

# RECHT **RdM** DER MEDIZIN

*Schriftleitung* **Christian Kopetzki**

*Redaktion* **Gerhard Aigner, Erwin Bernat, Meinhild Hausreither, Thomas Holzgruber,  
Dietmar Jahnelt, Matthias Neumayr, Reinhard Resch, Hannes Schütz,  
Lukas Stärker, Felix Wallner, Johannes Zahrl**

**04**  
**August 2012**

121 – 160

## Beiträge

### **Präklinische Patientenversorgung – Kompetenzfragen** *Michael Halmich* ➔ 124

**Wundmanagement im Pflegedienst** *Felix Andreaus* ➔ 129

**Strafbestimmungen bei Organentnahmen und Organhandel**  
*Martina Klein* ➔ 135

**Vergabe von Medizinprodukten** *Philipp Götzl* ➔ 138

## Rechtsprechung

### **Strafbarkeit des behandelnden Arztes wegen gröblicher Vernachlässigung eines Kleinkinds** *Kurt Kirchbacher* ➔ 150

**Transportkosten bei zwangsweiser Unterbringung**  
*Michaela Windisch-Graetz* ➔ 145

**Belieferung von Gesundheitseinrichtungen durch Apotheken**  
*Christian F. Schneider* ➔ 154

## Leitsätze

**Unterbringungsende bei Überstellung in ausländische KA** ➔ 159

## Bericht

**Dritte Tagung der MedizinrechtslehrerInnen in Göttingen**  
*Andreas Spickhoff* ➔ 159

# Kompetenzfragen der präklinischen Patientenversorgung

## Tätigkeitsbereiche von Sanitätern und Notärzten

RdM 2012/88

§§ 9 – 12 SanG;  
§§ 40, 49 ÄrzteG;  
§ 3 StVO

Tätigkeitsbereich  
Rettungs- und  
Notfallsanitäter;  
Notfall-  
kompetenzen;  
Notarzt;  
Vertrauens-  
grundsatz –  
Warnpflichten;  
Haftung

Ein reibungsloser Einsatzablauf und die dadurch beabsichtigte bestmögliche außerklinische Versorgung von Notfallpatienten können nur dadurch gewährleistet werden, dass Sanitäter und (Not)Ärzte ihre wechselseitigen Kompetenzen kennen und demgemäß handeln. Kommt es in der oftmals spontanen und unter Zeitdruck stattfindenden Teamarbeit zu Unsicherheiten in Hinblick auf die Kompetenzen, kann dies neben zivil- und strafrechtlicher Haftung sowie organisationsinternen Konsequenzen auch einen Patientenschaden nach sich ziehen, welchen es jedenfalls zu vermeiden gilt. Eine Darstellung der wechselseitigen Kompetenzen und der Haftungsfragen soll helfen, Unklarheiten in der Praxis zu beseitigen, sodass rechtskonformes und sicheres Handeln zum Wohle des Patienten möglich ist.

Von Michael Halmich

### Inhaltsübersicht:

- A. Berufsrecht der Sanitäter
  1. Kompetenzen des Rettungssanitäters (RS)
  2. Kompetenzen des Notfallsanitäters (NFS)
  3. Notfallkompetenzen
    - a) Allgemeine Notfallkompetenzen (NKA, NKV)
    - b) Besondere Notfallkompetenzen
- B. Kompetenzen des Notarztes
- C. Haftungsfragen
- D. Ausblick

### A. Berufsrecht der Sanitäter

Mit 1. 7. 2002 trat das Sanitätergesetz (SanG<sup>1)</sup>) als modernes umfassendes Gesetz über die Ausbildung und Ausübung des Berufs bzw der Tätigkeiten von Sanitätern in Kraft und löste damit die bis dahin geltenden Bestimmungen des MTF-SHD-G<sup>2)</sup> ab. Ziel war es, den Tätigkeitsbereich an die Anforderungen der Praxis anzupassen und eine Qualitätssicherung durch entsprechende Verlängerung der Ausbildung zu erreichen.<sup>3)</sup>

Der berufsrechtliche Kompetenzbereich stellt den rechtlichen Rahmen dar, innerhalb dessen der Beruf bzw die Tätigkeit des Sanitäters auszuüben ist. Gleich vorweg ist zu betonen, dass die im Gesetz verankerten Kompetenzen nicht nur bedeuten, dass sie ausgeübt werden dürfen, sondern vielmehr, dass die Tätigkeit mit diesen Maßnahmen begrenzt ist.<sup>4)</sup> Die Tätigkeit des Sanitäters kann ehrenamtlich, berufsmäßig oder als Soldat im Bundesheer, als Organ des öffentlichen Sicherheitsdiensts, als Zollorgan, als Strafvollzugsbediensteter, als Angehöriger eines sonstigen Wachkörpers oder als Zivildienstleistender ausgeübt werden.<sup>5)</sup>

Nach dem SanG wird zwischen dem Kompetenzbereich des Rettungs- (RS) und des Notfallsanitäters (NFS) differenziert. Letzterer kann durch aufbauende Ausbildungen allgemeine und besondere Notfallkom-

petenzen erwerben. Generell gilt, dass der Tätigkeitsbereich von Sanitätern die eigenverantwortliche Anwendung von Maßnahmen der

→ qualifizierten Ersten Hilfe,

→ Sanitätshilfe und

→ Rettungstechnik

einschließlich diagnostischer und therapeutischer Verrichtungen umfasst.<sup>6)</sup>

Der auch von anderen Gesundheitsberufen bekannte Begriff der „Eigenverantwortlichkeit“ ist gesetzlich nicht definiert und demgemäß auszulegen. Nach *Stärker* bedeutet dies die eigenständige Verantwortung für die Einhaltung der *lege artis*, welche eine Weisungsbindung nicht ausschließt.<sup>7)</sup> Eigenverantwortlich handelnde Sanitäter haben somit bei Ausübung ihrer Tätigkeit anhand der aktuell gültigen Lehrmeinung<sup>8)</sup> fachlich korrekt vorzugehen und bedürfen innerhalb dieses Tätigkeitsfelds keiner ärztlichen Anordnung. Vorab sei darauf hingewiesen, dass bei Notfallpatienten unverzüglich ein (Not)Arzt beizuziehen ist.<sup>9)</sup>

### 1. Kompetenzen des Rettungssanitäters (RS)

Zwar umschreibt § 9 SanG den Kompetenzbereich des RS, jedoch wird – auch aufgrund gesetzlich nicht klar definierter einzelner Tatbestandsmerkmale – der gesamte Tätigkeitsbereich maßgeblich aus den Ausbil-

1) BGBl I 2002/30 idGF BGBl I 2008/57.

2) Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste, StF BGBl 1961/102.

3) ErläutRV 872 BlgNR 21. GP 23.

4) *Halmich*, Recht für Sanitäter und Notärzte. Die Praxis der präklinischen Notfallversorgung (2012) 20.

5) Siehe § 14 SanG idGF.

6) Siehe § 8 SanG idGF.

7) Siehe *Stärker*, 10 Jahre GuKG-Tätigkeitsbereiche – eine Reflexion, RdM 2009/135, 212; *Wagner-Kreimer* in *Resch/Wallner* (Hrsg), Handbuch Medizinrecht (2012) Kap XX Rz 67 f mwN; s auch *Aigner*, Zur Haftung von Sanitätern und Notärzten, RdM 2002/24.

8) In diesem Zusammenhang wird auf die strenge Fortbildungsverpflichtung nach §§ 4, 14 und 50 SanG idGF hingewiesen.

9) Siehe § 9 Abs 2 Satz 2 iVm § 10 Abs 1 Z 1 SanG idGF.

dungsinhalten zu erschließen sein. Diesbezüglich ist auf § 33 SanG und die Sanitäter-Ausbildungsverordnung (San-AV<sup>10</sup>) zu verweisen.<sup>11</sup>

Nach der gesetzlichen Vorgabe umfasst der Tätigkeitsbereich von RS

- die selbständige und eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung kranker, verletzter und sonstiger hilfsbedürftiger Personen, die medizinisch indizierter Betreuung bedürfen, vor und während des Transports, einschließlich der fachgerechten Aufrechterhaltung und Beendigung liegender Infusionen nach ärztlicher Anordnung sowie der Blutentnahme aus der Kapillare zur Notfalldiagnostik,
- die Übernahme sowie die Übergabe des Patienten oder der betreuten Person im Zusammenhang mit einem Transport,
- Hilfestellung bei auftretenden Akutsituationen einschließlich der Verabreichung von Sauerstoff,
- eine qualifizierte Durchführung von lebensrettenden Sofortmaßnahmen sowie
- die sanitätsdienstliche Durchführung von Sondertransporten.<sup>12</sup>

Die Kompetenz „fachgerechte Aufrechterhaltung und Beendigung liegender Infusionen nach ärztlicher Anordnung“ ermächtigt den RS nicht, Infusionen selbständig zu wechseln. Hierfür fehlt die Kompetenz.<sup>13</sup> Die Wendung ist mE so zu verstehen, dass sowohl der Applikationsweg (zB Venenverweilkanüle) als auch die Infusionslösung und das Infusionssystem im Auge zu behalten sind, der Durchfluss überwacht und bei Störungen die Infusion beendet wird (zB Abdrehen des Durchflussreglers).<sup>14</sup> Mit der Wendung „Blutentnahme aus der Kapillare zur Notfalldiagnostik“ wird dem RS die Kompetenz zur Blutzuckermessung eingeräumt.

Sobald RS einen Patienten übernehmen, zeichnen sie für diesen verantwortlich. Erst mit Übergabe an ein Weiterbetreuungs- bzw Behandlungsteam (zB später eintreffender NFS, [Not]Arzt, Notambulanz im Krankenhaus, betreuende Angehörige beim Rücktransport) geht der Patient in deren Sphäre über, sodass der Verantwortungsbereich (sukzessive) gewechselt wird. In Notaufnahmen im Krankenhaus werden die Sanitäter erst dann von ihrer Verantwortung – und somit auch von der Haftung – befreit, wenn sie den Patienten an Angehörige medizinischer Berufe übergeben, die zur Weiterversorgung kompetent sind. Dies trifft aufgrund ihres Berufsrechts jedenfalls für Ärzte und Angehörige des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege zu.<sup>15</sup> Aus Beweisgründen sollte diese Übergabe schriftlich bestätigt werden.

Lebensrettende Sofortmaßnahmen sind insb

- die Beurteilung, Wiederherstellung bzw Aufrechterhaltung der lebenswichtigen Körperfunktionen,
- die Defibrillation mit halbautomatischen Geräten,
- die Herstellung der Transportfähigkeit sowie die sanitätsdienstliche Durchführung des Transports, solange und soweit ein zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt nicht zur Verfügung steht. Eine unverzügliche Anforderung des Notarztes ist zu veranlassen.<sup>16</sup>

In der Praxis der Notfallmedizin gibt es immer wieder Unklarheiten darüber, ob RS überhaupt befugt sind,

(Not)Ärzte im Einsatzgeschehen durch Assistenzleistungen zu unterstützen. Das SanG weist im § 10 SanG dem NFS die Kompetenz zur Unterstützung des Arztes in allen notfall- und katastrophenmedizinischen Maßnahmen zu, sodass e contrario der RS – zumindest auf den ersten Blick betrachtet – über diese Kompetenz nicht verfügt.

Wie bereits dargestellt, wird der gesamte Tätigkeitsbereich von Sanitätern maßgeblich aus den Ausbildungsinhalten zu erschließen sein. Aus der San-AV (Modul 1 für RS) geht hervor, dass RS im Bereich Infusionen und Infusionsgeräte auszubilden sind, sodass mE Arztassistenzeleistungen in Verbindung mit Infusionen jedenfalls in den Kompetenzbereich von RS fallen. Durchforstet man die Ausbildungsunterlagen vom größten Dienstleister auf dem Gebiet des Rettungswesens in Österreich – dem Österreichischen Roten Kreuz –, so werden RS auch im Bereich Arztassistenzeleistung bei Legen einer Venenverweilkanüle, Vorbereiten einer Injektion und Bereitstellen aller Materialien zur Durchführung einer endotrachealen Intubation ausgebildet.<sup>17</sup> Dies ist zwar nicht explizit in der San-AV vorgesehen, die Assistenzleistung durch RS mE jedoch in Ausnahmefällen zulässig.

Zwar bildet die Grenze der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an andere Gesundheitsberufe grundsätzlich deren berufsrechtlicher Befugnisumfang, jedoch ist der Arzt nach § 49 Abs 2 ÄrzteG befugt, sogar Laien als unterstützende Hilfspersonen heranzuziehen, sofern diese nach genauen Anordnungen und unter ständiger Aufsicht handeln. Diese sog Laiendelegation ist nicht nur an medizinisch nicht Ausgebildete, sondern auch an Angehörige medizinischer Berufe zulässig, sofern die konkret zu delegierende Tätigkeit nicht vom berufsrechtlichen Befugnisumfang gedeckt ist.<sup>18</sup> Deshalb ist die Ausbildung des RS in den bereits beschriebenen Assistenzleistungen mE dergestalt zu interpretieren, dass RS für den Fall vorausschauend ausgebildet werden, dass der (Not)Arzt sie als sog Hilfspersonen gem § 49 Abs 2 ÄrzteG einsetzt, wobei der RS dann nach genauen Anordnungen und unter ständiger Aufsicht zu handeln hat.<sup>19</sup> Die mE zulässigen Ausnahmefälle in der Praxis wären, wenn „ein niedergelassener Allgemeinmediziner gemeinsam mit zwei RS am Einsatzort

10) BGBl II 2003/420.

11) ErläutRV 872 BlgNR 21. GP 42.

12) Siehe § 9 SanG idGF.

13) Vgl hierzu die Kompetenzumschreibung im § 15 Abs 5 GuKG idGF, der von „Anschluss von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang“ spricht; aus diesem Grund kann unter dem Begriff „Aufrechterhaltung“ iSd § 9 SanG idGF nicht ein Anschluss bzw Wechseln verstanden werden. Im Ergebnis gleich *Hausreither/Kanhäuser*, Sanitätergesetz mit San-AV und SanAFV Kommentar (2004) § 9 Rz 10.

14) *Halmich*, Recht für Sanitäter und Notärzte 20 f.

15) *Halmich*, Recht für Sanitäter und Notärzte 21; vgl auch § 2 IVm § 49 ÄrzteG idGF sowie §§ 10 ff GuKG idGF.

16) Siehe § 9 Abs 2 SanG idGF.

17) *Österreichisches Rotes Kreuz*, Sanitätshilfe Ausbildung (2011); s auch *Hansak/Petutschnigg/Böbel/Hündorfer/Lipp/Veith* (Hrsg), LPN San Österreich, Lehrbuch für Rettungssanitäter, Lehrsanitäter, Betriebsanitäter und Bundesheersanitäter in Österreich (2008) 349.

18) Meinungsstand strittig; vgl die Diskussion bei *Emberger/Wallner* (Hrsg), Ärztesgesetz mit Kommentar<sup>2</sup> (2008) § 49 Rz 8 mwN; bejahend *Wallner* in Handbuch Medizinrecht, Kap XVIII Rz 195.

19) In diesem Fall hat der (Not)Arzt nicht nur die Anordnungs-, sondern auch die Durchführungsverantwortung; vgl diesbezüglich *Hansak/Petutschnigg/Böbel/Hündorfer/Lipp/Veith* (Hrsg), LPN San Österreich 22; *Emberger* in Ärztesgesetz<sup>2</sup> § 49 Rz 8.

erstetreffend ist und sich der Notarzt noch in Anfahrt befindet. Sind beim Patienten bereits das Legen einer Venenverweilkanüle, das Verabreichen von Medikamenten und/oder eine endotracheale Intubation indiziert, so wird der Arzt den RS zur Assistenzleistung heranziehen dürfen<sup>20</sup>; weiters, „wenn nur ein NFS gemeinsam mit dem (Not)Arzt vor Ort ist (wie beim System des Notarzteinsatzfahrzeugs – NEF) und aufgrund des Patientenzustandes eine rasche Intervention, mit vielen helfenden Händen, notwendig ist.“<sup>20</sup> Sind derartige Einsatzszenarien jedoch immer wiederkehrend und daher vorhersehbar, so wird die Rettungsorganisation zumindest einen NFS auf den nichtärztlich besetzten Einsatzwagen einzuteilen haben, um sich nicht der Gefahr einer Haftung aus Organisationsverschulden aussetzen.

Zu den lebensrettenden Sofortmaßnahmen gehört auch, dass der RS unverzüglich einen Notarzt anfordert, wenn der Zustand des Patienten entsprechend kritisch ist.<sup>21</sup> Diese Kompetenz ist auch eine eigenverantwortlich durchzuführende Maßnahme, sodass es dem RS letztendlich selbst überlassen ist, sich entsprechend zu entscheiden.<sup>22</sup> Die Kompetenz zur Nachalarmierung eines Notarztes umfasst im Umkehrerfekt auch, dass der RS eigenverantwortlich berechtigt ist, einen bereits alarmierten Notarzt – der sich möglicherweise schon in Anfahrt befindet – zu stornieren. Hierbei ist jedoch Vorsicht geboten und wird darauf hingewiesen, dass eine vorwerfbare Fehleinschätzung durch RS haftungsbezüglich sein kann.

## 2. Kompetenzen des Notfallsanitäters (NFS)

Die Ausbildung zum NFS setzt voraus, dass vorher die Tätigkeitsberechtigung als RS erlangt wurde. Es versteht sich daher von selbst und ist zudem auch gesetzlich verankert, dass der NFS sämtliche dem RS zukommenden Kompetenzen auch innehat. Darüber hinaus umfasst das Tätigkeitsfeld

- die Unterstützung des Arztes bei allen notfall- und katastrophenmedizinischen Maßnahmen einschließlich der Betreuung und des sanitätsdienstlichen Transports von Notfallpatienten,
- die Verabreichung von für die Tätigkeit als NFS erforderlichen Arzneimitteln, soweit diese zuvor durch den für die ärztliche Versorgung zuständigen Vertreter der jeweiligen Einrichtung<sup>23</sup> schriftlich zur Anwendung freigegeben wurden (Arzneimittelliste 1),
- die eigenverantwortliche Betreuung der berufsspezifischen Geräte, Materialien und Arzneimittel und
- die Mitarbeit in der Forschung.<sup>24</sup>

Die RV<sup>25</sup> stellt klar, dass „entsprechend dem Wortlaut des Gesetzes (Unterstützung des Notarztes) notärztliche Tätigkeiten weiterhin Notärzten vorbehalten sind“ und es durch die Schaffung des NFS-Tätigkeitsbereichs nicht intendiert ist, anstelle von Notärzten sog „Paramedics“ einzusetzen.<sup>26</sup> Die umfangreiche Ausbildung des NFS soll dem (Not)Arzt einen hochqualifizierten Assistenten zur Seite stellen, um im Einsatzgeschehen Notfallpatienten eine rasche und kompetente Erstversorgung gewährleisten zu können.<sup>27</sup>

Neben der Assistenzleistung des Notarztes ist der NFS berechtigt, Notfallpatienten<sup>28</sup> bis zum Eintreffen des (Not)Arztes vor Ort oder bis zur Übergabe im Krankenhaus durch Leistung einer qualifizierten Erstversorgung entsprechend zu betreuen und zu transportieren, wobei im Vergleich zum RS umfangreichere Maßnahmen zu setzen sind (zB Anwendung und Interpretation von Notfall-EKGs, Pulsoxymetrie, Absaugen der oberen Atemwege, fundiertere Notfalldiagnostik, frühzeitiger Therapiebeginn durch Verabreichung von Arzneimitteln etc).<sup>29</sup>

Der NFS ist weiters in Eigenverantwortung berechtigt, Arzneimittel der Liste 1 zu verabreichen, sofern diese zuvor durch den ärztlichen Leiter schriftlich zur Anwendung freigegeben wurden. Darin sind auch die genauen Voraussetzungen für die Anwendung festzulegen. Da unter den Rettungsorganisationen und Bundesländern keine Einheitlichkeit besteht, gibt nur ein Blick in die jeweiligen internen Organisationsvorschriften Klarheit.<sup>30</sup> Die verschiedenen „Arzneimittellisten 1“ reichen von Schmerzmedikamenten bis hin zu Medikamenten zur Behandlung akuter Bronchospasmen, hypertensiver Krisen, kardial bedingter Lungenödeme und akuter Koronarsynndrome.<sup>31</sup>

## 3. Notfallkompetenzen

Als zusätzliche Qualifikation können NFS nach Abschluss ihrer Ausbildung bestimmte weitergehende Kompetenzen erwerben, die vom Gesetz<sup>32</sup> in allgemeine und besondere Notfallkompetenzen unterteilt werden. Es handelt sich dabei stets um ärztliche Tätigkeiten, die nur in den dafür vorgesehenen Fällen vom NFS durchgeführt werden dürfen. Da die Notfallkompetenzen seit ihrem Bestehen einer sehr kontroversiellen Diskussion unterworfen sind und in den Bundesländern in unterschiedlicher Ausprägung zur Anwen-

20) Beispiele aus *Halmich*, Recht für Sanitäter und Notärzte 21.

21) Siehe § 9 Abs 2 SanG idGF.

22) Eine Kontaktaufnahme mit dem anfahrenden Notarzt und Besprechen der Situation ist möglich, rechtlich jedoch nicht vorgesehen.

23) Siehe § 23 SanG idGF.

24) Siehe § 10 SanG idGF.

25) ErläutRV 872 BlgNR 21. GP 42.

26) Für das Tätigwerden von sog „Paramedics“ in Österreich vgl *Andreas*, Rechtsgrundlagen des österreichischen Rettungswesens, 202 mwN und weiterführenden Erläuterungen: „Bedenkt man, dass Paramedics die nach internationalen Standards bestausgebildeten Sanitäter darstellen, wäre die Schaffung einer derartigen Ausbildung im Sinne einer bestmöglichen Patientenversorgung. Zudem würde die Ausbildung von Paramedics nicht zwingend zur Abschaffung oder Einschränkung des Notarztsystems führen. Umgekehrt ist das Notarztsystem auch nach derzeitiger Rechtslage nicht mehr in jenem Umfang erforderlich wie vor Inkrafttreten des SanG.“

27) ErläutRV 872 BlgNR 21. GP 42.

28) Nach der gesetzlichen Definition im § 10 Abs 2 SanG idGF ist dies ein Patient, bei dem 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.

29) ErläutRV 872 BlgNR 21. GP 42; vgl auch *Andreas*, Rechtsgrundlagen des österreichischen Rettungswesens 204.

30) Gerade bei einem Organisationswechsel ist es für den NFS in Hinblick auf Haftungsfragen besonders wichtig, sich vor Aufnahme der Tätigkeit mit der jeweiligen Arzneimittelliste vertraut zu machen.

31) Beispiele aus der „Arzneimittelliste 1“ der Organisationen Johanniter-Unfall-Hilfe Österreich, Österreichisches Rotes Kreuz Landesverband Wien, Arbeiter Samariterbund Österreich, Malteser Hospitaldienst Austria Bereich Wien, Wiener Berufsrettung (MA 70); jeweils Stand 09/2011.

32) Siehe §§ 11 ff SanG idGF.



dung kommen, sind NFS mit Notfallkompetenzen gut beraten, sich sehr genau die internen Vorschriften und Algorithmen einzuprägen und ihr Handeln danach auszurichten.<sup>33)</sup>

Generell gilt, dass Notfallkompetenzen nur im Rahmen von Maßnahmen zur unmittelbaren Abwehr von Gefahren für das Leben oder die Gesundheit eines Notfallpatienten anzuwenden sind, soweit das gleiche Ziel durch weniger eingreifende Maßnahmen nicht erreicht werden kann.<sup>34)</sup>

#### a) Allgemeine Notfallkompetenzen (NKA,<sup>35)</sup> NKV<sup>36)</sup>

Nach Absolvierung der Ausbildung<sup>37)</sup> NKA bzw darauf aufbauend NKV ist der NFS berechtigt, spezielle Arzneimittel der Liste 2 zur Anwendung zu bringen und in einem weiteren Schritt periphere Venen zu punktieren sowie über diese kristalloide Lösungen zu infundieren.

Die für die NKA geltenden „Arzneimittellisten 2“ gehen über den Inhalt der „Arzneimittelliste 1“ hinaus und umfassen zB Medikamente zur Behandlung zerebraler Krampfanfälle, akuter Koronarsyndrome, kardial bedingter Lungenödeme, hypertensiver Krisen, Asthmaanfälle, Atem-Kreislaufstillstände, einer Hypoglycämie oder Hypovolämie.<sup>38)</sup>

Voraussetzung zur Durchführung der allgemeinen Notfallkompetenz ist, dass die entsprechende Ausbildung absolviert wurde und eine Anweisung eines anwesenden Arztes erfolgte oder, sofern ein Arzt nicht anwesend ist, die vorangehende Verständigung des Notarztes oder die Veranlassung derselben.<sup>39)</sup> Das Gesetz sieht keine Formvorschrift für die Verständigung des Notarztes vor, sodass eine Kontaktaufnahme des NFS mit dem Notarzt und Besprechen der Situation mE nicht gefordert werden kann.<sup>40)</sup> Vielmehr kommt jede mögliche Art der Verständigung in Betracht; so auch eine Delegation an geeignete Dritte.<sup>41)</sup>

#### b) Besondere Notfallkompetenzen

Entsprechend dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft kann der NFS die Berechtigung zu weiteren Tätigkeiten,<sup>42)</sup> insb zur Durchführung der endotrachealen Intubation ohne Prämedikation und endotrachealen Vasokonstriktorapplikation (Beatmung und Intubation – NKI) erwerben.<sup>43)</sup> Damit diese jedoch im Dienstbetrieb angewendet werden darf, ist sie vom ärztlichen Leiter der Rettungsorganisation vorab schriftlich freizugeben.<sup>44)</sup>

Die Aufnahme zur Ausbildung ist an strenge Voraussetzungen<sup>45)</sup> geknüpft. Nach erfolgreichem Abschluss gilt die Berechtigung für zwei Jahre und kann durch entsprechende Rezertifizierung verlängert werden.<sup>46)</sup> Die Anwendung am Notfallpatienten unterliegt denselben Voraussetzungen wie bei der allgemeinen Notfallkompetenz. Die organisationsinternen Vorschriften und Algorithmen sind stets zu beachten.

## B. Kompetenzen des Notarztes

Nach dem ÄrzteG ist der Arzt zur Ausübung der Medizin berufen.<sup>47)</sup> Nach Absolvierung des entsprechenden Lehrgangs<sup>48)</sup> ist der Notarzt berechtigt, im organisierten

Notarzdienst tätig zu werden, und hat bei der medizinischen Versorgung von Notfallpatienten keine eingeschränkten Kompetenzen.<sup>49)</sup> Die Maßnahmen haben sich stets an den aktuellen (notfall-)medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen<sup>50)</sup> zu orientieren, wobei es hM ist, dass innerhalb der sog „lege artis“ Therapiefreiheit besteht.<sup>51)</sup> In diesem Zusammenhang sei jedoch darauf hingewiesen, dass es für die präklinische Versorgung von Notfallpatienten zahlreiche Algorithmen für standardisierte Handlungsabläufe gibt, welche die Therapiefreiheit einschränken und bei der Ermittlung des Sorgfaltsmaßstabs eine bedeutende Rolle einnehmen.<sup>52)</sup>

Bis zum Eintreffen des Notarztes am Einsatzort wird der Patient üblicherweise von Ersthelfern, RS bzw NFS mit oder ohne Notfallkompetenzen versorgt. Ab Eintreffen am Notfallort zeichnet der Notarzt für die medizinische Komponente des Patienten verantwortlich, wobei die Möglichkeit besteht, einzelne Tätigkeiten zu delegieren.<sup>53)</sup> Im eigenverantwortlichen Tätigkeitsfeld von RS und NFS entfällt die (not)ärztliche Aufsicht. Delegiert der anwesende (Not)Arzt ihm vorbehaltenen Tätigkeiten an NFS mit entsprechenden Notfallkompetenzen (zB Setzen einer Venenverweilkanüle, die Gabe von Medikamenten oder die Durchführung einer endotrachealen Intubation bei gleichzeitigem Anfall mehrerer Notfallpatienten), so trägt der (Not)Arzt die Anordnungs-, der NFS die Durchführungsverantwortung. Letztere bedeutet, dass der NFS selbst die Verantwortung für die ordnungsgemäße Ausführung der angeordneten Tätigkeit trägt.<sup>54)</sup> →

33) *Hansak/Petutschnigg/Böbel/Hündorfer/Lipp/Veith* (Hrsg.), LPN San Österreich 1273.

34) Siehe § 11 Abs 1 SanG idGF sowie die detailliertere Umschreibung in den ErläutRV 872 BlgNR 21. GP 43.

35) Notfallkompetenz Arzneimittellehre. Dabei handelt es sich um die Verabreichung spezieller Arzneimittel, soweit diese zuvor durch den für die ärztliche Versorgung zuständigen Vertreter der jeweiligen Einrichtung gem § 23 Abs 1 SanG schriftlich zur Anwendung freigegeben wurden (Arzneimittelliste 2); s dazu § 11 Abs 1 SanG idGF.

36) Notfallkompetenz Venenpunktion und Infusion. Dabei handelt es sich um die Punktion peripherer Venen und die Infusion kristalloider Lösungen, s dazu § 11 Abs 1 SanG idGF.

37) Die jeweiligen Ausbildungsvorschriften finden sich in §§ 38–40 SanG idGF.

38) Auszug aus *Österreichisches Rotes Kreuz*, Arzneimittelliste 2 (09/2011).

39) Siehe § 11 Abs 2 SanG idGF.

40) *Halmich*, Recht für Sanitäter und Notärzte 24.

41) *Hausreither/Kanhäuser*, Sanitätsgesetz § 11 Rz 10.

42) Verordnungsermächtigung des Bundesministers für Gesundheit für weitere Notfallkompetenzen nach § 12 iVm § 13 SanG idGF.

43) Siehe § 12 SanG idGF.

44) Siehe § 12 Abs 3 SanG idGF; die einzelnen Organisationen in den Bundesländern haben sich hierbei unterschiedlich entschieden.

45) NFS mit NKA und NKV sowie Nachweis über 500 Einsatzstunden (= Dienststunden) im Notarztsystem, vgl hierzu § 41 Abs 2 SanG idGF.

46) Siehe § 12 Abs 2 iVm § 51 Abs 3 SanG idGF.

47) Siehe § 2 ÄrzteG idGF.

48) Notarztlehrgang: mind 60 Stunden (Theorie und Praxis) für approbierte Ärzte, Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte; Näheres s § 40 ÄrzteG idGF.

49) So gilt die für Fachärzte bestehende Sonderfachbeschränkung nicht, wenn der Facharzt als Notarzt fächerübergreifend tätig wird, vgl hierzu § 31 Abs 3 ÄrzteG idGF.

50) Diesbezüglich wird auf die strenge Fortbildungsverpflichtung für Notärzte nach § 40 ÄrzteG Abs 3 idGF hingewiesen.

51) *Wallner* in Handbuch Medizinrecht, Kap XVIII Rz 212 ff mwN.

52) *Halmich*, Recht für Sanitäter und Notärzte 115.

53) Vgl § 49 Abs 2 und 3 ÄrzteG idGF.

54) Näher zum Begriff vgl *Wagner-Kreimer* in Medizinrecht, Kap XX Rz 76 ff mwN.

### C. Haftungsfragen

Die Tätigkeit von Sanitätern und Notärzten kann neben einer zivilrechtlichen Haftung und strafrechtlichen Verantwortung auch berufs- bzw disziplinarrechtliche sowie organisationsinterne Konsequenzen nach sich ziehen, wobei überzogene Sorgen nicht geboten sind.<sup>55)</sup>

Zentrale Voraussetzung für das Vorliegen einer Haftung ist stets die Rechtswidrigkeit der Handlung. Aufgrund der Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe mit Sonderwissen haben die Handelnden einen erhöhten Sorgfaltsmaßstab zu vertreten.<sup>56)</sup> Gerade im notfallmedizinischen Bereich, wo Teamarbeit verschiedenster Professionisten mit unterschiedlich weitreichenden Kompetenzen an der Tagesordnung ist, haben die Handelnden ihre wechselseitigen Kompetenzen zu kennen und können – unter analoger Anwendung des Vertrauensgrundsatzes nach § 3 StVO – darauf vertrauen, dass die in der Notfallmedizin Tätigen ihren (unterschiedlichen) Aufgaben gewachsen sind und sich sorgfaltsgemäß verhalten. Lediglich wenn Anhaltspunkte erkennen lassen, dass ein in die Versorgung Eingebundener seinen Anforderungen nicht gewachsen ist, gelten – bei sonstiger Haftung – Warn- und Eingriffspflichten der Übrigen.<sup>57)</sup>

Der Vollständigkeit halber sei noch erwähnt, dass es für die Haftung keinen Unterschied macht, in welchem Rechtsverhältnis die Handelnden zur Organisation stehen, sodass im Sanitäterbereich sowohl für Berufliche, Zivildienstleistende als auch Ehrenamtliche der gleiche Sorgfaltsmaßstab gilt.

### D. Ausblick

Klare Kompetenzverteilungen im SanG und im ÄrzteG fördern eine rasche und kompetente Patientenversor-

gung im Notfall. Gerade in Hinblick auf die Notfallkompetenzen im SanG, die organisationsintern einer Freigabe bedürfen, ist das rechtliche Dürfen von Sanitätern in Österreich nicht einheitlich. Dies führt nicht nur bei Sanitätern, die in unterschiedlichen Organisationen Dienst verrichten, zu Unsicherheiten, sondern auch bei Notärzten, die im Akutfall mit Sanitätern aus den verschiedenen Organisationen zusammenarbeiten. Aus Rechtssicherheitsgründen erscheint eine bundesweite Einheitlichkeit – wie diese bereits in der RV<sup>58)</sup> gefordert wurde – pro futuro zweckmäßig.

Aufgrund der Weiterentwicklung der präklinisch-notfallmedizinischen Wissenschaft und auch eines möglicherweise bevorstehenden Ärztemangels in Österreich sollte diskutiert werden, die Kompetenzen dahingehend zu erweitern, dem RS weitreichendere Möglichkeiten bei der (Notfall)Patientenbetreuung zukommen zu lassen, dem NFS eine umfangreichere und einheitliche Arzneimittelliste zur Verfügung zu stellen und die Notfallkompetenzen auf weitere Applikationsformen bei der Medikamentenverabreichung sowie einer endotrachealen Intubation mit Prämedikation auszuweiten.<sup>59)</sup>

55) So hat im vertraglichen Schadenersatz die Organisation für das Verhalten ihrer Mitarbeiter einzustehen, wobei ein Regress nur in den engen Grenzen des DHG möglich ist; im Strafrecht gilt, dass bei fahrlässig leichter Körperverletzung (§ 88 StGB) die Tat straffrei ist, sofern keine schwere Schuld vorliegt und die Gesundheitsschädigung/Berufsunfähigkeit nicht mehr als 14 Tage andauert, darüber hinaus s *Aigner*, Zur Haftung von Sanitätern und Notärzten, RdM 2002/24. Dies soll jedoch keinesfalls zur unsachgemäßen Tätigkeitsausübung animieren.

56) Vgl die zivilrechtliche Sachverständigenhaftung nach § 1299 ABGB.

57) *Aigner*, Zur Haftung von Sanitätern und Notärzten, RdM 2002/24.

58) ErläutRV 872 BlgNR 21. GP 42 f.

59) Vgl diesbezüglich die Kompetenzen des Rettungsassistenten in Deutschland bzw des diplomierten Rettungssanitäters in der Schweiz.

#### → In Kürze

Reibungslose Einsatzabläufe und dadurch beabsichtigte bestmögliche Versorgung von Notfallpatienten können nur durch klare Kompetenzverteilungen zwischen Sanitätern und Notärzten gewährleistet werden. Die unterschiedlichen Tätigkeitsbereiche von Rettungs- und Notfallsanitätern sowie die bundesweit nicht einheitlichen Vorgaben in Hinblick auf die Notfallkompetenzen erschweren die oftmals spontan stattfindende Teamarbeit, wodurch ein Haftungsrisiko besteht. Die in diesem Artikel behandelten Kompetenz- und Haftungsfragen sollen Klarheit bringen und den Sanitätern und Notärzten zu rechtskonformem Handeln verhelfen.



#### → Zum Thema

##### Über den Autor:

Dr. Michael Halmich ist neben seiner Tätigkeit als Jurist mit Schwerpunkt Medizinrecht als Lehrsanitäter und juristischer Vortragender beim Österreichischen Roten Kreuz tätig. Er ist Autor einiger medizinrechtlicher Publikationen und zudem Lektor für Gesundheitsrecht an der Fachhochschule Steyr. Kontakt: E-Mail: michael.halmich@recht.at  
Internet: www.notfallmedizinrecht.at

#### → Literatur-Tipp



Halmich, Recht für Sanitäter und Notärzte. Die Praxis der präklinischen Notfallversorgung (2012)

##### MANZ Bestellservice:

Tel: (01) 531 61-100,  
Fax: (01) 531 61-455,  
E-Mail: bestellen@manz.at  
Besuchen Sie unseren Webshop unter  
www.manz.at