, Kompetenzfragen der präklinischen Patientenversorgung. Tätigkeitsbereiche von Sanitätern und Notärzten, RdM 2012/88, 126.

7 Vgl *Burkowski/Halmich*, SanG (2016) § 10 Rz 9.

8 So auch *Zeinhöfer*, Verabreichung von Arzneimitteln durch Notfallsanitäter, RdM 2016, 180 f; aA *Hausreither* (in *Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer*, HB Medizinrecht III.2.4.4), welche die Auffassung vertritt, dass die Aufnahme von Arzneimitteln für notfallmedizinische Maßnahmen erforderlich sein

muss. Aus fachlicher Sicht wurde die Aufnahme von „Livopan“ in die Arzneimittelliste 1 vom Gesundheitsministerium abgelehnt; vgl. BMG 21.12.2012, 92265/0013-II/A/2/2011, wobei die Zuständigkeit des Gesundheitsministeriums für eine derartige Entscheidung fraglich erscheint.

9 ÖGERN, Rechtsrahmen der Arzneimittelgabe durch SanitäterInnen nach SanG (05/2017) 5; abrufbar unter www.oegern.at/stellungnahmen/.

rium zwischen den beiden Arzneimittellisten ist auch, ob die Anwendung des Medikaments – aufgrund der Gefahrgeneignetheit in der Anwendung – eine gesonderte (vertiefende) Ausbildung erfordert.¹⁰

Auch die Aufnahme suchtmittelhaltiger Arzneimittel, etwa für eine Schmerzbehandlung, ist unserer Einschätzung nach juristisch vertretbar, wobei anzumerken ist, dass diesbezüglich eine klare/eindeutige gesetzliche Grundlage (derzeit) fehlt.¹¹ Ebenso kann unserer Einschätzung nach – trotz Fehlens einer expliziten gesetzlichen Grundlage – aufgrund eines Größenschlusses dahingehend argumentiert werden, dass subkutane und intramuskuläre Injektionen von der Notfallkompetenz „Venenzugang und Infusion“ mitumfasst sind.¹²

In die Arzneimittelliste 2 können (auch) Medikamente aufgenommen werden, die intravenös zu verabreichen sind. Insofern ist auch eine „Kombination“ der beiden allgemeinen Notfallkompetenzen zulässig.¹³ Die intravenöse Verabreichung setzt natürlich voraus, dass der Notfallsanitäter tatsächlich in beiden allgemeinen Notfallkompetenzen ausgebildet ist.

Da es sich jedoch bei den Maßnahmen im Rahmen der Notfallkompetenzen an sich um typisch ärztliche Tätigkeiten mit erhöhtem Gefahrenpotential handelt, hat der Gesetzgeber – aus Gründen des Patientenschutzes – Voraussetzungen für die Anwendung vorgegeben (§ 11 Abs 2 SanG):

1. die Berechtigung des Notfallsanitäters hiezu auf Grund der jeweiligen erfolgreich absolvierten Ausbildung **und**
2. die Anweisung eines anwesenden Arztes **oder**
3. sofern ein Arzt nicht anwesend ist, die vorangehende Verständigung des Notarztes oder die Veranlassung derselben.

Die parlamentarischen Erläuterungen verdeutlichen die Voraussetzungen dahingehend, dass

- a) der Notfallsanitäter am Notfallort auf sich alleine gestellt und ärztliche Hilfe nicht rechtzeitig gegeben ist oder ein anwesender Arzt eine entsprechende Anordnung trifft,
- b) Maßnahmen zur unmittelbaren Abwehr von Gefahren für das Leben oder die Gesundheit des Notfallpatienten dringend erforderlich sind,
- c) das gleiche Ziel durch weniger tief eingreifende Maßnahmen nicht erreicht werden kann, wobei die

Verhältnismäßigkeit bei der Wahl der Mittel durch medizinische Anordnungen oder Anweisungen gewährleistet sein muss,

- d) nur solche Maßnahmen zur Anwendung kommen, deren sichere Beherrschung im Rahmen der Ausbildung und Fortbildung nachgewiesen wurde, **und**
- e) die Hilfeleistung nach den besonderen Umständen des Einzelfalles und auf Grund seines Ausbildungsstandes dem Notfallsanitäter zumutbar ist.¹⁴

Der Eintritt einer konkreten Gesundheits-/Lebensgefahr muss nicht abgewartet werden. Vielmehr darf von den Notfallkompetenzen bereits dann Gebrauch gemacht werden, wenn die konkrete Gefährdung unmittelbar bevorsteht und bei Nichtanwendung der Notfallkompetenzen sich die Gefahr mit hoher Wahrscheinlichkeit und im engen zeitlichen Zusammenhang realisieren wird. Ausgeschlossen ist allerdings aus rein prophylaktischen Gründen (und ohne jegliche Notsituation) eine Venenpunktion nur für den Fall durchzuführen, dass während des Transportes möglicherweise bei einem an sich stabilen Patienten ein Notfall eintreten könnte.¹⁵ Letztlich ist es aber stets eine Frage der medizinischen Einschätzung, ob eine konkrete Gesundheits-/Lebensgefahr unmittelbar bevorsteht.

Sanitäter sind ab erfolgreichem Abschluss der Ausbildung in den allgemeinen Notfallkompetenzen nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet, ihre Kenntnisse und Kompetenzen zur Abwehr einer Gesundheits-/Lebensgefahr einzusetzen. Eine separate Freigabe dieser Kompetenzen durch den „Chefarzt“ ist nicht vorgesehen.

2.5. Besondere Notfallkompetenz (Beatmung und Intubation)

Notfallsanitäter, welche die Berechtigung zur Durchführung der besonderen Notfallkompetenz „Beatmung und Intubation“ erlangt haben, sind – zusätzlich zu den bereits dargestellten Kompetenzen – zur Durchführung der endotrachealen Intubation ohne Prämedikation und endotrachealen Vasokonstriktorapplikation berechtigt (§ 12 SanG).

In diesem Zusammenhang ist auch anzumerken, dass eine aktuelle ÖGERN-Stellungnahme davon ausgeht, dass auch die Anwendung von CPAP-Mas-

10 RV 872 BlgNR 21. GP 43.

11 Zu den diesbezüglichen Rahmenbedingungen siehe ÖGERN, Rechtsrahmen der Arzneimittelgabe durch SanitäterInnen nach SanG (05/2017) 6 f.

12 *Hellwagner/Halmich*, Intramuskuläre Adrenalinapplikation für Sanitäter – neue Notfallkompetenz im Verordnungsweg notwendig? in ÖGERN (Hrsg), Notfallmedizin: Eine interdisziplinäre Herausforderung (2014) S. 63 f; *Burkowski/Halmich*, SanG Kommentar (2016) § 11 Rz 15.

13 ÖGERN, Rechtsrahmen der Arzneimittelgabe durch SanitäterInnen nach SanG (05/2017) 5.

14 RV 872 BlgNR 21. GP 42.

15 *Burkowski/Halmich*, SanG Kommentar (2016) § 11 Rz 19; so auch *Hansak et al*, LPN Notfall-San Österreich² (2014), Band I 15.

ken/-Systemen vom (eigenverantwortlichen) Tätigkeitsbereich des Notfallsanitäters mit besonderer Notfallkompetenz „Beatmung und Intubation“ umfasst ist, zumal die San-AV als Lehrinhalt dieses Moduls unter anderem „Maschinelle Beatmung (Beatmungsformen, Beatmungsmuster)“ vorsieht.¹⁶

Die erfolgreich abgeschlossene Ausbildung erlaubt dem einzelnen Sanitäter noch nicht, von der besonderen Kompetenz „Beatmung und Intubation“ Gebrauch zu machen. Das Gesetz sieht nämlich vor, dass der ärztlich Verantwortliche der Rettungsorganisation eine entsprechende Ermächtigung schriftlich erteilt (entweder ad personam oder an bestimmte Personengruppen; § 12 Abs 3 Z 1 SanG). Darüber hinaus haben Notfallsanitäter, die zur Durchführung der besonderen Notfallkompetenz „Beatmung und Intubation“ berechtigt sind, ihre Kenntnisse und Fertigkeiten alle zwei Jahre durch einen qualifizierten Arzt überprüfen zu lassen (Rezertifizierung, § 51 Abs 3 SanG).

Im Hinblick auf die Durchführung der besonderen Notfallkompetenz beim Notfallpatienten gelten die Ausführungen zur allgemeinen Notfallkompetenz. Eine Anwendung ist sowohl bei Arzt-Anwesenheit als auch bei Arzt-Abwesenheit möglich, wobei im letzteren Fall Verständigungspflichten bestehen (§ 12 SanG).

2.6. Weitere Notfallkompetenzen

Weitere Notfallkompetenzen, welche nach § 13 SanG der Gesundheitsminister festlegen könnte, sind bis dato nicht erlassen worden. Daher ist zB ein intraossärer Zugang oder die Durchführung einer Pleurapunktion für Sanitäter (und demnach auch für „Grazer Rettungsmediziner“) nach geltendem Recht ausgeschlossen.

3. Erweiterung der Sanitäter-Kompetenzen durch Sonderwissen

Ziel der normierten Inhalte der Sanitäter- und Notarztausbildung ist es, ein Mindestniveau an Kenntnissen und Fertigkeiten – aus Gründen des Patientenschutzes – zu garantieren.

Wie sich jemand konkret bei der Tätigkeitsausübung zu verhalten hat, wird durch den Sorgfaltsmaßstab definiert. Dieser erlangt zB im Haftungsfall zentrale Bedeutung. Maßgeblich und geschuldet ist nicht die

Sorgfalt eines Durchschnittsmenschen, sondern jene eines durchschnittlich ordentlichen und pflichtgetreuen Gesundheitsberufsangehörigen aus der jeweiligen Berufssparte.¹⁷ Dabei ist je nach Aufgaben- und Tätigkeitsgebiet zu differenzieren und fließen auch individuelle Aspekte, wie etwa Ausbildungsstand, abgeschlossene Zusatzausbildung, Praxiserfahrung, Dienstjahre etc., mit ein.¹⁸ Es ist allgemein anerkannt, dass Sonderwissen und Sonderkönnen den Sorgfaltsmaßstab im Einzelfall erhöhen können.¹⁹

Im Rahmen der praktischen Ausübung der Tätigkeit sind daher die zusätzlichen Ausbildungen und die weitergehende (klinische) Erfahrung der „Grazer Rettungsmediziner“ sehr wohl relevant, da dies in den Sorgfaltsmaßstab mit einfließt. Dabei gilt es aber zu beachten, dass trotz des Sonderwissens und Sonderkönnens der „Rettungsmediziner“ im Vergleich zu „gewöhnlichen Sanitätern“ die maximalen Kompetenzen nach dem SanG nicht überschritten werden dürfen.

Dies bedeutet im Detail, dass bei gesetzlich klar umschriebenen Maßnahmen (zB „Punktion peripherer Venen“ durch den Notfallsanitäter mit allgemeiner Notfallkompetenz) durch das Sonderwissen und Sonderkönnen keine „Mehrkompetenz“ entsteht.²⁰

Aber: Bei unbestimmt („weich“) definierten Handlungsweisen/Tätigkeiten (zB „eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung Kranker und Verletzter“; „nötigenfalls ist ein Notarzt anzufordern“; „diagnostische Verfahren“) wird dem tatsächlichen Wissen und Können maßgebliche Bedeutung zukommen. „Grazer Rettungsmediziner“ werden dabei unter Umständen über das Mindest-/Standardniveau hinausgehende Möglichkeiten (zB bei der Untersuchung von Patienten) zukommen. Dadurch vergrößert sich einerseits der Beurteilungs- und Ermessensspielraum für „Rettungsmediziner“, andererseits ist aber – insbesondere auch in haftungsrechtlicher Hinsicht – eine sorgfältige Durchführung sämtlicher derartiger Maßnahmen geschuldet.

Mit Blick auf das SanG können für „Grazer Rettungsmediziner“, insbesondere bei folgenden Handlungsfeldern aufgrund des medizinischen Sonderwissen und Sonderkönnen im Einzelfall höhere Sorgfaltsanforderungen gelten:

- diagnostische Verfahren, sofern deren Invasivität von den Handlungskompetenzen des SanG gedeckt ist;

16 ÖGERN, CPAP-Beatmung durch Notfallsanitäter-NKI (03/2017).

17 Allgemein zur Sachverständigenhaftung siehe *Welser/Zöchling-Jud*, BR II¹⁴ Rz 1516 ff mwN.

18 *Nigl*, Arzthaftung² (2014) 72.

19 *Eckert/Tipold*, Strafbare Dividenden, GES 2013, 53 (zwar zum Unternehmensrecht, aber auf die Gesundheitsbranche übertragen)

bar); weiters *Lewis*, Sorgfaltsmaßstäbe im Schadenersatz- und Strafrecht, ÖJZ 2000, 489.

20 Beispielsweise ist die Punktion einer zentralen Vene durch einen „Rettungsmediziner“ auch dann unzulässig, wenn er diese Maßnahme aufgrund entsprechender Ausbildung grundsätzlich beherrscht.

- Übernahme und Übergabe von Patienten zwecks Durchführung rettungsdienstlicher Leistungen;
- qualifizierte Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen;
- Durchführung sanitätsdienstlicher / rettungstechnischer Maßnahmen, sofern deren Invasivität von den Handlungskompetenzen des SanG gedeckt ist;
- Anwendung von Arzneimitteln der Liste 1 und 2 (hier sind separate Listen für „Rettungsmediziner“ denkbar, da die Verabreichung gewisser Arzneimittel von zusätzlichen Ausbildungen – zB Absolvierung bestimmter Module des Medizinstudiums – und Schulungen abhängig gemacht werden kann).

Aus einsatztaktischen und besonders aus Gründen des Patientenwohls erscheint es uE daher sinnvoll, eigene Einsatzindikationen für „Rettungsmediziner“ als Basis für die Ausrückeordnung zu etablieren, sodass sie als Versorger im qualifizierten Rettungsdienst ihr Aufgabengebiet in der präklinischen Patientenversorgung zwischen den „gewöhnlichen Sanitätern“ und Notärzten einnehmen können. Dadurch wird auch dem Ziel, das Rettungs- und Notarztpersonal entsprechend ihrer Kompetenzen differenziert einzusetzen, nachgekommen.²¹ Die diesbezügliche Letztentscheidung hat die Rettungsorganisation iSd § 23 SanG zu treffen.

4. Die Rolle des Notarztes bei Anwendung von Notfallkompetenzen durch Sanitäter

Die allgemeinen Pflichten der Sanitäter (§ 4 SanG) besagen, dass *nötigenfalls ein Notarzt anzufordern* ist. Diese (Not)Arzt-**Anforderungspflicht** findet sich auch bei der Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen durch Rettungssanitäter wieder (§ 9 Abs 2 SanG).

Demgegenüber sieht der Gesetzgeber für die Anwendung der Notfallkompetenzen bei **Arztabwesenheit** vor, dass die „*vorangehende Verständigung des Notarztes oder die Veranlassung derselben*“ zu erfolgen hat (§§ 11, 12 SanG).

Das Gesetz sieht keine Formvorschrift für die Verständigung des Notarztes vor. Eine persönliche Kontaktaufnahme des Notfallsanitäters mit dem Notarzt und Besprechen der Situation ist demnach nicht verpflichtend, aber möglich. Es kommt jede mögliche Art der Verständigung in Betracht, zB eine Informationsweiterleitung über die Leitstelle, aber auch eine Delegation an geeignete Dritte.²² Ob für den verständigten

Notarzt eine Pflicht besteht, in jedem Fall persönlich zum Einsatzort auszurücken oder ob eine solche Pflicht nur im Einzelfall besteht, ist der Gesetzesstelle nicht eindeutig zu entnehmen.

Als **Anforderung** ist unseres Erachtens nach eine Nachalarmierung im Sinne von Ausrücken des Notarztes zum Notfallort zu verstehen; als **Verständigung** hingegen kann – situationsabhängig – auch eine reine „Informationsweitergabe“ ausreichend sein.

Zu bedenken ist allerdings, dass die Anwendung der Notfallkompetenzen definitionsgemäß zur unmittelbaren Abwehr einer Gesundheits-/Lebensgefahr erfolgen muss. Zudem hat die Verständigung „vorangehend“, also vor Einleitung der Maßnahme, zu erfolgen.

Aus systematischen Gründen ist auch hervorzuheben, dass das SanG in seinem Kern ein Patientenschutzgesetz ist. § 4 SanG legt explizit fest, dass das *Wohl der Patienten und der betreuten Personen nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen zu wahren und nötigenfalls ein Notarzt anzufordern ist*. Dies muss auch für die Erstellung von Notarzt-Indikationslisten (Ausrückeordnung) durch die Rettungsorganisationen/Leitstellen gelten.

Sofern es medizinisch-wissenschaftlich vertretbar ist, gewisse Patienten durch Notfallsanitäter mit Notfallkompetenzen (hier: von „Grazer Rettungsmedizinern“) ohne zwingende Beiziehung eines Notarztes versorgen zu lassen²³, ist es ebenso juristisch vertretbar, die Verständigung im Sinne der §§ 11 und 12 SanG als Informationsweitergabe ohne zwingende Ausrückpflicht des verständigten Notarztes zu verstehen.

In der Praxis diskutiert wird dies etwa bei einem hypoglycämischen Notfall bzw einem Krampfeschehen. Da jeder Sanitäter (jeder Qualifikationsstufe) ohnehin die Pflicht hat, nötigenfalls einen Notarzt anzufordern (§ 4 SanG), erwächst für den konkreten Patienten durch diese Vorgehensweise auch kein Nachteil. Zudem ist die geographische bzw einsatztaktische Lage zu berücksichtigen. Relevant ist daher neben der „Anfahrtszeit“ des Notarztes und dem Weg zur nächsten Klinik auch die Frage, wo aus Sicht des Patientenwohls und der medizinischen Einschätzung der „best point of service“ ist. Gerade bei besonderen notfallmedizinischen Szenarien kann es – auch aufgrund begrenzter Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten des präklinischen Notarztes – aus Sicht des Sanitäters (und insbesondere des „Rettungsmediziners“) unter Umständen sinnvoller

21 Siehe dazu *Burkowski/Halmich/Hellwagner/Koppensteiner*, RdM 2016/86, 141 f.

22 *Hausreither/Kanhäuser*, SanG (2004) § 11 Rz 10.

23 Zur Frage, welcher Patient von einer (not)ärztlichen Versorgung am Notfallort profitiert siehe zB *Hellwagner*, Rettungseinsatz versus Notarzteinsatz in Österreich – ein Abgrenzungsversuch, in ÖGERN (Hrsg.), System- und Haftungsfragen in der Notfallmedizin (2015) S. 49 ff.

sein, einen raschen Kliniktransfer (auch ohne Notarztbegleitung) durchzuführen als auf das Eintreffen des Notarztes am Einsatzort zu warten.²⁴

Unserer Einschätzung nach können in Regionen, in denen nach entsprechender Alarmierung der Notarzt binnen kurzer Zeit am Einsatzort sein kann, die Algorithmen eher eine Informationspflicht vorgeben, da bei einer (weiteren) Verschlechterung des Gesundheitszustandes zeitnah ein Notarzt den Patienten versorgen kann.

Die Festlegung der konkreten Vorgehensweise bei Anwendung der Notfallkompetenzen obliegt dem ärztlich Verantwortlichen der Rettungsorganisation und sollte so erfolgen, dass Klarheit für die anwendenden Notfallsanitäter besteht.

5. Schlussbemerkungen

Rettungsorganisationen haben sich beim Anbieten ihrer Leistung an aktuell anerkannten – wissenschaftlich fundierten – Methoden zu orientieren. In diesem Zu-

sammenhang gewinnt (mittelbar) insbesondere auch die Sorgfaltsbestimmung des § 4 SanG Bedeutung, wonach „Sanitäter [...] das Wohl der Patienten und der betreuten Personen nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen zu wahren [haben]“.²⁵

Unterschiedlich qualifiziertes Personal ist daher entsprechend differenzierend einzusetzen bzw durch die Leitstellen zu disponieren, sodass höher qualifiziertes Personal planmäßig bei entsprechenden Notfällen zum Einsatz kommt und in diesen Situationen entsprechend hochqualifiziert den Patienten betreuen bzw das notarztfreie Intervall überbrücken kann.

Im Rettungswesen können Notärzte und Sanitäter aller Qualifikationsstufen eingesetzt werden. Die Rettungsorganisationen haben dafür Sorge zu tragen, dass sowohl Notärzte als auch Sanitäter – insbesondere in Graz auch die „Rettungsmediziner“ als höchstqualifizierte Notfallsanitäter mit besonderer Notfallkompetenz „Beatmung und Intubation“ (NKI) – entsprechend ihrer Ausbildung und Fähigkeiten differenziert eingesetzt werden.

24 So auch die Lehrmeinung des Österreichischen Roten Kreuzes, die den Einfluss logistischer Faktoren in diese Entscheidungen explizit einfordert. Siehe *Österreichisches Rotes Kreuz* (Hrsg), Sanitätshilfe Ausbildung (2016) Kapitel A 26 f.

25 Vgl *Burkowski/Halmich/Hellwagner/Koppensteiner*, Organisationsrecht und Berufsrecht im Spannungsfeld, RdM 2016/86, 142.